



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**DETECCION, TRATAMIENTO E INTERVENCION DE PATOLOGÍAS EN
LAS INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN FEMENINO QUITO
EN EL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL AÑO 2012.**

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTOR:

WILSON JAVIER ROMAN CHERREZ.

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Fidel Armando Camino Proaño

Médico Psiquiatra

LOJA-ECUADOR

2012-2013


CERTIFICACION

MEDICO PSIQUIATRA Fidel Armando Camino Proaño

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA DE SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y revisado detenidamente el proceso de elaboración de la tesis titulada. **"DETECCION, TRATAMIENTO E INTERVENCION DE PATOLOGIAS EN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACION FEMENINO QUITO EN EL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL AÑO 2012"**, de la autoría del Sr. Wilson Javier Román Chérrez, la misma que cumple con las exigencias de la investigación científica y las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación y defensa.



Armando Camino Proaño

MEDICO PSIQUIATRA

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, Wilson Javier Román Chérrez declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual, de así considerarlo necesario.

Firma

No de Cédula

Fecha

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

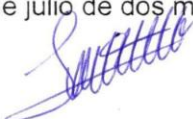
Yo Wilson Javier Román Chérrez declaro ser autor (a) de la tesis titulada "Detección, Tratamiento e Intervención de Patologías en las Internas del Centro de Rehabilitación Femenino Quito en el Periodo febrero-julio del año 2012", como requisito para optar al grado de Psicólogo Clínico; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Reposito Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de julio de dos mil trece, firma el autor.

Firma:



Autor: Wilson Javier Román Chérrez

Cedula: 0705389062

Dirección: El Oro y Gonzales Suarez Correo Electrónico: wija-89@hotmail.com

Teléfono: 2-909-294

Celular: 0994623870

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Armando Camino Proaño

Tribunal de Grado: Psc. Cl. Fernando Sarmiento Lemus

Psc. Cl. Inés Lozano Salinas

Dra. Mayra Rivas Paladines

AGRADECIMIENTO

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi director de tesis, Dr. Armando Camino por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación: gracias por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

También me gustaría agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, y permitirme alcanzar este anhelo que se vuelve una realidad tangible, a mis padres Ing. Wilson Román y Sra. Marlene Chérrez, quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos.

A mis hermanos Ing. Alexandra de Benítez y Carlos Román Chérrez, mi cuñado Richard Benítez: los que nunca dudaron que lograría este triunfo, a mi abuelita la Sra. Rosenda Castillo y toda mi familia quienes siempre me ayudaron, apoyaron y me motivaron a seguir con mis estudios, brindándome su confianza. A mi novia Psicóloga Kathy Sarmiento quien con su amor, paciencia y conocimientos es un pilar fundamental para afianzar este sueño, y ser participe activa de su creación, mil gracias.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres Wilson y Marlene, por darme la vida, quererme mucho, creer en mi, por sus incontables sacrificios y porque siempre me apoyaron. Queridos padres gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se lo debo a ustedes, los amo!

A mi novia Kathyta, Por siempre estar a mi lado, brindándome todo su amor, entrega, dedicación y sobre todo tenerme mucha comprensión y paciencia durante estos años juntos y quien ha sido una pieza clave en mi desarrollo profesional. Mil gracias porque siempre estas a mi lado sin condiciones.

A mis hermanos Alex y Carlosy mi cuñado Richard por su cariño y por estar a mi lado acompañándome para poder realizar este objetivo, los quiero mucho.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**

INDICE

PORTADA	I
CERTIFICACION	II
AUTORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
INDICE	VI
I. TITULO.....	7
II. RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
III. INTRODUCCION.....	10
IV. REVISION DE LA LITERATURA.....	13
V. MATERIALES Y METODOS.....	46
VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	54
VII. DISCUSIÓN.....	63
VIII. CONCLUSIONES.....	66
IX. RECOMENDACIONES.....	67
X. PROPUESTA.....	68
XI. BIBLIOGRAFIA.....	126
XII. ANEXOS.....	128

I. TITULO
DETECCION, TRATAMIENTO E INTERVENCION DE
PATOLÓGIAS EN LAS INTERNAS DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN FEMENINO QUITO EN EL PERIODO
FEBRERO-JULIO DEL AÑO 2012.

II. RESUMEN

Actualmente los problemas de salud mental, son considerados como una de las tres causas principales de discapacidad en el mundo, donde el accionar tanto en prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituye un verdadero problema sanitario; realidad que no es ajena a los centros carcelarios donde el ambiente penitenciario caracterizado por factores psicopáticos como la violencia, el hacinamiento y el consumo de drogas incrementan la posibilidad de que las internas refieran varias psicopatologías.

Ante la incidencia de trastornos mentales y debido a la escasa atención especializada para el tratamiento de los mismos, se propone el siguiente tema de investigación denominado, ``Detección, Tratamiento e Intervención de Patologías en las internas del centro de rehabilitación femenino quito en el periodo febrero-julio del año 2012``.

Durante el desarrollo del estudio investigativo se utilizó como instrumentos de evaluación psicológica un Cuestionario de Despistaje para adultos (que valora los principales rasgos de los trastornos mentales establecidos en la CIE 10 y DSM-IV) y el test de personalidad del SEAPSI (Test psicológico elaborado y avalado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa que valora los principales rasgos de personalidad del sujeto), reactivos psicométricos que permitieron evaluar y validar la existencia de varias psicopatologías en estas personas privadas de la libertad.

Concluida la investigación se comprobó que las principales patologías evidenciadas son: Trastornos por consumo de sustancias (cocaína, marihuana), Trastornos del estado de ánimo (depresión), Trastornos del sueño (insomnio), de la personalidad (límite, antisocial, histriónico), del control de impulsos, de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia) y ansiedad entre los más significativos. Para el tratamiento de las distintas psicopatologías pone énfasis en impulsar y desarrollar programas de intervención psicoterapéutica, farmacológica y rehabilitadora, de modo que las pacientes en prisión reciban una atención integral y oportuna mediante un trabajo multidisciplinario por parte de los profesionales de la salud mental. En base a estas consideraciones, surge la necesidad de implementar acciones en salud mental mediante una adecuada y oportuna intervención, tratamiento y reinserción de pacientes que acuden con distintas patologías, priorizando su bienestar biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE: DETECCIÓN, TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN; TRASTORNOS MENTALES; CENTRO PENITENCIARIO.

ABSTRACT

Currently mental health problems are considered as one of the three leading causes of disability worldwide, where the drive both in prevention, care and rehabilitation of people affected by mental disorders is a real health problem, a reality which is no stranger to the prisons where the prison environment characterized by psychopathic factors such as violence, overcrowding and drug use increases the likelihood that the internal refer several psychopathologies.

Given the prevalence of mental disorders and due to the limited specialized care to treat them, we propose the following research topic called, `` Detection, Treatment and Intervention in the internal pathologies of female rehabilitation center off in the period from February to July of 2012``.

During the development of the research study was used as psychological assessment instruments for Screening Questionnaire for adults (which assesses the main features of established mental disorders in ICD 10) and SEAPSI personality test (psychological test developed and endorsed by the Ecuadorian Society of Counseling and Psychotherapy Integrative that values the major personality traits of the subject), reagents that allowed psychometric test and validate the existence of several psychopathologies in these persons deprived of liberty.

After the investigation found that the main pathologies evidenced are: substance use disorders(cocaine, marijuana), mood disorders(depression), sleep disorders(insomnia), personality disorders(limit, antisocial, histrionic), control pulse disorders, behavioral(anorexia, bulimia)and among the most significant anxiety. For the treatment of psychopathology emphasizes different drive and develop psychotherapeutic intervention programs, drug and rehabilitation, so that patients in prison receive comprehensive and timely care by a multidisciplinary work by mental health professionals. Based on these considerations, there is the need for action on mental health through proper and timely intervention, treatment and rehabilitation of patients presenting with various pathologies, prioritizing their biopsychosocial being

KEYWORDS:DETECTION, TREATMENT AND INTERVENTION; MENTAL DISORDERS; PRISON CENTER.

III. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como la condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo, que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades.

Cuando las personas no consiguen este equilibrio experimentan enfermedades mentales que son la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se pronostica que los problemas de la salud mental aumentaran en todo el mundo por dificultades sociales y económicas tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el consumo de sustancias ilegales y los abusos de las personas, según lo indica el CIE 10 (2001).

Si esta realidad es evidente a nivel mundial, no podemos pensar lo contrario al referirnos a los centros carcelarios, donde la salud mental forma parte del problema global, pues encontramos que la enfermedad mental puede ser catalogada como la causante directa del ingreso a prisión, lo cual lleva a aumentar los casos de reincidencia de los convictos, suponiendo un peligro para la seguridad ciudadana. Y en segundo lugar la propia institución y las condiciones de vida que se desarrollan en su interior perjudican al enfermo mental agravando sus condiciones de salud, que resultan en dramas personales que son injustificablemente dolorosas.

Por ello la Organización Mundial de la Salud, está colaborando con los gobiernos para difundir información e integrar estrategias eficaces en las políticas y planes tanto de prevención y asistencia en salud mental, como lo enfatiza el ``Programa de Acción Mundial en Salud Mental`` que tiene como objetivo prioritario el ampliar los servicios relacionados con los trastornos

mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en la mayor parte de los países del mundo.¹

En base a estas consideraciones se ejecuta la presente investigación denominada "Detección, Tratamiento e Intervención de Patologías en las internas del centro de rehabilitación femenino quito en el periodo febrero-julio del año 2012", que surge de la necesidad de generar dentro del centro carcelario una atención integral en salud mental, concernientes a la promoción, prevención e intervención psicoterapéutica, dirigida a las personas privadas de la libertad que refieran diferentes tipos de trastornos mentales, cuya finalidad es la de mejorar la calidad de vida de las convictas.

Para el desarrollo del estudio investigativo se formuló objetivos encaminados a comprobar tanto la incidencia y prevalencia de los distintos trastornos mentales en el centro penitenciario, mediante la aplicación de un cuestionario de despistaje para adultos (el mismo que se fundamenta en las principales categorías diagnósticas del CIE 10,2001., y DSMIV-TR,2004) y de un test proyectivo de personalidad SEAPSI (Test psicológico elaborado y avalado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa), necesarios para el análisis, procesamiento y verificación de las principales psicopatologías referidas por las internas, así como para la correcta estructuración del tratamiento psicológico.

Dichos instrumentos o baterías psicológicas fueron aplicados a una muestra obtenida gracias al método investigativo para poblaciones finitas Belestrini (1999), p.129), donde el universo corresponde a 398 convictas, la muestra a utilizarse con el 95 % de confiabilidad corresponde a 50 personas, en donde los resultados obtenidos son los siguientes: el 28%(14 internas) refieren consumo de sustancias (cocaína, marihuana), el 48%(24 internas) refieren trastornos del estado de ánimo(depresión), el 52%(26 internas) refieren ansiedad, el 28%(14 internas) refieren trastornos disociativos, el 16%(8 internas) refieren trastornos de la conducta alimentaria(anorexia, bulimia), el 62%(31 internas) refieren trastornos del sueño(insomnio), el 26%(13

¹Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud objetivo estratégico 6, pág. 66

internas) refieren trastornos de control de impulsos, así como trastornos de personalidad donde sobresalen los siguientes rasgos de tipo: paranoide el 14%(7 internas), antisocial el 10% (5 internas), límite el 18%(9 internas), dependiente el 12%(6 internas), evitativo 12%(6 internas), e histriónico el 16%(8 internas), precedentes que hacen notoria la necesidad de mejorar la salud mental dentro del centro carcelario.

Por todo lo expuesto es imprescindible emplear un modelo de tratamiento adaptados a cada caso particular, con la participación de un equipo multidisciplinario el cual abarca pautas, técnicas y estrategias que incluirán la promoción y prevención de la salud mental, el diagnóstico, la intervención psicoterapéutica y reinserción, reiterando que su aplicación dependerá de las características propias del paciente, de su entorno, el tipo de psicopatología y de las causas o factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad referida.

Finalmente cabe señalar que la revisión bibliográfica ha sido distribuida en tres capítulos, el primero comprende las generalidades sobre la Salud Mental y los principales criterios tanto de normalidad psíquica como de psicopatología; el segundo capítulo pone énfasis en describir cada una de las categorías y pautas diagnósticas de los distintos trastornos mentales diagnosticados o detectados al interior del centro penitenciario y el tercer capítulo hace referencia sobre el modelo clínico de estructuración y funcionamiento de la planificación psicoterapéutica.

IV. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

SALUD MENTAL

1.1 Historia y Antecedentes

EL hombre primitivo atribuye un origen sobrenatural a la enfermedad mental llevó a cabo un primer enfoque terapéutico d ésta. Así lo confirman los restos de cráneos trepanados encontrados en Perú, a través de cuyos agujeros los espíritus malignos tenían la posibilidad de escapar. Los síntomas que el sujeto presentaba orientaban hacía la clase de espíritus (buenos o malos) que intervenían. EL exorcismo se convirtió entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios en una práctica frecuente, que primero realizaron los hechiceros y luego los sacerdotes, con el fin de expulsar los espíritus malignos del cuerpo enfermo.

1.1.1 Cultura Griega y Romana

Desde un punto de vista popular y médico, la concepción extra natural de las enfermedades mentales se mantiene hasta Hipócrates (460-377 a. de C.), que fue el primero en señalar el origen natural de tales trastornos. En los escritos hipocráticos, la enfermedad gira entorno a la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), resultado de la combinación de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frio, sequedad y humedad).

Este autor elabora una clasificación basada en cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático) que se pensaba que indicaba la orientación emocional predominante. El nivel óptimo de personalidad se conseguía por la crisis o interacción adecuada de las fuerzas internas y externas, y el conflicto de las mismas o discrasia indicaba un exceso de humor que se corregía mediante purgas. Es de destacar así mismo. Que clasifica los trastornos mentales en tres categorías: Manía, melancolía y frenitis, clasificación pionera que escasas modificaciones se mantienes durante toda la civilización griega y romana. Acerca de la enfermedad mental

en particular, sustenta una patología cerebral por desajuste de los humores básicos.

Aristóteles (384-322 a. de C.) siguen las concepciones hipocráticas a cerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que su maestro Platón (429-347 a. de C) considera que los trastornos mentales son en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, poniendo énfasis en los aspectos más humanitarios de estos pacientes. En su obra Fedro, la locura se clasifica en cuatro tipos: profética, telestetica o ritual, o ética y erótica.

Galeno (130-200 a. de C.) hizo una labor de síntesis de los conocimientos existentes, dividiendo la causa de los trastornos psíquicos en orgánicos (lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales) y mentales (temores, contratiempos económicos, desengaños amorosos). Sostiene que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma.

Finalmente, cabe destacar que con la muerte de Galeno concluye una etapa esperanzadora en la consideración tanto teórica como práctica de estos trastornos, iniciándose una larga época de oscurantismo y, en ocasiones, horror, salvo honrosas excepciones, se extiende hasta el siglo XVIII.

1.1.2 Edad Media y Renacimiento

Tras la muerte de Galeno y posteriormente la caída del Imperio Romano, las prometedoras ideas de las culturas griega y latina sufre una involución. Renaces el primitivismo y la brujería, observándose una fanática aparición del modelo extranatural de la enfermedad mental. Se observan, ya hacia el siglo X, verdaderas manías epidémicas de danzas frenéticas colectivas, en que se saltaba y bebía. Esta conducta, que recordaba los antiguos ritos orgiásticos de los griegos cuando adoraban a sus dioses, se conoce como tarantismo en Italia (siglo XIII), donde hace eclosión, extendiendo a Alemania y al resto de Europa, donde se la denomina baile de San Vito. Estas epidemias de desajuste psíquico se prolongaron hasta el siglo XVII, pero

tuvieron su mayor auge en los siglos XV y XVI durante las épocas de mayores calamidades y pestes.

En este periodo, el tratamiento de los enfermos mentales se realiza. Fundamentalmente, por los monjes en los monasterios. Durante la primera parte del medievo, aunque con una prisma desenfocada, en que los poderes mágicos y sagrados y los exorcista son la base del conocimiento, el trato al enfermo mental es respetuoso y delicado.

Más adelante se va afianzando un modelo demonológico con el consiguiente endurecimiento de las practicas exorcistas, ya que le castigo se consideraba un buen medio para ahuyentar al diablo.

Hacia finales del siglo XV empeora la situación, ya que generalmente al pretendido poseso se le atribuye una alianza satánica, por los que se lo consideraba a priori hereje y brujo.

Como culminación de este estado de cosas el Papa Inocencio VIII emite, en 1484, la bula *Summis Desiderantes Affectibus*, en la que se exhortaba a los clérigos a utilizar todos los medios para detectar y eliminar la brujería. Siguiendo sus doctrinas, dos frailes dominicos inquisidores, Sprenger y Kraemer, publican hacia 1487 el *Malleus Maleficarum* (el martillo de las brujas), texto de inspiración divina que orientaba hacia la detección, examen y condena de brujas, las cuales solían finalizar en la hoguera previo martirio.

Esta situación se prolonga con todo su dramatismo a lo largo de los siglos XVI y XVII, iniciándose en el XVIII cierto atemperamiento. Parece que la última ejecución por brujería ocurrió en 1782, aunque las ideas básicas de la época sobre la locura se extienden a nivel popular hasta bien entrado el siglo XIX.

No obstante, existieron excepciones a esta concepción primitiva y mágica de la enfermedad mental. Todavía en el Bajo Imperio San Agustín (354-430) acepta la descripción de Cicerón sobre cuatro pasiones (deseo, miedo, alegría y tristeza) que podían ser modificadas por la razón, la noción de que

el alma no podía enfermar y de que, por tanto, la locura era un trastorno esencialmente de base orgánica fue sostenida en el siglo XIII por Alberto Magno (1193-1280) y Tomas de Aquino (1225-1274).

1.1.3 Finales del siglo XVIII y siglo XIX

Se dio la creación de centros modélicos para su época en York y Florencia hacia finales del siglo XVIII.

Es, sin embargo pocos años después de la Revolución Francesa cuando surge en Francia una figura destacada en la Psiquiatría, Phillippe Pinel (1745-1826), quien en el 1792 fue nombrado por la comuna revolucionaria de Paris director del Hospital de La Bicetre y posteriormente de La Salpetriere. Pinel libero a los alienados de las cadenas (1794) y convirtió estos sanatorios en centros dignos donde tanto los aspectos materiales (decoración, habitaciones soleadas, jardines) como morales fueran tenidos cuidadosamente en cuenta. Es notable, así mismo, su contribución a la psiquiatría científica, ya que, amparándose en los grandes sistemas nosográficos (especialmente en Cullen), publica obras importantes en la historia de la psiquiatría como su famosa Nosographie Philosophique (1798) y el Traite Medico-Philosophique de la Manie (1801). En la primera elabora una sencilla y adecuada clasificación de los trastornos psíquicos: melancolía (alteración de la función intelectual), manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos de pensamiento) e idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos).

En su doble faceta de revolucionario asistencial y científico. Pinel se convierte en el fundador de la Psiquiatría.

1.1.4 Siglo XX

En 1883, Krapelin (1856-1926), discípulo de Griesinger, publica la primera edición de su Tratado de Psiquiatría. A través de las 9 revisiones de su obra (la última aparecida en 1927) construye un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal, que

con anterioridad había establecido Kraepelin, con el sistema conceptual de enfermedad somática propuesta por Griesinger. En este sentido, Kraepelin formuló su clasificación en orden a la agrupación de síntomas que regularmente aparecen juntos, lo que le hizo suponer que se trataba de enfermedad en sentido estricto cuya causa (somática), curso y pronóstico serían diferentes en cada una de estas entidades. Consecuentemente, cada una de ellas tendría en el futuro un tratamiento específico.

Como ha señalado Barcia (2000), las bases de la concepción kraepeliniana fueron las siguientes: 1) Aceptación de la paranoia primaria (Berlin, 1893), que acaba con la psicosis única; 2) Aceptación de las ideas de Kraepelin (1863) sobre la existencia de diferentes enfermedades, a pesar de la inespecificidad sindrómica; 3) Incorporación del pensamiento de Moebius (1892) sobre la distinción endógena-exógena, y 4) Influencia del pensamiento psicopatológico alemán (Naturphilosophie) y el concepto de proceso, que sigue criterio patocrónico.

En otro orden de cosas y en otro marco sociocultural y científico surge la figura de Pavlov (1849-1936), cuyos trabajos, juntos con la ley del efecto formulado por Thorndike (1874-1949) en 1905, constituyen los pilares del actual conductismo. En efecto, sus estudios sobre los reflejos condicionados e incondicionados, cuya presentación hizo en el XIV congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en 1903, abrieron nuevas posibilidades de comprensión de la conducta humana. La repercusión de la obra de Pavlov en psiquiatría no se produce, sin embargo hasta que sus ideas son retomadas en 1913 por el psicólogo americano Watson (1878-1958), quien recoge el núcleo fundamental de su obra los reflejos rechazando el enfoque filosófico que le dio Pavlov. No obstante hasta bastante años más adelante, las concepciones de Pavlov y Watson no impactan realmente al quehacer psiquiátrico. Cabe destacar, así mismo, que con su trabajo sobre neurosis experimentales de animales se abren vías para el desarrollo de una psiquiatría experimental.

A principios de siglo se publican dos obras de excepcional importancia para la psiquiatría contemporánea. La primera, en 1911, Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias de Eugen Bleuler (1857-1939), colaboración al tratado de Aschaffenburg, la segunda en 1913, La psicopatología general de Jasper (1883-1969). Ambas surgen con un intento de romper con el molde rígido establecido por la psiquiatría Krapeliana.

En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Krapelin. El término demencia precoz es sustituido por el de esquizofrenia (división-ruptura), por considerarlo más fiel a la realidad clínica. Incorporando la dimensión dinámica y el inconsciente a la clínica de la psicosis, describe y diferencia en la esquizofrenia unos signos primarios por disociación psíquica (síndrome deficitario negativo) y unos signos secundarios, tales como ideas y sentimientos, que son la expresión simbólica de los complejos inconscientes (síndrome secundario positivo). Con Bleuler se inicia una línea de enfoque clínico más rico en posibilidades que el anterior.

La obra monumental de Karl Jasper tuvo y tiene repercusión decisiva en la investigación psicopatológica posterior. Con ella se introduce el rigor metodológico en psiquiatría, adecuándola para desarrollarse como ciencia. Amparándose en Dilthey y su clasificación de las ciencias describe dos métodos: a) el explicativo, propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural somática, vinculando lo psíquico a lo físico y desconectándose de lo personal-biográfico, lo filosófico y lo metafísico, y b) el comprensivo, propio de la ciencia del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico y permanece en él, desentendiéndose de lo corporal e intentando entender la conducta en términos de conexiones de sentido entre los hechos histórico-biográficos personales.

Hacia la década de los años 30 surge una corriente cuyo alcance llega, aunque de forma indirecta hasta nuestros días. Nos referimos a la analítica existencial cuyos representantes más destacados han sido Binswanger,

Minkowski, Boss, Strauss, Zutt, Von Gebattel, Kuhn y Von Baeyer. Las raíces en que se fundamenta esta escuela son la filosofía y el modelo psicopatológico, aunque el psicoanálisis incide tangencialmente sobre ella. En efecto, sus bases filosóficas están asentadas en las obras de Bergson, Kierkegaard, Nietzsche, Buber, Max Schieler y, especialmente Heidegger, quien en 1927 publica su fundamental *Ser y Tiempo*. El análisis existencial, cultivado especialmente por Biswanger (1881-1966), considera que la existencia como estructura total, en su estar-en-el-mundo, abarca la intimidad del sujeto y sus relaciones con el otro, las estructuras sociales y las cosas (mundo propio, con mundo o mundo social y circunmundo o inundo objetal). Por otra parte el modelo psicopatológico que dio base a esta nueva corriente recoge de Jasper su fenomenología elementalista, pero desprendiéndose de ella en cuanto: a) no considera unidades psíquicas elementales, sino la totalidad de la historia vivencial interna; b) intenta captar estructuras básicas y significaciones esenciales no estáticas y c) su modo de aprehensión es intuitivo-reflexivo. Lo importante es la captación de esencias. La temporalidad y la espacialidad adquieren en este marco un sentido más amplio y más rico en sus herencias.

Como vemos, la analítica existencial permite una aproximación existencial al enfermo facilitando una comprensión mucho más profunda de enfermar. Su riesgo más evidente es la subjetividad del análisis y confundir la comprensión del caso individual y los contenidos formales de la existencia con la raíz etiológica que promueve la enfermedad. Sigue siendo un método positivo siempre que se tengan en cuenta tales limitaciones.²

1.2 Definición

Intentemos definir ahora en términos sencillos qué es la salud mental: Según la OPS/OMS es “La condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y

²Vallejo Ruiloba, J. “INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA”. Editorial Masson. Barcelona 2002. Pág., 6-13.

objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”.

