

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA INDIVIDUAL DE APOYO EN UN GRUPO  
DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO  
TENDIENTE A DISMINUIR SUS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

PSIC

MARYAM BERROA DE GONZALEZ

Tesis de grado presentada a la Facultad  
de Psicología, como requisito para  
obtener el grado de Magister en  
Psicología Clínica

PANAMA REPUBLICA DE PANAMA

2011

## DEDICATORIA

Dedico todo el esfuerzo realizado para culminar esta labor a mi familia, a mis padres Didier Berroa y Kerima Carles de Berroa, quienes son mi todo y por quienes soy todo y a mi tía Techy Carles quien siempre me ha ratificado su amor y apoyo incondicional

Se merecen especial mención mis abuelos (Q E P D) quienes siempre han sido modelo de inspiración y motivación a la hora de emprender nuevos caminos en mi vida

Por último al compañero que elegí para pasar junto a él el resto de mi vida, a mi esposo Marcos González quien desde el día que lo conocí no me ha soltado la mano y ha sido mi camarada en todas mis travesías

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dotado de sabiduría, entereza, paciencia, empatía, humildad y serenidad, cualidades sin las cuales no hubiese logrado culminar con éxito esta faceta de mi vida.

A mis padres por haber confiado siempre en mí. Gracias a ustedes es que hoy yo creo en mí. Ustedes me enseñaron que con esfuerzo y sacrificio el cielo es el límite.

Gracias a mis amados abuelos, el recuerdo que llevo de sus vidas y enseñanzas me inspira a diario. Por ustedes sé que cada día que pasa es una oportunidad para llegar a convertirnos en mejores personas, sólo necesitamos creer en nosotros mismos.

A mi esposo por creer que soy la mejor en todo. Su fe en mí me impulsa a superarme a diario.

Agradezco a mi compañera de la universidad, Bunny Coavas, quien comenzó siendo una compañera de clases y terminó convirtiéndose en una gran y muy querida amiga. Caminamos juntas por este sendero que nos llevó a crecer como personas y profesionales.

Gracias a los participantes de este programa quienes confiaron en mí, permitiendo así que los ayudase.

A todo el personal docente del Programa de Maestría de Psicología Clínica, promoción 2008-2009, en especial al programa impartido en la mañana, gracias por su dedicación y tiempo. Gracias a ustedes soy hoy una mejor profesional. Es honorable aquel que enseña por vocación.

Por último, pero no menos importante, especial mención a mi asesor de tesis, Magister Ricardo López, gracias por todo el conocimiento compartido y por su legítimo interés en ayudarme a convertirme en una mejor colega.

## INDICE GENERAL

PORTADA	I
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA INDIVIDUAL DE APOYO EN UN GRUPO DE PERSONAS DIAGNÓSTICADAS CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO	
1 GENERALIDADES	5
1 1 La Crisis Economica Mundial	5
1 2 Panorama de la Economía Panamena	7
2 LA RELACION ENTRE LA PSICOLOGIA Y LA ECONOMIA	10
2 1 La Economía y el Ser Humano	10
2 2 La Psicología del Dinero	13
2 3 El Endeudamiento	14
3 DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DE UNA CRISIS FINANCIERA	15
3 1 Aspectos Importantes sobre una Crisis	15
3 2 Tipos de Crisis	16
3 3 Psicología de la Persona que atraviesa una Crisis Económica	17
3 4 Efectos del Estrés Financiero	18
3 4 1 El Estrés Financiero y la Relacion Marital	20
3 4 2 El Estrés Financiero y la Crianza de los Hijos	20

3 5	El Trastorno Adaptativo y la Crisis Financiera	21
4	<b>CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL TRASTORNO DE ADAPTACION</b>	24
4 1	Diagnostico segun el Manual Estadistico de Enfermedades Mentales (DSM IV)	24
4 1 1	Criterios para el Diagnostico del Trastorno Adaptativo	24
4 1 2	Subtipos y Especificaciones	25
4 1 3	Sintomas y Trastornos Asociados	25
4 1 4	Sintomas Dependientes de la Cultura la Edad y el Sexo	26
4 1 5	Curso	27
4 2	Diagnostico segun la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10)	27
4 2 1	Pautas para el Diagnóstico	28
4 3	Diagnostico segun el Manual de Psiquiatria Humberto Rotondo	30
4 3 1	Estres Activación y Desajuste	30
4 3 2	Los Estresores	31
4 3 3	La Persona	32
4 3 4	El Entorno Social	33
	<b>CAPITULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	34
1	<b>TERAPIA DE APOYO UNA REVISIÓN HISTORICA</b>	35
1 1	Antecedentes de la Terapia de Apoyo	35
1 2	Los Primeros Psicoanalistas 1910 1930	36
1 3	La Psicoterapia de Apoyo en los años 1930 y 1940	37
1 4	Psicoterapia de Apoyo Psicodinámicamente orientada, años 1950 y mas alla	39
2	<b>LA PSICOTERAPIA DE APOYO EN LA ACTUALIDAD</b>	48
2 1	Definicion	48
2 2	Indicaciones de la Psicoterapia de Apoyo	49
2 3	Objetivos Estrategias y Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo	50

2 3 1	Objetivos	50
2 3 2	Estrategias de la Psicoterapia de Apoyo	51
2 3 3	Las Tecnicas de la Psicoterapia de Apoyo	53
2 3 3 1	Técnicas que no requieren de Entrenamiento Psicodinamico	53
2 3 3 2	Técnicas que requieren de Entrenamiento y Experiencia Psicodinámica	56
2 4	Mejoras a las Funciones del Yo	57
2 5	Encuadre de la Terapia	59
2 6	La Situación Clínica	60
2 7	Fases del Tratamiento	61
2 7 1	Fase 1 Evaluacion y Planeamiento del Tratamiento	61
2 7 2	Fase 2 Tratamiento Temprano	63
2 7 3	Fase 3 La Mitad del Tratamiento	64
2 7 4	Fase 4 La Terminación	65
2 8	La Transferencia en la Terapia de Apoyo	65
2 9	La Contratransferencia y la Terapia de Apoyo	66
2 9 1	Manejando la Contratransferencia	67
2 10	La Resistencia dentro de la Terapia de Apoyo	68
2 11	La Alianza Terapeutica	69
2 11 1	Fomentando una Alianza Terapéutica al Principio del Tratamiento	70
2 11 2	Utilizando Protegiendo y Expandiendo la Alianza Terapéutica	71
2 12	La Terminacion en la Terapia de Apoyo	71
3	<b>RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO ADAPTATIVO</b>	73
3 1	Metas en el Tratamiento del Trastorno de Adaptación	74
3 2	Estrategias del Tratamiento del Trastorno de Adaptacion	74
	<b>CAPITULO III METODO DE INVESTIGACIÓN</b>	75
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	76
2	HIPÓTESIS	78
2 1	Hipótesis de Investigación	78

2 2 Hipótesis Estadística	79
3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	81
3 1 Objetivo General	81
3 2 Objetivos Específicos	81
4 DISEÑO DE INVESTIGACION	82
5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	83
5 1 Variable Independiente	83
5 2 Variable Dependiente	86
6 POBLACIÓN Y MUESTRA	88
6 1 Población	88
6 2 Muestra	88
6 3 Criterios de Inclusión	89
6 4 Criterios de Exclusion	89
7 INSTRUMENTACIÓN Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN	89
8 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	92
9 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	94
10 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	95
11 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	96
<b>CAPITULO IV RESULTADOS</b>	98
1 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	98
1 1 Sobre el Sexo y Edad de los Pacientes	100
1 2 Sobre la Religión Escolaridad Estado Civil y Dependientes de los Sujetos	100
2 ANALISIS ESTADÍSTICO	100
2 1 Prueba de Hipótesis	96
2 1 1 Prueba de Hipótesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Ansiedad/Estado	100
2 1 2 Prueba de Hipótesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Ansiedad/Rasgo	101
2 1 3 Prueba de Hipotesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest STAI (Ansiedad Total)	104
2 1 4 Prueba de Hipotesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Depresión /Estado	106

2 1 5 Prueba de Hipótesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Depresión /Rasgo	109
2 1 6 Prueba de Hipótesis Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest IDER (Depresion Total)	111
<b>3 RESUMEN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>113</b>
3 1 Análisis del comportamiento de la variable Ansiedad	113
3 1 1 Ansiedad/Estado	113
3 1 2 Ansiedad/Rasgo	113
3 2 Análisis del comportamiento de la variable Depresion	113
3 2 1 Depresión/Estado	113
3 2 2 Depresion/Rasgo	114
3 3 Analisis del comportamiento de la variable Estado Emocional	114
<b>4 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>115</b>
<b>5 ELEMENTOS DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO</b>	<b>118</b>
5 1 Resistencias	118
5 2 Contratransferencias	120
<b>6 CONCLUSIONES</b>	<b>121</b>
<b>7 RECOMENDACIONES</b>	<b>124</b>
7 1 Proceso Terapeutico	124
7 2 Elementos Contratransferenciales y Resistencias	125
7 3 Nivel Investigativo	126

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	Datos Sociodemograficos de la Muestra	99
<b>TABLA N° 2</b>	Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Ansiedad/ Estado	101
<b>TABLA N° 3</b>	Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Ansiedad/ Rasgo	103
<b>TABLA N° 4</b>	Comparacion de Resultados Pretest y Postest Ansiedad Total	105
<b>TABLA N° 5</b>	Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Depresión/ Estado	107
<b>TABLA N° 6</b>	Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Depresion/ Rasgo	109
<b>TABLA N° 7</b>	Comparación de Resultados Pretest y Postest Depresión Total	111

## INDICE DE GRAFICOS

<b>GRAFICA N I</b>	Comparación entre las Puntuaciones Pretest y Postest subescala Ansiedad/Estado	101
<b>GRÁFICA N° II</b>	Comparación entre las Puntuaciones Pretest y Postest subescala Ansiedad/Rasgo	103
<b>GRÁFICA N° III</b>	Comparación entre las Puntuaciones Pretest y Postest Ansiedad Total	105
<b>GRAFICA N° IV</b>	Comparaciones entre las Puntuaciones Pretest y Postest, subescala Depresión/Estado	107
<b>GRÁFICA N° V</b>	Comparación entre las Puntuaciones Pretest y Postest, subescala Depresión /Rasgo	109
<b>GRAFICA N° VI</b>	Comparación entre Puntajes Pretest y Postest Depresion Total	111

## **INDICE DE ANEXOS**

<b>ANEXO N° 1</b>	Hoja de Información para el Posible Participante	135
<b>ANEXO N° 2</b>	Consentimiento Informado	137
<b>ANEXO N° 3</b>	Muestra de la Prueba STAI	138
<b>ANEXO N° 4</b>	Muestra de la Prueba IDER	139
<b>ANEXO N° 5</b>	Presentación de las Historias Clínicas de los Sujetos Participantes del Programa	140

## RESUMEN

Se trató de un estudio basado en un diseño de investigación Pre experimental con Pre prueba, Postprueba y Grupo control de tipo Estudio de Caso En el mismo se le realizó una intervención psicoterapeutica individual de apoyo con orientación psicoanalitica a una muestra de 6 personas (2 mujeres y 4 hombres) que atravesaban por un estres financiero crónico con la finalidad de promover su mejoría en el estado emocional con la consiguiente disminución de los síntomas del Trastorno de Adaptación Mixto (Ansiedad y Depresión) asociada a la ocurrencia de la misma. Se utilizaron las herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo para enfocarnos en facilitar el proceso de adaptación del paciente a la situación actual que lo rodeaba Los resultados obtenidos del analisis del comportamiento de las variables luego de aplicado la intervención indicaron que los pacientes experimentaron una disminucion significativa en cuanto a la sintomatologia depresiva y ansiosa, lo que a su vez se tradujo en una mejora de su estado emocional Dichos hallazgos demostraron que los participantes de este programa de intervención psicoterapéutica fueron sensibles a la Psicoterapia de Apoyo recibida

## SUMMARY

The following study was carried out through a Pre experimental investigative design of Pre test Posttest with a one group Case study type In this study a psychoanalytically oriented individually supportive psychotherapeutic intervention was applied to a sample of 6 persons (2 women and 4 men) who were going through a financial distress The objective of this intervention was to promote an improvement in the emotional state of these patients and to decrease the symptoms of the Mix Adaptation Disorder (Anxiety and Depression) associated to the occurrence of the financial distress Techniques and tools of Supportive Psychotherapy were utilized to facilitate the adaptation process of the patient to his surrounding situation Results obtained from the analysis of the variable s behavior after the intervention was applied indicated that the patient s depressive and anxious symptomatology significantly decreased improving their emotional state These findings proved that the participants of this intervention program were sensitive to the supportive therapy received

## INTRODUCCIÓN

La actual crisis financiera por la cual atraviesa el mundo ha afectado a millones de personas no solo ha cambiado su entorno en un abrir y cerrar de ojos sino que se ha convertido en un nuevo desencadenante para el desarrollo de trastornos mentales. Según la decana del Colegio de Psicólogos de Castilla – La Mancha en países como España, debido a la crisis económica se han aumentado las consultas psicológicas derivadas de los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos.