Por otra parte la Academia Americana de Psiquiatría nos dice que la salud mental es tan sencilla como el 1, 2, 3:

1. Estar bien consigo mismo,
2. Estar bien con los demás
3. Afrontar los problemas de la vida diaria

Estar bien consigo mismo se refiere básicamente a quererse a uno mismo como una base fundamental para querer a los demás. A fomentar una buena autoestima y a disfrutar de las cosas sencillas de la vida cotidiana.

El querer a los demás se inicia en la confianza básica en los otros que permite la convivencia humana, en el trabajo solidario y en partir de las necesidades de los demás antes que de las propias. Afrontar los problemas de la vida diaria, sin dejar que se acumulen y que desborde nuestra capacidad de resolverlos.

1.3 Promoción y Atención en Salud Mental

- Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas
- Son actividades científicamente fundadas
- Socialmente aceptables
- Al alcance de toda la comunidad
- A un costo apropiado para el país y la comunidad
- Con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación
- Se calcula que el 70% de los problemas de Salud mental pueden ser abordados con éxito en el nivel primario de salud

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas condiciones de enfermedad mental.³

La promoción e intervención de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar

³ Enrique Aguilar Z, PROBLEMAS FRECUENTES EN LA SALUD MENTAL Y SU ABORDAJE EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, Responsable de Salud Mental, 2011 pág. 7

mental. La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

- Nivel Individual: - Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
- Nivel Comunitario: - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en la ciudad.
- Nivel Oficial: - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

1.4 Panorama de la salud mental en el Ecuador

Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos.

Los servicios de salud mental han tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos., así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios con una tasa de 239 por cada 100.000 habitantes frente a 113 por 100.000 h. de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo no es posible hablar de una red coordinada de servicios. No existe un sistema de referencia entre las unidades ambulatorias y las de internamiento y viceversa.

Los cinco hospitales psiquiátricos están situados en las tres ciudades más grandes del país. El hospital psiquiátrico de mayor capacidad es una dependencia de un organismo privado sin fines de lucro. El número de camas en los hospitales psiquiátricos se mantiene estable y no se aprecia una tendencia hacia su reducción. Existen 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes. En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social. Se dispone también de camas para pacientes mentales en algunos centros carcelarios del país.

El Cuadro Básico de Medicamentos del Ecuador incluye todos los grandes grupos de psicofármacos y su disponibilidad a nivel de los hospitales es permanente, no así en los servicios ambulatorios.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental, lo que ha permitido que el año 2.006 al menos el 20% de quienes trabajan en ese sector se hayan capacitado.

Una falencia crítica es la de servicios especializados y personal capacitado para atender a los niños y adolescentes con problemas de salud mental. De los pacientes ingresados a los hospitales psiquiátricos apenas el 35% son menores de 17 años.

Con relación a los diagnósticos a nivel de los hospitales psiquiátricos el de mayor prevalencia es el de esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios: trastornos de ansiedad.

El número total de profesionales que trabajan en los establecimientos de salud mental es de 8 por cada 100.000 habitantes. La proporción mayoritaria es la de los psicólogos, en tanto que se aprecian tasas muy bajas de trabajadoras sociales y de terapeutas ocupacionales.

No se han conformado asociaciones de pacientes o familiares, con excepción de los grupos de alcohólicos anónimos.

Los establecimientos de salud mental no han establecido vínculos formales con otros sectores pertinentes tales como: educación, justicia, bienestar social, policía. Esto no limita para que en determinadas circunstancias se cumplan acciones conjuntas. En menos del 5% de las escuelas primarias se dispone de profesionales que atiendan la salud mental de los niños. El porcentaje de establecimientos de educación secundaria que cuenta con profesionales del área de la salud mental supera el 20%. Durante el período en estudio se han cumplido varias acciones de educación y promoción de la salud mental tanto para grupos de riesgo como para la población general, con la participación de entidades públicas y privadas.

El acceso a formación de psiquiatras en los centros universitarios es permanente, pero el número de egresados es relativamente bajo, de ahí que en el país existan 3 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. La educación continua de los profesionales que trabajan en salud mental se cumple tanto por iniciativa de las propias instituciones como de las sociedades científicas.

Todos los establecimientos de salud mental de carácter público reportan sus actividades al INEC, (Instituto nacional de estadísticas y censos) a través del Sistema Nacional de Información en Salud y al Ministerio de Salud Pública a través del EPI - 2. No existen indicadores especiales para salud mental y los reportes son generales para todos los servicios.

No se tiene un registro nacional de los trabajos de investigación que realizan los profesionales que trabajan en los establecimientos de salud mental.⁴

1.5 Noción de normalidad psíquica

Este tema es realmente delicado, ya que, como dice Tizón (1978) “es difícil, en última instancia, hablar de lo normal y la norma sin caer en el terreno de la ideología”.

⁴ Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) Ecuador 2008 Pág. de la 6-8.

Nos parece conveniente, para centrar la cuestión, plantear los diferentes criterios existentes que pretenden delimitar la normalidad.⁵

- Normalidad como salud

Parte del criterio médico de normalidad en el cual se diferencia claramente entre enfermedad y salud. Esta última supone taxativamente la ausencia de síntomas. Bajo este prisma, que puede parecer muy pragmático, se escapan todos aquellos trastornos que implican problemas de relación inter o intra-personal.

- Normalidad como promedio

Parte de un criterio estadístico en el que lo normal es lo que aparece con mayor frecuencia. Se han señalado dos deficiencias notables a este criterio:

1. No discrimina ni matiza las anormalidades que, por exceso o por defecto, se sitúan en los extremos de la curva de Gauss (p. ej., los superdotados y las oligofrenias).
2. No queda aclarada la esencia de la normalidad, así como tampoco los límites de salud y de enfermedad.

De alguna manera este enfoque de la normalidad está relacionado con el criterio sociológico en el que la idea de salud se relaciona con la adaptación social y con la reacción positiva que el individuo provoca en el grupo social, lo que equivale a plantear la normalidad en función del contexto social (normalidad adaptativa). Los peligros de este concepto de normalidad son evidentes y sobre ellos se han centrado especialmente todas las corrientes contestatarias de la psiquiatría. Someter lo normal a las modas sociales, cambiantes con el tiempo, conlleva planteamientos tan irracionales como suponer la frigidez como normal o la masturbación como una alteración generadora de graves consecuencias psicofísicas. Este criterio puede amenazar, asimismo, con tildar de anormales (y por fácil derivación de enfermos) a todos aquellos que por motivos personales, religiosos o políticos

⁵Vallejo Ruiloba, J. "INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA". Editorial Masson. Barcelona 2002. Pág., 33-36.

se apartan de la media social. De todo ellos se desprende la peligrosa consideración que el criterio estadístico tiene para juzgar la normalidad en su sentido de salud psíquica.

- Normalidad como proceso

Considera la conducta normal como resultado final de la interacción de mecanismos y fuerzas psicológicas y sociológicas que actúan sobre el sujeto durante su existencia. Supone, por tanto, una valoración continuada de la dinámica psíquica que permite acceder a estudio de la conducta, desde una perspectiva más amplia que la puramente transversal y actual, atendiendo especialmente a los cambios o procesos que se han producido en el devenir vital. En este sentido tiene especial aplicación en el caso de las psicopatías, donde puedan surgir dudas si únicamente se valora al sujeto en una situación concreta y momentánea.

1.6 Reflexiones sobre el criterio de normalidad psíquica

Como hemos visto, es muy difícil enfocar la normalidad desde un criterio operativo, pragmático y no excluyente para el individuo. Cabe destacar, en principio, que lo anormal no es necesariamente patológico y más bien viene marcado por la desviación media de la norma correspondiente a la totalidad del grupo de referencia. Lo normal, en consecuencia, se delimite desde el ámbito de la esfera sociocultural y únicamente indica una adaptación adecuada al contexto social, de ahí que lo anormal puede ser patológico, doloroso e inadaptativo, pero en ocasiones puede resultar sano, asintomático y adaptativo.

La naturaleza de un fenómeno o conducta como patológicos no viene dada por su anormalidad o desvío de la norma (o de lo que debe ser), sino porque bajo tal fenómeno o conducta subyacente mecanismos que comportan al sujeto una restricción de su libertad. Bajo el tamiz de la libertad (entendida como forma de enriquecimiento existencial que mejore las relaciones humanas inter e intra-personales) puede entenderse por qué la conducta neurótica, la psicótica o la psicopática son patológicas, en cuanto

representan para el sujeto una pérdida de las posibilidades de autorrealización. Lo enfermo, por tanto, sólo supone un caso especial de lo anormal, donde lo significativo debe ser referido a la relación sujeto-objeto y no a la situación estadística o sociológica. La enfermedad adquiere así el carácter personal y existencial que desde hace décadas fue reclamado por toda la concepción psicósomática de la medicina.

1.7 Consideraciones generales sobre psicopatología.

La psicopatología es la disciplina que estudia lo anormal, lo desviado, lo desadaptado, lo trastornado, lo desorganizado, etc., cuyo interés se centra en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica y se plantea como objetivo principal descubrir leyes que regulan la conducta anormal o patológica mediante el método científico. El interés de la Psicopatología radica en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica. Sin embargo, es difícil definir absolutamente y con total precisión lo que debe entenderse por conducta anormal o psicopatológica, por lo cual es útil conocer cuáles son los criterios o parámetros que nos permitirán al campo de lo anormal o psicopatológico.⁶

⁶ Barlow H., Durand M.(2003), "PSICOPATOLOGIA", Editorial Thomsom, Madrid 2003.pag. 5

CAPITULO II

TRASTORNOS MENTALES

2.1 Definición

El termino trastorno mental implica, desafortunadamente una distinción, entre trastornos “mentales” y “físico” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”.

Es más a pesar, de que este mal proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto “trastorno mental”. El término “trastorno mental”, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción como patología estructural (p.ej. colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p.ej. migraña), desviación de la norma fisiológica (p.ej. hipertensión) y etiología (p.ej. neumonía neumococica). Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p.ej. malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindromico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Según el DSM IV TR (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada), el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (ej. El dolor), a una discapacidad, (ej. Deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (ej. La

muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa debe ser considerada como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (ej. Político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.⁷

Así mismo en la CIE 10 (Decima clasificación Internacional de las enfermedades de la organización mundial de la salud, 1992), el término "trastorno mental" se emplea para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica médica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren en la actividad del individuo.⁸A estas definiciones hay que agregar el hecho de que desde 1990, la Organización Mundial de la Salud trabaja para aunar criterios de diagnostico entre el DSM y ciertas secciones del CIE 10.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos infructuosos realizados no se ha conseguido hacerlo y aquello ha ido en menoscabo de la detección oportuna de trastornos mentales y de la elaboración de cuadros estadísticos que permitan comprobar su prevalencia, dado que ambos manuales emplean nomenclaturas diferentes.

2.2 Juicio Clínico

EL DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionado para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico

⁷Asociación Americana de Psiquiatría, "MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRATORNOS MENTALES DSM IV-TR", Editorial Masson. Barcelona 1998. Pág. 3

⁸Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 21

sin seguirse a raja tabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persista largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Además de requerir entrenamiento y juicio clínico, es también importante el método de recopilación de datos. La aplicación válida de los criterios diagnósticos de este manual requiere una evaluación que permita directamente el acceso a la información contenida en este grupo de criterios (p.ej. si un síndrome ha persistido un periodo mínimo de tiempo). Las valoraciones que se apoyan únicamente en pruebas psicológicas y que no tienen validez de contenido (p.ej. test proyectivos) no pueden ser utilizados como datos primarios para establecer el diagnóstico.⁹

2.3 Consideraciones étnicas y culturales

Un médico o un psicólogo que no está familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológica y variaciones normales del comportamiento, de las creencias y la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (por ejemplo escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del “yo”, de los estilos de comunicación y los mecanismos de afrontamiento.

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo existen

⁹Asociación Americana de Psiquiatría, “MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM IV-TR”, Editorial Masson. Barcelona 1998. Introducción

pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales.¹⁰

2.4 Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica

Los términos “trastorno mental” y “enfermedad médica” se usan ampliamente a través de todo el manual. El término “trastorno mental” se ha explicado antes. El término “enfermedad médica” se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de “trastornos mentales y de comportamiento” de la CIE. Ay que subrayar que estos son términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

2.5 Trastornos Mentales en el Centro de Rehabilitación Social

Femenino Quito.

El análisis epidemiológico efectuado en el Centro Penitenciario Femenino de Quito entre los meses de Febrero-Junio del 2012, en el que se empleo un despistaje de patologías mentales y un test de personalidad de SEAPSI (nombre) para la obtención de datos, se reporto que las psicopatologías que se presentan con más frecuencia en esta población son:

2.5.1 F10-F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

Esta sección incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

¹⁰ Asociación Americana de Psiquiatría, “MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRATORNOS MENTALES DSM IV-TR”, Editorial Masson. Barcelona 1998. Introducción

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc. o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros). Siempre es aconsejable corroborar en varias fuentes la información sobre el consumo de la sustancia en cuestión.

Los análisis objetivos son la evidencia más fiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente.

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes.

Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano. Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09.¹¹

2.5.2 F30-39 Trastornos del Humor (afectivos) (Trastornos del Estado de ánimo DSM-IV)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los

¹¹ Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 97-100

síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto.

La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen. Las pautas principales de clasificación de los trastornos del humor (afectivos) han sido seleccionadas por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes.

Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y de otros trastornos que presentan múltiples episodios, ya que gran parte de los enfermos tienen un solo episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Hay que reconocer que los síntomas que aquí se llaman "somáticos" se podrían haber llamado también "melancólicos", "vitales", "biológicos" o "endógenomorfos", y que el fundamento científico de este síndrome es cuestionable.

El modo de distinguir los diferentes niveles de gravedad sigue siendo problemático; los tres niveles, leve, moderado y grave se incluyen aquí por el deseo de muchos clínicos. Los términos "manía" y "depresión grave" se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos opuestos del espectro afectivo. "Hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal. Con frecuencia, pero no exclusivamente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de

su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos: a) la disminución de la atención y concentración b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves) d) una perspectiva sombría del futuro e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.¹²

2.5.3 F40-49 Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y Somatomorfos (Trastornos por ansiedad DSM-IV)

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la CIE-10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos. Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre

¹² Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 143- 147.

flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (en aras de la brevedad a partir de ahora al hacer referencia a los síntomas el término "obsesivo" reemplazará a "obsesivo-compulsivo"). Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (porque su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas.

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. Se acepta que en los trastornos disociativos esta capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se

ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Por lo general es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario.¹³

2.5.4 F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

En este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos. Excluye: trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2) dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3) anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0) pica de la infancia (F98.3).

F50.0 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido: a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos y b) los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

¹³ Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 169-179.

F50.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

Se trata de un grupo de trastornos que incluye: a) disomnias: trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales, por ejemplo el insomnio y el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia y b) parasomnias: trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas. Esta sección incluye únicamente aquellos trastornos del sueño en los que las causas emocionales son un factor primario.

En muchos casos una alteración del sueño es un síntoma de otro trastorno mental o somático. Incluso cuando un trastorno específico del sueño

aparece como clínicamente independiente, pueden presentarse una serie de factores psíquicos o somáticos que hayan contribuido a su aparición.

El determinar si un trastorno del sueño, en un enfermo dado, es un trastorno independiente o simplemente uno entre los demás rasgos de otro trastorno (clasificado en otro apartado de es tomo, capítulo V o en otros capítulos de la CIE-10) debe hacerse en función de su presentación y de su curso clínicos, al igual que en las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de realizarse la consulta. En cualquier caso, siempre que la queja principal de un enfermo sea un trastorno del sueño, deberá hacerse un diagnóstico de trastorno del sueño. Sin embargo, es preferible reseñar el diagnóstico del trastorno específico del sueño junto con los diagnósticos pertinentes para describir adecuadamente la psicopatología o fisiopatología de un caso determinado.

Excluye: trastornos del sueño (orgánicos) (G47.-)

F51.0 Insomnio no orgánico

El insomnio es un estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia con lo que se considera habitualmente como cantidad normal de sueño no debería ser el elemento principal para un diagnóstico de insomnio dado que algunos individuos (con escasas necesidades de sueño) duermen una cantidad mínima de tiempo y no se consideran a sí mismos como insomnes. Por otro lado hay enfermos que sufren intensamente a causa de la mala calidad de su sueño, mientras que la cantidad del mismo es valorada subjetiva u objetivamente como dentro de límites normales.

Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital.¹⁴

¹⁴ Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 217-243.

2.5.5 F60-69 Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás.

Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden precederá otros trastornos o coexistir con ellos.

Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales (ver F07).

Cada una de las alteraciones incluidas en este grupo debe ser clasificada de acuerdo con la forma de expresión comportamental predominante. No obstante, la clasificación de esta área no puede, por el momento, ir más allá de la descripción de una serie de tipos o subtipos que no son mutuamente excluyentes y que tienen entre ellos características que se solapan.

Los trastornos de la personalidad se subdividen por lo tanto de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas. Los subtipos así descritos han recibido un reconocimiento general como formas importantes de desviación de la personalidad.

Para hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad, el clínico ha de considerar todos los aspectos funcionales de la personalidad, aunque el diagnóstico, para ser simple y eficaz, se referirá sólo a aquellas dimensiones o rasgos en los que se alcancen los grados de gravedad propuestos. La evaluación ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible. Aunque a veces se puede evaluar la personalidad en una sola entrevista, a menudo se requiere realizar más de una y recopilar datos de anamnesis de varios informadores.

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área.

F60 Trastornos específicos de la personalidad

Este epígrafe incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

Pautas para el diagnóstico:

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás

- b) la forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental
- c) la forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativas para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales
- d) las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez
- e) el trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) y el trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

2.5.6 F63 Trastornos de los Hábitos y del Control de los Impulsos

Esta categoría incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no tienen una motivación racional clara y que generalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. La etiología de estos trastornos no está clara y se agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

Esta categoría incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no tienen una motivación racional clara y que generalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. La etiología de estos trastornos no está clara y se

agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante.¹⁵

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001. Pág. 245-275.

CAPITULO III

3.1 ASISTENCIA E INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

En el Centro de Rehabilitación Social Femenino Quito, se justifica la necesidad de ofrecer a la población convicta asistencia psicológica, al realizar un estudio a su población durante el periodo Febrero- Julio del 2012, cuyo diseño psicoterapéutico ofrece una atención integral del enfermo mental, ofreciendo apoyo y asesoramiento mediante la realización de actividades de formación, intervención, tratamiento, seguimiento y reinserción.

3.1.2 Desempeño:

- Apoyo, asesoramiento y supervisión de las pacientes, en lo que a salud mental se refiere.
- Desarrollo de programas y actividades de promoción de la salud mental, así como preventivos, epidemiológicos y de formación e investigación.
- Diseño y ejecución de programas de rehabilitación y de reinserción de pacientes crónicos.
- Apoyo, asesoramiento y supervisión en temas de salud mental de los dispositivos generales de urgencias en aquellos casos que lo requieran.

3.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- Evaluación y diagnóstico psicológico.
- Elección y priorización de objetivos terapéuticos desde el Área Psicológica.
- Elección de estrategias y actividades terapéuticas referidas al modelo bio-psico-social.
- Planificación y coordinación de los tratamientos psicológicos en los niveles individual, grupal y familiar.
- Participación activa en los procesos de reinserción y seguimiento post-alta.
- Formación y tutoría.

- Ejecución y participación en estudios a nivel clínico, preventivo y educativo.

3.2.1 Valoración Interdisciplinaria.-

El proceso de valoración del paciente en sus aspectos bio/psico/sociales resulta fundamental como primer paso para establecer un plan de acción o unas estrategias de intervención adecuadas. Todos los datos e información recogida a través de la cumplimentación de la Hª Psicológica donde se valoran básicamente los siguientes aspectos:

- ✓ El nivel de gravedad de la patología.
- ✓ Aproximación diagnóstica según DSMIVR y/o CIE 10.
- ✓ El estado psicológico del individuo.

3.2.2 Evaluación Multidimensional.-

La información recogida en la primera valoración y puesta en común por parte del equipo interdisciplinar permite realizar una evaluación multidimensional de los pacientes. Las áreas, o ejes en los que se realiza esta evaluación son:

- Área de salud y autocuidados.
- Área psicopatológica.
- Área de consumo de sustancias.
- Área familiar
- Área socio-relacional
- Área formativo-laboral
- Área de ocio y tiempo libre

3.3 INTERVENCION INDIVIDUAL CON EL PACIENTE

La intervención individual vendrá determinada por la evaluación, desde la que se establecerán los objetivos sobre los que trabajar. A la hora de abordar problemas o patologías habrá que tener presente si se puede llevar a cabo desde el propio centro o estaría indicada la derivación a un recurso especializado. Para abordar la intervención en pacientes que pertenecen a grupos de población con características específicas (patología dual,

crónicos, etc), existe unas pautas de intervención específicas, que habrá que tener presente a la hora de la intervención individual. Uno de los aspectos que más influyen en el éxito del tratamiento es el tiempo de permanencia del paciente en el mismo y al parecer es el tipo de dinámica de la relación entre terapeuta y paciente la que más afecta, positiva o negativamente, en la adherencia al tratamiento.

En cierta medida, los pacientes continúan asistiendo a terapia si consideran que están siendo ayudados, lo que sucederá si terapeuta y paciente parten de la misma etapa de cambio. Por este motivo, si el terapeuta utiliza estrategias terapéuticas adecuadas para una etapa diferente a aquella en la que se encuentra el paciente aparecerán resistencias que afectarán negativamente a la evolución del tratamiento y hará más probable el abandono por parte del paciente.

3.4 INTERVENCIÓN GRUPAL.-

La intervención grupal psicoterapéutica en los centros, se organiza en torno a los diversos estadios de cambio donde se encuentra el paciente. En este protocolo sólo se reflejan aquellos grupos psicoterapéuticos conducidos por psicólogos, sin perjuicio de que éste pueda estar en otros grupos como apoyo de otro profesional.

En el desarrollo de la intervención grupal se incluirá alguna sesión específica, desde esta perspectiva de género, sobre los siguientes aspectos:

- Autoregulación emocional: impulsividad, agresividad, violencia.
- Afectividad y relaciones
- Habilidades de Comunicación
- Afrontamiento y resolución de problemas

3.5 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.-

La evaluación de la intervención se lleva a cabo en las reuniones semanales que el equipo multiprofesional mantiene para el seguimiento conjunto de los pacientes y la revisión correspondiente de sus tratamientos, ajustando y/o modificando aquellos aspectos que se consideren pertinentes.

En estas reuniones cada profesional aporta datos sobre la consecución de los objetivos específicos de su área de trabajo (médica, psicológica, social ocupacional) consensuados con el paciente. En función de ellos se deciden las derivaciones a otros recursos de apoyo al tratamiento o a la reinserción, tipo de atención familiar que se va a realizar, la incorporación del paciente a los grupos terapéuticos.

Se revisan así mismo las evaluaciones realizadas al comienzo del tratamiento en los diversos ejes. En el área psicológica, especialmente en lo referente a los aspectos psicopatológicos, emocionales/relacionales y cognitivos, muy influenciados por el consumo.

La finalización del tratamiento se realizará atendiendo a los siguientes criterios:

- ✓ A petición del paciente: objetivos parcialmente cumplidos.
- ✓ Consecución del mantenimiento en el tratamiento
- ✓ Consecución de los de los objetivos consensuados con el paciente: altaterapéutica.¹⁶

¹⁶ Martin Maganto Elena, Mosteiro Ramírez Carmen; 'PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA', Servicios de asistencia, editorial España, pág. 13-39.

V. MATERIALES Y METODOS

El proceso de investigación utilizó el modelo de estudio cualitativo-descriptivo ya que determina "como es" o "como esta" la situación de las variables que se estudian en la población, con la finalidad de notificar la incidencia de trastornos mentales en el centro penitenciario y a la vez ofrecer un modelo de asistencia e intervención terapéutica aplicable al tratamiento de dichas psicopatologías.

Los métodos utilizados fueron de tipo analítico, explicativo, científico, utilizando información sobre la problemática, mediante recopilación e investigación bibliográfica, para luego establecer un diseño adaptable de acuerdo a las características de las participantes.¹⁷

El presente estudio surge de la necesidad de brindar en el centro carcelario una atención integral en salud mental debido a que actualmente no se cuenta con un área específica para este propósito.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula investigativa para poblaciones finitas Belestrini (1999) (p.129).

Partiendo de la fórmula de muestreo de proporciones para poblaciones finitas o conocidas es posible calcular el tamaño de la muestra requerida para garantizar la normalidad estadística de los resultados para ello se sustituyeron los valores de los datos para así obtener la muestra.

Asumiendo un error máximo permisible de 0.15² una probabilidad de éxito y fracaso de 0.5 usando un estadístico que prueba un nivel de confianza de 95% y un valor poblacional de 398.

Durante el desarrollo de la presente investigación se utilizaron los siguientes materiales, a continuación se presentan un listado de cada uno:

¹⁷ Pineda E.B., Canales H., "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION", Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2da Edición, Washington 1994, pág. 20-22.

MATERIAL Nro. 1

DESPISTAJE

DESCRIPCION.-

El despistaje es un contraste en base a los criterios diagnósticos de los Trastornos Mentales tanto del DSM IV como del CIE10, elaborado por la psicóloga clínica, Dra. Lorena Celi, con el fin de que este instrumento sirva para obtener una fuente de investigación veraz.

METODO Nro. 1

Es un instrumento de evaluación psicológica que permite identificar a las personas con problemas de salud mental comunes como Ansiedad, Depresión, Disfunción Social, Síntomas Somáticos, Alteraciones del Sueño, Alimenticios, Sexuales, Síndromes Orgánicos Cerebrales, Trastorno del control de impulsos entre otros. **(Ver anexo 1)**

Se presenta cuatro opciones de respuestas:

- Nunca.....0
- Algunas Veces.....1
- Casi Siempre.....2
- Siempre.....3

*Debido a que cada apartado difiere en número de preguntas y para llegar a la psicopatología se debe tomar en cuenta los siguientes parámetros:

- 100% - 75%= Franca (F)
- 75% - 50%= Posible (P)
- 50% - 25%= Indicios (I)
- 25% - 0%= Ausencia (A)

***Síndrome Orgánico Cerebral:**

- Contrastar con las preguntas: 1-2.

***Desordenes debido al uso indebido de sustancias:**

- Contrastar con las preguntas: 3-13.

***Desordenes Afectivos:**

- Contrastar con las preguntas= 14-15

***Depresión:**

- Contrastar con las preguntas= 21-29.

***Ansiedad:**

- Contrastar con las preguntas: 30-32.

***Obsesivo-Compulsivo:**

- Contrastar con las preguntas: 33-36.

***Desordenes Somatomorfos-Disociativos.**

- Contrastar con las preguntas: 37-41.

***Trastorno alimenticios:**

- Contrastar con las preguntas: 42-43.

***Problemas relacionados con el sueño:**

- Contrastar con las preguntas: 44-48.

***Disfunción Sexual:**

- Contrastar con las preguntas: 49-51

***Trastorno de Estrés Post-Traumático:**

- Contrastar con las preguntas: 65.

MATERIAL Nro. 2

TEST DE PERSONALIDAD DE SEAPSI

DESCRIPCION.-

Test psicológico elaborado y avalado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa que permite esclarecer los rasgos de los diferentes tipos de personalidad en el sujeto, **(ver anexo 2)**.

METODONro. 2

Inicialmente se procede a sumar cada uno de los ítems subrayados, a mayor puntuación en cada ítem de personalidad, más elevada es la aproximación a dicha especificación. Entre ellos encontramos los siguientes tipos:

- Anancastica -Esquizotipico
- Paranoide -Esquizoide
- Ciclotímica -Limite
- Histriónica -Antisocial
- Evitativo -Inestable
- Dependiente

El proceso de evaluación toma en consideración los siguientes aspectos:

- El test está conformado por 11 categorías que representa cada tipo de personalidad, en cada bloque se encuentran 10 ítems.
- El evaluado debe escoger y colocar un visto en cada una de las opciones con las que se identifique.
- Al final se hace una sumatoria por cada bloque, las tres primeras categorías con mayor puntuación pueden ser utilizadas como los principales rasgos de personalidad que describen al sujeto.

MATERIAL Nro. 3

HISTORIA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN.-

Es un instrumento psicológico que sirve para el registro de datos e información esencial del paciente con el propósito de analizar la existencia de algún conflicto o patología dentro de las mismas, necesarios para determinar el diagnóstico y la planificación terapéutica, requerida según cada caso específico. **(Ver anexo 3).**

METODO Nro. 3

Evalúa de forma concreta el ámbito personal, familiar, social, sexual y laboral del sujeto. Un aporte significativo dentro del desarrollo de la historia clínica es la aplicación de los reactivos psicológicos con la finalidad de reforzar y validar los datos psicopatológicos encontrados, determinando el diagnóstico y estableciendo el plan psicoterapéutico que a priori ayudara a evitar la cronicidad de las patologías.

MATERIAL Nro. 4

GUIA DE OBSERVACION SD

DESCRIPCION.-

La guía de observación SD, es un documento que permite encausar la acción de observar ciertos fenómenos (Metodología de la Investigación, Canales1994).¹⁸ Esta guía, se estructura a través de columnas que favorecen la organización de los datos recogidos. **(Ver anexo 4).**

La observación es un proceso cuya función primera e inmediata es recoger información sobre el objeto que se toma en consideración. Esta recogida implica una actividad de codificación: la información bruta seleccionada se traduce mediante un código para ser transmitida a alguien (uno mismo u otros).

Generalmente, el registro de cada secuencia observada empieza con la descripción de la ESCENA, los ACTORES y la ACCIÓN en progreso.

Las ventajas que presenta este método son:

- SD registra el comportamiento de manera completa sensitiva en continuo sin prejuicio teórico con permanencia.
- No se seleccionan partes de la conducta y por lo tanto el SD representa el método de observación más intensivo y escrupuloso.

Las desventajas son:

- Generalmente no sirve para comprobar una hipótesis específica.
- Son muy costosas en cuanto a tiempo de investigación personal y competente.

¹⁸ Pineda E.B., Canales H., "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION", Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2da Edición, Washington 1994. Pág. 126-128.

Balarezo Lucio Chiriboga, Mancheno Silvia Durán "Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico y Neuropsicológico", primera edición, 2003, Pág. 14

METODO Nro. 4

La guía de observación establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Se registran las entidades más pequeñas de la conducta, por ejemplo: corre, sonrío, conversa, etc. Las descripciones de acción se pueden especificar más con la utilización de adverbios como en el siguiente caso, sonrío (perplejo, confuso, etc.) y dado que son apreciaciones subjetivas deben ser registradas entre paréntesis.

Los numerosos sistemas de codificación que existen, podrían agruparse en dos categorías: los sistemas de selección, en los que la información se codifica de un modo sistematizado mediante unas cuadrículas o parrillas preestablecidas, y los sistemas de producción, en los que el observador confecciona él mismo su sistema de codificación

MATERIAL Nro. 5

REGISTROS MEDICOS

DESCRIPCION.-

Son un repositorio de datos ingresados por los pacientes, pero también pueden tener funciones de soporte para la toma de decisiones que los ayude a escoger la mejor opción para el cuidado de sus problemas crónicos. La información ingresada por el paciente puede ser compartida con diferentes sistemas de salud, evitando la fragmentación del registro médico que impide el cuidado óptimo, **(Ver anexo 5)**.

METODONro. 5

En el momento en que se registra apropiadamente la anamnesis de cada paciente, se genera información calificada para toda operación analítica, desde una auditoria administrativa, hasta un estudio prospectivo de alto rigor tecnológico.

Cuando el registro clínico se lo llena a mano, la caligrafía ilegible impide descifrar el expediente clínico; por suerte, en algunas unidades operativas ya se cuenta con la ayuda básica de una red informática que permite comprender de mejor manera el buen registro y también el malo, digitado en forma de confusiones conceptuales, superexplotación de diagnósticos, etc.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

RESULTADOS OBTENIDOS EN APLICACIÓN DEL DESPISTAJE:

TABLA Nro.1

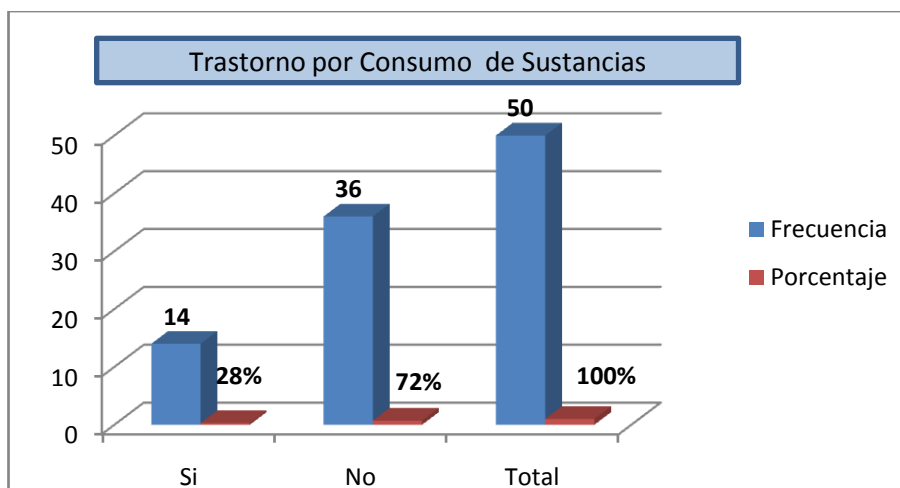
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PRESENCIA DE CONSUMO SUSTANCIAS (cocaína y marihuana)	14	28%
AUSENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS (cocaína y marihuana)	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO #1



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 28% (14 internas) refieren Consumo de Sustancias (sin especificación del tipo de sustancia), mientras que el 72% (36 internas) no consumen, ni tienen problemas de esta índole.

TABLA Nro.2

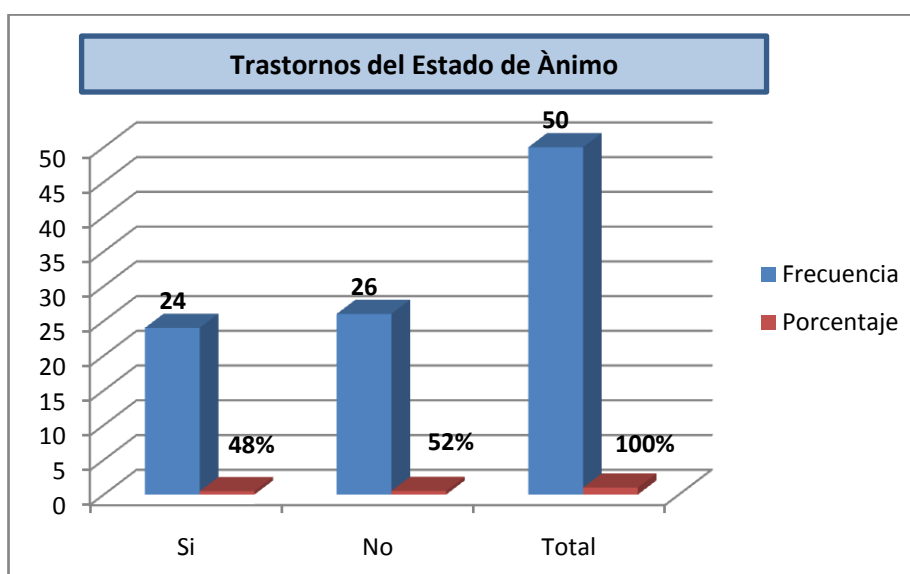
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de trastorno del estado de ánimo. (Depresión)	24	48%
Ausencia de trastorno del estado de ánimo. (Depresión)	26	52%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 2



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 48% (24 internas) refieren Trastornos del Estado de Ànimo, mientras que el 52% (26 internas) no presentan problemas de esta índole.

TABLA Nro.3

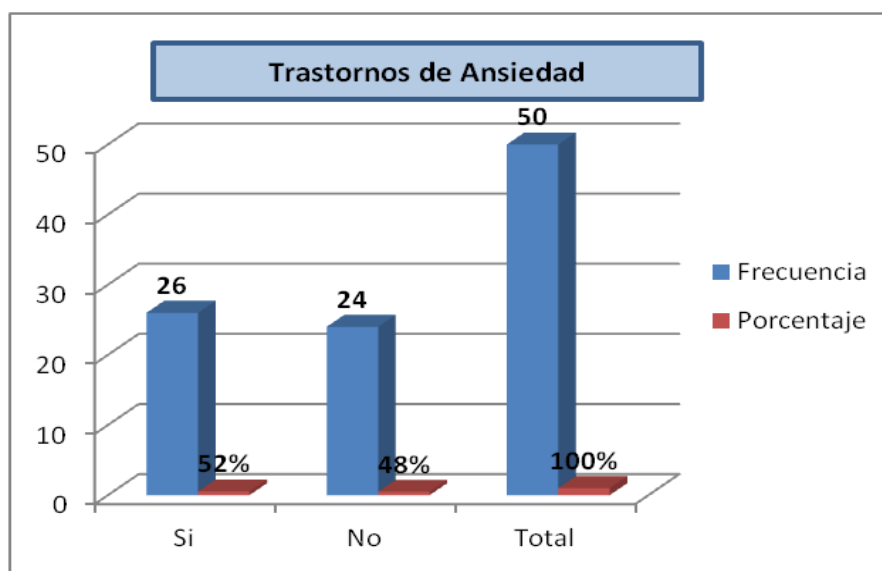
TRASTORNO DE ANSIEDAD

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de Trastorno de Ansiedad	26	52%
Ausencia de trastorno de ansiedad	24	48%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 3



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 52% (26 internas) refieren Trastornos de Ansiedad, mientras que el 48% (24 internas) no presentan problemas de esta índole.

TABLA Nro.4

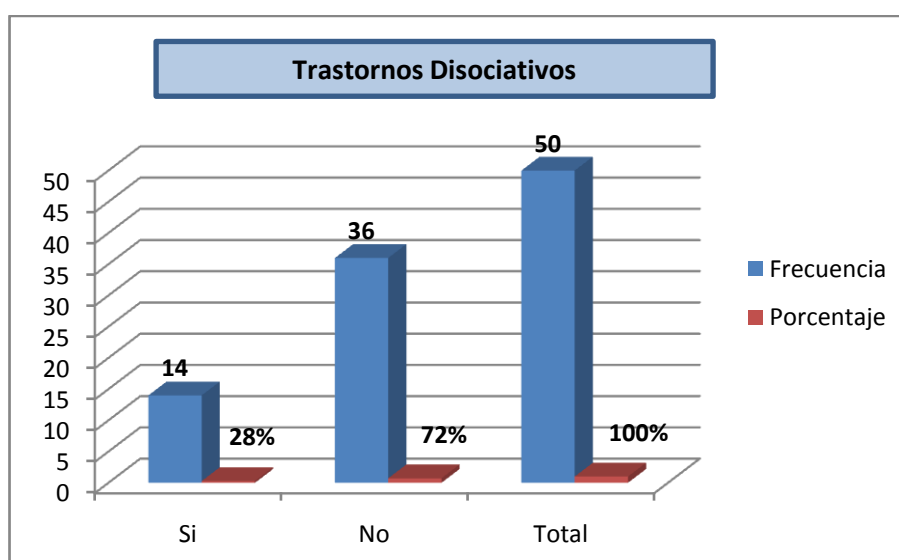
TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de trastornos disociativos	14	28%
Ausencia de trastornos disociativos	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 4



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 28% (14 internas) refieren Trastornos Disociativo, mientras que el 72% (36 internas) no presentan problemas de esta índole.

TABLA Nro.5

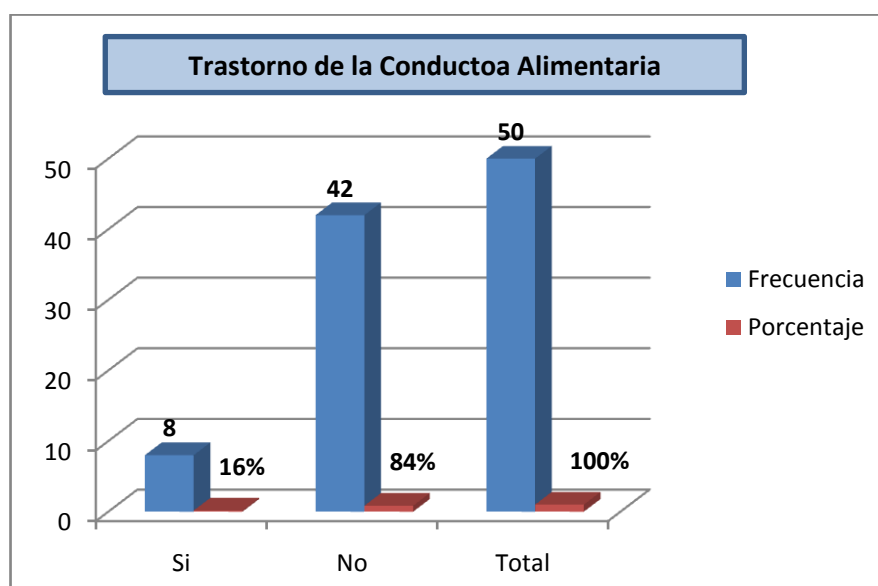
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de trastornos alimentarios(anorexia, bulimia)	8	16%
Ausencia de trastornos alimentarios(anorexia, bulimia)	42	84%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 5



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 16% (8 internas) refieren Trastornos de la Conducta Alimentaria, mientras que el 84% (42 internas) no presentan problemas de esta índole.

TABLA Nro.6

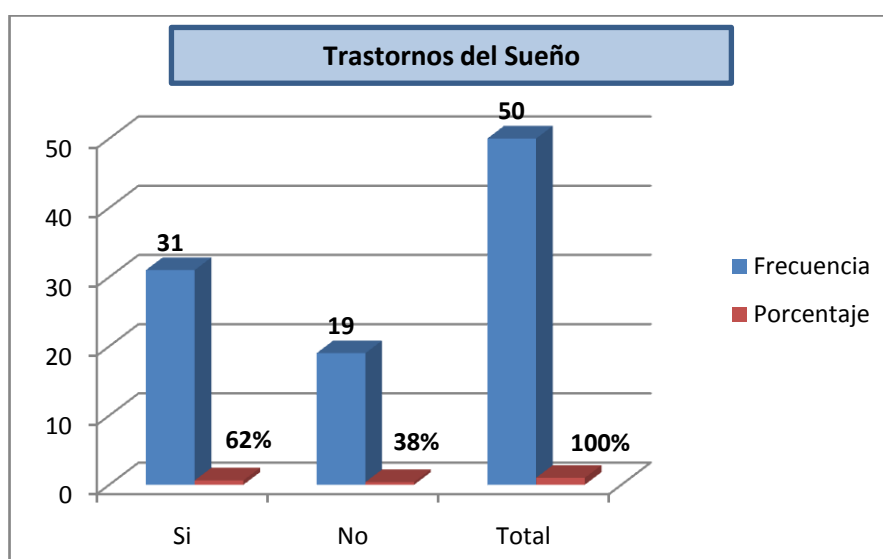
TRASTORNOS DEL SUEÑO

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de trastornos del sueño(insomnio)	31	62%
Ausencia de trastornos del sueño(insomnio)	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 6



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 62% (31 internas) refieren Trastornos del Sueño, mientras que el 38% (19 internas) no presentan problemas de esta índole.

TABLA Nro.7

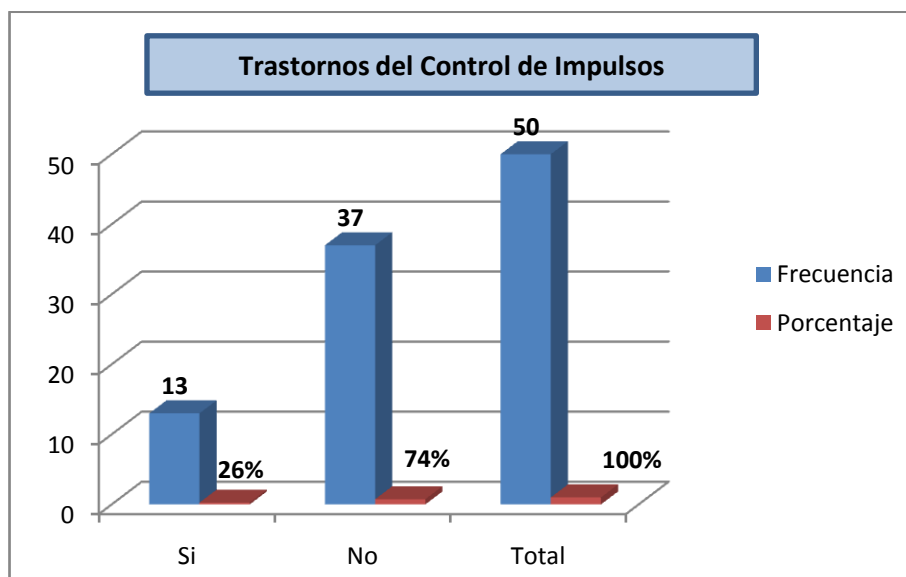
TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de Trastornos del control de impulsos	13	26%
Ausencia de trastornos del control de impulsos	37	74%
Total	50	100%

Fuente: Contraste del DSM-IV y CIE 10 elaborado por la Dra. Lorena Celi

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 7



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 26% (13 internas) refieren Trastornos de Control de Impulsos, mientras que el 74% (37 internas) no presentan problemas de esta índole.

RESULTADOS OBTENIDOS EN APLICACIÓN DEL TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

TABLA Nro.8

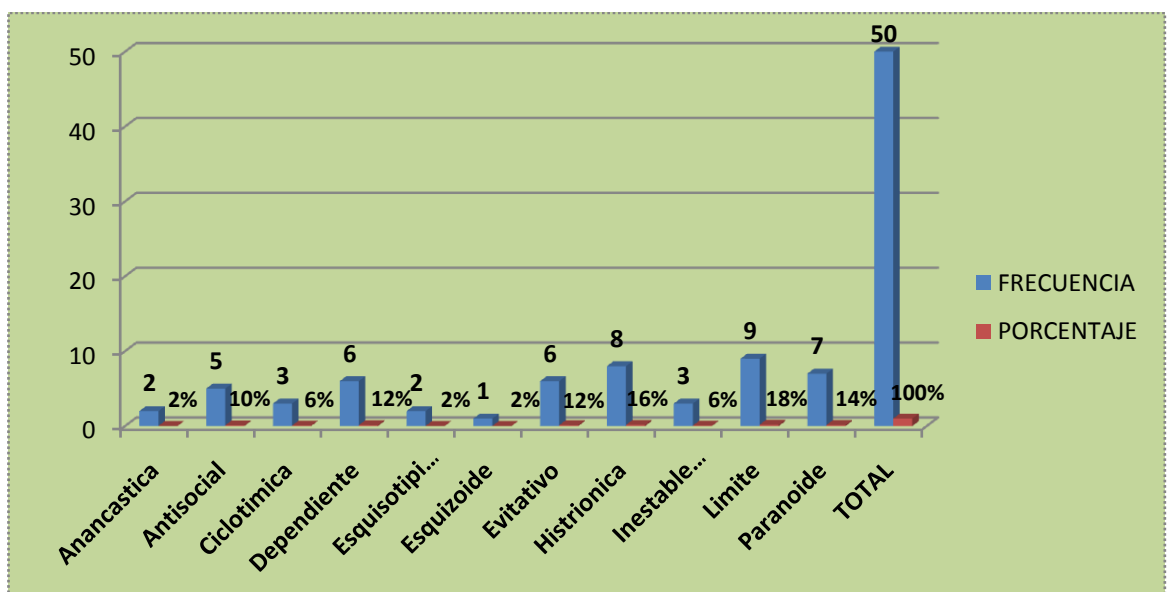
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anancastica	2	2%
Antisocial	5	10%
Ciclotímica	3	6%
Dependiente	6	12%
Esquizotípico	2	2%
Esquizoide	1	2%
Evitativo	6	12%
Histriónica	8	16%
Inestable, Emocional	3	6%
Limite	9	18%
Paranoide	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes del Centro de Rehabilitación Social Femenino-Quito

Aplicado por: Wilson Javier Román Chérrez

GRÁFICO # 8



ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del 100% (50 pacientes) de la población en estudio, el 2% (2 internas) refieren rasgos de personalidad anancastica, el 10% (5 internas) refieren rasgos de personalidad **antisocial**, el 6% (3 internas) refieren rasgos de personalidad ciclotímica, el 12% (6 internas) refieren rasgos de personalidad **dependiente**, el 2% (2 internas) refieren rasgos de personalidad esquizotípico, el 2% (2 internas) refieren rasgos de personalidad esquizoide, el 12% (6 internas) refieren rasgos de personalidad **evitativo**, el 16% (8 internas) refieren rasgos de personalidad **histriónica**, el 6% (3 internas) refieren rasgos de personalidad inestable emocional, el 18% (9 internas) refieren rasgos de personalidad **límite**, y el 14% (7 internas) refieren rasgos de personalidad **paranoide**.