El cambio en las condiciones económicas puede causar un trastorno social que de manera clara tiene efectos en el funcionamiento individual, psicológico y familiar. Una persona que atraviesa por una crisis financiera sufre lo que se denomina estrés financiero (David y col 2004). Hallazgos dentro de la literatura establecen que el estrés financiero está asociado con una mayor incidencia de problemas mentales y físicos (Brenner 1973).

Surgió en nosotros la interrogante acerca de qué efectos tendría una intervención psicoterapéutica de apoyo con orientación psicoanalítica en pacientes que estuvieran padeciendo de estrés financiero crónico producto de la ocurrencia de una crisis financiera en sus vidas. Esta incertidumbre motivó el desarrollo de la investigación que se presentará en las siguientes páginas.

Utilizando como base la convicción de que la psicoterapia de apoyo con orientación psicoanalítica puede ser eficaz en disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, además de mejorar el estado emocional, se decidió apoyar psicoterapéuticamente a un grupo de personas diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto asociado a la ocurrencia de una crisis financiera en sus vidas. Dichas personas eran miembros de una cooperativa panameña de ahorro y experimentaban síntomas negativos asociados a su condición financiera desde hace más de 1 año.

La psicoterapia de apoyo busca la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que rodean al paciente. El objetivo de la intervención planeada para este estudio fue que el

paciente reforzara sus defensas para que enfrentara del mejor modo posible la crisis por la cual atravesaba. Potenciamos sus herramientas de afrontamiento hacia el agente estresante que sabíamos no podíamos eliminar.

El desarrollo de la investigación se dividió en cuatro capítulos. Los dos primeros hicieron referencia a la literatura en la cual se fundamentó esta investigación. La metodología utilizada para llevar a cabo el proceso investigativo fue discutida en el capítulo 3. Los resultados y el análisis de los mismos, al igual que las reflexiones, conclusiones y recomendaciones, fueron plasmados por último en el capítulo 4.

El Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo sentó sus bases en un diseño investigativo Pre experimental de Preprueba Postprueba con un solo grupo tipo estudio de caso. Las variables objeto de estudio eran la ansiedad, la depresión y el estado subjetivo emocional. Para medir el comportamiento de las dos primeras se utilizó los instrumentos válidos de medición: Cuestionario de Ansiedad/Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Para medir el estado emocional de la muestra se empleó el modelo de entrevista clínica del DSM IV texto revisado.

La evaluación estadística de los resultados se realizó mediante la utilización de la prueba de hipótesis no paramétrica: comparación de dos muestras, específicamente la prueba de signo Wilcoxon. El análisis general del estudio arrojó que los niveles de ansiedad y depresión de la muestra disminuyeron significativamente con la consecuente mejora del estado emocional de la misma.

Como último punto establecemos que la intervención psicoterapéutica aplicada en este estudio mostro ser útil y eficaz para los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que experimentaban un estrés financiero crónico.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

La satisfacción ilimitada de todas las necesidades se nos impone como norma de conducta más tentadora, pero significa preferir el placer a la prudencia, y a poco de practicarla se hacen sentir sus consecuencias

**Sigmund Freud 1930**

# **1 GENERALIDADES**

## **1.1 La Crisis Económica Mundial**

Desde hace varios años el mundo se enfrenta a una de las mayores crisis económicas y sociales que ha vivido en décadas. Las consecuencias sobre el bienestar y la salud de numerosos países son de tal magnitud que parecen requerir hacer una parada por unos momentos y observar qué conocimientos serios hay disponibles para afrontar esta situación (Hurtado J. 2011)

Según Hurtado, la bancarrota de Lehman Brothers en Septiembre de 2008 fue uno de los acontecimientos más representativos a nivel periodístico en el inicio de la crisis económica que azota a numerosos países desde entonces. No fue el único, sin duda, pues los históricos desplomes de las bolsas en todo el mundo encendieron la llama del miedo a una gran depresión económica. Desde entonces, los niveles de desempleo en numerosos países se han disparado, diversas entidades financieras han quebrado y miles de empresas han tenido que cerrar sus negocios. Numerosos economistas e historiadores comparan la situación por la que atraviesa el mundo con otras de gran magnitud.

Casi 1.5 mil millones de personas en todo el mundo viven con poco más de un dólar por día. En 2008, los aumentos de los precios de los alimentos hicieron que 100 millones de personas más fuesen vulnerables a la pobreza, lo que dio lugar a manifestaciones callejeras y amenazas de desestabilizar los gobiernos. La crisis económica mundial, sin duda, incrementará, según estimaciones del Banco Mundial, a medida que se pierdan empleos e ingresos en el mundo. Esto resultará en 146 millones de personas más que lucharán por sobrevivir – equivalente a más de la mitad de la población de los Estados Unidos de América (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

Varias notas periodísticas ilustran la realidad que hemos estado viviendo producto de la economía en declive. Por ejemplo, un periódico de España dicta lo siguiente: La crisis económica ha incrementado las consultas de los psicólogos (Roldán T. 2010). Otro

anuncia en su titular que el país ha estado implementando medidas para contrarrestar los embates de la situación. Psicología para atajar la crisis (Herrera, A. 2009). También se leyó que Los Suicidios atribuidos a la Crisis Económica representan la Expresión de concepciones donde lo Fundamental en la Vida es el Dinero, indicando la noticia que las consecuencias de la crisis son devastadoras para algunos.

Además de España, otros países han reconocido las consecuencias de la actual crisis financiera. Por ejemplo, el Reino Unido ha integrado dentro de su programa para facilitar el acceso a recibir apoyo psicológico a la población general (*Improving Access to Psychological Therapies*) un conjunto de medidas para prestar ayuda psicológica gratuita en las oficinas de empleo a la población de trabajadores que presenten problemas de ansiedad o depresión derivados de problemas económicos, pérdida de empleo o conflictos familiares.

En relación a este hecho, la administración de los servicios de salud mental de EEUU, *Substance Abuse & Mental Health Services Administration* – SAMHSA, publicó recientemente una guía con consejos prácticos para superar las dificultades que pueden aparecer a raíz de los problemas económicos, *Getting through tough economic times*.

La crisis económica que inunda al mundo ha afectado no solo el mercado financiero sino también ha traído consigo una ola de consecuencias que afectan la salud mental de los países. Este hecho ha alarmado a varios gobiernos que, en hora buena, han visualizado la importancia de paliar no sólo los efectos de la crisis a nivel del mercado financiero sino también a nivel de la salud mental de sus habitantes.

## **1 2 Panorama de la Economía Panameña**

Historicamente Panamá ha tenido un buen desempeño económico. Los datos oficiales revelan que la economía panameña creció en un promedio anual de 5% durante el periodo de 1946 a 2009 (Hernández A 2011)

Pese a que en los últimos años la economía panameña se ha perfilado como una de las más prósperas de la región con un crecimiento económico del 7% en el 2010, datos recientes revelan que Panamá se encuentra entre uno de los países con mayor desigualdad en la región latinoamericana (Mejía, L 2011)

Es importante destacar que la economía de Panamá tendrá una de las mayores tasas de crecimiento en el año 2011. Pero acompañado de esta realidad, los panameños están experimentando pérdidas significativas en su poder adquisitivo (Quintero A 2011)

Las políticas públicas así como los cambios en la cultura empresarial han sido indispensables para algunos avances que no necesariamente se reflejan en las condiciones de vida de los más pobres o en la distribución del ingreso en el conjunto de la sociedad (Alvarado R 2008)

No sólo el costo de la Canasta Básica de Alimentos se ha encarecido en los últimos dos años sino también aumentaron los gastos fijos como el aporte de los trabajadores a la Caja del Seguro Social, el precio de los combustibles y el aumento de hasta un 21% en el transporte colectivo y selectivo. Todo esto representado un duro golpe para la ya maltrecha economía del hogar del panameño.

Aumentan constantemente los precios sin embargo el aumento de los salarios es escaso siendo casi imposible paliar el alto costo de la vida. A junio de este año hubo un incremento de \$14 06 ó 5 19% (\$284 94) al compararlo con igual periodo del 2010. Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2011) el mayor porcentaje de personas asalariadas en Panamá reciben entre 400 a 599 dólares por mes. Entonces si analizamos estas cifras al

panameño comun solo le restan un alrededor de entre 116 a 315 dolares para cubrir todas sus demas necesidades

Alto costo de la vida ahoga a panameños dicta el periódico el Siglo en su edición del 26 de abril de este año Esta situación ha afectado la situación financiera de multiples panameños A aquellos con compromisos financieros previamente adquiridos les ha tocado malabarear el presupuesto para poder cumplir con dichos acuerdos y a otros no les ha quedado más solución que pedir préstamos los cuales irónicamente no podran pagar La situación económica en Panamá ha forzado a que los menos privilegiados se conviertan en deudores morosos

Para ilustrar esta realidad presentamos datos pertinentes a este análisis En el 2003 se registro un saldo en consumo de préstamos personales de 3 276 millones de balboas Esta cifra fue aumentando hasta el 2011 año en que se registra una cifra de 3 850 millones de balboas En cuanto a los saldos en consumo de tarjetas de créditos las estadísticas refieren que en el 2003 estaban pendientes a pagar una cifra de 603 7 millones de balboas A la fecha esta cifra ha incrementado hasta llegar a los 811 4 millones de balboas (Super Intendencia de Banco 2011) Podemos visualizar que se presento un incremento en los préstamos otorgados y en los gastos de tarjeta de crédito situación que se podría resumir en una mayor necesidad de financiamiento

Otra estadística interesante resalta el comportamiento en los pagos de los préstamos Tomamos en cuenta la siguiente clasificación para realizar el análisis de la data

- Dudoso registran atraso en el pago de sus cuotas mayores de noventa (90) dias sin exceder los ciento ochenta (180) dias
- Irrecuperable registran atraso mayor de ciento ochenta (180) dias

Del 2008 al 2010 se observa una tendencia de crecimiento en la curva de la clasificación Dudoso e Irrecuperable lo que podria demostrar que un grupo mayor de personas falló en realizar sus pagos (Superintendencia de Bancos 2011)

Es importante recalcar que no podemos ni debemos atribuirle toda la responsabilidad a la inflación económica. Parte de la culpa la comparten la llamada Cultura del Consumismo y la falta del hábito del ahorro. Panamá no cuenta con programas formales de educación financiera. No se promueve el hábito del ahorro y de la austeridad. Somos una cultura que piensa en el ahora pero no en cómo llegaremos al mañana.

Según José Canto, El Guru del Dinero panameño, entre los mayores pecados financieros de los panameños están:

- No tener un presupuesto ni un control real de sus gastos ni una conciencia plena de su verdadera capacidad financiera.
- Contamos con crédito a bajísimas tasas de interés que representa un problema porque somos una sociedad altamente consumista.
- Ser el país del *show*: mucha gente sufre de una autoestima debilitada y gasta para demostrar a otros que tiene. Mucha gente que usted ve muy bien arreglada debe hasta el rollito que se pone en la cabeza es increíble.

Para Canto (2011) las causas de angustia financiera para los panameños se pueden resumir de la siguiente manera:

- Para las mujeres: adquieren deudas producto de situaciones que no controlan como un divorcio o en otros casos ganan bastante dinero pero asumen responsabilidades de sus padres.
- Para los hombres: la infidelidad y tener varios hijos.

## **2 LA RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y ECONOMÍA**

La psicología tiene como eje central las intervenciones en todos aquellos ámbitos en los cuales las personas están presentes. Es inimaginable concebir a un ser humano ajeno a la influencia recíproca en lo social y al margen de las regulaciones económicas (García, S 2005)

Según Lionel Robbins (1929) la economía se puede definir como la ciencia que estudia aquellos aspectos de la conducta e instituciones humanas que utilizan recursos escasos para producir y distribuir bienes y servicios con vistas a la satisfacción de necesidades humanas (Denegri M 2007)

La psicología económica se preocupa del estudio del comportamiento económico de las variables que inciden en la toma de decisiones económicas individuales y colectivas y la forma como las personas comprenden el mundo de la economía y sus variaciones

La psicología económica tiene el doble objetivo de estudiar y analizar cómo la economía afecta el comportamiento de los individuos y cómo dicho comportamiento afecta a su vez a la economía

### **2.1 La Economía y el Ser Humano**

Se puede plantear que el comportamiento económico es inherente a la condición humana, teniendo vigencia esta situación desde muy temprano en la historia, donde las agrupaciones sociales primarias establecieron relaciones basadas en sus capacidades de producir, consumir y de aportar a los requerimientos de sus comunidades

A su vez, el contexto económico está caracterizado por los modos de sentir, pensar y actuar. Es en este sentido que Katona (1950) introdujo la consideración de que las percepciones, las

expectativas y las motivaciones del consumidor constituyen influencias importantes sobre la economía

Katona considera a la sociedad consumidora de masas como un sistema abierto dinámico pues para él los consumidores no son meros receptores pasivos del sistema sino que son miembros activos que influyen en él. Así, cuando se dan cambios en el medio económico se produce una respuesta en la conducta económica y tal respuesta dependerá tanto del medio como de la persona afectada. Para Katona, los estímulos inducen respuestas acordes con las predisposiciones psicológicas del individuo que responde. Los motivos, las actitudes, las expectativas y las aspiraciones son variables interventoras que median entre los estímulos y las respuestas, influyendo tanto en la percepción de los cambios como en la respuesta hacia ellos.

Para la comprensión de la complejidad de la conducta económica es necesario considerar una serie de puntos (Van Raaij 1988, Theodoulus 1996 cit por Denigri 2007)

El comportamiento económico no tiene lugar por separado de otros aspectos del comportamiento humano

Las decisiones económicas involucran dinero, tiempo y esfuerzo para obtener bienes y servicios e involucran resolver la tensión entre ahorro v/s gasto. Cualquier conducta que involucre elecciones o transacciones entre gasto o inversión y que considere futuras ganancias y beneficios es una decisión económica.

Las decisiones económicas se caracterizan por las renunciaciones que debe hacer el individuo (costo de oportunidad), la evaluación de los beneficios presentes o futuros de un desembolso (gasto o ahorro), la evaluación de los beneficios esperados de algunas alternativas (costo/beneficio) y la realización de la conducta concreta.

Los criterios usuales para una decisión económica son el financiero el temporal la evaluación del esfuerzo requerido para conseguir las expectativas presentes o futuras de bienestar

En los determinantes de las decisiones económicas incluyen factores personales sociales culturales situacionales y también factores económicos generales que estimulan o inhiben la conducta

Los factores personales son características de personalidad del individuo estilo de vida personal y familiar normas y valores de su cultura, niveles de comprensión del mundo económico Estos factores personales son a su vez influidos por la región de residencia, subcultura, y sexo

Los factores sociales y culturales incluyen el estrato socioeconómico de pertenencia, las expectativas sociales y las características globales del sistema político y cultural en el que está inserto el individuo

Los factores situacionales son las condiciones y circunstancias que normalmente limitan las decisiones económicas ingreso disponible tamaño de la familia, tipo de hogar situaciones de mercado existencia de ofertas

Los factores económicos generales se relacionan con la percepción del estado económico del país la valoración de la política económica y las señales concretas que proporciona el sistema económico tasas de inflación e interés tasas de cesantía, equidad de la distribución de ingreso y políticas económicas Estos factores generales provocan actitudes pesimistas u optimistas y generan expectativas que influyen en las decisiones de gastar ahorrar o invertir

Las consecuencias de las decisiones económicas son la satisfacción bienestar o descontento de los individuos

Las decisiones económicas sirven de experiencias de aprendizaje que pueden influir en las próximas decisiones Estas experiencias pueden ser directas o vicarias

## **2.2 La Psicología del Dinero**

El dinero permite que las personas puedan comprar y por lo tanto cubrir sus necesidades vitales Su posesión se relaciona con la calidad de vida y con los símbolos de diferenciación social y de pertenencia a grupos actuando como un símbolo social (García S 2005)

Reforzamos entonces que el dinero cumple una función simbólica Esto es debido a que su posesión representa una magnitud de poder y de ubicación en una categoría social que sitúa al que lo posee en distintos estratos sociales

Según García (2005) con dinero se pueden ocupar posiciones socialmente destacadas comprar propiedades hacer inversiones como así también comprar juventud y belleza Con el fin de satisfacer el yo ideal la lista de productos es interminable para el consumidor sobre todo para aquel comprador que busca constantemente cubrir sus agujeros existenciales adquiriendo productos innecesarios De esta manera buscando quizás la satisfacción inmediata, del mismo modo que lo hizo en el primer momento de la vida, regido por lo que el psicoanálisis conoce con el nombre del Principio del Placer

Otro aspecto que debemos tener en cuenta se remite a la seguridad subjetiva que significa la tenencia de dinero como contra parte la inseguridad – psicosocial que causa su falta. Quien tiene dinero en efectivo u otros bienes adquiridos tiene el futuro asegurado para sí y sus descendientes Pero para los que viven de su salario este bien alcanza sólo para su sustento diario y ante cualquier situación imprevista que afecte su capacidad de ahorro esto provocará desequilibrios en su economía doméstica Esto generará incertidumbre y angustia

En nuestra sociedad actual la posesión de dinero se asocia con sentimientos de satisfacción y felicidad personal

### **2.3 Endeudamiento**

El consumo generalizado o lo que se denomina consumismo ha suscitado nuevos fenómenos de análisis desde el punto de vista económico social y psicológico. Por otro lado los nuevos formatos que ha adquirido el dinero han permitido una marcada evolución en los patrones de consumo generando un nuevo problema social: el endeudamiento masivo.

A su vez se han producido profundos cambios en los valores de la sociedad la que ha cambiado desde una concepción de austeridad altamente valorada, a la búsqueda del hedonismo y la satisfacción inmediata de los deseos. Con ello se ha flexibilizado el concepto y actitud hacia la deuda lo que ha permitido mayor desarrollo económico (mayor consumo) pero al mismo tiempo ha aumentado el riesgo de las operaciones financieras.

Los sujetos con mayor tendencia a endeudarse tienen mayor tendencia a poseer un locus de control externo que aquellos que presentan actitudes más austeras. Poseen bajos sentimientos de auto eficacia, contemplan el dinero como fuente de poder y prestigio y tienen tendencia a buscar nuevas sensaciones (Denegri M. 2007).

Utilizan el crédito para influir en los demás o para sentirse mejores con ellos mismos y ejercer escaso control sobre su situación financiera. A ello se añade que en general poseen poca solvencia financiera y escasa comprensión de los mecanismos del crédito.

Freud comentó en su obra *el Malestar de la Cultura* (1930) que la satisfacción ilimitada de todas las necesidades se nos impone como norma de conducta más tentadora pero significa preferir el placer a la prudencia, y a poco de practicarla se hacen sentir sus consecuencias. Es precisamente bajo este principio que sienta sus bases el problema de las deudas. Lo

material nos llama, nos tienta y caemos en el consumismo actitud que en desmesura nos puede robar la tranquilidad

### **3 DIMENSIONES PSICOLÓGICAS DE LA CRISIS FINANCIERA**

#### **3 1 Aspectos Importantes sobre una Crisis**

Una crisis es un estado de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando metodos acostumbrados para la solucion de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu 1996)

Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave o desequilibrio experimentado por el individuo Miller e Iscoe (1963) describen los sentimientos de tension ineficacia y desamparo de la persona en crisis Crow (1977) indica que la ansiedad la colera y la depresión reflejan los aspectos emocionales del estado en crisis Con frecuencia los clinicos presencian no solo reacciones emocionales sino también enfermedades somáticas y trastorno de conducta

Halpern (1973) definió que las personas en crisis experimentan los siguientes sintomas

Sentimientos de cansancio y agotamiento

Sentimientos de desamparo

Sentimientos de inadecuación

Sentimientos de confusión

Desorganización en el funcionamiento de sus relaciones laborales familiares y sociales

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestionabilidad del individuo (Taplin 1971) Esto también se conoce como *reducción de defensas* (Halpern 1971) Cuando un individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado es casi como si no quedara nada por defender (Slaikeu 1996) Según Taplin la sobrecarga del suceso precipitante deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias

Casi cualquier definición de crisis se centra en la idea de que el enfrentamiento o la solución de problemas se ha malogrado A medida que maduramos cada uno de nosotros desarrolla diversos métodos para enfrentar las dificultades de la vida La perturbación de la crisis resultará en aflicciones demasiado graves para soportarlas éstas ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas La persona en crisis puede sentirse miserable o completamente incapaz de abordar nuevas circunstancias desestabilizantes

El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en el proceso de enfrentamiento La solución racional del problema es imposible y la persona en crisis tiene dificultades para manejar aspectos subjetivos de la situación

### **3.2 Tipos de Crisis**

Existen dos tipos de crisis (1) crisis vitales durante el desarrollo y (2) crisis circunstanciales en la vida Las primeras pueden ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo se perturba o dificulta Por otro lado las crisis circunstanciales no se relacionan con el proceso natural de maduración son por completo imprevisibles La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que este se halla Las características principales de las crisis circunstanciales son (Slaikeu 1996)

Aparición repentina pueden atacar todas al mismo tiempo desde ninguna parte

Imprevisión pocos son los que están preparados para este tipo de crisis las personas tienden a pensar que eso le sucederá a alguien más

Calidad de urgencia muchas de estas crisis amenazan el bienestar físico y psicológico por lo cual necesitan de una intervención inmediata

Impacto potencial sobre comunidades enteras algunas de estas crisis afectan a un gran número de personas de modo simultáneo

Peligro y oportunidad el peligro puede ser la principal distinción de este tipo de crisis sin embargo con el tiempo debe surgir alguna forma de reorganización

Nos enfocamos en este tipo de crisis pues es la que atañe a nuestra investigación Los pacientes a tratar se encuentran a travessando una crisis financiera considerada como una crisis circunstancial por los teóricos

### **3.3 Psicología del Paciente que atraviesa una Crisis Económica**

El cambio en las condiciones económicas puede causar un trastorno social que de manera clara tiene efectos en el funcionamiento individual psicológico y familiar Una persona que atraviesa por una crisis financiera sufre lo que se denomina estrés financiero

Davis y col (2004) acuñaron el término de Estrés Financiero para referirse al sentimiento desagradable que surge de la imposibilidad de cumplir con las demandas financieras costear las necesidades de la vida, y tener suficientes fondos para sobrevivir El sentimiento normalmente incluye emociones de terror ansiedad y miedo mas puede incluir colera y frustración

El estrés financiero es un sentimiento subjetivo que puede o no estar basado en un juicio objetivo acerca de la situación financiera personal Lo importante son las circunstancias objetivas que derivan en esta clase de estrés producto de una crisis financiera

Una crisis financiera se puede deber a muchas cosas como por ejemplo la pérdida del trabajo gastos médicos o legales inesperados exceso de gasto crónico pérdidas de inversiones o juegos de azar Una crisis financiera puede ser aguda o crónica, anticipada o no

anticipada y puede atribuirse a fuerzas incontrolables (economía regional) o a fuerzas controlables (manejo pobre de las finanzas) (Davis et col 2004)

Una crisis financiera usualmente es definida en términos de que los ingresos de la familia se encuentran por debajo de la línea de pobreza una disminución de los ingresos de la familia en un 35 / en comparación al año anterior una tasa alta en relación con deudas y activos o la pérdida del trabajo por parte de la cabeza del hogar En este estudio nos importa la tasa alta en relación con la deudas y los ingresos pues la crisis financiera que los pacientes atraviesan se debe a la imposibilidad de pagar numerosas deudas

Un análisis preciso de la situación financiera personal no es de igual interés para la psicología como lo es la percepción que tiene la persona de su estado financiero pues es ésta la que desencadena el estrés financiero Si uno falla en darse cuenta del terrible predicamento de su situación financiera, entonces uno no siente el estrés financiero

### **3 4 Efectos del Estrés Financiero**

Herzberg (1990) (cit por Davis y col 2004) estableció que el estrés económico es percibido rápido e intensamente al saber que se debe pagar la próxima cuenta La presión financiera está ligada a una mayor probabilidad de desarrollar depresión y problemas de pareja

Conger y sus colegas (1993) describieron un modelo basado en el sistema familiar para sugerir que el estrés financiero tiene un efecto directo en la figura principal de ingreso y luego indirectamente tiene un impacto en la relación marital que a su vez tiene un efecto en los hijos

Uno de los hallazgos más consistente dentro de la literatura es que el estrés financiero está asociado con una mayor incidencia de problemas mentales y físicos Por ejemplo Brenner (1973) analizó data que recogió anualmente en el estado de Nueva York entre los años 1914 y 1967 y encontró una correlación fuerte y constante entre los indicadores económicos y las

admisiones a las instituciones psiquiátricas particularmente en hombres. Las admisiones incrementaron con el quebranto de la economía. Este autor también reportó que la incidencia del suicidio y el alcoholismo aumentaron con el detrimento de la economía.