VII. DISCUSIÓN

La presencia de hechos de violencia, de conductas adictivas y el riesgo de adquirir enfermedades físicas y mentales son elementos intrínsecos de la vida en prisión, que constituyen una amenaza constante para la calidad de vida de las personas detenidas.

Actualmente las principales entidades encargadas de velar por el bienestar de los convictos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS, Ginebra 2004), exigen desarrollar programas de atención en salud mental al interior de las prisiones, destinadas a garantizar la integridad física y psíquica de la persona privada de la libertad, sancionando los tratos inhumanos o crueles que resulten agravantes a su condición de detenidos.

Varios estudios a nivel mundial demuestran que las mujeres en prisión presentan tasas altas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias, desórdenes de personalidad, neurosis y suicidio. La prevalencia de dificultades en el área de salud mental en este estudio (77.1%) es similar a la reportada en otros países como Inglaterra (80%), Colombia (60%), Australia (81%) y Estados Unidos (73.1%), en prisiones estatales, 61.2% y 71.2% en cárceles locales.¹⁹

Según los datos obtenidos en el estudio denominado ``Salud Mental: Factores de riesgo en la Cárcel de Mujeres de Quito`` de María de Lourdes Eguiguren Jiménez de la universidad San Francisco de Quito, las convictas presentan tasas elevadas de trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias, desórdenes de la personalidad, neurosis y suicidio entre los más significativos, por lo que la prevalencia de este tipo de dificultades en el área de salud mental es alta y similar a la de otros países, corroborándose de este modo la necesidad de realizar una intervención inmediata para disminuir esta estadística.

Así mismo en el proyecto investigativo denominado ``Asistencia psicoterapéutica en consumidoras crónicas de cocaína con patología dual

¹⁹ James, D., y Glaze, LUS Departamento de Justicia, Oficina de Programas de Justicia. (2006). Problemas de salud mental de la prisión y presos de la cárcel. Washington D.C: Oficina de Estadísticas de Justicia

(bipolar II), que recopila información de autores como (Murphy&Sahakian,2001) (Schmitz y Cols., 2001), refiere que el 12% de las internas presentaron Trastornos Mentales y del Comportamiento por consumo de cocaína específicamente, el (8%) refieren Trastornos relacionados con el Humor (entre ellos de tipo Bipolar I y Bipolar II), y el 14% presentaron Trastornos del Estado de Ánimo de tipo ansioso, depresivo, mixto y maniaco, como trastornos únicos), resultados que muestran la incidencia y prevalencia de trastornos mentales en las convictas en el último año.²⁰

Estos aspectos concuerdan con los resultados presentados en el presente estudio investigativo pues tras el análisis de la información obtenida se concretó lo siguiente:

El 28%(14 internas) refieren consumo de sustancias(cocaína, marihuana), el 48%(24 internas) refieren trastornos del estado de ánimo(depresión), el 52%(26 internas) refieren ansiedad, el 28%(14 internas) refieren trastornos disociativos, el 16%(8 internas) refieren trastornos de la conducta alimentaria(anorexia, bulimia), el 62%(31 internas) refieren trastornos del sueño(insomnio), el 26%(13 internas) refieren trastornos de control de impulsos, así como trastornos de personalidad donde sobresalen los siguientes rasgos de tipo: paranoide el 14%(7 internas), antisocial el 10% (5 internas), límite el 18%(9 internas), dependiente el 12%(6 internas), evitativo 12%(6 internas), e histriónico el 16%(8 internas).

He ahí la importancia de propiciar una labor preventiva y rehabilitadora mediante una asistencia psicoterapéutica como punto de inflexión, en el que la atención al enfermo mental en el medio penitenciario tenga la calidad y la dignidad que este merece.

Por esta razón consideramos que la salud mental de las personas en prisión debe ser considerada como una parte fundamental de la salud pública, pues la intervención precoz y oportuna de estos trastornos representa un beneficio

²⁰Sarmiento K, ``Asistencia psicoterapéutica en consumidoras crónicas de cocaína con patología dual, bipolar II`` en la cárcel de mujeres de Quito. Artículo Científico, Quito Enero 2012.

a los prisioneros, ya que con un tratamiento adecuado, se mejorará su bienestar físico-emocional y por tanto su calidad de vida, además aumentará su confianza y habilidades sociales, lo que permite una mejor planeación del futuro y reinserción social.

En base a estas consideraciones se creyó conveniente la elaboración de esta investigación que sirve como instrumento básico para la implementación de mejores servicios en Salud Mental en el Centro Penitenciario al igual que en la sociedad, adoptando un enfoque multisectorial e integrador.

VIII. CONCLUSIONES

Una vez ejecutado el estudio investigativo en el Centro de Rehabilitación Social Femenino Quito y tras la pertinente revisión de literatura se concluye que:

- Las internas indudablemente refieren varios Psicopatologías entre las cuales sobresalen los Trastornos por Consumo de Sustancias, del Estado de Ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastornos del Sueño, Trastornos de Personalidad (rasgos de tipo histriónico, dependiente, limite, antisocial, evitativo y paranoide) y del Control de Impulsos (explosivo intermitente), entre los más significativos, donde el ambiente carcelario representa una variable de riesgo y vulnerabilidad, agudizando, agravando o exacerbando la sintomatología de las patologías y por ende alterando la condición clínica de las pacientes .
- La mayor parte de Trastornos Mentales referidos por las internas durante el proceso de evaluación, tienen un origen multifactorial, no solo dependiente del entorno carcelario, sino también de las circunstancias o situaciones externas en las que se desarrollaron las convictas antes de su ingreso al centro penitenciario, análisis clínico ejecutado desde una perspectiva multidisciplinaria mediante la actuación de psicología y psiquiatría.
- Se evidencia la existencia de un índice importante de trastornos mentales en las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de la ciudad de Quito, donde las acciones tanto de promoción, prevención e intervención de las diferentes patologías, están dirigidos a estructurar y desarrollar el tratamiento terapéutico, por medio de métodos e instrumentos de evaluación psicológica y mediante una estrecha interacción empática hacia las pacientes, permitiéndose una mejor readaptación de las internas a la sociedad.

IX. RECOMENDACIONES

- Para el mejoramiento de los servicios de Salud Mental dentro de las cárceles es indispensable la creación de estrategias Psicoterapéuticas que atiendan el amplio espectro que comprende las patologías mentales, además de promover continuamente la promoción, prevención e intervención de tipo primaria, secundaria y terciaria, cuyo afán es el de mejorar los sistemas de Salud Mental en la población carcelaria .
- Es fundamental implementar políticas de constante capacitación al personal encargado del área de Salud Mental, que generalmente está estructurado por un equipo multidisciplinario de profesionales, de modo que se mejore la calidad de intervención y asistencia en las fases de tratamiento y recuperación de las pacientes.
- A nivel institucional impulsar el desarrollo de acciones de promoción de salud mental en nuestra querida Universidad Nacional de Loja, en especial en el Area de la Salud Humana, Carrera de Psicología Clínica de modo que los educandos adquieran dominio en la aplicación de los distintos modelos de asistenciapsicoterapéutica, que permitan brindar una atención integral y oportuna en beneficio de la sociedad.

X. PROPUESTA TERAPEUTICA

TEMA

Propuesta de Intervención de las Psicopatologías más frecuentes en las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino Quito.

PRESENTACIÓN:

La Terapia Cognitivo conductual; esta corriente psicoterapéutica surge en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum), hasta adoptar la denominación que posee actualmente, Terapia Cognitivo-Conductual. Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida

particular e intransferible de cada persona. Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. A ellos estará dirigida la presente terapia.

El objetivo de nuestro abordaje, como agentes de la salud, es mejorar la calidad de vida de quienes nos consultan, teniendo en cuenta que éste es un concepto altamente subjetivo donde cada sujeto impone su sentido.

A continuación vamos a enumerar algunas características de este tipo de psicoterapia:

Características de la Terapia Cognitivo-Conductual

1. Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
2. Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
3. Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
4. Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
5. Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
6. Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

7. Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

OBJETIVOS DEL PLAN TERAPEUTICO

OBJETIVO GENERAL

- Intervenir terapéuticamente en las diferentes alteraciones psicopatológicas identificadas en las pacientes de acuerdo a cada diagnóstico referido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reestructurar pensamientos automáticos negativos o distorsionados al igual que conductas inapropiadas que presentan las internas para la aceptación y afrontamiento de sus alteraciones psicopatológicas.
- Mejorar las relaciones interpersonales, familiares y sociales proporcionando condiciones de respeto e igualdad.

JUSTIFICACIÓN

Para obtener resultados óptimos, se ha creído indicado en base a los buenos resultados obtenidos en investigaciones anteriores una combinación de técnicas cognitivo conductuales para los trastornos encontrados en el centro penitenciario. Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición, con lo cual se lograra un mayor alcance en el tratamiento ya que aplica para todos los trastornos identificados en la investigación.

Para alcanzar estos objetivos dentro del proceso de la terapia se utilizarán varias técnicas y terapias, que serán la base para establecer las sesiones de intervención.

METODOLOGÍA

Se utilizara un modelo de aplicación y participación activa tanto del paciente como del terapeuta, examinando, procesando y entrenando al participante en destrezas y habilidades psicoterapéuticas con base profundamente científica, cuyas características descriptivas-cualitativas, forman parte de un aprendizaje o modelado aplicable no solo a cada sesión, sino también adaptable a las condiciones de vida del sujeto, mediante varias técnicas estructuradas que permitirán identificar generalmente pensamientos que generan sentimientos y conductas problemáticos no solo a nivel individual sino también a nivel interpersonal. El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es proporcionar los conocimientos y herramientas necesarios para mejorar la calidad de vida de las pacientes, poniendo en práctica lo que aprendieron y de este modo continuar por su propia cuenta con el tratamiento.

ACTIVIDADES O SESIONES TERAPEUTICAS

TÉCNICAS UTILIZADAS

Son numerosas las técnicas que se utilizan desde la orientación cognitiva-conductual. A continuación se exponen brevemente algunas de las más importantes.

1. Reestructuración cognitiva

Esta técnica es una de las más importantes dentro del modelo cognitivo. Se centra en aquellos pensamientos y creencias, a menudo repetitivo y recurrente, que influyen en nuestras emociones y conductas. Estos pensamientos acostumbran a ser distorsiones cognitivas de la realidad que

provocan malestar y ansiedad y se suelen producir de forma automática, por lo que es un objetivo básico identificarlos y buscar alternativas racionales.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

Inferencia arbitraria: La persona adelanta una determinada conclusión sin evidencia que la apoye.

Abstracción selectiva: Se valora un hecho en base a un detalle concreto sin atender a otros rasgos más relevantes de la situación.

Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándoles un peso exagerado o infravalorado de acuerdo con la evidencia.

Personalización: Se tiende a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona sin que exista evidencia de ello.

Pensamiento dicotómico o polarización: Se tiende a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas (bueno o malo) sin atender a hechos intermedios.

2. Autoinstrucciones

Esta técnica ayuda al paciente a modificar su forma de actuar en situaciones difíciles, siendo él mismo el motor del cambio. Se trata de un monólogo interno que proporciona conductas, pensamientos y tareas que ayudan a enfrentarse a situaciones estresantes o generadoras de ansiedad.

3. Técnicas de exposición

Estas técnicas consisten en exponer gradualmente al paciente a aquellas situaciones que le provocan ansiedad y temor. Es importante que el paciente esté entrenado en técnicas para reducir la ansiedad (técnicas de relajación). El objetivo es romper la asociación que se produce entre el estímulo y la respuesta de ansiedad.

4. Técnicas de relajación

Respiración abdominal: Consiste en respirar a través del diafragma, expandiendo y contrayendo el abdomen. Esta respiración permite que el aire llegue hasta el fondo de los pulmones facilitando la respiración y la sensación de tranquilidad.

Relajación de Jacobson: Esta técnica consiste en tensar y relajar los músculos de las distintas partes del cuerpo atendiendo a las sensaciones de tensión y relajación que se producen durante el ejercicio. Es una técnica especialmente útil ya que se puede llevar a cabo antes de enfrentarse a situaciones difíciles y, por tanto, ayudar a un mejor desempeño.

Entrenamiento autógeno de Schultz: Junto con la relajación de Jacobson es una de las técnicas más utilizadas. Se trata de producir una relajación física a través de la relajación mental, por lo que se requiere una buena capacidad de imaginación.

5. Entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas

Esta técnica se basa en la definición clara y operativa del problema, la priorización de objetivos, la generación de alternativas, la valoración de estas alternativas y, finalmente, la toma de decisión.

6. Entrenamiento en habilidades sociales

Existe numerosa evidencia empírica que relaciona los problemas psicológicos y la competencia social. El entrenamiento en habilidades sociales se orienta al desarrollo de nuevas habilidades ampliando el repertorio de conductas adaptativas existentes.

7. Entrenamiento en asertividad

Con frecuencia, las personas que padecen estrés muestran dificultades para expresar sus opiniones y derechos de una forma tranquila que impida el rechazo y favorezca que los demás las tengan en cuenta. Un estilo de relación pasivo suele favorecer que no se respeten las opiniones y derechos

propios y puede acarrear una acumulación de irritabilidad y resentimiento. Un estilo de relación agresivo provoca el rechazo de los demás y, en consecuencia, tampoco se atenderán sus demandas. El estilo asertivo es considerado con la forma de pensar de los otros, garantiza que nos escuchen y aumenta las posibilidades de ver cumplidas nuestras demandas.

NUMERO DE SESIONES POR PSICOPATOLOGIAS

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El modelo para el tratamiento del trastorno de consumo de sustancias consta de 14 sesiones individualizadas las mismas que se dan en periodos de 2 sesiones por semana con una duración de 30 a 60 minutos por paciente y 3 sesiones grupales formadas por las personas con la psicopatología en común y cuya duración será de 1 hora por terapia. Dichas terapias y técnicas se enumeraran a continuación:

Psicoeducación En Adicciones (3 Sesiones):

- Sesión 1: Conciencia de enfermedad y hábitos nocivos
- Sesión 2: Descubrimiento de nuevas herramientas y recursos personales para el manejo de la adicción a la cocaína
- Sesión 3: Prevención de recaídas

Terapia Cognitivo Conductual Para El Manejo Del Consumo De Sustancias (4 Sesiones):

- Sesión 1: Entrenamiento individual en el reconocimiento y afrontamiento.
- Sesión 2: Control de los procesos cognitivos relacionados con el consumo.
- Sesión 3: Identificación y análisis de situaciones de riesgo pasadas o futuras.
- Sesión 4: Aplicación de habilidades aprendidas dentro y fuera de la sesión.

La Terapia Cognitivo Conductual Se Utilizará Las Sigüientes Técnicas:

1. Técnica Nro. 1: Pensamientos Automáticos.

- Sesión 1: Inferencia Arbitraria Y Abstracción Selectiva.
- Sesión 2: Sobregeneralización Y Maximización Y Minimización.
- Sesión 3: Personalización Y Pensamiento Dicotómico O Polarización.

2. Técnica Nro. 2 :

- Sesión 1. Detención De Pensamiento.

3. Técnica Nro.3

- Sesión 1. Control Y Programación De Actividades.

Terapia Interpersonal Como Parte Del Tratamiento De Consumo Crónico De Sustancias Sesiones 1:

- Sesión 1: Terapia Interpersonal

La Técnica Que Utiliza La Terapia Interpersonal En El Tratamiento Del Consumo De Sustancias Puede Sintetizarse Como Sigue:

1. Técnica Nro.1

- Sesión 1: Control De La Ambivalencia.

Terapia Grupal Como Parte Del Tratamiento Para El Consumo De Sustancias

Terapia Grupal

- Sesión 1: Terapia Grupal

La Técnica Que Utiliza La Terapia Grupal En El Tratamiento Del Consumo De Sustancias Puede Sintetizarse Como Sigue:

1. Técnica Nro. 1

- Sesión 1: ``Evita El Riesgo ``

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

El modelo para el Tratamiento De Los Trastornos Neuróticos, Secundarios A Situaciones Estresantes Y Somatomorfos consta de 8 sesiones individualizadas las mismas que se dan en periodos de 2 sesiones por semana con una duración de 30 a 60 minutos por paciente. Dichas terapias y técnicas se enumeraran a continuación:

1. Técnica Nro. 1: Reestructuración Cognitiva

- Sesión 1: Manejo De Pensamientos Nivel I
- Sesión 2: Manejo De Pensamientos Nivel II
- Sesión 3: Manejo De Pensamientos Nivel III

2. Técnica Nro. 2:

Entrenamiento En Relajación (Diafragmatica Y Muscular)

- Sesión 1: Relajación De Jacobson (Respiración), 2 Sesiones Por Semana

Entrenamiento En Relajación (Diafragmatica Y Muscular)

- Sesión 2: Relajación Muscular, 2 Sesiones Por Semana

3. Técnica Nro. 3: Afrontamiento Del Estrés

- Sesión 1: Manejo Del Estrés

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

El modelo para el tratamiento de los trastornos del humor (afectivos) consta de 12 sesiones individualizadas las mismas que se dan en periodos de 2 sesiones por semana con una duración de 30 a 60 minutos por paciente. Dichas terapias y técnicas se enumeraran a continuación:

Terapia Cognitiva aplicada a la Depresión

Terapia Cognitiva en la primera fase se realiza:

- Sesión 1. Se realizara un análisis de la sintomatología somática, afectiva, cognitiva y conductual.
- Sesión 2. Evaluación de la intensidad de la depresión
- Sesión 3. Orientación, en la que se le explica al paciente en que va a consistir la terapia.
- Sesión 4. Definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, y especificación de los objetivos terapéuticos

La fase terapéutica transcurre a través de los siguientes pasos:

- Sesión 5. Análisis funcional de la conducta depresiva
- Sesión 6. Generación de soluciones
- Sesión 7. Experimentación personal que consiste en poner a prueba nuevas hipótesis y estrategias
- Sesión 8. Evaluación de los progresos
- Sesión 9. Graduación de la intervención terapéutica

La técnica que utiliza la Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión puede sintetizarse como sigue:

1. **Técnica Nro. 1: Dominio de mi imaginación**
 - Sesión 1 Sustitución por imagen negativa
 - Sesión 2 Repaso mediante imagen
 - Sesión 3 Adquirir dominio mediante imaginación

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES
SOMÁTICOS

El modelo para el tratamiento de los trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos consta de 9 sesiones individualizadas las mismas que se dan en periodos de 2 sesiones por semana con una duración de 30 a 60 minutos por paciente. Dichas terapias y técnicas se enumeraran a continuación:

Psicoeducación en Trastornos Alimenticios

- Sesión 1: Psicoeducación en trastornos alimenticios

Terapia Racional Emotiva

- Sesión 1: Terapia racional emotiva

Las técnicas que utiliza la Terapia Racional pueden sintetizarse como sigue:

1. Técnica Nro. 1

- Sesión 1: Autoinstrucciones y autoafirmaciones

2. Técnica Nro. 2

- Sesión 1: Técnica de distracción

3. Técnica Nro. 3

- Sesión 1: Discusión de ideas irracionales
- Sesión 2: Extrapolar y adivinar el pensamiento de otros
- Sesión 3: Predicciones negativas y exacerbar lo negativo
- Sesión 4: Negligencia y descalificación ante lo positivo y minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo
- Sesión 5: Sentimiento de estafa y perfeccionismo

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

El modelo para el tratamiento de los trastornos del control de impulsos consta de 11 sesiones individualizadas las mismas que se dan en periodos de 2 sesiones por semana con una duración de 30 a 60 minutos por paciente y 3 sesiones grupales formadas por las personas con la psicopatología en común y cuya duración será de 1 hora por terapia.

Terapia de Resolución de Problemas

- Sesión 1: Solución de problemas

Las técnicas que utiliza la terapia de resolución de problemas en el tratamiento del consumo de sustancias pueden sintetizarse como sigue:

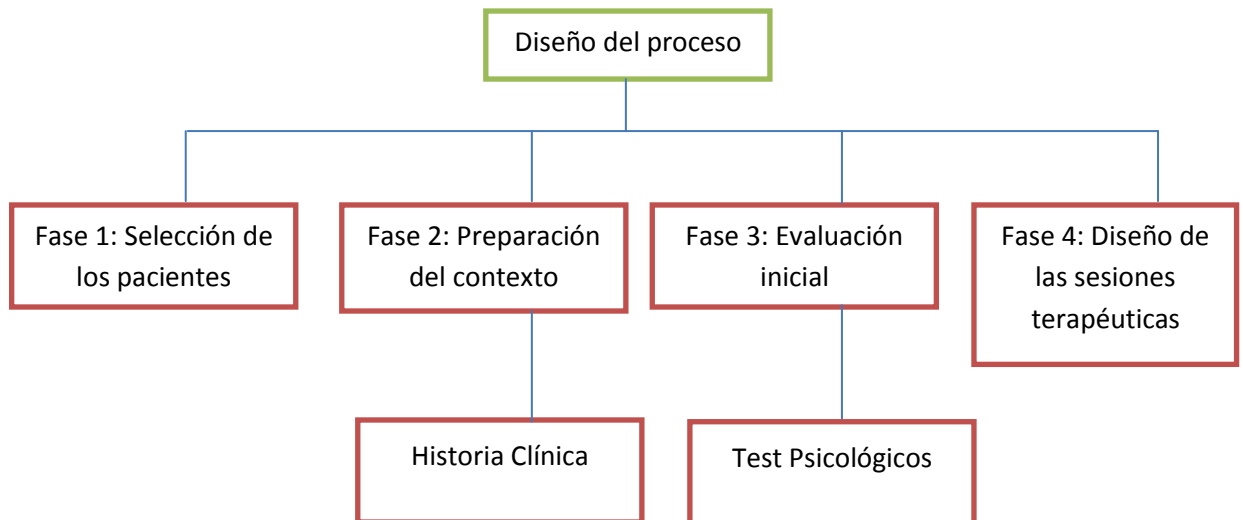
1. Técnica Nro. 1

- Sesión 1: Cuenta hasta 10-manejo de la impulsividad cuenta hasta 10-manejo de la impulsividad, 2 días por semana
- Sesión 2: Aprender de errores anteriores, 2 días por semana
- Sesión 3: Identificar los impulsos positivos, 2 días por semana
- Sesión 4: Aprender a tolerar la frustración, 2 días por semana
- Sesión 5: Realizar actividad física, 2 días por semana

DISEÑO DEL PROCESO DE SESIONES TERAPEUTICAS POR CADA PSICOPATOLOGIA

Diseño del Proceso de Terapia Individual

Para la aplicación del diseño de terapia se seguirán las siguientes fases:



FASE 1: SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

-Composición de Muestra: Los pacientes que son parte del grupo, serán homogéneos en cuanto al diagnóstico del Eje 1, es decir en relación al trastorno en común que padezcan. Heterogéneo en cuanto a edad, sexo, procedencia, estado civil, ocupación y nivel académico.

-Criterios de Inclusión: Se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- **Diagnóstico:** Pacientes con consumo de sustancias (marihuana, cocaína); trastornos del estado de ánimo (depresión); trastorno de ansiedad; trastornos disociativos; trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia); trastornos del sueño (insomnio); trastornos de control de impulsos.
- **Edad:** No hay limitaciones
- **Sexo:** Mujeres
- **Prescripción Farmacológica:** Pacientes con o sin prescripciones

-Criterios de exclusión: Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- **Diagnóstico:** Paciente con síntomas psicóticos, con retardo mental y pacientes en fase maniaca.
- **Estado físico:** Pacientes con enfermedades físicas que afecten su estado general.

FASE 2: PREPARACIÓN DEL CONTEXTO

Un componente vital para que cualquier terapia tenga éxito es que exista una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente. Es por ello que en los primeros encuentros preparatorios se procurará establecer la interacción entre las pacientes y el terapeuta.

-Preparación del paciente: Se educará a las pacientes seleccionadas durante algunas sesiones antes del inicio del programa, a la par se

describirá el curso probable del tratamiento y el porqué de la elección de este tipo de terapia.

Otro aspecto principal es fomentar un ambiente de confianza, ya que son pacientes que se han involucrado en actividades delictivas y, por tanto, presentarán dilemas de confidencialidad, además de que estos no acceden voluntariamente a tratamientos por presentar alteraciones en su juicio autocrítico.

Finalmente las consultas introductoras en terapia y técnicas cognitivo-conductual comprende dos objetivos: establecer rapport y familiarizar al paciente con el modelo cognitivo, a fin de mencionar lo beneficioso que es el control del fenómeno de su trastorno para evitar posibles recaídas.

-Se abordará de forma individualizada en las pacientes los siguientes puntos:

- Establecer las metas terapéuticas
- Tratar horario y duración de las sesiones. Despejar cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.
- Señalar normas y acuerdos.
- Además se trabajara sobre la sintomatología ansiosa presente en las pacientes.