Rantakeisu Starrin y Hagquist 1999 (cit por Davis y col 2004) encontraron en Suecia que aquellas personas que tenían un nivel alto de problemas financieros eran más probables de reportar dolores de cabeza, de estomago o insomnio. Todos estos síntomas pueden ser de origen psicomatico. Las personas en este estudio que experimentaban un gran estrés financiero reportaron niveles bajos en la salud física.

Price y col 2002 (cit por Davis y col 2004) descubrieron que el efecto que tiene la tensión financiera sobre la salud es proporcional a la sensación de control sobre uno mismo y a la depresión. Es decir, la tensión financiera aumenta el riesgo de padecer de depresión y el sentimiento de perder el control que a su vez influye en el deterioro de la salud física. Lange y Bird 1998 (cit por Davis y col 2004) encontraron resultados similares en Nueva Zelanda. Ellos reportaron que el efecto del estrés financiero sobre la salud física era atribuible al efecto que éste tiene sobre la salud mental. El estrés financiero hace que las personas se sientan deprimidas y ansiosas, por lo tanto el resultado es una deterioración de la salud física.

Existen innumerables estudios que demuestran que el estrés financiero incrementa los niveles de depresión y ansiedad y a su vez disminuyen la calidad de vida del hombre y de la mujer. Lorenz, Conger y Montague 1994 (cit por Davis y col 2004) reportaron que la presión financiera estaba fuertemente correlacionada con la depresión. En otro reporte encontraron que de 35 diferentes estresores, esta clase de estrés estaba mayormente ligada a la depresión, a la ansiedad y a la hostilidad.

En otro estudio realizado por Pearlin y col (1981) se demostró que un incremento en la tensión financiera predecía cambios en la depresión, autoestima y sensación de control personal de los participantes. Especialmente a la vez que la tensión financiera aumentaba, la depresión incrementaba y la autoestima y la sensación de control personal disminuía.

Es bastante claro que padecer de estrés financiero aumenta el riesgo de padecer de depresión y ansiedad lo cual conlleva a un detrimento de la salud física y mental

### **3 4 1 El Estrés Financiero y la Relación Marital**

En adición a los efectos que tiene el estrés financiero sobre la salud física y mental este también tiene un efecto adverso en la relación de pareja. Varios estudios indican que a medida que el estrés financiero aumenta las parejas discuten más particularmente por dinero

El estrés financiero está asociado a niveles bajos de satisfacción matrimonial (Pittman 1988) (cit por Davis y col 2004). Cuando este fenómeno aumenta, las parejas se vuelven más preocupadas por las cuestiones financieras y su falta de control sobre la situación usualmente lleva a la frustración, la cólera y a una desmoralización general. A medida que el individuo se torna más deprimido se retrae de su pareja, ofreciendo menos apoyo emocional y pasando más tiempo discutiendo y echándose la culpa (Conger 1994)

Vinokur y col (1996) encontraron que a mayor nivel de estrés financiero mayor síntomas depresivos en la pareja. Por otro lado un estudio realizado durante la Gran Depresión mostró que la pérdida de los ingresos produjo más discordia familiar pues los hombres se volvían más tensos, irritables y explosivos (Liker y Elder 1983)

### **3 4 2 Estrés Financiero y la Crianza de los Hijos**

Este tipo de estrés también tiene un impacto negativo en cómo los padres crían a sus hijos. Numerosos estudios indican que aquellos padres (especialmente los hombres) que experimentan estrés financiero son menos responsivos a las necesidades de sus hijos, menos consistentes en la crianza y la disciplina de los niños (Davis y col 2004)

McLoyd (1989) concluye que los padres que responden a la pérdida económica con irritabilidad y pesimismo son menos cariñosos y más punitivos y arbitrarios en sus interacciones con sus hijos

Un estudio que analizó data recolectada durante la Gran Depresión reportó que la crianza de la madre no había variado mucho a pesar de la crisis financiera. La conducta del padre sin embargo había cambiado a medida que la crisis empeoraba, el padre se tornaba más indiferente y ofrecía menos apoyo a sus hijos (Elder y col 1985)

La presión financiera está relacionada con los conflictos entre los padres y sus hijos. Esta relación tiene sus bases en cuestiones de interés monetario. Por ejemplo, el adolescente quiere ropa y cosas materiales que el padre no puede comprar (Conger y col 1994)

Los hijos de padres estresados financieramente tienden a ser más proclives a desarrollar problemas mentales, depresión, soledad y son más emocionalmente sensibles. Esta situación también está asociada a ser más susceptible al consumo de drogas y alcohol, un desempeño académico pobre y una conducta impulsiva (Davis y col 2004)

Es bastante obvio que una crisis financiera tiene un impacto variado en la persona que la sufre. Afecta de manera global al individuo, influye en la esfera física y en la mental. La ocurrencia de este tipo de crisis puede desencadenar otro tipo de crisis. Una crisis financiera afecta de sobre manera el sistema familiar, por lo tanto si no es manejada adecuadamente puede resultar en problemas de pareja, en divorcio y problemas con los hijos. Una crisis sobre otra empeoraría la prognosis del individuo.

### **3.5 El Trastorno Adaptativo y la Crisis Económica**

Las conductas económicas se expresan mediante transacciones entre las personas y su ambiente. Las condiciones económicas junto con las diferencias individuales y sociales suscitan en las personas diferentes percepciones y procesos psicológicos. Un cambio de la

situación económica ambiental provoca conductas de adaptación o de ajuste (Quintanilla, 2010)

Según este autor el ajuste es la respuesta más generalizada aunque no siempre sea la más deseable para la mayoría de la gente. Las consecuencias que se prevén alteradas constantemente por la información que se va recibiendo se mueven en la incertidumbre y el miedo que supone la posibilidad de no poder mantener el nivel de vida, los proyectos prefijados e incluso el puesto de trabajo. Cuando las personas por la razón que fuere no pueden adaptarse o ajustarse a la influencia del medio económico se reactiva el sistema generando tensión, impotencia, indefensión, menosprecio, frustración y miedo.

Aquel individuo que atraviesa una crisis económica grave experimenta una crisis circunstancial de la vida. Sufre un estado de desorganización y descontrol por no poder encontrar la solución a sus problemas. Se incapacita, se desorienta y pierde la esperanza. Su sistema de afrontamiento no le resulta eficaz para enfrentar su problemática. Como respuesta desarrolla estrés financiero y una serie de consecuencias que influyen en el detrimento de su salud física y mental.

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo son aquellos que fallan en adaptarse a un agente estresante. Se produce un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

La actual crisis financiera no sólo ha impactado la bolsa de valores y los mercados bursátiles sino también la salud mental de las personas. Margaret Chan, directora de la OMS pronunció durante un discurso que *No deberíamos subestimar la turbulencia y las posibles consecuencias de la actual crisis financiera ( ) No debería de hecho resultar sorprendente que sigamos viendo más tensión, suicidios y desórdenes mentales*

Determinar el porcentaje de personas que requieran asistencia sanitaria por la crisis económica es tarea compleja, aunque existe un cierto consenso entre los profesionales de la salud mental que hasta un tercio de la población afectada por la recesión económica podría presentar Trastornos Adaptativos (Escribano 2009)

La decana del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla La Mancha, María Dolores Gómez Castillo informó que la crisis económica que padecemos ha generado un incremento de las consultas de Psicología del ámbito privado con la llegada de más pacientes con trastornos de ansiedad y de tipo adaptativo

La psiquiatra Concepción De la Cámara, del Hospital Clínico Lozano Blesa, asegura que con la actual situación de crisis no hay más trastornos psiquiátricos graves pero sí un mayor incremento de trastornos más leves como los 'trastornos adaptativos

Aquellas personas que experimentan una crisis económica grave pueden llegar a desarrollar un trastorno de adaptación. La inseguridad, la incertidumbre sobre el futuro y el no visualizar una solución llevan a la persona a desorganizarse. El agente estresante que en este caso es la crisis económica, incluye una amenaza a la integridad física, mental, familiar y social de la persona. El individuo con Trastorno Adaptativo no puede enfrentar el estrés financiero desencadenado por su situación económica en decadencia.

Hemos establecido en los párrafos anteriores que el estrés financiero tiene una correlación directa con el aumento de los síntomas de depresión y ansiedad entre otros. El subtipo de Trastorno Adaptativo que nos interesa en esta investigación es aquel que presenta el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad. Podemos establecer que la incidencia de estos síntomas durante una crisis económica se debe al desarrollo de un Trastorno de Adaptación como respuesta a la situación.

## **4 CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN**

### **4.1 Diagnóstico según el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM –VI)**

El DSM VI establece que la característica esencial del trastorno adaptativo es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos

El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes o continuos. El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo.

#### **4.1.1 Criterios para el Diagnóstico de Trastorno Adaptativos**

- A La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante

Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo

- 1 Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  - 2 Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- B La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente
- C Los síntomas no responden a una reacción de duelo

D Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses

Especificar si

Agudo si la alteración dura menos de 6 meses

Cronico si la alteración dura 6 meses o mas

Los trastornos adaptativos son codificados segun el subtipo que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes El estresante especifico puede senalarse en el Eje IV

F43 20 Con estado de ánimo depresivo [309 0]

F43 28 Con ansiedad [309 24]

F43 22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309 28]

F43 24 Con trastorno de comportamiento [309 3]

F43 25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309 4]

F43 9 No especificado [309 9]

#### **4 1 2 Subtipos y Especificaciones**

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza a los síntomas predominantes

**Con estado de ánimo depresivo** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de animo depresivo llanto o desesperanza

**Con ansiedad** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo preocupación o inquietud

**Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión

**Con trastorno de comportamiento** Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento en la que hay violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad

**Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales como trastorno de comportamiento

**No especificado** Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas a estresantes que no son clasificables como uno de los subtipos específicos del trastorno adaptativo

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones

**Agudo** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses

**Crónico** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes

#### **4.1.3 Síntomas y Trastornos Asociados**

El malestar o deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y

con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a intentos de suicidio, suicidio, consumo excesivo de sustancias y quejas somáticas.

#### **4.1.4 Síntomas Dependientes de la Cultura, la Edad y el Sexo**

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar. La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas. Este tipo de trastornos puede presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

#### **4.1.5 Curso**

Por definición, la alteración en el Trastorno Adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Si el estresante es un acontecimiento agudo, el inicio de la alteración suele ser inmediato y la duración es relativamente breve. Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

#### **4.2 Diagnóstico según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)**

El CIE-10 clasifica a los trastornos de adaptación como estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores.

sociales (emigración condición de refugiado) El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad

Las manifestaciones clínicas del Trastorno de Adaptación son muy variadas e incluyen humor depresivo ansiedad preocupación (o una mezcla de todas ellas) sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria

El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras Sin embargo trastornos disociales (por ejemplo un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses excepto para el F43.21 reacción depresiva prolongada

#### **4.21 Pautas para el Diagnóstico**

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- b) Los antecedentes y la personalidad
- c) El acontecimiento estresante la situación o la crisis biográfica

Incluye

Shock cultural  
Reacciones de duelo  
Hospitalismo en niños

Excluye

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0)

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional

**F43 20 Reacción depresiva breve** Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes

**F43 21 Reacción depresiva prolongada** Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante pero cuya duración no excede los dos años

**F43 22 Reacción mixta de ansiedad y depresión** Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41 2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41 3)

**F43 23 Con predominio de alteraciones de otras emociones** Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción como ansiedad depresión preocupación tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41 2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41 3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar

**F43 24 Con predominio de alteraciones disociales** La alteración principal es la del comportamiento por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial

**F43 25 Con alteración mixta de emociones y disociales** Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas

#### **4 3 Diagnóstico según el Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”**

La vida implica inevitables circunstancias que la mayoría de seres humanos aprenden a manejar adaptando sus respuestas bio psico sociales para superarlas. Tal resultado no ocurre en el trastorno de adaptación cuya característica es la respuesta no adaptativa a situaciones de estrés con desarrollo de síntomas psíquicos y conductuales ante un estresor identificado y cuya acción se produce dentro de los 3 meses previos.

Luego de producido el trastorno evoluciona generalmente en pocas semanas nunca más de seis meses aunque puede tener un curso más prolongado si el estresor resulta crónico y persistente. Se distingue de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que lo esperado.

#### **4 3 1 Estrés, Activación y Desajuste**

Todo estímulo situación o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a esfuerzos de ajuste adaptativo constituye un estresor por ejemplo el cambio a una nueva escuela, la mudanza a otra ciudad un cambio laboral una agresión tal como un asalto una pérdida como la muerte de un ser querido. El estresor puede afectar tanto a individuos como a grupos.

El impacto y la respuesta global personal biológica y conductual ante el estresor constituyen el estrés. Este implica dos elementos fundamentales a) por un lado una toma de conciencia de la demanda o amenaza impuesta y b) una activación de la vigilia la cual se expresa, al menos inicialmente como una mejora del rendimiento. Sin embargo de mantenerse o incrementarse el estrés tarde o temprano se produce una disminución o alteración de la respuesta.

El momento crítico en el cual la curva de rendimiento disminuye varía de persona a persona y también en el mismo sujeto de acuerdo a su circunstancia vital. Hecho importante en ello es el grado de capacidad que la persona, subjetiva u objetivamente se asigna mediante un auto evaluación para superar tal situación (Perales y col 1998)

### **4.3.2 Los Estresores**

El DSM IV utiliza una escala de severidad de estresores psicosociales que deben ser codificados en el eje IV de su sistema diagnóstico multiaxial

Para esta investigación nos atañe el estresor específico de **Problemas Financieros Serios** que es clasificado por el DSM IV como un estresor **moderado**. Sin embargo también nos interesa el estresor específico de **Pobreza** clasificado como un estresor severo pues una situación financiera grave puede desencadenar en la pobreza

Sin dejar de reconocer la importancia de los desastres naturales es de fundamental importancia aceptar que los estresores generados por la humanidad misma propician más frecuentemente el trastorno adaptativo en muchos individuos

Considerando lo establecido en el párrafo anterior podemos demostrar que el señalamiento de la especie humana como generadora de conflicto ha sido múltiple. Veamos algunos de ellos. Morris ha denominado a las grandes urbes industrializadas no con el apelativo de jungla (que implicaría naturalidad) sino con el de *zoos humanos*. Miller alude al factor estresogénico de la civilización occidental cuando habla de *Pesadilla de aire acondicionado*. Freud teorizó sobre el malestar en la cultura y los ecologistas han acuñado el vocablo *Tecnosfera* resaltando así el reemplazo parcial del medio ambiente natural por un conjunto de estresores de manufactura humana (Perales y col 1998)

### 4 3 3 La Persona

Para que el Trastorno Adaptativo se desarrolle se requiere alguna insuficiencia de la personalidad. Presentamos algunas hipótesis que son de utilidad para el trabajo diagnóstico terapéutico y preventivo.

Si observamos las respuestas normales de adaptación ante el estrés (tristeza ante las pérdidas, miedo ante las situaciones de peligro, cólera o indignación ante la usurpación de algo propio, por ejemplo) apreciaremos sin dificultad que cuando de trastorno adaptativo se trata, la intensidad y calidad de la respuesta son diferentes a las culturalmente esperadas. Se observa, por ejemplo, reacciones de irritabilidad y retraimiento en instantes que bien pudieron ser expresados por tristeza y solicitud de apoyo afectivo. El individuo proclive a un trastorno adaptativo estaría inhibido de expresar una respuesta adaptativa, ya sea por autolimitación o por condicionamientos inhibitorios.

Lazarus (cit. por Perales y col. 1998) ha identificado que hay dos grandes esquemas de afrontamiento ante los estresores. Uno de ellos dirigido a la resolución del problema, previo afrontamiento de información con dicho fin; el otro, la inmersión en la emoción y la búsqueda de apoyo emocional. En los trastornos de adaptación suele no practicarse el primer afrontamiento sino el segundo y a veces ninguno de ellos. Lázarus ha señalado que el impacto del estrés no depende exclusivamente de la amenaza real que representa el estresor sino de la valoración subjetiva (cognición) que el individuo adjudica a tal amenaza. J. King y colaboradores han señalado que el impacto del estresor aumenta cuando el sujeto percibe o evalúa que él no será capaz de hacerle frente.

Se considera que otra característica personal implicada en este tipo de trastorno es la coexistencia de contradicciones subjetivas internas que interfieren con la solución del problema, como cuando se considera un deber el no expresar llanto o pedir apoyo a pesar de ser consciente que ello es indispensable, o creer que por atravesar una situación de sufrimiento sea por enfermedad grave de un familiar o por su muerte, no se debe acceder a situaciones de alegría o de placer.

#### **4 3 4 El Entorno Social**

Puede constituir un factor de protección (como lo serían un contexto social de respeto o una familia bien estructurada) o cumplir un rol estresor. Contar con el apoyo social otorgado por otra persona disminuye el nivel de tensión. Un grupo familiar integrado resulta toda una barrera protectora.

Como hemos podido conocer, el Trastorno de Adaptación engloba una variedad de particularidades. El desencadenante principal es la presencia de un estresor al cual no se le puede hacer frente. La inhabilidad de enfrentar el agente estresante puede deberse, por ejemplo, a una condición especial de la personalidad del individuo o a un ambiente inadecuado que propicie más tensiones.

Cabe destacar lo interesante que resulta la aseveración de varios teóricos de que nosotros mismos hemos convertido el mundo en un lugar lleno de amenazas tanto a nivel físico como a nivel mental. Como escribió Freud en *El Malestar de la Cultura* (1930), es innegable que todos los recursos con los cuales intentamos defendernos contra los sufrimientos amenazantes proceden precisamente de esa cultura. Según Freud, nuestra llamada cultura llevaría gran parte de la culpa por la miseria que sufrimos. Cuanta verdad hay en las palabras de Freud que a pesar de que fueron escritas hace un siglo cobran cada día más fuerza. Si sucumbimos ante la cultura del materialismo y el consumismo, disfrazadas de placer, éstas nos procurarán consecuencias muchas veces adversas.

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Quando no podemos cambiar la  
situación a la que nos enfrentamos el  
reto consiste en cambiarnos a nosotros  
mismos

**Viktor Frankl**

# 1 TERAPIA DE APOYO UNA REVISIÓN HISTÓRICA

## 1.1 Antecedentes de la Terapia De Apoyo

Los precursores primitivos de la actual terapia de apoyo surgieron hace miles de años Henry Ellenberger en su libro *The Discovery of the Unconscious* (1970) describe cinco tratamientos utilizados siglos atrás cada uno diseñado para responder a una etiología específica de enfermedad

- 1 La extracción del objeto patógeno era utilizada para tratar enfermedades que se creían eran causadas por un objeto nocivo e intrusivo en el cuerpo del paciente Se pensaba que el objeto dañino podía ser un insecto o pequeño animal el curandero secretamente introducía alguna versión del objeto en su boca, para luego succionar en el área enferma Con éxito producía el objeto patógeno y el paciente era declarado curado Esto es un ejemplo de un truco pero era ampliamente utilizado y con frecuencia exitoso
- 2 La Restauración del Alma era utilizada para tratar aquellas enfermedades que se creían que eran causadas debido a que el alma del paciente se había ido o había sido robada de su cuerpo Después de una larga ceremonia, el alma perdida era localizada, rescatada y retornada al cuerpo del paciente curando así al mismo
- 3 La eliminación de espíritus malignos en el paciente se usaba en pacientes cuyas enfermedades eran consideradas producto de la posesión de su cuerpo por un espíritu maligno El tratamiento consistía en (a) un método mecánico como desangrar al paciente pegarle al paciente o la producción de sonidos u olores intimidantes (b) transferir el espíritu a alguien más o a un animal o (c) exorcizar llevar afuera al espíritu mediante medios psicológicos

- 4 La Confesión se utilizaba para aquellas enfermedades que eran causadas debido a la infracción de un tabu tribal Este tratamiento usualmente era combinado con un castigo simbolico para incrementar su efectividad
- 5 La Contramagia era utilizada para tratar enfermedades causadas por la hechiceria, un embrujo maligno que habia sido arrojado al paciente La buena magia del curandero era declarada como más poderosa que la mala del hechicero y era empleada para combatirla, liberando y así curando al paciente

Estos tratamientos primitivos tenian varias cosas en comun El curandero era una persona de gran prestigio y poder El paciente enfermo y en estado de regresión creia en su totalidad que el curandero lo curaria, conviccion centrada en la persona y no en la tecnica en si Los métodos del curandero eran principalmente de una naturaleza psicológica, a pesar de que podian estar acompañados de varios actos físicos

La esencia de estos tratamientos radicaba en la relación particular entre el paciente en regresion y el idealizado y poderoso curandero Esta relación transferencial aumentaba la sumisión del paciente a las sugerencias del curandero La curacion estaba basada en la sugestión ayudada en algunas instancias por trucos y espectaculos

## **1 2 Los Primeros Psicoanalistas, 1910 1930**

Los principios del tratamiento de apoyo estaban basados principalmente en la sugestión, acompañada por elementos de magia teatralidad y trucos Esto conllevó a que los psicoanalistas no recibieran el tratamiento con entusiasmo Sin embargo muchos autores psicoanalistas aplicaron el entendimiento psicoanalítico para tratar de comprender como los tratamientos de apoyo lograban sus efectos

Ernest Jones (1912) escribió que la sugestion dependia de la transferencia positiva del paciente hacia el tratante El argumento que esta transferencia tenía elementos eróticos La

sugestión a pesar de ser común y normal era mayor en los pacientes con un grado alto de psiconeurosis lo que los tornaba más sensibles a los efectos terapéuticos

Jones planteó que la sugestión jugaba un papel principal en todos los tratamientos psicoterapéuticos excepto en el psicoanálisis. En la psicoterapia de apoyo los deseos reprimidos son desplazados al terapeuta (transferencia) llevando así a la mejora de los síntomas. En contraste el psicoanálisis vuelve los deseos reprimidos conscientes (la transferencia es analizada) y así disponibles para la sublimación y otros modos más saludables de lidiar con conflictos inconscientes.

Sandor Ferenczi (1961) también discutió la relación transferencial específica que tenía que haber entre el paciente y el tratante para poder ser susceptible a la sugestión. Esta transferencia era positiva, inconsciente y de carácter sexual además de tener sus raíces en fantasías eróticas infantiles reprimidas.