FASE 3: EVALUACIÓN INICIAL

Luego de identificar y seleccionar los pacientes con los diagnósticos nombrados anteriormente, se inicia el proceso de evaluación mediante la hoja de entrevista inicial, a fin de contar con un registro del aspecto general del paciente al comienzo del tratamiento.

Después de culminar la entrevista inicial se aplica la entrevista psicológica conjuntamente con cuestionarios de autoinforme, que proporcionan datos que son necesarios para lograr la conceptualización de cada caso. Se aplicara los reactivos de acuerdo a los objetivos propuestos.

FASE 4: DISEÑO DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS

CICLO 1: SELECCIÓN

Tema: Selección de los Pacientes		
Objetivo: Escoger la muestra de la población		
ÁREA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
Presentación del Terapeuta	Realizar una introducción sobre cuál es el motivo de mi visita y lo necesario de su honestidad, así como que la información brindada será manejada de manera prudente.	10 minutos
Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y establecimiento de horario y normas. Autorización mediante el consentimiento informado	En caso de afirmar consumo de cocaína, se establece ya el encuadre con horarios y normas a cumplir.	10 minutos

CICLO 2: PREPARACIÓN

Tema: Preparación de los pacientes		
Objetivo: Recopilar Información		
ÁREA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
Historia Clínica	Se hace uso de la historia clínica para recabar información necesaria a fin de poder luego utilizar para proyectar detenidamente al paciente hacia el consumo y que este pueda confrontarlo; además se trabaja en disminuir sintomatología ansiosa.	60 minutos

CICLO 3: EVALUACIÓN INICIAL

Tema: Evaluación Inicial		
Objetivo: Aplicar reactivos psicológicos		
ÁREA	ACTIVIDAD	DURACIÓN
<p>Despistaje es creado en base a los criterios diagnósticos de los Trastornos Mentales tanto del DSM IV como del CIE10</p>	<p>Es un instrumento de evaluación psicológica que permite identificar a las personas con problemas de salud mental comunes como Ansiedad, Depresión, Disfunción Social, Síntomas Somáticos, Alteraciones del Sueño, Alimenticios, Sexuales, Síndromes Orgánicos Cerebrales, Trastorno del control de impulsos entre otros.</p>	<p>30 minutos</p>
<p>Test de Personalidad de SEAPSI</p>	<p>Test psicológico elaborado y avalado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa que permite esclarecer los rasgos de los diferentes tipos de personalidad en el sujeto</p>	<p>30 minutos</p>

CICLO 4: INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se ha identificado que las personas que tienen problemas con el uso de drogas se encuentran motivadas a ingerir estas sustancias, aunque con ello destruyan sus vidas, siendo necesario adaptar los tratamientos a las necesidades individuales de los pacientes.

El tratamiento va dirigido a la intervención en lo que respecta al consumo de sustancias, donde los objetivos a cumplir son:

1. Lograr la abstinencia de las sustancias, interrumpiendo el ciclo de consumos compulsivos.
2. Y prevenir las recaídas.

PSICOEDUCACIÓN EN ADICCIONES

PSICOEDUCACIÓN EN ADICCIONES		
SESION 1: CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y HÁBITOS NOCIVOS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 30 minutos. Mediante la utilización de ejemplos y situaciones cotidianas, se incentiva el aprendizaje significativo.	Brindar al paciente y si es posible a la familia, información acerca de la adicción en general, además de cómo se forman los hábitos de consumo; de manera que pueda comprender mejor su comportamiento y el de la gente que le rodea.	Se creó conciencia en las pacientes, como en sus familiares de la enfermedad que están enfrentando, al igual que reconocer los factores de riesgo y vulnerabilidad.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias		

PSICOEDUCACIÓN EN ADICCIONES		
SESION 2: DESCUBRIMIENTO DE NUEVAS HERRAMIENTAS Y RECURSOS PERSONALES PARA EL MANEJO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 30 minutos. Mediante la utilización de ejemplos y situaciones cotidianas, se incentiva el aprendizaje significativo. Se aborda de temas como: depresión, autoestima, comunicación, asertividad, expresión de emociones, relaciones interpersonales, solución de problemas y sexualidad.</p>	<p>Transmitir conocimientos acerca de cómo los pensamientos automáticos negativos pueden afectar el comportamiento, cuáles se consideran como distorsiones cognitivas y porque.</p>	<p>Se logró que el paciente reconozca que su comportamiento al igual que sus pensamientos puede ocasionar futuras recaídas empeorando la condición del paciente.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

PSICOEDUCACIÓN EN ADICCIONES		
SESION 3:PREVENCIÓN DE RECAÍDAS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 30 minutos. Mediante la utilización de ejemplos y situaciones cotidianas, se incentiva el aprendizaje significativo.</p>	<p>Facilitar el reconocimiento de situaciones riesgosas, señales de alarma y recursos para la prevención de recaídas.</p>	<p>Reconocer las distintas señales que identifiquen una posible recaída de tal manera que se pueda prevenir esta situación.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		
SESION 1: ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL EN EL RECONOCIMIENTO Y AFRONTAMIENTO.		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 días por semana. Duración: 60 minutos. -Los 20 minutos iniciales para identificar, analizar y evaluar funcionalmente el consumo, el «craving» y las situaciones de riesgo. -Los 20 minutos siguientes para introducir y comentar la nueva sesión, relacionarla con las preocupaciones del paciente y comprobar que se ha entendido (aplicación de las distintas técnicas en manejo de adicciones). -Los 20 minutos finales para explorar la comprensión y reacciones del paciente y asignar un ejercicio práctico para la semana siguiente, revisar los planes y anticipar riesgos posibles.</p>	<p>-Promover la motivación para abstenerse. -Entrenarse en el afrontamiento y reconocimiento a tiempo de posibles focos de consumo.</p>	<p>Se Logró el análisis funcional de la conducta problema desarrollando un entrenamiento en habilidades individualizadas destinadas a desaprender hábitos asociados al consumo y a sustituirlos por otros saludables.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		
SESION 2:CONTROL DE LOS PROCESOS COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO.		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 días por semana. Duración: 60 minutos. -Los 20 minutos iniciales para identificar, analizar y evaluar funcionalmente el consumo, el «craving» y las situaciones de riesgo. -Los 20 minutos siguientes para introducir y comentar la nueva sesión, relacionarla con las preocupaciones del paciente y comprobar que se ha entendido (aplicación de las distintas técnicas en manejo de adicciones). -Los 20 minutos finales para explorar la comprensión y reacciones del paciente y asignar un ejercicio práctico para la semana siguiente, revisar los planes y anticipar riesgos posibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Modificar los refuerzos contingentes. -Lograr que los pensamientos en relación con el consumo pueda ser intervenidos. -Enseñar habilidades de afrontamiento de las situaciones de riesgo. -Afrontar otros estados afectivos negativos. -Mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social en ámbitos libres de drogas. -Identificación y análisis de situaciones de riesgo pasadas o futuras. -Aplicación de habilidades aprendidas dentro y fuera de la sesión. 	<p>Se Logró el análisis funcional de la conducta problema desarrollando un entrenamiento en habilidades individualizadas destinadas a desaprender hábitos asociados al consumo y a sustituirlos por otros saludables.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		
SESION 3:IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE SITUACIONES DE RIESGO PASADAS O FUTURAS.		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 días por semana. Duración: 60 minutos. -Los 20 minutos iniciales para identificar, analizar y evaluar funcionalmente el consumo, el «craving» y las situaciones de riesgo. -Los 20 minutos siguientes para introducir y comentar la nueva sesión, relacionarla con las preocupaciones del paciente y comprobar que se ha entendido (aplicación de las distintas técnicas en manejo de adicciones). -Los 20 minutos finales para explorar la comprensión y reacciones del paciente y asignar un ejercicio práctico para la semana siguiente, revisar los planes y anticipar riesgos posibles.</p>	<p>-Enseñar habilidades de afrontamiento de las situaciones de riesgo. -Afrontar otros estados afectivos negativos.</p>	<p>Se Logró el análisis funcional de la conducta problema desarrollando un entrenamiento en habilidades individualizadas destinadas a desaprender hábitos asociados al consumo y a sustituirlos por otros saludables.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		
SESION 4: APLICACIÓN DE HABILIDADES APRENDIDAS DENTRO Y FUERA DE LA SESIÓN.		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 días por semana. Duración: 60 minutos. -Los 20 minutos iniciales para identificar, analizar y evaluar funcionalmente el consumo, el «craving» y las situaciones de riesgo. -Los 20 minutos siguientes para introducir y comentar la nueva sesión, relacionarla con las preocupaciones del paciente y comprobar que se ha entendido (aplicación de las distintas técnicas en manejo de adicciones). -Los 20 minutos finales para explorar la comprensión y reacciones del paciente y asignar un ejercicio práctico para la semana siguiente, revisar los planes y anticipar riesgos posibles.</p>	<p>-Mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social en ámbitos libres de drogas. -Poner en práctica lo aprendido fuera de las sesiones psicológicas.</p>	<p>Se Logró el análisis funcional de la conducta problema desarrollando un entrenamiento en habilidades individualizadas destinadas a desaprender hábitos asociados al consumo y a sustituirlos por otros saludables.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

Dentro de la terapia Cognitivo Conductual se utilizará las siguientes técnicas:

TECNICA Nro. 1

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS		
SESION 1:INFERENCIA ARBITRARIA Y ABSTRACCIÓN SELECTIVA		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos.</p> <p>-Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.</p> <p>-Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.</p>	<p>El terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras, pensamientos, afectos y conductas implicadas, como primer paso. Después detecta los pensamientos automáticos que son la base de las distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos acontecimientos personales subyacentes, en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (utilizados en palabras "clave" o expresiones del paciente) y en base a los momentos asintomáticos o "felices" del paciente.</p>	<p>Se consiguió un entrenamiento en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos. Los pensamientos automáticos son los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos personales del sujeto</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS		
SESION 2: SOBREGENERALIZACIÓN Y MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos. -Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí. -Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.</p>	<p>El terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras, pensamientos, afectos y conductas implicadas, como primer paso. Después detecta los pensamientos automáticos que son la base de las distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos acontecimientos personales subyacentes, en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (utilizados en palabras "clave" o expresiones del paciente) y en base a los momentos asintomáticos o "felices" del paciente.</p>	<p>Se consiguió un entrenamiento en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos. Los pensamientos automáticos son los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos personales del sujeto</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS		
SESION 3: PERSONALIZACIÓN Y PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos.</p> <p>-Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.</p> <p>-Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.</p>	<p>El terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras, pensamientos, afectos y conductas implicadas, como primer paso. Después detecta los pensamientos automáticos que son la base de las distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos acontecimientos personales subyacentes, en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (utilizados en palabras "clave" o expresiones del paciente) y en base a los momentos asintomáticos o "felices" del paciente.</p>	<p>Conseguir un entrenamiento en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos. Los pensamientos automáticos son los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos personales del sujeto</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TECNICA Nro. 2

DETENCIÓN DE PENSAMIENTO		
SESION 1 :DETENCIÓN DE PENSAMIENTO		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana.</p> <p>Duración: 40 minutos.</p> <p>-Para entrenar la detención del pensamiento se le pide al paciente durante la sesión, que evoque sus pensamientos más recurrentes evidenciados antes de iniciar el consumo, luego de 30 segundos el terapeuta mencionara la palabra "¡Pare!" para interrumpir el pensamiento.</p> <p>-Se repite el procedimiento unas cinco veces.</p> <p>-Luego se le pide al paciente que interrumpa sus propios pensamientos gritando "¡Pare!", para luego hacerlo de manera subvocal.</p> <p>-Una variante de la técnica es usar distracciones de la atención, incorporando rápidamente un pensamiento agradable en lugar del pensamiento preocupante.</p>	<p>Disminuir pensamientos disruptivos o incompatibles con el consumo crónico o dependencia a una sustancia.</p>	<p>La interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al consumo. Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TECNICA Nro.3

CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES		
SESION 1:CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. -Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con tu tipo de consumo, mediante la elaboración de un registro o cuadernillo de actividades. -Se busca establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente, de modo que el sujeto pueda programar las actividades el mismo, lo cual hará que establezca "fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas".</p>	<p>Modificar los hábitos en función de las actividades, que por lo general giran respecto al uso de drogas.</p>	<p>Mantener ocupado al paciente durante el proceso de recuperación, pues el mismo debe enfrentarse con mucho tiempo libre. Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el sujeto.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

**TERAPIA INTERPERSONAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE
CONSUMO CRÓNICO DE SUSTANCIAS.**

TERAPIA INTERPERSONAL		
SESION 1 :TERAPIA INTERPERSONAL		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. El formato original de la terapia tiene una duración breve y una orientación focal, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones, utilizando como principal recurso el análisis de los hechos del paciente y la escucha empática.</p>	<p>-Asumir el modelo médico de trastorno psiquiátrico que conceptúa la cocaínomanía como una condición crónica y recurrente.</p> <p>-Dirigir la atención a las dificultades de funcionamiento interpersonal.</p> <p>-Adopta un rol activo y explorador similar al asumido en las psicoterapias exploratorias o de soporte</p>	<p>La Terapia Interpersonal (TIP) adaptada al tratamiento de las adicciones tiene como finalidad ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la abstinencia, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente relacionado al consumo o dependencia de la droga.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

La técnica que utiliza la Terapia Interpersonal en el tratamiento del consumo de sustancias puede sintetizarse como sigue:

TECNICA Nro.1

CONTROL DE LA AMBIVALENCIA.		
SESION 1:CONTROL DE LA AMBIVALENCIA.		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. En la mayoría de los casos esta técnica puede complementarse con la ejemplificación de otros casos similares, es decir de sujetos que de igual forma se mantienen alejados del consumo, mediante la proyección de videos cortos pero realistas en cuanto a la visualización del consumo, de modo que se profundice sobre su situación personal y se analicen las posibilidades de continuar o no con la abstinencia.</p>	<p>Normalizar los estados contradictorios del estado de ánimo que pueden generar emociones perturbadoras que lleven a la recaída</p>	<p>En el paciente la posibilidad de que es normal que tengan dudas y temores en lo relacionado al consumo de cocaína, se comprende, pues es algo que le ocurre a la mayoría de adictos, más aun si el sujeto se encuentra en un estado de abstinencia. En muchos casos basta con este reconocimiento y con permitir un diálogo sobre las emociones ligadas para desbloquear los posibles obstáculos para la mediación derivados de esta situación.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

TERAPIA GRUPAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

TERAPIA GRUPAL		
SESION 1:TERAPIA GRUPAL		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 45 minutos. Las terapias grupales tienen una duración de 45 minutos donde cada participante expone en forma voluntaria aspectos relacionados a la temática del consumo de drogas en este caso al consumo de cocaína, asociado con la dependencia, abstinencia y sus consecuencias, estrategia terapéutica utilizada para el proceso de aceptación de la enfermedad y motivación para el seguimiento del tratamiento.</p>	<p>-Desear verdaderamente la recuperación, tomando conciencia de que es necesaria la abstinencia de la sustancia en cuestión.</p> <p>-Utilizar comportamientos diferentes a los asociados al consumo adictivo, recuperando los intereses y reestructurando su sistema de actividad y empleo del tiempo.</p>	<p>El enfoque grupal permite aprovechar las ventajas del grupo, en cuanto espacio para la reflexión y búsqueda conjunta de soluciones, en personas que comparten una problemática común que nos posibilita el empleo de recursos múltiples que son utilizados en función de las necesidades de los pacientes y de los requerimientos del tratamiento según la índole de la problemática (tipo de adicción) de que se trate.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

La técnica que utiliza la Terapia Grupal en el tratamiento del consumo de sustancias puede sintetizarse como sigue:

TECNICA Nro. 1

``EVITA EL RIESGO ``		
SESION 1: ``EVITA EL RIESGO ``		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 45 minutos. -Se presenta la descripción de diferentes ofertas de grupos de manipulación, que imitan casos reales, ofreciendo unas cartillas cuyo contenido expone distintos ejemplos sobre la dinámica interna de cómo se maneja un grupo donde las pacientes, en pequeños grupos y siguiendo los puntos que se indican en la plantilla o ficha de trabajo, han de valorar si con la información de la que disponen, creen posible que identifiquen un grupo represivo o no. -Al rellenar la ficha, identificarán cuáles son los criterios para reconocer dichos grupos. -Posteriormente se desarrolla una discusión en el grupo.</p>	<p>Mejorar las habilidades centradas en el análisis crítico de grupos de manipulación psicológica, ofreciendo criterios para su reconocimiento.</p>	<p>Se centra en el entrenamiento de habilidades personales, sociales y de comunicación, análisis crítico e identificación de grupos coercitivos y afrontamiento de técnicas de manipulación en situaciones relacionadas con los grupos que representan un factor de riesgo dentro del proceso de abstinencia del paciente.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan consumo de sustancias</p>		

Conclusiones:

El tratamiento para el uso de drogas reduce el uso de éstas en un 40-60%, aunque estas estadísticas de eficiencia generalmente se mantienen, los resultados de los tratamientos individuales dependen de la naturaleza y el alcance de los problemas presentes en los pacientes, de que los componentes del tratamiento y los servicios relacionados usados para tratar esos problemas sean apropiados, y del grado de motivación de los pacientes durante el tratamiento.

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

El tratamiento va dirigido a la intervención en lo que respecta a la ansiedad y al trastorno obsesivo compulsivo, donde sus objetivos son:

- Ayudar al paciente a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas, cognitivas, emocionales y fisiológicas, especialmente en los primeros signos de activación, y reaccionar entonces a estas señales con una nueva conducta que este diseñada a disminuir la adversidad de la respuesta a la ansiedad.
- Reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-evitación.

Para cumplir con estos objetivos es necesario aplicar las siguientes técnicas:

TECNICA Nro. 1

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
SESION 1: MANEJO DE PENSAMIENTOS NIVEL I		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 45 minutos. Materiales en sesiones será: Nivel I: -Cómo interpreta y reacciona emocionalmente el paciente ante determinadas situaciones (¿Qué pensó? ¿Cómo se sintió?). -Expresión oral del paciente de cogniciones y emociones que experimentan entre sesiones. -Pensamientos que aparecen durante la terapia. -Material introspectivo escrito por el paciente de las tareas asignadas (autorregistro).	Mejorar las habilidades centradas en el análisis crítico de grupos de manipulación psicológica, ofreciendo criterios para su reconocimiento.	Se centra en el entrenamiento de habilidades personales, sociales y de comunicación, análisis crítico e identificación de grupos coercitivos y afrontamiento de técnicas de manipulación en situaciones relacionadas con los grupos que representan un factor de riesgo dentro del proceso de abstinencia del paciente.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos		

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
SESION 2:MANEJO DE PENSAMIENTOS NIVEL II		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 45 minutos. Materiales en sesiones será: Nivel II: Generalizaciones del terapeuta respecto a qué tipo de cogniciones suele utilizar el paciente (cogniciones realistas o no, más o menos adaptadas, pensamientos polarizados, etc.) -Expresión oral del paciente de cogniciones y emociones que experimentan entre sesiones. -Pensamientos que aparecen durante la terapia. -Material introspectivo escrito por el paciente de las tareas asignadas (autorregistro).</p>	<p>Mejorar las habilidades centradas en el análisis crítico de grupos de manipulación psicológica, ofreciendo criterios para su reconocimiento.</p>	<p>Se centra en el entrenamiento de habilidades personales, sociales y de comunicación, análisis crítico e identificación de grupos coercitivos y afrontamiento de técnicas de manipulación en situaciones relacionadas con los grupos que representan un factor de riesgo dentro del proceso de abstinencia del paciente.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p>		

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
SESION 3:MANEJO DE PENSAMIENTOS NIVEL III		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 45 minutos. Materiales en sesiones será: Nivel III. Creencias y actitudes de fondo que sustentan determinados pensamientos (p. ej. , “uno no puede ser feliz si no es amado por otros”).- Expresión oral del paciente de cogniciones y emociones que experimentan entre sesiones. -Pensamientos que aparecen durante la terapia. -Material introspectivo escrito por el paciente de las tareas asignadas (autorregistro).</p>	<p>Mejorar las habilidades centradas en el análisis crítico de grupos de manipulación psicológica, ofreciendo criterios para su reconocimiento.</p>	<p>Se centra en el entrenamiento de habilidades personales, sociales y de comunicación, análisis crítico e identificación de grupos coercitivos y afrontamiento de técnicas de manipulación en situaciones relacionadas con los grupos que representan un factor de riesgo dentro del proceso de abstinencia del paciente.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p>		

TECNICA Nro. 2

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN (DIAFRAGMÁTICA Y MUSCULAR)		
SESION 1: RELAJACIÓN DE JACOBSON (RESPIRACIÓN)		
DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 45 minutos. Materiales en sesiones será:</p> <p>Relajación De Jacobson (respiración): Esta técnica consiste en la utilización de la respiración y la imaginación como elementos que proporcionan una agradable sensación de bienestar. Pasos a seguir para la práctica de esta técnica de relajación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Este ejercicio de relajación lo puede practicar estando acostado, sentado o como lo prefiera. 2. Realice tres respiraciones lentas y profundas, entrando el aire por la nariz y exhalando por la boca, en cada respiración su abdomen y tórax deben llenarse totalmente de aire. 3. Nuevamente realice tres respiraciones profundas, pero ahora retenga el aire lo más que pueda y luego lo saca muy lentamente por la boca. 4. Ahora imagine que por la parte superior de su cabeza está entrando una hermosa luz de color azul, muy agradable. Esa luz envuelve su cabeza y penetra hacia adentro proporcionándole una gran sensación de bienestar. 5. Deje que esa luz azul relaje toda su cara y su cabeza. Imagine que la luz azul ha cubierto totalmente su cuello y continúa bajando hacia las demás partes del cuerpo. Siga imaginando como va avanzando por hombros, brazos, manos, pecho, espalda, abdomen, glúteos, genitales, piernas, y rodillas hasta llegar a la planta de los pies. Finalmente imagine todo su cuerpo envuelto en esa relajante luz azul. Experimente el descanso que le proporciona. Permanezca en ese estado de relajación el tiempo que quiera, su cuerpo se encuentra feliz y descansando. 	<p>El objetivo fundamental de los métodos de relajación (técnicas de relajación) consiste en el autocontrol de las conductas emocionales, comportamentales e intelectuales del sujeto.</p>	<p>El entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a disminuir estados de ansiedad, ira o emociones, por medio del entrenamiento en relajación.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p>		

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN (DIAFRAGMATICA Y MUSCULAR)

SESION 2:RELAJACIÓN MUSCULAR

DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 45 minutos. Materiales en sesiones será: Relajación Muscular: -Sentarse o estirarse en silencio en una postura cómoda. -Cerrar los ojos. -Relajar a fondo todos los músculos del cuerpo dejándolos "suelos", apoyados en la superficie donde nos encontremos, como si tuviéramos la sensación de que esa parte nos pesara más de la cuenta. -Empezar por los pies, pensar que nos están pesando, que se apoyan libremente sobre el sofá, cama, etc., avanzar lenta y progresivamente esta sensación de pesadez con el resto del cuerpo: las piernas, las manos, los brazos, el abdomen (sentir que toda la espalda se apoya relajadamente sobre la superficie donde nos encontremos) y así hasta los músculos de la cara. Mantenerlos relajados. -Respirar por la nariz. Tomar conciencia de la respiración. Al aspirar, decirse a sí mismo la palabra "uno", luego "dos", y así progresivamente. Respirar con naturalidad, no profundamente. -Continuar durante diez a veinte minutos. Pueden abrirse los ojos, para comprobar el tiempo, pero no utilizar un despertador ni un sistema de alarma. Al terminar, permanecer sentado durante algunos minutos más, primero con los ojos cerrados y después abiertos. No levantarse hasta que hayan pasado algunos minutos. -No preocuparse por conseguir un nivel de relajación profunda. Mantener una actitud pasiva y dejar que la relajación se presente según su propio ritmo. Si aparecen pensamientos perturbadores, debe intentar ignorarlos no ocupándose de ellos y volviendo a repetir "uno". Con la práctica, la respuesta sobrevendrá sin apenas esfuerzo. Debe practicarse esta técnica una o dos veces al día, pero no durante las dos horas siguientes a una comida, porque los procesos digestivos interfieren en el surgimiento de la respuesta relajante</p>	<p>El objetivo fundamental de los métodos de relajación (técnicas de relajación) consiste en el autocontrol de las conductas emocionales, comportamentales e intelectuales del sujeto.</p>	<p>El entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a disminuir estados de ansiedad, ira o emociones, por medio del entrenamiento en relajación.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p>		

TECNICA Nro. 3

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS		
SESION 1: MANEJO DEL ESTRÉS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 45 minutos. El procedimiento consta de tres pasos o fases básicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación cognitiva, que incluye 1. Una evaluación de las situaciones que provocan ira o cólera, e información por parte del terapeuta de los principios que conforman la terapia, así como los correspondiente autorregistros. 2. Adquisición de habilidades cognitivas a través del uso de las autoinstrucciones o autoverbalizaciones y de las habilidades conductuales, como la adquisición de habilidades, para obtener respuestas incompatibles con la ansiedad (relajación). 3. Aplicación práctica, que se lleva a cabo mediante inducciones de cólera imaginaria o realizando un ensayo de conducta. Previamente se habrá construido una jerarquía de situaciones parecidas a las que el paciente se enfrentará en su vida diaria. 	<p>-Disminuir estados de ansiedad, ira o emociones, por medio del entrenamiento. -Mediante el afrontamiento el paciente podrá disminuir los síntomas a causa del estrés.</p>	<p>Esta modalidad de terapia para el afrontamiento del estrés, inoculación de estrés, pretende desarrollar la habilidad y competencia para adaptarse a los hechos estresantes, de forma que la reducción del estrés permita conseguir los objetivos personales. El término "inoculación" indica la progresiva exposición de dosis manejables de un estrés. Esta exposición gradual provoca excitación en el individuo, pero no agota su capacidad para hacerle frente. Este tipo de terapia, con ligeras variantes, fue diseñado por Meichenbaum (1977) y Novaco (1978).</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p>		

Conclusiones:

A pesar de que no se conoce una cura para el trastorno somatomorfo, éste puede manejarse ayudando a la persona mediante el tratamiento psicológico a vivir una vida lo más normal posible, a pesar de que él o ella puedan aún tener algo de dolor u otros síntomas.