### **1.3 Psicoterapia de Apoyo en los años 1930 y 1940**

El primer autor analítico que fue más allá de las formulaciones tempranas fue Edward Glover (1931). Glover estaba intrigado por la pregunta de cómo se había podido obtener resultados positivos en previos tratamientos psicoanalíticos utilizando teorías anticuadas. En el análisis de esta interrogante se enfocó en los efectos terapéuticos de la interpretación inexacta.

Definió interpretación inexacta como aquella que no se dirige a la fantasía inconsciente que subyace los conflictos del paciente y sus síntomas. En vez se enfoca en fantasías de un cierto tipo con un contenido simbólico en común. Dependiendo de la distancia del contenido actual de la fantasía patógena, la interpretación inexacta desviaba la atención de la verdadera fuente de ansiedad así ayudando a la represión disminuyendo la ansiedad y llevando a la mejoría sintomática.

Diferente a la interpretación inexacta, una interpretación no acertada no tenía ningún efecto en el paciente. Irónicamente Glover postuló que el terapeuta de apoyo más efectivo es el doctor de la familia, quien ignora toda verdad psicoanalítica. Intuitivamente el médico recomienda cambios en la escena o en el comportamiento—así ayudando a la represión y disminuyendo la ansiedad y la sintomatología. Este beneficio ocurre fuera del conocimiento consciente del paciente y el médico.

Según las formulaciones de Glover la interpretación puede ayudar en dos maneras. Si la interpretación es exacta, esta lleva al insight del conflicto inconsciente y ayuda vía derivaciones psicoanalíticas. La interpretación inexacta, ayuda al paciente mediante técnicas de apoyo, estableciendo un enfoque nuevo en la atención utilizando el desplazamiento. Esto ayuda a disminuir la ansiedad.

En 1938 Paul Schilder discutió las siguientes técnicas como parte de la terapia de apoyo: discusión, consejo, persuasión, el uso de la fuerza de voluntad, hipnosis catártica, hipnosis como una técnica de sugestión, sugestión sin hipnosis, relajación y concentración, el cambio del ambiente y la hospitalización.

La descripción de Maurice Levine (1945) incluyó todas las técnicas de la lista de Schilder y también añadió el uso de la farmacología, el uso del alivio, terapia ocupacional para la entretención y diversión, una rutina diaria, pasatiempos, una firmeza autoritaria, educación, el proveer formas aceptables para la manifestación de la agresividad, el proveer compensaciones aceptables para el miedo y los sentimientos de inferioridad, el ignorar ciertos sentimientos y actitudes, la satisfacción de las necesidades neuróticas, la oportunidad para la sana identificación, la confesión y la ventilación.

Levine argumentó que estas técnicas eran sólo efectivas en un contexto no condenatorio, en una relación constructiva, que transmitía respeto, sentimientos positivos, afecto y esperanza para el paciente, todo esto llevando a la identificación con el paciente.

Ewen Cameron (1950) presentó una lista similar de técnicas de apoyo pero recalcó que a pesar de que los métodos de apoyo eran usados ampliamente en la práctica clínica, no eran reconocidos en la literatura. Argumentó que había un excesivo énfasis en las terapias interpretativas y que este desbalance tenía que ser remediado. Fue el primer autor psicoanalíticamente orientado en tomar una posición opuesta a las creencias de los primeros autores psicoanalíticos de que ningún otro tratamiento que no fuese psicoanálisis era inferior.

Los conceptos de la terapia de apoyo durante este período estaban orientados por el sentido común y eran un tanto simplistas. El cambio de comportamiento, los consejos, la relajación y la catarsis eran elementos vitales. La necesidad de una transferencia positiva estaba clara para los autores y las oportunidades para una identificación con el terapeuta eran apreciadas. Sin embargo, el tratamiento descrito no era inspirador ni un reto intelectualmente hablando. Esto causó que el psicoanálisis opacara el interés en la terapia de apoyo.

En los programas de adiestramiento psiquiátricos de los años 1950, el psicoanálisis era la psicoterapia que se encontraba cerca del ideal dentro de las limitaciones de tiempo, dinero e intereses del paciente.

#### **1.4 Psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada, años 1950 y más allá**

La psicoterapia de apoyo orientada psicodinámicamente dio inicio cuando la teoría estructural psicoanalítica fue aplicada a tratamientos de apoyo. Aunque Freud describió la teoría clásica tripartita de la mente a mediados de los años 1920, no fue hasta 1951 que Merton Gill la aplicó al tratamiento de apoyo. La formulación de Gill estimuló un número de escritos creativos que enriquecieron enormemente nuestra comprensión del tratamiento de apoyo desde un punto de vista psicodinámico y psicoanalítico.

El clásico de Gill, *Psicoterapia y Psicología del Yo* (1951), explicó detalladamente tres principios básicos de la terapia de apoyo.

- 1 El apoyo y actividades de alabanzas del Yo en las cuales las defensas adaptativas son combinadas con la gratificación. En contraste al comportamiento que usa las defensas maladaptativas las cuales deben ser desalentadas.
- 2 Defensas que son absolutamente necesarias para que el paciente continúe funcionando deben ser reforzadas.
- 3 Inducir neurosis artificial (Glover 1931) para alcanzar la descarga parcial a conductas instintivas. La opción de neurosis artificial es determinada por los pacientes, la defensa natural y el estilo de carácter.

Gill también observó que las terapias puramente de apoyo y puramente exploratorias no eran practicadas en la actualidad. Más bien ellas eran extremos polares y contraposiciones teóricas. Todas las psicoterapias actuales eran las mezclas de intervenciones de apoyo y exploratorias. Así mismo la opción de intervención era asignada dependiendo la situación clínica específica y exigía el nivel más alto de habilidad, experiencia, y sensibilidad del terapeuta.

Mientras Gill escribía sobre terapias de apoyo desde una perspectiva teórica, Robert Knight (1954) documentaba la necesidad de la terapia de apoyo desde un punto de vista clínico. Él se impresionó por el hecho de que había pacientes que sufrían deterioros clínicos cuando eran tratados por los métodos habituales exploratorios y sugirió que los pacientes requerían más de apoyo que de un tratamiento superficial. Las técnicas recomendadas por él eran inspiración, reaseguramiento, sugestión, persuasión, asesoramiento, reeducación y la anulación deliberada de intervenciones exploratorias.

Knight declaró que toda buena psicoterapia debía incluir el apoyo aunque no fuera verbalmente expresado. Gill agregó que todo el tratamiento actual implicaba una mezcla tanto de intervenciones de apoyo como de exploratorias.

En *El psicoanálisis y psicoterapias dinámicas* (1954) Bibring enumeró cinco clases principales de intervenciones psicoterapéuticas

- 1 Sugestión consiste en la inducción del proceso mental por el terapeuta en el paciente independientemente del proceso del pensamiento racional del paciente
- 2 Abreacción se refiere a revivir en la mente la descarga de relaciones tensas y afectos que han sido neuroticamente bloqueado
- 3 La manipulación incluye el consejo y la dirección aplicada no sólo al entorno sino también a la situación de tratamiento Esto también incluye la manipulación empírica
- 4 La clarificación consiste en repetir con exactitud lo que el paciente dice lo cual ayuda a realizar conexiones que el paciente no puede ver La clarificación no resuelve el conflicto neurótico pero realmente da inicio el proceso ayudando al paciente a ver sus conflictos de manera más clara
- 5 La interpretación es una hipótesis inducida por el terapeuta, con la tentativa de aclarar el proceso inconscientemente activo que está revestido por comportamientos

Usando estas cinco clases de técnicas de intervención Bibring distingue la psicoterapia de apoyo de la exploratoria, describiendo la intervención utilizada en cada una de ellas La psicoterapia de apoyo utiliza la sugestión abreacción manipulación y clarificación pero no la interpretación La psicoterapia exploratoria y el psicoanálisis utilizan los cinco grupos de técnicas pero todo bajo el principio de interpretación es decir todas las técnicas son apropiadas mientras se dirijan o conduzcan a la interpretación introduciendo un nuevo insight en el proceso inconsciente

Del mismo modo Franz Alexander (1961) presentó una lista de técnicas de apoyo gratificación de necesidades dependientes oportunidad de abreacción repasar objetivamente la situación de tensión aguda asistencia a la falla del juicio temporal reforzamiento de las defensas adaptativas del Yo y manipulación de la situación de vida Adicionalmente Alexander introdujo dos técnicas que él considero psicoanalíticas pero que hoy en día son consideradas técnicas de apoyo Estas son la experiencia correctiva emocional y la variación de la frecuencia y la longitud de sesiones

Alrededor de 1960 Sidney Tarachow (1962 1963) estableció el verdadero principio de la intervención de apoyo El terapeuta es real al grado que él o ella no interpreta la transferencia, pero responde a ello como si se tratase de una relación real Para Tarachow la diferencia principal entre el psicoanálisis y la terapia de apoyo es que en el análisis la transferencia es constantemente analizada, mientras que en la terapia de apoyo se responde como si se estuviera dentro de una verdadera relación

Tarachow mencionó dos principios de psicoterapia de apoyo a) suministrar desplazamientos es decir nuevos síntomas y nuevas resistencias y b) suministrar estabilidad El describe una variedad de desplazamientos desplazamientos en la transferencia, transferencia no analizada desplazamiento a nuevos síntomas y resistencias utilizando la interpretación inexacta (Glover 1931) proyecciones culpar a otros por las dificultades del paciente o introyecciones culpar algo en el cuerpo del paciente como un desequilibrio químico por sus problemas Ambas proyecciones e introyecciones amplían verdades parciales en verdades generales minimizando o negando verdades psicológicas así como la responsabilidad de las acciones del paciente Las ventajas de dicho mecanismo son el aumento de la estabilidad la disminución de la ansiedad y de los síntomas Por otro lado el costo es la inhabilidad de lograr insight y el dano en la prueba de realidad Para suministrar estabilidad el terapeuta debe usar técnicas como educación consejo y cambio del entorno

La distinción de Tarachow de tratar la relación de transferencia como ilusoria en el psicoanálisis y como real en la terapia de apoyo es muy útil pero exagerada Primero el

terapeuta de apoyo necesita ser consciente de la transferencia, del mismo modo que el terapeuta exploratorio. El terapeuta utiliza el conocimiento de la transferencia para influir en la naturaleza y el contenido de las intervenciones de apoyo. Segundo, el terapeuta de apoyo algunas veces debe responder a la transferencia, particularmente a la transferencia negativa cuando esta está cargada de defensas primitiva maladaptativas o es una seria resistencia para el tratamiento. Así, el terapeuta de apoyo usa herramientas y responde a las distorsiones transferenciales más de lo que Tarachow sugiere (Rockland 1989).

John Gedo (1964) realizó un enunciado controversial. Él cuestionó la noción predominante de que sólo el psicoanálisis podía conducir al cambio estructural verdadero y duradero. El argumento que aun psicoterapias no psicoanalíticamente orientadas eran capaces de producir cambio estructural. Glover (1960) había realizado un enunciado similar, él decía que el cambio registrado en el material clínico sin duda eliminaría la vieja concepción psicoanalítica de que los resultados de psicoterapias generales son menos permanentes que aquellos obtenidos por el psicoanálisis.

Por su parte, considerando la secuencia común de la psicoterapia como preparatoria al psicoanálisis, Gedo indicó que esta combinación de procedimientos tenía sentido sólo si se asumía que la psicoterapia original realmente causaba el cambio estructural. ¿De otra manera, como podría el paciente no analizado hacerse dócil para el análisis?

Schlesinger (1969) introdujo dos puntos principales. Primero, él argumentó que ver el apoyo o la exploración como conceptos antitéticos o era incorrecto. El terapeuta que anima al paciente a ser expresivo sobre A, simultáneamente le ayuda a suprimir B. Por lo tanto, él rechazó la idea de una terapia de apoyo con sus propias teorías y técnicas.

Segundo, Schlesinger expresó que la prescripción de tratamiento habitual para la terapia de apoyo o para terapias expresivas era totalmente inadecuada. Según él, la prescripción debería especificar las áreas de conflicto para las técnicas exploratorias eran apropiadas y aquellas para las cuales debían utilizarse las técnicas de apoyo. La razón para utilizar cada

una debería estar basada en la comprensión psicodinámica completa del paciente y el detalle del tratamiento debía hacerle justicia a la formulación psicodinámica

Entonces el apoyo era de los aspectos esenciales de todas las psicoterapias sin embargo una psicoterapia de apoyo que excluía la exploración no era una psicoterapia en todo el sentido de la palabra una psicoterapia en la cual no se ayude al paciente a expresar algo profundo de sí mismo sería inconcebible

Schlesinger vio que la prescripción en psicoterapia debería ser formulada para ajustarse a cada paciente y que para cada uno de los pacientes existe una formulación psicodinámica única, razonable, provechosa e indiscutible que va a depender de cada situación siendo así su recomendación que el terapeuta incluyera en la prescripción de tratamiento aquellas áreas que necesitaban ser apoyadas o exploradas y el cómo y cuándo era oportuno hacerlo

También en 1969 Ira Miller argumentó que las interpretaciones profundas e inconscientes podían servir eficazmente de apoyo al paciente es decir le ayudaban a reducir rápidamente su confusión psíquica Aunque esto sea con certeza, cierto nada puede generarle apoyo al paciente como una interpretación correcta Miller confunde el efecto de una intervención con la naturaleza de la intervención (Rockland 1989)

El psicoterapeuta Paul Dewald s en su libro *A Dynamic Approach* (1971) habla de la psicoterapia dinámica en general comparando aspectos de exploración y de apoyo Principalmente Dewald abarca y resume a escritores anteriores Sin embargo él también introduce varias innovaciones

El describe detalladamente como el terapeuta de apoyo inspecciona el repertorio defensivo del paciente y escoge aquella defensa que deben ser apoyadas y reforzadas Asimismo indica los paralelos entre la psicoterapia de apoyo y los aspectos de la temprana relación paterno infantil proporcionando el motivo para la realización de intervenciones de apoyo Expresa a su vez que un verdadero terapeuta de apoyo puede conducir al aumento de la identificación

del paciente utilizando sus actitudes y valores. El terapeuta intenta proporcionar un Superyo más benigno con el cual el paciente pueda identificarse.

El terapeuta de apoyo anima el proceso del pensamiento secundario y desalienta la regresión, la asociación libre y la asociación de sueños. El terapeuta es más real pero simultáneamente respeta la necesidad del paciente de tener una distancia apropiada. Dewald nota lo interminable de muchas terapias de apoyo por lo que afirma que la puerta está siempre abierta para que el paciente regrese si es necesario.

Dewald más que cualquier otro autor excepto quizá Cameron acentúa la importancia práctica de la psicoterapia de apoyo. La mayoría de pacientes que consultan a un psicoterapeuta no puede hacer uso eficaz de la psicoterapia orientada a la exploración y al *insight* debido a que también pueden deteriorarse clínicamente como lo expresó anteriormente Knight. Finalmente Dewald habla acerca de la inconsistencia marcada entre las necesidades terapéuticas del paciente (para la terapia de apoyo) y el foco excesivo sobre tratamiento exploratorio en la mayoría de los programas psiquiátricos de adiestramiento.

En la formulación de la terapia de apoyo del paciente *borderline* Kernberg (1984) habló de la exploración de defensas primitivas y de la transferencia negativa y como se manifiestan en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Él tomó una fuerte determinación en contra de la mezcla de técnicas de apoyo y exploratorias dentro de una misma psicoterapia. Expresa que lo ideal es que el terapeuta tome una decisión basada en un cuidadoso examen clínico del paciente para poder determinar la adecuación de un acercamiento exploratorio o de apoyo. Una vez comprometido a un tipo de tratamiento el terapeuta mantiene la modalidad excluyendo complicaciones imprevistas.

Kernberg distingue la psicoterapia de apoyo de la psicoterapia exploratoria basándose en las técnicas usadas en cada una, el grado de interpretación de la transferencia, y el grado de la neutralidad técnica mantenida. Su punto de vista sobre la separación estricta de terapias de apoyo y exploratorias lo ponen como parte de la minoría en este tipo de publicaciones.

David Werman escribe el primer libro dirigido exclusivamente a la psicoterapia de apoyo *Practice of Supportive Psychotherapy* (1984) Técnicamente Werman en su libro habla del Yo auxiliar y de las funciones del Superyó que disminuyen las defensas patológicas que animan a estados más sanos utilizando sólo el material consciente y subconsciente evitando la regresión y ayudando al paciente a tomar decisiones Además el terapeuta también refuerza la sublimación de los impulsos sexuales y agresivos realiza pseudo interpretaciones para aumentar la intelectualización y racionalización realiza la adaptación y refuerza comportamientos positivos Por su parte la defensa maladaptativa, es tratada explicando al paciente como estas destruyen sus intereses las fuentes inconscientes de ansiedad son dejadas intactas los sueños son ignorados o respondidos como interpretaciones ascendentes (orientadas a la realidad) y la asociación libre es desalentada

Fred Pine (1984) introdujo la idea de presentar interpretaciones en el contexto de apoyo Así en sentido estricto es un modelo mixto de apoyo exploratorio

Debido a que su trabajo era con pacientes que padecían de graves daños psíquicos no era conveniente un tratamiento psicoanalítico o puramente exploratorio Pine entonces presentó nuevas interpretaciones cuando las combinó con intervenciones de apoyo En este modelo él sugiere cuatro clases de estrategias de apoyo

- 1 La interpretación es presentada con la sugerencia que el paciente no responda inmediatamente
- 2 La interpretación es retrasada un tiempo hasta que el paciente haya adquirido mejores defensas y la posibilidad de desorganización sea menor en respuesta a la interpretación
- 3 Incremento de la actividad del paciente *vis a vis* a la interpretación Esto se hace para (a) preparar al paciente para la interpretación así permitiendo reagrupar las defensas y (b) da al paciente más control de la interpretación

- 4 Pine deliberadamente ensombrece la diferenciación entre el apoyo y la exploración  
En este modelo las intervenciones de apoyo son utilizadas al servicio de la interpretación Además argumenta que el *insight* es una de las más eficaces clases de apoyo

Wallerstein en *Forty Two Lives in Treatment* (1986) realizó una descripción comprensiva longitudinal de cuarenta y dos pacientes del Proyecto de Investigación del Instituto de Psicoterapia Menninger y presentó dos conclusiones provocativas e inesperadas del estudio

Primero muchos de los tratamientos que comenzaron como terapias exploratorias o psicoanalíticas se convirtieron en terapias de apoyo en respuesta a la necesidad clínica Segundo los resultados de la psicoterapia de apoyo eran sorprendentemente positivos y comparados favorablemente con los enfoques exploratorios en cuanto a la profundidad estabilidad con el tiempo y el cambio estructural Del mismo modo se lograron cambios esperados en cuanto a (estabilidad y duración) con la psicoterapia de apoyo

Wallerstein se enfoca en la transferencia positiva dependiente no analizada y en su producto la cura transferencial como el mecanismo más crítico de apoyo Otros mecanismos de apoyo o intervenciones son

- 1 La experiencia correctiva
- 2 Prueba de realidad y reeducación
- 3 Huida de situaciones de vida desfavorables
- 4 El acuerdo manifiesto Un acuerdo tácito entre el paciente y el terapeuta, el cual consiste en que a cambio de que el terapeuta abandone ciertas áreas de lo psicopatológicamente inexplorado el paciente hará mejoras en otras áreas

- 5 Rescate del paciente por otros factores (Cambios afortunados de circunstancias de vidas como el heredar dinero o un matrimonio en particular afortunado o el regreso a otros sistemas de apoyo como movimientos religiosos)

## **2 LA PSICOTERAPIA DE APOYO EN LA ACTUALIDAD**

### **2.1 Definición**

La psicoterapia de apoyo con orientación psicodinámica es una psicoterapia que tiene como meta inmediata mejorar las funciones del Yo ya sea de manera directa por ejemplo al reforzar la prueba de la realidad o la habilidad para retardar la gratificación o indirectamente al disminuir la tensión sobre el Yo provocada por el Yo el Superyó y la realidad externa. Todo esto en el servicio de promover una mejor adaptación hacia el mundo interno y externo (Rockland 1989)

Según Rockland esta terapia es considerada de apoyo pues sus metas principales son el fortalecimiento de las funciones del Yo y la mejora de la adaptación no la exploración del conflicto inconsciente y ni la promoción del insight. Es orientada psicoanalíticamente debido a que está se basa en el entendimiento psicodinámico del paciente y toda intervención del terapeuta debe ser consistente con este entendimiento.

Para complementar esta definición es necesario hacer énfasis en tres aspectos. Primero la psicoterapia de apoyo al igual que la terapia exploratoria, fundamentalmente esta basada en la teoría psicoanalítica y el entendimiento psicoanalítico. De hecho ambas terapias la de apoyo y la exploratoria, deben sentar sus bases en la comprensión de los conflictos nucleares del paciente sus características defensivas las funciones del Yo la organización del superyó y las relaciones de objetos. Estas terapias difieren en el enfoque que van a utilizar para aproximarse al problema del paciente y en sus metas (fortalecimiento del Yo versus la revelación y el insight).

Segundo todas las psicoterapias son una combinación de intervenciones basadas en el apoyo y la exploración. El balance entre estas dos modalidades tiene que ser determinado por el nivel de organización de la personalidad del paciente, sus dificultades, el grado de regresión que presente, su nivel de ansiedad y demás.

Como tercer punto, el terapeuta debe poner a prueba sus habilidades y su creatividad para poder aplicar las intervenciones de apoyo y las exploratorias de una manera apropiada. Tiene que tomar en cuenta el estado clínico del paciente, particularmente el balance entre el impulso y la defensa, el nivel de ansiedad y el grado de regresión en cualquier momento dado. El terapeuta de apoyo también establece límites, confronta, desalienta actividades y mina defensas y comportamientos mal adaptativos.

Es necesario reforzar qué significa apoyo dentro de la terapia de apoyo para lograr una mayor comprensión de dicha psicoterapia. Siempre es el Yo en sus varias funciones el que es apoyado en la terapia de apoyo psicoanalíticamente orientada. Este apoyo puede ser logrado directamente al enfocarse en funciones problemáticas del Yo o indirectamente al disminuir la presión en el ego derivada de los impulsos, las prohibiciones del Superyo y la realidad externa. El fortalecimiento de las funciones del Yo tiene como consecuencia la meta de mejorar la adaptación al mundo interno en conflicto y al mundo externo y su realidad. De tal manera, que el concepto de adaptación es clave para la terapia de apoyo (Rockland, 1989).

La meta inmediata y concreta de la psicoterapia de apoyo es el fortalecimiento y el mejoramiento de las funciones del Yo. La meta final es lograr la adaptación del paciente a su mundo interno y externo, mundos que se encuentran en conflicto y que llevan al desarrollo de la problemática del paciente.

## **2.2 Indicaciones de la Psicoterapia de Apoyo**

Es necesario realizar una formulación psicodinámica del paciente de sus fortalezas y debilidades al momento de la evaluación para determinar si el paciente es candidato a recibir psicoterapia de apoyo (Prada, 2008).

La psicoterapia de apoyo busca reforzar las defensas para que la persona enfrente una crisis vital de la mejor manera posible. La cantidad y calidad de apoyo requerido difiere de un paciente a otro de una situación a otra.

La literatura sugiere dos clases de pacientes para quienes la psicoterapia de apoyo está indicada: pacientes muy sanos psíquicamente y bien adaptados que se han afectado debido a una crisis (como los pacientes de esta investigación) y aquellos individuos que están crónicamente incapacitados y presentan deficiencias y/o carencias para los cuales el tratamiento de exploración sería contraproducente.

Prada (2008) establece que entre más grave sea la crisis y más frágil el paciente, más apoyo requerirá. Así pues, entre más deteriorada esté la estructura psíquica del individuo, más apoyo requerirá.

## **2.3 Objetivos, Estrategias y Técnicas de la psicoterapia de apoyo**

### **2.3.1 Objetivos**

Según Rockland (1989), los objetivos de la psicoterapia de apoyo de orientación psicoanalítica son el restablecimiento de la homeostasis en los pacientes en crisis aguda y el fortalecimiento de las funciones del Yo. Todo lo anterior con miras al mejoramiento de la adaptación al mundo interno y externo de los pacientes con deficiencias crónicas y severas del Yo. Dichas funciones son fortalecidas de manera directa o indirecta. Esta última se logra al reducir la tensión en el Yo por parte de las tres agencias psíquicas: el Yo, el Superyó y la realidad externa.