El paciente con trastornos somatomórficos debe ser manejado por un médico de familia con interconsulta psiquiátrica para reducir la frustración, el estrés y el uso indiscriminado de medicamentos. Los síntomas psíquicos se tratan con pautas antidepresivos a dosis bajas, como los serotoninérgicos o sedantes como la duloxetina o mirtazapina, o fármacos ansiolíticos no benzodiazepínicos como la pregabalina. Afortunadamente, el trastorno somatomorfo no acortará la vida de la persona.

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

El tratamiento va dirigido a la intervención en lo que respecta a la depresión, donde sus objetivos son:

- Determinar las áreas problemáticas del paciente en términos de componentes conductuales, emocionales, cognitivos, motivacionales, físicos y personalidad pre mórbido.
- Aprender y reaprender un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales para afrontar las situaciones estresantes de la vida cotidiana que causan la sintomatología depresiva.
- Eliminar los pensamientos automáticos y su respectiva evidencia y el significado personal que tiene cada uno de sus pensamientos.

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN

TERAPIA COGNITIVA		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos. Se planifican 9 sesiones y se estudiara de acuerdo a la evolución de los pacientes la continuidad de la terapia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es un procedimiento terapéutico rigurosamente diseñado para el tratamiento de los factores cognitivos específicos que están implicados en los trastornos depresivos, moderados o graves. 2. Se han realizado estudios comparativos con otras terapias y con fármacos antidepresivos. De tales estudios se deriva y queda comprobada su eficacia en el tratamiento de su depresión unipolar y no psicótica. 3. Recientemente los estudios de metaanálisis y seguimiento realizado por De Rubeis y CristChristoph (1998), y Blackburn y Moore (1997) ponen de relieve la eficacia y la especificidad de la terapia cognitivo-conductual aplicada a la depresión, así como su eficacia preventiva en las depresiones recurrentes y refractarias a los fármacos antidepresivos. 	<p>Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.</p>	<p>Determinar las áreas problemáticas del paciente en términos de componentes conductuales, emocionales, cognitivos, motivacionales, físicos y personalidad pre mórbido.</p> <p>-Aprender y reaprender un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales para afrontar las situaciones estresantes de la vida cotidiana que causan la sintomatología depresiva.</p> <p>-Eliminar los pensamientos automáticos y su respectiva evidencia y el significado personal que tiene cada uno de sus pensamientos.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

En la primera fase se realiza:

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 1		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos. Se realizara un análisis de la sintomatología somática, afectiva, cognitiva y conductual, y la comprobación de que la alteración cognitiva es predominante en relación a otros componentes.</p>	<p>Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.</p>	<p>Conocer con más exactitud cuáles son los síntomas tanto psicológicos como somáticos que están causando alteraciones en su vida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 2		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Evaluación de la intensidad de la depresión mediante la Escala de Depresión de Hamilton, el Inventario para la Depresión de Beck y la Subescala de Depresión del cuestionario de Minesota.</p>	<p>Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.</p>	<p>Conocer mediante los test la gravedad de la depresión que están padeciendo las pacientes.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 3		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Orientación, en la que se le explica al paciente en que va a consistir la terapia.	Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.	Hacer conocer a los pacientes la manera de en qué se va a trabajar con la terapia al igual los beneficios que se obtendrán de la misma.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 4		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, y especificación de los objetivos terapéuticos.	Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.	Tener en claro los principales afecciones de la depresión de los pacientes y plantearse los objetivos para lograr la estabilidad y recuperación de los pensamientos depresivos.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

La fase terapéutica transcurre a través de los siguientes pasos:

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 5		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Análisis funcional de la conducta depresiva. Para ello el paciente realiza un auto-registro, y además, un registro conductual en el que registra las actividades que ha de realizar diariamente y que considera agradables y reforzantes.</p>	<p>Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.</p>	<p>Conseguir que el paciente mediante los auto-registros de la manera negativa que están viendo las cosas lo cual hace empeorar su depresión y con los mismo auto-registros tome en cuenta que pueden tener actividades agradables.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 6		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Generación de soluciones. Se formulan formas de pensamiento alternativas a las rígidas y estereotipadas, así como alternativas conductuales introducidas mediante técnicas como el modelado, la realización gradual de tareas, el entrenamiento en relajación o las habilidades sociales.</p>	<p>Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.</p>	<p>Dar opciones de solución al paciente mediante el cambio de pensamientos rígidos y técnicas que permitan mejorar su estado mediante la relajación y el mejoramiento de las habilidades sociales.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 7		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Experimentación personal que consiste en poner a prueba nuevas hipótesis y estrategias de pensamiento y comportamiento en la vida cotidiana del paciente.	Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.	Llevar a la práctica todo lo aprendido y planificado durante las distintas terapias
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 8		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Evaluación de los progresos, teniendo en cuenta el cambio conductual.	Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.	Control y evolución de los pacientes
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA DEPRESIÓN		
SESION 9		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Graduación de la intervención terapéutica. La directriz inicial del terapeuta se irá incluyendo para que el paciente asuma y aplique directamente los procedimientos aprendidos.	Dominar pensamientos negativos que puedan desencadenar cuadros graves de depresión.	Control y evolución de los pacientes
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.		
Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

Observación:

- a. La terapia cognitivo-conductual es, al menos, tan efectiva como la medicación antidepresiva.
- b. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual y de la medicación, por sí solas en los depresivos más graves, es cuestionable.
- c. La combinación de la terapia cognitivo-conductual y de los antidepresivos pueden ser superior al tratamiento único.
- d. En ambos estudios queda demostrado el efecto profiláctico de la terapia cognitivo-conductual en el seguimiento a largo plazo (2 años).

La técnica que utiliza la Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión puede sintetizarse como sigue:

TECNICA Nro. 1

DOMINIO DE MI IMAGINACION		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. Se presenta una serie de alternativas donde se utiliza la imaginación como el principal recurso, entre ellas encontramos las siguientes: -Sustitución por imagen negativa -Repaso mediante imagen -Adquirir dominio mediante imaginación	Modificar los pensamientos depresivos y posteriormente de ideación suicida utilizando la imaginación.	Permite utilizar la imaginación para visualizar el autocontrol y evitar los estados de depresión, estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

DOMINIO DE MI IMAGINACION		
SESION 1		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos</p> <p>Sustitución por imagen negativa: Se refiere a la visualización de una imagen negativa acerca de las consecuencias. De tal forma que las imágenes “positivas” acerca del estar depresivo sea sustituido por una imagen acerca de las consecuencias negativas, como por ejemplo el recuerdo de una hospitalización, los dolores físicos, broncas monumentales con seres queridos.</p>	<p>Modificar los pensamientos depresivos y posteriormente de ideación suicida utilizando la imaginación.</p>	<p>Permite utilizar la imaginación para visualizar el autocontrol y evitar los estados de depresión, estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

DOMINIO DE MI IMAGINACION		
SESION 2		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos</p> <p>Repaso mediante imagen: En ésta, las imágenes se utilizan como medio de “práctica” o repaso de ciertas habilidades adquiridas o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de episodios depresivos (lugares, personas o cosas). En las primeras etapas del tratamiento, lo mejor sería evitarlos, pero si por cualquier motivo, no quedara otro remedio, es necesario practicar esta técnica: -Antes de ir, imaginarse en ése lugar al que hay que acudir, visualizar el sitio su decoración, su ruido y verse a sí mismo.</p>	<p>Modificar los pensamientos depresivos y posteriormente de ideación suicida utilizando la imaginación.</p>	<p>Permite utilizar la imaginación para visualizar el autocontrol y evitar los estados de depresión, estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)</p>		

DOMINIO DE MI IMAGINACION		
SESION 3		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 60 minutos Adquirir dominio mediante imaginación: Esto implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar los estados depresivos, para poder proyectarla hacia la realidad posteriormente. Se puede utilizar la metáfora para obtener poder ante pensamientos negativos.	Modificar los pensamientos depresivos y posteriormente de ideación suicida utilizando la imaginación.	Permite utilizar la imaginación para visualizar el autocontrol y evitar los estados de depresión, estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.
Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del humor (afectivos)		

Conclusiones

Las personas con depresión mayor se pueden sentir mejor después de tomar antidepresivos durante unas pocas semanas. Sin embargo, muchas necesitan tomar el medicamento durante 4 a 9 meses para sentirse completamente mejor y prevenir la reaparición de la depresión

Para las personas que tienen episodios repetitivos de depresión, puede ser necesario el tratamiento rápido y continuo para prevenir una depresión prolongada y más intensa. Algunas veces, las personas deberán tomar medicamentos por largos períodos.

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES SOMÁTICOS

El tratamiento va dirigido a la intervención en lo que respecta a los trastornos de la conducta alimentaria, donde sus objetivos son:

- Normalización del peso, constantes nutricionales y hábitos alimenticios.
- Tratamiento de factores psicológicos mantenedores.
- Prevención de recaídas.

PSICOEDUCACIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTICIOS		
SESION 1: PSICOEDUCACIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTICIOS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>Se basa en la normalización y regulación de los hábitos alimenticios, tanto en cantidad como en frecuencia, y en el control del peso. Se utiliza tanto elementos psicoeducativos (conceptos nutricionales sobre alimentación, peso y consecuencias físico-psicopatológicas de la desnutrición) como conductuales (técnicas de auto-observación, autocontrol y exposición con prevención de recaídas.</p> <p>Utiliza un conjunto de técnicas para modificar la conducta y cogniciones subyacentes de los pacientes, sus actitudes hacia el peso y la imagen, baja autoestima y perfeccionismo. Las técnicas serian básicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Supervisar las comidas -Pautas conductuales de exposición -Solución de problemas -Reestructuración cognitiva -Técnicas de autocontrol emocional y el incremento de habilidades (entrenamiento de habilidades sociales y asertividad) 	<ul style="list-style-type: none"> -Contribuir a la recuperación del paciente -Lograr el trabajo en equipo entre el personal de salud mental y el paciente. -Disminuir el número de recaídas y el número de hospitalizaciones. -Facilitar la reinserción temprana de los pacientes a su entorno. -Fomentar el cumplimiento en la toma de medicamentos, en la asistencia a las consultas -Contribuir a aminorar el estigma social que sufren los pacientes con enfermedades mentales 	<p>La Psicoeducación es considerada una de las principales estrategias terapéuticas utilizadas con la finalidad de dar información y capacitación sobre la enfermedad a los pacientes y a sus familiares.</p> <p>Abarca diversas áreas entre ellas: Psicológicas, Médica, Familiar, donde también se maneja alternativas de prevención para el consumo y las recaídas</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

SESION 1: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana.</p> <p>Duración: 40 minutos.</p> <p>-El terapeuta utiliza, además del registro e identificación de esos pensamientos irracionales, fundamentalmente la persuasión verbal para convencer al paciente de lo irracional de esas creencias y el desafío para que deje de utilizarlas.</p> <p>-En este tipo de tratamiento, más que una técnica sistemática y estructurada aplicable, se pone de relieve la habilidad del terapeuta para la sustitución de los pensamientos irracionales mediante la aceptación incondicional por parte del paciente de la autoridad del terapeuta, el cual usa frecuentemente las agresiones verbales para forzar la aceptación de los propios criterios.</p> <p>-Entre otras técnicas conductuales utiliza la inundación o exposición abrupta a las situaciones ansiógenas, el ensayo de conducta y la práctica de conducta.</p>	<p>Tratar cuales son las causas que generan pensamientos disfuncionales que afectan a las emociones en las pacientes.</p>	<p>El método de la terapia racional emotiva, consta de una serie de etapas de intervención cognitivo-conductual, según el esquema A-B-C-D-E, en el que:</p> <p>A. Es la situación o acontecimiento activador.</p> <p>B. Es la creencia o flujo de pensamiento o auto-verbalizaciones producidos por la situación.</p> <p>C. Son las consecuencias, emociones y conductas resultado de B.</p> <p>D. Es la disputa, intervención terapéutica en la que se discurre la lógica de estas creencias.</p> <p>E. es el resultado al que se llega al afrontar la situación mediante creencias más lógicas y adaptadas.</p>

Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.

Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento

Las técnicas que utiliza la Terapia Racional pueden sintetizarse como sigue:

TECNICA Nro. 1		
SESION 1: AUTOINSTRUCCIONES Y AUTOAFIRMACIONES		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. Generalmente se utilizan afirmaciones mentales o verbales en las que se enfatiza la importancia de alimentarse, además pueden utilizarse las tarjetas flash, las cuales contienen frases de afrontamiento a las compulsiones por purgarse o por restringirse de los alimentos, las mismas que deben estar escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño tal que puedas cargar con ellas a donde vayas. En ellas deben incluirse frases como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Me siento bien, este malestar va a pasar" - "No necesito ser delgada para ser feliz" - "¡Vas Bien!" - "Recuerda que alimentándote bien puedes conservar una buena salud". - Te sientes más sano cuando no te purgas. - Las cosas me van muy bien con mi pareja; ¡sigue así! - Tienes buen aspecto físico; ¡sigue así! - ¡Vete de aquí inmediatamente! - No hables con esta persona. 	<p>Analizar la estructura y consistencia en la articulación de las secuencias cognitivas relacionadas con la comida, reafirmando lo positivo de encontrarse saludable.</p>	<p>Se refiere a la verbalización de palabras positivas que te sugieran qué es lo que debes hacer o sentir ante posibles recaídas en alteraciones a nivel alimentario.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 2

SESION 1: TÉCNICA DE DISTRACCIÓN

DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>-La distracción consiste en centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible, "en este restaurante hay diez mesas con manteles blancos, las paredes son azul claro con una ventana cada cuatro mesas. Hay una señora que..." y así sucesivamente.</p> <p>-El paciente debe evitar lugares, personas o cosas que evocan pensamientos ligados al peso como por ejemplo alejándose de un lugar de un amigo, etc. (evitando la recaída).</p> <p>-Se puede optar por hablar sobre algún tema, iniciando una conversación con amigo o familiar, recitar un poema o cantar una canción favorita, escribir tus pensamientos y leerlos en voz alta, tratando de mantener lo más ocupada posible la mente y la atención.</p> <p>-Realizar actividades físicas como por ejemplo: salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, abdominales, jugar un videojuego, juego de mesa o puzle, cocinar, bailar, pasear con las mascotas, etc.</p> <p>-En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente. Así mismo, es importante evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.</p>	<p>Detener pensamientos y sentimientos relacionados con el deseo de adelgazar o las purgas.</p>	<p>Son técnicas sencillas donde el paciente cambia el enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 3		
SESION 1: DISCUSIÓN DE IDEAS IRRACIONALES		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. Dentro de esta categoría encontramos subdivisiones que permiten evitar la irracionalidad de nuestros pensamientos, anulándolos de nuestra mente, estas categorías serán divididas en 2 temas por sesión.</p>	<p>Discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que perturban al paciente.</p>	<p>Permite dar una orientación específica a aquellos pensamientos erróneos que el sujeto refiere sobre sí mismo y sobre los demás, dando prioridad a la reestructuración de ideas relacionadas con las distorsiones cognitivas sobre su peso y la comida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 3		
SESION 2: EXTRAPOLAR Y ADIVINAR EL PENSAMIENTO DE OTROS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos. -Extrapolar: “o todo o nada”, “no debo sentir nada de ansiedad por la comida porque si no significa que soy un perdedor. -Adivinar el pensamiento de otros: “como me hundí en esta situación, todos piensa que soy una tonta”, “ese señor que está ahí me está viendo porque sabe que yo me purgo”.</p>	<p>Discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que perturban al paciente.</p>	<p>Permite dar una orientación específica a aquellos pensamientos erróneos que el sujeto refiere sobre sí mismo y sobre los demás, dando prioridad a la reestructuración de ideas relacionadas con las distorsiones cognitivas sobre su peso y la comida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 3		
SESION 3: PREDICCIONES NEGATIVAS Y EXACERBAR LO NEGATIVO		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>-Predicciones negativas: “nunca voy a cambiar”, “siempre voy a estar sintiéndome mal si no estoy delgada”, “me voy a encontrar en la calle a todas mis amigas que son anoréxicas, y voy a recaer”</p> <p>-Exacerbar lo negativo: “todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida”, “¡me siento horrible, si no vomito, me voy a morir!”</p>	<p>Discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que perturban al paciente.</p>	<p>Permite dar una orientación específica a aquellos pensamientos erróneos que el sujeto refiere sobre sí mismo y sobre los demás, dando prioridad a la reestructuración de ideas relacionadas con las distorsiones cognitivas sobre su peso y la comida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 3		
SESION 4: NEGLIGENCIA Y DESCALIFICACIÓN ANTE LO POSITIVO Y MINIMIZACIÓN DE LO POSITIVO Y AMPLIFICACIÓN DE LO NEGATIVO		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>-Negligencia y descalificación ante lo positivo: (por ejemplo: “si me felicitó, fue por puro compromiso”)</p> <p>-Minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo: “que haya dejado de hacerme daño es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable”</p>	<p>Discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que perturban al paciente.</p>	<p>Permite dar una orientación específica a aquellos pensamientos erróneos que el sujeto refiere sobre sí mismo y sobre los demás, dando prioridad a la reestructuración de ideas relacionadas con las distorsiones cognitivas sobre su peso y la comida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

TECNICA Nro. 3		
SESION 5: SENTIMIENTO DE ESTAFA Y PERFECCIONISMO		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>-Sentimiento de estafa y perfeccionismo: “debí haber controlado mi obsesión por bajar de peso, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude”</p> <p>Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas, comprender la irracionalidad de las creencias y como el sujeto ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual ha generado emociones que el paciente no puede controlar. Por lo tanto, es necesario adoptar una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.</p>	<p>Discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que perturban al paciente.</p>	<p>Permite dar una orientación específica a aquellos pensamientos erróneos que el sujeto refiere sobre sí mismo y sobre los demás, dando prioridad a la reestructuración de ideas relacionadas con las distorsiones cognitivas sobre su peso y la comida.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez.</p> <p>Participantes: Internas que presentan Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos</p>		

Conclusiones:

Por el estilo de alimentación y vida dentro del centro penitenciario ha aumentado el problema del sobrepeso y la obesidad. Como formación reactiva se han forjado unos valores estéticos de delgadez y unas actitudes sociales de marginación a los obesos. Estos valores y actitudes toman más fuerza entre las mujeres internas.

Precisamente, en estos grupos ha disminuido el porcentaje de obesidad y sobrepeso y ha aumentado el bajo peso y los trastornos de la conducta alimentaria. Así, la sociedad parece enfrentarse a un dilema de engordar o sufrir un trastorno alimentario. Dilema del que se puede salir con una adecuada educación de hábitos alimentarios en un trabajo multidisciplinario en el cual ingresa el trabajo del tratamiento psicológico.

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

El tratamiento va dirigido a la intervención en lo que respecta al control de impulsos, donde su objetivo es:

- Resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás, mediante el desarrollo y cumplimiento de solución para las dificultades.

TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
SESION 1: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 1 día por semana. Duración: 40 minutos.</p> <p>El procedimiento terapéutico consta de cinco etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación general. Comporta aprender a identificar y manejar las situaciones problema, al mismo tiempo que a inhibir la tendencia a actuar impulsivamente. Su idea fundamental consiste en detener la cadena conductual que comporta la respuesta impulsiva y casi automática cuando el individuo se enfrenta a un problema provocador de un estado emocional negativo. 2. Definición y formulación del problema en términos de conducta. 3. Generación del mayor número posible de alternativas de respuesta frente a una situación definida anteriormente. 4. Toma de decisiones. Comporta la elección de aquella alternativa más útil entre las generadas teniendo en cuenta sus consecuencias individuales y sociales a corto y largo plazo. 5. Verificación. Se constata la eficacia de la alternativa una vez aplicada y se adopta como estrategia general para situaciones similares. 	<ul style="list-style-type: none"> -Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles. -Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución. 	<p>La terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

Las técnicas que utiliza la terapia de resolución de problemas en el tratamiento del consumo de sustancias pueden sintetizarse como sigue:

TECNICA Nro. 1		
SESION 1: CUENTA HASTA 10-MANEJO DE LA IMPULSIVIDAD		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 30 a 45 minutos. El paciente debe aprender a controlar los impulsos más fácilmente identificando qué es lo que le está alterando, que es lo que inconscientemente le lleva al consumo de cocaína, para luego llevar a cabo los siguientes pasos los cuales se verán uno por sesión: -Aprender de errores anteriores -Identificar los impulsos positivos -Aprender a tolerar la frustración -Realizar actividad física</p> <p>Durante una sesión de una duración de 30 a 45 minutos, se entrena al paciente que antes de actuar, debe detenerse, calmarse, respirar profundo y analizar la situación, mediante el conteo de 10 segundos, tiempo necesario para la reorientación de respuestas ante una situación conflictiva. En este momento, es precisamente donde se evalúa qué es específicamente lo que le está molestando.</p>	<p>Aprender a controlar impulsividad que en muchos casos es disparador de la sintomatología intrusiva.</p>	<p>La impulsividad es un estado de activación que nos prepara para una respuesta inmediata ante una situación que no toleramos o interpretamos como hostil a nuestros intereses o hacia nosotros mismos. No obstante, esta pronta activación, puede ser especialmente útil si se canaliza en forma de actividades reguladas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

CUENTA HASTA 10-MANEJO DE LA IMPULSIVIDAD		
SESION 2: APRENDER DE ERRORES ANTERIORES		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 30 a 45 minutos. El sujeto debe revisar minuciosamente la forma con la que ha reaccionado a situaciones problemáticas, evitando patrones de comportamiento que perjudican en lugar de solucionar la situación. El autocontrol requiere de la capacidad de analizar y comprender los impulsos, para así lograr contener la rabia, la hostilidad y la ansiedad, reconociendo patrones disfuncionales de conducta anteriores, serán evitados en el futuro.</p>	<p>Aprender a controlar impulsividad que en muchos casos es disparador de la sintomatología impulsiva.</p>	<p>La impulsividad es un estado de activación que nos prepara para una respuesta inmediata ante una situación que no toleramos o interpretamos como hostil a nuestros intereses o hacia nosotros mismos. No obstante, esta pronta activación, puede ser especialmente útil si se canaliza en forma de actividades reguladas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

CUENTA HASTA 10-MANEJO DE LA IMPULSIVIDAD		
SESION 3: IDENTIFICAR LOS IMPULSOS POSITIVOS		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 30 a 45 minutos. Nuestros impulsos no siempre nos perjudican, naturalmente que reaccionar en forma impulsiva ante situaciones conflictivas la mayoría de las veces acarrea más problemas que soluciones, sin embargo, los impulsos también pueden llevarnos a enfrentar conflictos que de otro modo no hubiéramos afrontado, entregándonos la cuota de energía necesaria para hacerlo.</p>	<p>Aprender a controlar impulsividad que en muchos casos es disparador de la sintomatología impulsiva.</p>	<p>La impulsividad es un estado de activación que nos prepara para una respuesta inmediata ante una situación que no toleramos o interpretamos como hostil a nuestros intereses o hacia nosotros mismos. No obstante, esta pronta activación, puede ser especialmente útil si se canaliza en forma de actividades reguladas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

CUENTA HASTA 10-MANEJO DE LA IMPULSIVIDAD		
SESION 4: APRENDER A TOLERAR LA FRUSTRACIÓN		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 30 a 45 minutos. El no obtener los resultados que se espera frustra, al igual que lo hace la ansiedad por no poder resolver inmediatamente algo que nos angustia. Estas sensaciones logran que las personas reaccionen de forma impulsiva, respuesta que muy probablemente será más perjudicial que favorable. Un alto nivel de tolerancia a la frustración nos ayudará a tomarnos el tiempo necesario para meditar sobre la respuesta adecuada.</p>	<p>Aprender a controlar impulsividad que en muchos casos es disparador de la sintomatología impulsiva.</p>	<p>La impulsividad es un estado de activación que nos prepara para una respuesta inmediata ante una situación que no toleramos o interpretamos como hostil a nuestros intereses o hacia nosotros mismos. No obstante, esta pronta activación, puede ser especialmente útil si se canaliza en forma de actividades reguladas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

CUENTA HASTA 10-MANEJO DE LA IMPULSIVIDAD		
SESION 5: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA		
DESCRIPCION	OBJETIVOS	RESULTADOS A OBTENERSE
<p>Frecuencia: 2 días por semana. Duración: 30 a 45 minutos. Muchas veces las conductas impulsivas son el resultado de un exceso de energía acumulada, que involuntariamente fluyen en situaciones que se prestan para ello, como por ejemplo ante momentos conflictivos. El practicar actividad física regularmente ayuda a liberar esta energía, conservando al sujeto más relajado y por ende, más calmado a la hora de enfrentar situaciones difíciles.</p>	<p>Aprender a controlar impulsividad que en muchos casos es disparador de la sintomatología impulsiva.</p>	<p>La impulsividad es un estado de activación que nos prepara para una respuesta inmediata ante una situación que no toleramos o interpretamos como hostil a nuestros intereses o hacia nosotros mismos. No obstante, esta pronta activación, puede ser especialmente útil si se canaliza en forma de actividades reguladas.</p>
<p>Facilitador: Wilson Javier Román Chérrez. Participantes: Internas que presentan Trastornos del control de impulsos</p>		

Conclusiones:

El objetivo fundamental es eliminar o reducir estas conductas y recuperar el control sobre las mismas. En general incluyen terapia farmacológica, psicoterapias, como grupal, del comportamiento, psicoanalítica, técnicas de prevención etc...

Dado las consecuencias que se producen por un trastorno de este tipo, es importante tener en cuenta y tratar también otros problemas mentales posibles y que suelen acompañar a éstos, como la depresión, la ansiedad generalizada o el consumo de sustancias.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría, "MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRATORNOS MENTALES DSM IV-TR", Editorial Masson. Barcelona 1998.
- BALAREZOLUCIO CHIRIBOGA, MANCHENOSILVIA DURÁN "Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico y Neuropsicológico", primera edición, 2003.
- BARLOW H., DURAND M.(2003), "PSICOPATOLOGIA", Editorial Thomsom, Madrid 2003.
- EGUIGUREN JIMÉNEZ LOURDES, Salud Mental: Factores de riesgo en la cárcel de mujeres de Quito. Artículo Científico, Quito 2012.
- Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) Ecuador 2008 Pág. de la 6 a la 8.
- JAMES, D., Y GLAZE, LUS Departamento de Justicia, Oficina de Programas de Justicia. (2006). Problemas de salud mental de la prisión y presos de la cárcel. Washington D.C: Oficina de Estadísticas de Justicia
- Organización Mundial de la Salud (Ginebra), "Décima clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10" Meditor: Madrid- España 2001.
- Organización Mundial de la Salud, "Programa de acción mundial en Salud Mental" Políticas dirigidas a los gobiernos, Fórum, 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de la OMS para Europa (2010). Salud de la mujer en la cárcel: Corrección de las desigualdades de género en salud en las cárceles. Copenhague.
- PROBLEMAS FRECUENTES EN LA SALUD MENTAL Y SU ABORDAJE EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN Dr. ENRIQUE AGUILAR Z.Responsable de Salud Mental, 2011 pág. 7
- PINEDA E.B., CANALES H., "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION", Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2da Edición, Washington 1994.

- Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto)
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud objetivo estratégico 6, pág. 66
- RENDUELES OLMEDO G., "TRATAMIENTO PENITENCIARIO",
Una analogía para pensar en la salud mental de la población reclusa,
AEN Estudio/30. Madrid: 2003.
- SARMIENTO K, "Asistencia psicoterapéutica en consumidoras crónicas de cocaína con patología dual, bipolar II" en la cárcel de mujeres de Quito. Artículo Científico, Quito Enero 2012.
- VALLEJO RUILOBA, J. "INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA". Editorial Masson. Barcelona 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

DESPISTAJE DE PATOLOGÍAS EN SALUD MENTAL

Centro.....

Nombre.....

Edad.....

Sexo: F.....M.....

Estado Civil:..... Profesión:.....

Procedencia:..... Ocupación:.....

Religión:.....

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
1.-¿Algún momento se ha sentido desorientado sin identificar donde está y que le está sucediendo?				
2.-¿En alguna ocasión usted se ha despertado en otro lugar sin saber cómo llego ahí?				
3.-¿ Le ha pasado que cuando consume lo hace por olvidar o evadir problemas o conflictos (intra- inter personales)?				
4¿Cuándo consumió lo hizo por curiosidad?				
5.-¿Le resulta difícil poder controlar el consumo de alcohol y/u otras sustancias cuando ha consumido cantidades pequeñas (picado)?				
6.-¿Alguna vez recurrió a drogas como cocaína, marihuana, san pedrillo, algún pegamento o medicamentos sin prescripción médica y/o alcohol para sentirse mejor; “subir el ánimo”?				
7.-¿Ha llegado a embriagarse fácilmente a				

pesar de ingerir pequeñas cantidades de alcohol?				
8.- ¿Al ingerir cantidades elevadas de alcohol u otras sustancias siente que estás no le provocan los mismos efectos que antes?				
9.- ¿En alguna ocasión al dejar de consumir usted ha sentido desesperación, temblores, sudoración y necesidad de consumir nuevamente para evitar el malestar?				
10¿Debido al consumos Ud. ha abandonado otras fuentes de placer o diversión, ya que emplea más tiempo en la obtención de la droga?				
11¿Durante o después del consumo le ha ocurrido que escucha voces, observa cosas que los demás no ven (de contenido terrorífico o fantástico), siente que le persiguen o quieren hacerle daño, tiene ideas o pensamientos persistentes en su cabeza que no puede dominar, ha experimentado estados que van desde una intensa tristeza hasta el éxtasis, Sentir que alguien puede saber lo que yo pienso, Sentir que algo fuera de mi roba mis pensamientos, ?				
12¿Su consumo se ha mantenido a pesar de que Ud. conoce sus consecuencias perjudiciales (daños neuronales, renales, hepáticos, estados depresivos, problemas de memoria, problemas interpersonales, etc.)?				
13¿Ultimamente desde que consume, tiene dificultades para aprender, recordar acontecimientos del pasado en orden cronológico o desorientación en el tiempo?				

14.-¿Le ha sucedido sentirse muy activo(a), inquieto(a) llegando a la irritabilidad sin saber por qué se sentía así?				
15.-¿En algunas ocasiones cuando se ha sentido exaltado o irritable su estado le ha ocasionado problemas con otras personas?				
16.-¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas o arriesgadas?				
17.-¿Considera que su necesidad ha disminuido (pocas horas de sueño hasta 3 horas)				
18.-¿Nota que durante varios días sin razón aparente, su rendimiento físico y mental se elevan al máximo que podría ser capaz de hacer lo que quisiera?				
19.-¿ le ha pasado que sin razón no culmina o termina una tarea o trabajo debido a que muestra interés de forma repentina por otras actividades que captan su interés?				
20.-¿Le han dicho que de un momento a otro pierde el hilo de la conversación o su habla es tan rápido que incluso en ocasiones es difícil entender?				
21.-¿En el último mes su estado de ánimo se ha caracterizado por una tristeza profunda, insomnio llanto fácil y una perspectiva sombría del futuro?				
22.- ¿Comparado con las demás personas usted se siente inferior e incluso inútil?				
23.- ¿Cuándo ha cometido un error usted cree que merece ser castigado?				
24.- ¿Tiende a culparse usted mismo por pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado?				

25.- ¿Ha sentido que la vida no vale la pena? ¿Alguna vez sintió que debía terminar con su vida?				
26.¿Ha pensado que los demás descansarían con su muerte?				
27.- ¿Durante los dos últimos años persistentemente su estado de ánimo ha disminuido notablemente, todo le parece un esfuerzo, nada le satisface?				
28.-¿Durante alguna ocasión tuvo pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida?				
29.-¿Ha intentado acabar o quitarse la vida?				
30. ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas últimamente? ¿Situación que se ha mantenido a diario?				
31.- ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones que interfieren para concentrarse en lo que hace?				
32.-¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo, inquieto o con miedo excesivo, su corazón le palpitaba rápidamente incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?				
33.-¿Alguna vez se ha sentido molesto(a) porque ciertos pensamientos o ideas se le aparecen en su mente una y otra vez, de manera tal que le es imposible dejarlos de lado, a pesar de que trate de hacerlo no lo logra?				
34.-¿Se considera una persona exageradamente preocupada por el orden y la limpieza?				
35.-¿No soporta que las cosas no estén como a usted le gusta? ¿Es usted demasiado detallista en las cosas que hace y sufre por ello?				
36.-¿Se preocupa por controlar una y otra vez si las puertas o las llaves del gas están bien cerradas?				

37.-¿Ha tenido muchos problemas de salud física a lo				

largo de toda su vida sin tener alguna explicación médica?				
38.-¿Ha sentido que su Salud Física es mala?				
39.-¿Siente la necesidad de ser el centro de atención en todo momento?				
40.-¿Ha tenido múltiples parejas sin llegar a una relación formal con ninguna?				
40.-¿Ha sentido molestias en su área genital sin una explicación fisiológica aparente?				
41.-¿Ha sentido alguna vez que una parte de su cuerpo u órganos se ha paralizado o ha dejado de funcionar correctamente sin explicación fisiológica?				
42.- ¿Me da mucho miedo ganar peso?				
43.- ¿Está satisfecho(a) con su cuerpo?				
44.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?				
45.-¿Usted está durmiendo bien?				
46.-¿Al levantarse tiene la sensación de estar cansado?				
47.-¿Considera usted que su sueño se ve alterado por determinadas situaciones?				
48.-¿Intentó tomar pastillas o beber algo de alcohol para lograr dormirse?				
49.-¿Su interés sexual ha incrementado últimamente ?				
50.-¿Se siente cómodo con su rol y género?				
51.-¿Se ha sentido incómodo con algún tipo de experiencia sexual?				
52.-¿Es muy sensible a críticas y comentarios sobre su persona?				

53.-¿Le cuesta olvidar insultos u ofensas?				
54.-¿Desconfía en general de las intenciones de las demás personas?				
55.-¿Siente que la gente habla a sus espaldas?				
56.-¿Siente que la gente evita encontrarse con usted?				
57.-¿Tiene la sensación de que se fijan mucho en lo que usted hace?				
58.-¿Cree que tiene pocas cualidades como persona?				
59.-¿Le cuesta hacer amigos fácilmente?				
60.-¿Se siente alejado del resto de la gente?				
61.-¿Cree que la gente lo considera retraído y/o solitario?				
62.-¿Piensa que casi siempre usted tiene razón cuando se discute algo?				
63.-¿Es muy celoso(a)?				
64.-¿Se siente una persona muy importante aunque los demás no lo reconozcan?				
65.-¿Alguna vez vio o tuvo una experiencia muy terrible, siniestra, que no pudo olvidar aunque lo intentó; y eso que vio o sufrió le aparecía en sus sueños y pesadillas, o aun estando despierto(a) le venía a su mente?				

66.-Ha sido víctima o ha presenciado en su hogar violencia física como: empujones, agresión, negligencia, ataques con objetos, golpes...				
67.-Ha sido víctima o ha presenciado en su hogar violencia psicológica como: encierro, desvalorización, humillación, gritos, insultos, amenazas, sometimientos...				
68.- Ha sido víctima o ha presenciado en su hogar violencia sexual como: lenguaje sexual agresivo, manoseo, seducción, acoso, humillación, presenciar actos sexuales o videos de contenido sexual en contra de su voluntad, involucramiento en prácticas sexuales, violación...				

***APLICACIÓN INDIVIDUAL**

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre:.....

Fecha:.....

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas		
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad		
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás		
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores		
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad		
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra		
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas		
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles		
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal		
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente		
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que puedan estar hablando de mi		
	Para que yo confie en los demás deben demostrarme lealtad		
	Me molestan mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando		
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira		
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural		
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido		
	Generalmente impongo mi punto de vista		
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas		
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva		
	Cuando las personas en las que confío me falla me resulta difícil perdonar		

c	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso		
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal		
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno		
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		

	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otra persona para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido probados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me a costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que suceden		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente a los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		

ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás		
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza		
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales		
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas		
	Temo que los demás quieran hacerme daño		
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real		
ds	Reniego de las normas sociales y legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daño a los animales		
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro		
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas		
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias		
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas		
	Soy inestable en mi trabajo aun cuando tengo obligaciones económicas		
	No tengo remordimiento cuando ofendo a los demás		
i	me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		

	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN			

ANEXO 3

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

.....
.....
.....
.....
.....

2. FECHA DE INGRESO

.....
.....
.....
.....
.....

3. MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....
.....
.....

4. ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....

5. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

.....
.....
.....
.....

6. ANAMNESIS PERSONAL

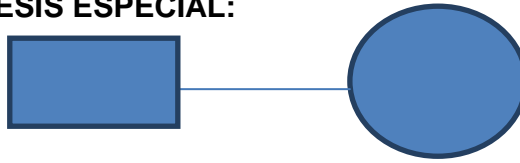
.....
.....
.....
.....

7. HISTORIA FAMILIAR (RELACIONES FAMILIARES)

.....
.....
.....
.....

FAMILIOGRAMA:

8. PSIOCOANAMNESIS ESPECIAL:



Factores predisponentes

.....
.....
.....
.....

Factores desencadenantes:

.....
.....
.....
.....

Factores precipitantes:

.....
.....
.....
.....

9. EXÁMENES DE FUNCIONES:

- Conciencia:
- Atención:
- Sensopercepciones:
- Memoria:
- Afectividad:
- Inteligencia:
- Pensamiento:
- Voluntad:
- Instintos:
- Hábitos:
- Juicio y Razonamiento:

10. RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

.....
.....
.....
.....

11. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

.....
.....
.....

12. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

.....
.....

13. DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

.....
.....
.....
.....

14. OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....

15. PRONOSTICO

.....
.....

16. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

ANEXO 4

GUIA DE OBSERVACIÓN SD

NOMBRE DEL OBSERVADO:.....EDAD:.....

ESTABLECIMIENTO:.....FECHA:.....

MOTIVO DE LA OBSERVACIÓN:.....No:.....

1 CONTEXTO DE LA ESCENA:

2 MIEMBROS PARTICIPANTES:

3 REGISTRO DESCRIPTIVO:

REGISTRO DESCRIPTIVO:

COMENTARIO:

OBSERVADOR

ANEXO 5

REGISTROS DE CONSULTA MÉDICA



707017

**DIRECCION NACIONAL DE REHABILITACION SOCIAL
PROGRAMAS DE SALUD
REGISTRO DE ATENCION DIARIA POR PROFESIONAL**

FECHA

NOMBRE CRS: _____
 PROVINCIA: _____
 MEDICO: ENFERMERA: _____
 PSICOLOGO: _____ AUXILIAR: _____
 PROMOCION EN SALUD:
 NUMERO ACCIONES: _____
 NUMERO DE ASISTENTES: _____

DATOS DEL CRS:
 NOMBRE: _____
 FIRMA: _____
 MES: _____
 AÑO: 2012

DATOS PROFESIONAL:
 NOMBRE: _____
 FIRMA: _____
 CODIFICACION DE DIAGNOSTICO C.I.E.: _____
 DIAGNOSTICO O SINDROME SEGUN CIE 10: _____

DIA DE ATENCION	HISTORIA CLINICA UNICA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO USUARIO		PABELLON O CELDA	PROVINCIA PAIS	GRUPOS DE MORBILIDAD							CODIFICACION DE DIAGNOSTICO C.I.E.	TIPO DE ATENCION	CODIGO PROCEDIMIENTO				
			HOMBRES	MUJERES			1-1 MESES	1-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	13-18 MESES	18-35 AÑOS	36-49 AÑOS				50-64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS		
1			3	4		Boliver														
2	10442	Hugo Casado	X		C	Boliver														
3	10292	Elyer Cardenas	X		D	Colombi														
4	10665	Fernando Indurain	X		B	Manabi														
5	10136	José Borque	X		B	Sucre														
6	10516	Edwin Luna	X		D	Pichin														
7	7473	Fredy Ramirez	X		B	los Rios														
8	7862	Guila Penacho	X		E	Chimbor														
9	10689	José Sanchez	X		Hospit. Oro	Oro														
10	10241	Ismael Kato	X		B	Tacuaco														
11	10442	Vicente Casado	X		C	Boliver														
12	10665	Fernando Indurain	X		Hospit. Manabi	Manabi														
13	08404	Pedro Botancourt	X		D	Manabi														
14	10054	Matteo Arango	X		D	Higueras														
15																				
TOTAL																				

EN ESTA AREA TODOS LOS VALORES DEBEN SER IGUALES

1. INYECCION _____
 2. CLASIFICACION PARENTERAL _____
 3. TENSIVASIA LABORATORIO _____
 4. D.O.T.E. LABORATORIO _____
 5. COLONIAO METRO DE TUBO _____
 6. BIOPSIA _____
 7. GRUPO MENOR _____
 8. EXTRACCION CUERPO ENTAMADO _____
 9. ASISTORIA _____
 OTRO: _____

Oficio No. 06336-CRSFQ-DM

Quito, 28 de Junio del 2012

DR.

Mario Gonzales

Director del Centro Medico del C.R.S.F.Q

Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo y los mejores deseos en el desarrollo de las funciones que Ud. realiza.

El motivo de la presente es para solicitarle que se brinde el permiso y las facilidades requeridas para la elaboración del proyecto de tesis denominado "IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS QUE PRESENTEN DESEQUILIBRIOS A NIVEL GENERAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN FEMENINO QUITO DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL AÑO EN CURSO.

Por la atención que se le dé a la particular le antelo mis más sinceros agradecimientos.



At. Wilson Román

Carrera de Psicología Clínica

CI: 0705389062

*Aprobado en instancia
de que por parte de la
para copiar de la tesis*

Dr. Mario González S.
CIRUJANO CARDIOTORACICO
27 G. N.S.P. Libro 1 Folio 2 No. 4



28/ de junio/ 2012

ANEXO 6

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

.....

CI:

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

.....

APELLIDO Y NOMBRES DIRECTOR DEL PROYECTO O PLAN:

.....

CI:

FIRMA DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O PLAN:

.....

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO 7

PRE-PROYECTO DE TESIS

1. TEMA

Detección, Tratamiento e Intervención de las Psicopatologías más frecuentes en las internas del centro de rehabilitación femenino Quito en el periodo febrero-julio del año 2012

2. PROBLEMATIZACIÓN

A nivel mundial la realidad en cuanto a trastornos relacionados con la salud mental registran las siguientes estadísticas: 450 millones de personas son afectadas en el mundo por trastornos mentales, de las cuales: 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren de epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, cerca de 1 millón se suicida cada año.

En Latinoamérica esta problemática es similar ya que las estadísticas refieren los siguientes datos: Se estima que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010. Así lo indica la Directora de la Organización Panamericana de la Salud, Dra. Mirta Roses Periago, en un editorial de presentación al último número de la Revista Panamericana de la Salud Pública dando así: 31,10 Depresión Mayor; 31,10 Alcoholismo; 11,80 Distimia; 8,80 Ansiedad Generalizada; 6,10 Trastornos Obsesivos Compulsivos; 5,40 Trastornos de Angustia; 5,40 Psicosis no Afectivas, Esquizofrenias; 5,10 Abuso de Drogas; 4,70 Trastorno Bipolar

A nivel de nuestro país las estadísticas apuntan lo siguiente: los establecimientos de salud mental ambulatorios existentes en los Centros de Salud y las consultas externas de los hospitales provinciales se ha brindado atención a 239 pacientes por cada 100.000 habitantes. El 27% corresponde a menores de 19 años. La información disponible no permite agrupar a los pacientes por sexo. La cantidad promedio de contactos de cada paciente con la unidad de salud es de 5 al año. Ninguna de las unidades reportó actividades de seguimiento de los pacientes en la comunidad y no cuentan con equipos móviles para acciones de salud mental. En todas las unidades de atención ambulatoria se señala la disponibilidad de tratamientos psicosociales de los que se benefician la mayoría de pacientes.

Únicamente las unidades dependientes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de las Fuerzas Armadas, disponen de psicofármacos para sus pacientes, sin costo adicional para ellos. Los servicios ambulatorios dependientes del Ministerio de Salud Pública no disponen de estos fármacos en forma permanente, sino en contadas ocasiones y lo más usual es que los pacientes los adquieran en farmacias particulares.

La realidad es contundente en demostrar que los servicios de Salud Mental no están siendo eficaces en el abordaje preventivo, asistencial y rehabilitador de los pacientes graves, especialmente aquellos en situación de pobreza y exclusión social, los cuales tienen mayor riesgo de incurrir en comportamientos delictivos y que están llegando en proporciones crecientes al medio penitenciario. Por tanto el incremento de enfermos mentales en prisiones ha sobrepasado el campo profesional y se ha convertido en motivo de artículos en diversos periódicos de prestigio internacional.

Así Le Monde, en su edición de 17-4-2002 hace referencia al aumento de pacientes psicóticos en el centro de detención de Estrasburgo, que había pasado del 1,1% en 1990 al 4,6% en 2000. El Guardian Newspaper en su edición del 3 de marzo de 2003 señala que en las cárceles estadounidenses hay 300.000 enfermos mentales “porque no tienen otro sitio donde estar”, con largas condenas por delitos menores, y que suponen una alta proporción entre los 3500 presos que esperan en el corredor de la muerte.

El estudio de Gunn encuentra que el 37% de los varones condenados en Inglaterra y Gales padecían trastornos psiquiátricos: abuso de sustancias (23%); trastornos de personalidad (10%); neurosis (6%); psicosis (2%) y trastornos orgánicos (0,8%). En estudios ingleses más recientes 5, 6 se informa de la presencia de psicosis en el 7,5% de varones condenados, en el 10% de varones preventivos y en el 14% de mujeres (en ambas situaciones). Asimismo el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres tenían antecedentes de al menos un intento autolítico.

En nuestro país, el estudio de Patología nos da unas tasas de 7,5% de psicosis, 4,5% trastornos del humor y 7,5% trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformes, concluía que sólo un 25% de la población reclusa no presentaba malestar psíquico.

Ahora bien, los factores que están determinando el incremento de pacientes que llegan a las cárceles tienen que ver con una concatenación de circunstancias entre ellas por ejemplo: las Unidades de Salud Mental están colapsadas por otro tipo de demandas y carecen de la flexibilidad necesaria para acoger las necesidades de estos pacientes graves, con frecuencia la enfermedad mental grave pasaba desapercibida, alta cifra de reincidencia delictiva de la población penitenciaria en general y de la psiquiátrica que delinque en particular, al final se da la paradoja de que frente a las condiciones de vida deplorables que tienen su presencia en los centros penitenciarios es casi su única oportunidad de estar atendidos médicamente y recibir el tratamiento farmacológico que precisan.

Por lo tanto existe la necesidad clara de diseñar una práctica clínica independiente, abriéndola hacia el futuro de los internos y apoyando los esfuerzos de humanización para todas las personas que se hallan privadas de la libertad.

2. JUSTIFICACIÓN

Las tasas de prevalencia de trastornos mentales en prisiones es superior a las habitualmente encontradas en la población general, estos datos ponen de manifiesto una incapacidad de los recursos actuales de la red de Salud Mental del Ecuador para garantizar el tratamiento y el seguimiento de pacientes graves. Las prestaciones asistenciales psiquiátricas o psicológicas que se dispensan a los presidiarios del Estado Ecuatoriano son insuficientes e inadecuadas, careciendo de equipos multidisciplinarios de salud mental, e incumpliendo así el principio de “equivalencia terapéutica”. Del mismo modo la ausencia de una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios penitenciarios, los de salud mental y los servicios sociales no permiten asegurar la continuidad de cuidados tras la excarcelación de pacientes internados, favoreciendo así la reincidencia. Es por esto que la red de salud mental ha de establecer entre sus prioridades asistenciales programas de atención específicos y activos para los pacientes graves con riesgo de exclusión social. De este modo surge la necesidad de llevar a cabo en el Centro de rehabilitación Social Femenino Quito la investigación denominada **Detección, Tratamiento e Intervención de las Psicopatologías más frecuentes en las internas del centro de rehabilitación femenino Quito en el periodo febrero-julio del año 2012.**, dirigida de forma específica a la recuperación de personas que presenten alteraciones psicopatológicas, de modo que se impulsa la creación y el mantenimiento de la Unidad de Salud Mental en el referido centro de rehabilitación, que permita la prevención de futuras complicaciones y problemas con las personas privadas de libertad y por otra parte llevar a cabo programas de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador, de modo que los pacientes internados en prisión reciban una atención integral y oportuna mediante un trabajo multidisciplinario por parte de los profesionales de la salud (psiquiatra, psicólogo, médico) independientes respecto a la autoridad penitenciaria, para mantener la continuidad de cuidados tras la excarcelación.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Tratamiento e intervención para las P.P.L que presentan alteraciones psicopatológicas logrando un tratamiento oportuno y eficaz para su proceso de recuperación, de adaptabilidad y de reinserción social al medio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar distintos métodos de tratamientos con equipos multidisciplinarios en los cuales se contemple un tratamiento integral que cuente con personal médico, psiquiátrico y psicológico para lograr así una buena calidad de tratamiento y

seguridad en la recuperación de las pacientes internas en la unidad de salud mental.

- Desarrollar espacios con características ambientales aptas para la rehabilitación y tratamientos.
- Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones y el internamiento en la unidad de salud mental.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

4. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO I: SALUD MENTAL

2.1 QUE ES SALUD MENTAL

2.1.1 PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

CAPITULO II: TRASTORNOS MENTALES

4.1 CATEGORIAS DE TRASTORNOS MENTALES DESCRITOS EN EL DSM -IV-TR (GENERALIDADES CRITERIOS DIAGNOSTICOS)

4.1.1 DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS

4.1.2 TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

4.1.3 ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

4.1.4 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

4.1.5 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

4.1.6 TRASTORNOS DISOCIATIVOS

4.1.7 TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

4.1.8 TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

4.1.9 OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

CAPITULO V: TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

5.1 MODELOS DE TRATAMIENTO

5.2 LA PSICOTERAPIA DE GRUPOS

5.3 LA TERAPIA AL SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN

5.4 EL MÉTODO ANALÍTICO

5.5 LAS NUEVAS TERAPIAS GRUPALES

5.6 EL PSICODRAMA

5.7 LA TERAPIA FAMILIAR

5.8 LA TERAPIA DE REALIDAD

5.9 MODIFICACION DE CONDUCTA Y PRISIÓN

CAPITULO II: SALUD MENTAL

1.1 QUE ES SALUD MENTAL

Salud mental o "estado mental" es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "*salud o estado físico*", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "*oficial*" sobre lo que es *salud mental* y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido *desorden mental* no indica necesariamente que se tenga *salud mental* y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.²¹

²¹Simposio "Salud mental y física durante toda la vida", 11 de octubre de 2005, sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. "Día de la salud mental".

2.1.1 PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas *condiciones de salud mental*. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

- **Nivel individual** - Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
- **Nivel comunitario** - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en la ciudad.
- **Nivel oficial** - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden

CAPITULO II: TRASTORNOS MENTALES

5.9.1 DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

Delirium

Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirium debido a... [293.0] (*indicar enfermedad médica*)

A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, código F05.1.

Nota de codificación: incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Códigos basados en el tipo de inicio y las características predominantes:

De inicio temprano: si el inicio es a los 65 años o antes

[Para CIE-9-MC, **[290-11] Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia]

F00.01 Con ideas delirantes [290.12]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F00.03 Con estado de ánimo depresivo [290.13]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F00.00 No complicado [290.10]: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

De inicio tardío: si el inicio es después de los 65 años

[Para CIE-9-MC, **[290-3] Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia]

F00.11 Con ideas delirantes [290.20]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F00.13 Con estado de ánimo depresivo [290.21]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F00.10 No complicado [290.0]: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si:

Con trastorno de comportamiento

Nota de codificación: Codificar también en Eje III G30.0 Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano o G30.1 Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (para CIE-9-MC, 331.0 Enfermedad de Alzheimer).

Criterios para el diagnóstico de F01.xx Demencia vascular [290.4x]

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

(1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

(2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium. *Códigos* basados en las características predominantes:

Para CIE-9-MC, **[290.41] Con delirium**: si el delirium se sobreañade a la demencia

F01.81 Con ideas delirantes [290.42]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F01.83 Con estado de ánimo depresivo [290.43]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F01.80 No complicada [290.40]: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si:

Con alteración de comportamiento

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III de la enfermedad cerebrovascular.

Criterios para el diagnóstico de demencia debida a otras enfermedades médicas

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

(1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

(2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1].

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].

F02.8 Demencia debida a... (Indicar enfermedad médica no enumerada antes) [294.1]

Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B12, irradiación intracraneal

Nota de codificación: Codificar también en Eje III la enfermedad médica.

Trastornos por consumo de sustancias, Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos(los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): *especificar también si: consíntomas negativos acusados*

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos**Continuo**(existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión parcial; *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo paranoide [295.30]

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) autoestima exagerada o grandiosidad

(2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

(3) más hablador de lo habitual o verborreico

- (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
- (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico,

puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

Trastornos bipolares

Criterios para el diagnóstico de F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único [296.0x]

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente

.1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos

.2 Grave con síntomas psicóticos

.8 En remisión parcial/en remisión total

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto *Especificar (para el episodio actual o el más reciente):*

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión Con síntomas catatónicos**

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco [296.40]

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco.

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión

Nota: Los códigos del cuarto dígito especificados en la página 386 no se pueden utilizar porque el código del trastorno bipolar II ya emplea el cuarto dígito.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio

depresivo mayor. **Nota:** En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) [293.89]

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico

Especificar si **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización [300.81]

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

(1) *cuatro síntomas dolorosos*: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)

(2) *dos síntomas gastrointestinales*: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

(3) *un síntoma sexual*: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

(4) *un síntoma pseudoneurológico*: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

(1) tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

(2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Trastornos sexuales

Criterios para el diagnóstico de F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71]

A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida

Adquirido

Especificar tipo:

General

Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos

Debido a factores combinados

Criterios para el diagnóstico de F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]

A. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual).

Especificar tipo:

De toda la vida

Adquirido

Especificar tipo:

General

Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos

Debido a factores combinados

Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer [302.72]

A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida

Adquirido

Especificar tipo:

General

Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos

Debido a factores combinados

Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]

A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

C. El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida

Adquirido

Especificar tipo:

General

Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos

Debido a factores combinados

Criterios para el diagnóstico de F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos [332.1]

Temblor parkinsoniano, rigidez muscular o acinesia que aparecen a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un neuroléptico (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar síntomas extrapiramidales).

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno [333.92]

Rigidez muscular grave, temperatura elevada y otros síntomas (p. ej., sudoración, disfagia, incontinencia, alteraciones del nivel de conciencia que van de la confusión al coma, mutismo, elevación o labilidad en la tensión arterial, elevación de la creatinofosfocinasa [CPK]) que aparecen con el consumo de neurolépticos.

G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos [333.7]

Posición anormal o espasmo de los músculos de la cabeza, el cuello, las extremidades o el tronco que aparecen varios días después de iniciar o aumentar la dosis de neurolepticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales).

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolepticos [333.99]

Quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. ej., movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de neurolepticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales).

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolepticos [333.82]

Movimientos involuntarios de tipo coreiforme, atetoides o rítmicos (que duran varias semanas) de la lengua, la mandíbula o las extremidades, que aparecen asociados al consumo de neurolepticos durante varios meses (puede ser durante un corto período de tiempo en los ancianos).

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos [333.1]

Temblor fino que aparece durante los intentos por mantener una postura que se asocia al consumo de un medicamento (p. ej., litio, antidepresivos, ácido valproico).

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado [333.90]

Esta categoría se reserva para trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no clasificados en ninguno de los trastornos específicos mencionados antes. Los ejemplos incluyen: 1) parkinsonismo, acatisia aguda, distonía aguda o movimientos discinéticos relacionados con medicamentos distintos de los neurolepticos; 2) cuadros clínicos que recuerdan el síndrome neuroleptico maligno relacionados con medicamentos distintos de los neurolepticos, y 3) distonía tardía.

Trastornos inducidos por otros medicamentos

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados [995.2]

Esta categoría se reserva para su uso opcional por los clínicos para codificar los efectos secundarios de los fármacos (distintos de los trastornos motores) cuando estos efectos adversos se convierten en el objeto principal de la atención clínica. Los ejemplos incluyen hipotensión grave, arritmias cardíacas y priapismo.

Problemas de relación

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de deterioro en la interacción que está asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica de un miembro de la familia.

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina

inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Nota de codificación: *Especificar Z63.1 si el objeto de atención clínica es el niño.*

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Esta categoría debe utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. ej., críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges.

F93.3 Problema de relación entre hermanos [V61.8]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.

Z63.9 Problema de relación no especificado [V62.81]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica se centra en los problemas de relación que no son clasificables en ninguno de los problemas específicos mencionados antes (p. ej., dificultades con los colaboradores).

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21]

Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]

Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el descuido de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso físico de un adulto (p. ej., dar una paliza al cónyuge, abusar de un progenitor anciano).

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar **995.81** si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.2 Abuso sexual del adulto [V61.1]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un adulto (p. ej., coacción sexual, violación).

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar **995.81** si el objeto de atención clínica es la víctima.]

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

Z91.1 Incumplimiento terapéutico [V15.81]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias que provoca el tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), a su costo elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos (p. ej., negación de la enfermedad) y a la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación). Esta categoría debe usarse sólo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Z76.5 Simulación [V65.2]

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Presentación de un contexto medicolegal (p. ej., la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica).
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto [V71.01]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial del adulto que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, chantajistas y traficantes de sustancias ilegales.

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia [V71.02]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial en el niño o el adolescente que no es debido a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial o trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen actos

antisociales aislados de los niños o adolescentes (no un patrón de comportamiento antisocial).

R41.8 Capacidad intelectual límite [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica está asociado a una capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. El diagnóstico diferencial entre la capacidad intelectual límite y el retraso mental (CI de 70 o inferior) es especialmente difícil cuando coexisten otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia).

Nota de codificación: *Se codifica en el Eje II.*

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad [780.9]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Z63.4 Duelo [V62.82]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo «normal» varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales.

Z55.8 Problema académico [V62.3]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

Z56.7 Problema laboral [V62.2]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

F93.8 Problema de identidad [313.82]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es la incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo.

Z71.8 Problema religioso o espiritual [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Z60.3 Problema de aculturación [V62.4]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema relacionado con la adaptación a diferentes culturas (p. ej., problemas educativos relacionados con la emigración).

Z60.0 Problema biográfico [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los cambios relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación.

CAPITULO III: TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

5.1 MODELOS DE TRATAMIENTO

Fundamentalmente, el tratamiento psicológico-penitenciario en prisión ha cristalizado en dos formas de actuación, la psicodinámica y la conductual. Todos estos modelos proponen pautas de interacción con la población carcelaria pero también ofrece modelos actualizados de intervención primaria a nivel psicológico, que permitan la atención oportuna y eficaz de estas personas a la vez que se favorece la disminución de tasas en cuanto a patologías en Salud Mental.

Pasaremos ahora revisión a los programas e investigaciones que se han realizado bajo estas dos modalidades de intervención.

5.1.1 La psicoterapia de grupos

Ancelin-Schützenberger, 1971, define la psicoterapia de grupos como una técnica psiquiátrica que emplea como factor terapéutico la acción de un grupo de individuos organizado y dirigido a este fin.

En definitiva, lo que pretende la psicoterapia es un cambio en la estructura de la personalidad del sujeto de una forma permanente.

La psicoterapia de grupos se puede definir como una relación interpersonal mantenida como control y que se orienta a prestar ayuda a los miembros del grupo para que puedan concretar su vida de una forma más satisfactoria y madura.

5.1.2 La terapia al servicio de la Institución

5.1.2.1 El método analítico

Muy pronto los psicoanalistas vieron las ventajas que para los pacientes suponía un trabajo grupal. Slavson, 1950, afirmaba que los elementos comunes en toda psicoterapia son los siguientes:

1. Transferencia
2. Catarsis
3. "insight"
4. Pruebas de realidad
5. Sublimación

Estos dos últimos puntos, según él, sólo se realizan en la psicoterapia grupal.

5.1.2.2 Las nuevas terapias grupales

5.1.2.2.1 El psicodrama

Moreno define el psicodrama como el "hecho de representar la propia vida en la escena psicodramática".

El psicodrama usa la representación dramática libre con la finalidad de incrementar los aspectos espontáneos del sujeto. Es a través de este como el sujeto consigue la expresión de sus conflictos.

La técnica es la interacción e inversión de papeles entre el "protagonista y el antagonista". El fin es el ponerse en lugar del otro para su mejor comprensión. Este cambio de papeles, según Sharp 1959, posibilita a los presidiarios el probarse los "zapatos psicológicos" de los demás.

5.1.2.2.2 La terapia familiar

La necesidad de la terapia familiar surge tras la observación de los resultados obtenidos con reclusos sometidos a una psicoterapia grupal. Estas personas una vez terminado su internamiento, volvían al seno familiar, en donde se volvían a reproducir aquellos procesos que a menudo les habían llevado a prisión.

Jerome Rosenberg (1974) realizó un análisis valorativo de la función de roles desde el que fundamenta un counseling-terapia familiar en el que las áreas de incidencia son tres, fundamentalmente:

- a) Un modelo de apoyo en el que el terapeuta aconseja a los padres sobre el ajuste al problema específico que presentan los hijos.
- b) Un modelo en el que se propugna un cambio de intervención de los padres respecto a sus hijos.
- c) Un modelo en el que los padres adquieren información sobre los posibles problemas de relación, con el fin de comprender e interactuar operativamente con los hijos.

5.1.2.2.3 La terapia de realidad

La terapia de realidad en base a estas deficiencias propugna la búsqueda de la madurez y responsabilidad.

El método, siguiendo a Glaser, puede ser utilizado en las diferentes etapas por las que se pasa el delincuente. En el momento del arresto por la policía durante el juicio y por el monitor grupal en la prisión, ya que no es necesaria una formación profunda en esta técnica.

A partir de 1964, Glaser ha trabajado en el plano preventivo de la delincuencia, en Sistemas Probación y en Comunidades Terapéuticas, como la de DaytopVillage.

5.1.2.2.4 Modificación de conducta y prisión

García y Sancha (1985) han resumido, tras la lectura de los demás autores, los objetivos de la modificación de la conducta en los siguientes puntos:

- a) La modificación de conducta tiene objetivos institucionales; quizás más que objetivos se trata de consecuencias debidas a la aplicación de programas conductuales y su repercusión a la dinámica de la institución.
- b) Objetivos de eliminación de conductas antisociales o antirreglamentarias dentro de la prisión.
- c) Modificación de hábitos conductuales como alcoholismo y drogadicción.
- d) Desarrollo de programas psicoeducativos para elevar el nivel formativo de los internos en las áreas escolar, cultural y profesional.
- e) Un objetivo habitual en lo programas de Modificación de Conducta en el medio penitenciario es el de la modificación de comportamientos relacionados con la higiene y el autocuidado, como el hacer la cama, la limpieza de las dependencias, la apariencia personal adecuada y la ejecución de tareas domésticas.
- f) Trabajos sobre variables comportamentales relacionadas con una conducta social apropiada dentro de la Institución.
- g) Trabajos de entrenamiento en habilidades sociales y comportamiento asertivo.

5.1.3 LA EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS Y PROGRAMAS EN PRISIÓN

5.1.3.1 Las técnicas aversivas

Las terapias aversivas intentan asociar un patrón comportamental no deseado con una estimulación desagradable, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de un comportamiento. En ambos casos, se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva. Se espera, además, que el desarrollo de tal conexión y el progreso de la misma acarrearán un cese total en la emisión del comportamiento a eliminar.

5.1.3.2 Las técnicas basadas en el control de las contingencias

A) El sistema Progresivo

Son técnicas que utilizan el nivel progresivo partiendo de situaciones de gran depravación. Básicamente consisten en una serie de etapas diferenciadas y progresivas en lo que respecta a condiciones materiales y libertad de movimientos, comenzando por un período de gran control de la conducta del interno, hasta llegar al régimen abierto (García y Sancha, 1985).

Se basa la experiencia en la creencia de que los delincuentes tienen carencia conductual en lo referente a la normativa social. En contraprestación a esto, la institución refuerza las modificaciones conductuales en las que aparezcan índices de mayor sociabilidad.

La contrapartida al castigo (sanciones reglamentarias) se enfoca con refuerzos positivos (comunicaciones vis a vis extras, trabajo, mejoras en confort, etc.).

A medida que el interno realiza mayor número de conductas socializadas alcanza estadios más altos en el sistema progresivo.

La evaluación se hace por medio de un registro de conductas continuo en el que se observa al sujeto en las siguientes áreas:

- a) de aseo personal y de celda.
- b) de conducta social.
- c) de conducta laboral.
- d) de asistencia y rendimiento en la escuela.
- e) de acatamiento a normas regimentales.

5.1.3.3 Técnicas de modelado

Carrillo (1984), entiende por modelado el reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta terminal. En el modelado existen dos formas de modificación.

- a) Por un lado el reforzamiento positivo a las aproximaciones sucesivas.
- b) Extinción operante de otras conductas.

5.1.3.4 Las habilidades sociales

Spencer y Mauzillier, 1981, realizan una revisión de técnicas utilizadas en este tipo de tratamiento.

- Modeling
- Role-playing
- Feed-back
- Reforzamiento social
- Tareas para casa

- Ensayo de conducta
- Escala de autoestima
- Escala de control interno-externo

5 METODOLOGÍA DE ESTUDIO

El tipo de estudio será determinando lo siguiente:

- a. **Según el tipo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:** se tomara en cuenta los hechos a medida que ocurren, es decir serán prospectivos ya que se realizaran desde el periodo o fecha propuesta (Abril-Julio del 2012).
- b. **Según el periodo y secuencia del estudio:** La investigación será longitudinal debido a que el proyecto o estudio se ha establecido como un modelo de planificación e implementación de la unidad de Salud Mental que será utilizada como proyecto piloto o proyecto base de ejecución dentro del CRSFQ.

Qué resultados pueden obtenerse

- Permite un estudio completo de las variables como punto de partida para la investigación.
- Proveer las bases necesarias para realizar otros estudios descriptivos

Cuáles son sus limitaciones

- No se puede hacer predicciones

La investigación utiliza:

- A través de datos estadísticos analizados mediante las respectivas historias clínicas utilizadas, y otros estudios de prevalencia realizados en la institución se establecerá la existencia de psicopatologías en las P.P.L y por tanto se analizaran las principales medidas tanto en implementación, prevención y asistencia en Salud Mental.
- Se tomará en cuenta para tener un respaldo valido en la necesidad de la creación de una Unidad de salud mental las historias clínicas psicológicas realizadas en el departamento médico del CRSFQ de las cuales se tomaran aspectos importantes como: Datos de identificación para conocer el proceder de las personas y en si tener una panorámica de su vida antes de su detención; Condiciones de hospitalización para saber las manifestaciones psicopatológicas al momento de su ingreso al centro de rehabilitación y saber los distintos síntomas nuevos que se van presentando a partir de estar privadas de su libertad; Psicoanamnesis personal y familia

normal y patológica a través de la misma conocer los aspectos patológicos que vienen padeciendo a lo largo de su vida al igual que sus herencias mórbida; Diagnostico que es la parte más importante la cual nos sirve para tener una perspectiva real de la cantidad y de los diferentes tipos de trastornos mentales que se presentan en el centro de rehabilitación.

- Se adjuntaran datos de investigaciones realizadas en el CRSFQ las cuales sirven para respaldar la existencia de una cantidad muy significativa de problemas psicológicos y psiquiátricos que van desde leves a graves.

Muestra

- El CRSFQ se encuentra ubicado en el sector conocido como el "Inca" entre la calle de Las Toronjas. Este centro penitenciario de rehabilitación acoge a mujeres acusadas de cometer actos delictivos o en contra de la ley. La Prisión está conformada por 10 Pabellones distribuidos según el delito, y de acuerdo a la posibilidad económica de cada P.P.L (se puede distinguir clases sociales baja, media y alta, en la actualidad se toma en consideración el comportamiento y cumplimiento de las reglas para que cada P.P.L permanezca en el pabellón designado), son en total 398 P.P.L distribuidas en los siguientes pabellones: Floresta 37, Batán 45, Quito Tenis 39, Dorado 39, Altamira 40, Amazonas 47, Miraflores 30, Bosque 34, Condado 31 y los Ceibos 35, en recuperación hay 5 y en el CDP 16. Cada pabellón está a cargo de una representante que es aquella que informa sobre la conducta del resto de sus compañeras, la representante es escogida de acuerdo a la antigüedad, que no haya referido partes (al encontrárseles o al cometer actos indebidos dentro de la institución) y sobre todo que sepa manejar al grupo.
- La muestra que se va a tomar para la investigación es cualitativa por tal motivo la muestra va a ser escogida de forma intencional y de acuerdo a esto se tomara a las pacientes atendidas por mi persona, además se tomara en cuenta para dar una mejor sustentabilidad a la investigación la lista de pacientes atendidas por el psiquiatra del centro de rehabilitación la cual consta de entre 50 y 70 pacientes.

FACILIDADES DE UNIDAD EJECUTORA:

- Personal cooperativo capacitado
- Contacto directo con las internas

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ECONÓMICOS

- Humanos:
- Pasante de la carrera de psicología clínica

- Personal del departamento médico
- P.P.L
- Materiales
- Computadora
- Tinta
- Papel
- Libros
- Historias clínicas
- Reactivos psicológicos
- Económicos
- Transporte
- Copias
- Comunicación

REGLAMENTOS DE INGRESO Y EGRESO A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

INGRESO

- Tendrán acceso a la unidad las P.P.L que presenten una emergencia en salud mental
- P.P.L con problemas psiquiátricos que ameriten internamiento
- P.P.L con desequilibrios en su salud mental
- P.P.L que crean que necesitan internamiento por parte del equipo interdisciplinarios que dirigirá la unidad.
- Seguir las indicaciones psicológicas, médicas y psiquiátricas al pie de la letra
- Presentar un buen comportamiento en sus respectivos pabellones
- Responsabilidad con el cuidado de la unidad al momento de su ingreso
- Respeto para el resto de P.P.L internadas en la unidad
- Dentro de la unidad está prohibido el consumo de cigarrillos, alcohol o cualquier tipo de droga
- Prohibido el uso de celular
- Prohibido el ingreso a P.P.L ajenas a las internadas en la unidad
- Existirán horarios de visitas pre establecidos
- En caso de incumplir cualquiera de estas normas se solicitara su salida inmediata de la unidad.

EGRESO

- La P.P.L muestre un notable mejoramiento en cuanto a su salud mental

- Consentimiento del equipo interdisciplinario en reunión de análisis de casos para dar el alta a la paciente
- Lograr en la paciente una buena reinserción a su respectivo pabellón o a la sociedad
- Salida del paciente cuando exista algún tipo de contravención a las reglas que se llevan dentro de la unidad.
- Lograr que la paciente acepte un convenio de seguir en tratamiento luego de su egreso para prevenir futuras recaídas
- Lograr que la paciente que egrese, regrese a la unidad y permita visitas a su pabellón para hacer seguimiento del caso

6 BIBLIOGRAFIA

- Rendueles Olmedo G. Tratamiento penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/ 30.2003.
- Prieur C. Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux. Le Monde 18-04-2002 (<http://www.lemonde-fr>).
- Hernández Monsalve M. Pacientes mentales en prisión. Perspectiva internacional: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios/30. 2003.
- Gunn J, Madeu A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. BMJ 1991; 303: 338-341.
- Fryers T, Brugha T, Grounds A, Meltzer D. Severe mental illness in prisoners. BMJ 1998; 317: 1025-1026 (Editorial).
- ONS. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: En: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households.1997; (www.doh.gov.uk/pub/clocs/doh/newsurvey4.pdf).
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic
- E Pérez Martínez Unidad de salud mental Elda RevEspSanidPenit 2004; 6: 97-101 53 E Pérez. ¿Psiquiatría penitenciaria?
- Psicopatología de Barlow- Durand, era Edición, Madrid, 2007.
- Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)
- http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

- <http://www.namisaniego.org/espanol/carceles.php>
- <http://www.resp.es/revistas%5CPDF%5CV06-N3-04-12.pdf>
- http://www.inredh.org/index.php?option=com_content&view=article&id=371:el-derecho-a-la-salud-de-las-mujeres-privadas-de-la-libertad&catid=65:informes&Itemid=132
- <http://www.inredh.org>.
- www.oms.com