Comenta Prada (2008) que la terapia de apoyo busca la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que rodean al paciente. Se orienta a mantener o reforzar las defensas adaptativas del paciente de tal modo que estas le permitan sobrellevar de la mejor manera su cotidianidad.

Nos apoyamos también en la argumentación de Otto Kernberg para ampliar los objetivos de esta terapia. Según Kernberg (1998) el objetivo de la psicoterapia de apoyo es la mejora sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensa, con un reforzamiento de defensas adaptadas así como de derivados pulsionales adaptados.

### **2.3.2 Estrategias de la Psicoterapia de Apoyo**

La psicoterapia de apoyo de orientación psicoanalítica se caracteriza por estrategias fundamentales. Estas se apoyan en (1) lo auténtico del terapeuta, (2) el enfoque en el material consciente y preconsciente, (3) el aliento de la transferencia levemente positiva y (4) la evaluación de las resistencias por parte del terapeuta (Rockland 1989).

Cuando hablamos de la autenticidad del terapeuta tenemos que tener en cuenta que el no es ni la pantalla blanca del psicoanalista ni es tampoco un buen amigo o consejero amable. El terapeuta escucha y procesa el material del paciente al igual que lo haría un psicoterapeuta psicodinámico.

Las respuestas del terapeuta en algunas ocasiones van a dirigirse hacia operaciones defensivas específicas o a distorsiones transferenciales y en otros momentos consistirán en consejos o guías. Estos dos papeles deben ser integrados exitosamente para lograr que el terapeuta se pueda relacionar con el paciente como un terapeuta integrado, experto, amable, habilidoso, perceptivo y siempre orientado a promover la adaptación.

El enfoque del terapeuta debe dirigirse hacia los elementos conscientes y preconscientes en las producciones del paciente; el material inconsciente es ignorado y desalentado. Rockland (1989) argumenta que la regresión, la asociación libre y el análisis de los sueños, elementos que aumentan la presión para expresar el material inconsciente, son minimizados. El pensamiento lógico es alentado en vez de la asociación libre.

La terapia de apoyo busca ayudar a reprimir aquel material que ya se encuentra parcialmente suprimido. Los pacientes muchas veces ya se encuentran en regresión y el aumento de ésta es desalentado. La regresión juega en contra del fortalecimiento de las funciones del Yo, lo cual es la meta principal de la terapia de apoyo (Rockland 1989).

El fin de la terapia de apoyo es mantener una transferencia levemente positiva, la cual no es abordada durante la terapia. Dicha transferencia es incitada por el terapeuta al ser más real y un poco gratificante. La gratificación debe ser parcial tomando en cuenta lo particular de cada paciente. El exceso de gratificación es considerado como contratransferencia (Rockland 1989).

La transferencia negativa es lidiada de manera rápida y está permitido que florezca. El paciente es confrontado con la realidad de la relación en el tratamiento.

Según Otto Kernberg (1998) la transferencia, no es interpretada en la psicoterapia de apoyo pero tampoco es ignorada. La atención cuidadosa a los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar con tacto la naturaleza inapropiada de los desarrollos transferenciales, su reproducción en las sesiones de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos, y alentar al paciente a disminuir este comportamiento patológico en la sesión.

La reacción del terapeuta hacia la resistencia es igual a la reacción que él le da a las actividades defensivas del paciente. El terapeuta debe constantemente hacer juicios acerca de los valores adaptativos versus los mal adaptativos de la resistencia (Rockland 1989).

Las resistencias adaptativas son fortalecidas y apoyadas mientras que aquellas mal adaptativas son minadas y desalentadas. Analizando el repertorio natural de resistencias del paciente, el terapeuta identifica las resistencias que deben ser apoyadas y aquellas que pueden ser eliminadas sin comprometer de manera crucial la habilidad del paciente para funcionar (Rockland 1989).

El terapeuta de apoyo se vale de estrategias específicas para armar su plan de intervención. Debe integrar su conocimiento teórico para responder de manera apropiada a las producciones conscientes y preconscientes del paciente. Todo esto lo logra teniendo mucho cuidado de no traer a la superficie material ya reprimido apoyándose en los beneficios de una transferencia parcialmente positiva, mientras valora el funcionamiento de las resistencias del paciente.

### **2.3.3 Las Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo**

Según Rockland (1989) las técnicas de este tipo de terapia pueden ser divididas en dos grandes grupos: (1) aquellas que se basan en el conocimiento psicodinámico pero que pueden ser utilizadas por terapeutas sin entrenamiento psicodinámico y (2) aquellas que requieren de conocimiento y habilidades psicodinámicas.

#### **2.3.3.1 Técnicas que No Requieren de Entrenamiento Psicodinámico**

- **Alentar la Alianza Terapéutica** la alianza terapéutica es fortalecida al transmitirle al paciente el sentimiento de que la terapia es un esfuerzo en conjunto de parte del paciente y el terapeuta. Ambos tienen roles importantes que jugar dentro de la relación.
- **Suministrar Reaseguramiento y Esperanza** ambas son intervenciones importantes de apoyo siempre y cuando sean realistas y estén basadas en la adecuada comprensión del paciente. La esperanza sirve mucho de apoyo pues la mayoría de los pacientes acuden a la terapia sintiéndose desmoralizados y desesperanzados. Es necesario recalcar que al menos de que la esperanza sea basada en una evaluación realista del paciente y su situación. Ésta puede llegar a no tener sentido y convertirse en dañina. Tanto el suministro de seguridad como de esperanza necesitan que exista una transferencia positiva para que ocurran.

- **Dar Sugerencias y Consejos** el terapeuta de apoyo hace declaraciones directas con el fin de lograr ciertas conductas
- **Educación al Paciente** educar al paciente puede ayudar a que este lidie con los problemas externos de una manera más adaptativa. Esto también ayuda a calmar la ansiedad y la culpa al enfocar la atención del paciente en elementos cognitivos y desviarla de conflictos inconscientes. Comentarios educativos apoyan los intentos del paciente de entender lo que le ocurre
- **Aceptar la Abreacción** el terapeuta acepta la Abreacción del paciente sin interpretarla. Esto permite que el paciente experimente una catarsis de poderosos afectos y es una oportunidad para que el paciente se identifique con la aceptación que tiene el terapeuta sobre sus emociones
- **Intervenir en el Ambiente** el terapeuta puede intervenir directamente con el paciente o por medio de familiares u otras personas comprometidas con el paciente

Esta clase de intervención no sólo afecta el mundo externo del paciente sino que también comunica ciertos valores del terapeuta. Le resulta claro al paciente que el terapeuta cree que él (paciente) debe operar en un nivel más saludable. Las intervenciones en el ambiente influyen en las identificaciones del Yo y el Superyó así como también en la realidad externa del paciente

- **Ofrecer Replanteamiento** a través de esta técnica el paciente obtiene una perspectiva más objetiva de su situación de vida. Usualmente los pacientes en psicoterapia de apoyo están tan abrumados por su psicopatología o por sus afectos intensos que la perspectiva que tienen sobre su enfermedad o sobre su situación está distorsionada. Mediante el replanteamiento se le ofrece al paciente una visión más realista de lo que le ocurre

- **Enfatizar en las Fortalezas y Talentos y Alentar la Sublimación** los comentarios acerca de las fortalezas deben estar basados en la realidad o de lo contrario serán vacíos y sin significado. En cuanto a alentar la sublimación, el terapeuta debe ser sensible al estilo de carácter del paciente, escogiendo sublimaciones que se encuentran dentro del repertorio del paciente.
- **Realizar Clarificaciones** esta técnica se basa en preguntar por más información, señalar conexiones que el paciente no ha hecho todavía pero podría conocer (preconscientemente) o reformular de una manera más directa y clara lo que el paciente ha dicho. La clarificación tiene como objetivo un insight limitado del material consciente y preconsciente y de sus conexiones. El paciente siente que el terapeuta realmente quiere llegar a conocer y entender lo que él siente y experimenta.
- **Utilizar Confrontación** cuando el terapeuta confronta al paciente, éste dirige la atención del paciente hacia algún aspecto del tratamiento, particularmente donde existen incongruencias en el comportamiento o contradicciones en el material del paciente o comportamientos que indican conflicto u operaciones defensivas.
- **Suministrar un Modelo para la Identificación** el modelamiento es un elemento crucial para la psicoterapia de apoyo. Debido a que el terapeuta es una persona más real y reveladora, éste suministra un estímulo y un conocimiento más real que es introyectado y eventualmente el paciente logra identificarse con estos. Estas identificaciones influyen en las funciones del Yo y Superyó y así fortalecen las funciones del Yo de manera directa e indirecta. El estilo de afrontamiento del terapeuta puede ser útil para el paciente cuyas funciones del Yo están comprometidas. Los valores y filosofía del terapeuta resultan útiles en influenciar el Yo y las funciones del Superyó. Sin embargo, el terapeuta siempre debe tener cuidado de no usar el tratamiento como un espacio para decirle al paciente cómo vivir su vida.

Todas las técnicas mencionadas en los párrafos anteriores están basadas en la comprensión psicodinámica del paciente sin embargo también pueden ser utilizadas por aquellos especialistas que no han recibido un entrenamiento psicodinámico. Son un cúmulo de técnicas versátiles efectivas en el tratamiento de la psicoterapia de apoyo.

### **2.3.3.2 Técnicas que Requieren de Entrenamiento y Experiencia Psicodinámica**

- Fortalecer los Mecanismos de las Defensas Adaptativas luego de investigar el repertorio del paciente el terapeuta escoge las defensas adaptativas que apoyará y fortalecerá para así mejorar las funciones del Yo y la homeostasis. Las defensas de un nivel superior o las defensas neuroticas – como la represión, intelectualización y el desplazamiento – son escogidas de acuerdo a la importancia que tengan dentro de la compilación del paciente. Las defensas primitivas pueden también ser apoyadas siempre y cuando no se utilicen en exceso de una manera mal adaptativa.
- Eliminar los Mecanismos de las Defensas Mal Adaptativas este tipo de defensas tienden a ser defensas primitivas como la negación excesiva, proyección, identificación proyectiva y la escisión. Estas defensas utilizadas en exceso comprometen de manera muy seria la prueba de la realidad aunque no necesariamente en un grado psicótico. Ellas también debilitan las funciones del Yo.

El confrontar, clarificar y minar las defensas mal adaptativas es sumamente importante dentro de la práctica de la psicoterapia de apoyo especialmente por la naturaleza de los pacientes y por los efectos negativos que tienen las defensas primitivas en el funcionamiento del paciente y en su adaptación.

- Proveer Interpretaciones Inexactas o Parciales esta técnica consiste en realizar interpretaciones inexactas para inducir el desplazamiento y una neurosis artificial.

Este tipo de interpretaciones son de apoyo debido a que utilizan la intelectualización ignoran referencias específicas de naturaleza dinámica, no hace referencia a aspectos transferenciales y conecta fenómenos de los cuales el paciente ya está totalmente consciente. No existe una hipótesis acerca del mecanismo inconsciente ni una fantasía.

- Usar Proyecciones e Introyecciones Benignas: el terapeuta ofrece una explicación que coloca la fuente del problema en el exterior del paciente en otras personas o afuera de su *self* psíquico en su química corporal y su fisiología. Estas declaraciones no son falsas; no se busca mentirle al paciente. El terapeuta coloca especial énfasis en ellas y así minimiza la relevancia de los problemas psicodinámicos. Estas disminuyen la ansiedad del paciente al restarle responsabilidad y al desviar la atención del conflicto patógeno e inconsciente.
- Determinar el Estilo de Intervención: el terapeuta utiliza su conocimiento sobre las transferencias del paciente y sus rasgos de carácter para influenciar el estilo y contenido de sus comentarios hacia el paciente. El estilo que el terapeuta elija y asuma en sus intervenciones dependerá si el paciente es histriónico, dependiente, masoquista, etc.

Estas intervenciones técnicas requieren de conocimiento psicodinámico y de experiencia en el campo; sin embargo, usualmente son utilizadas en combinación con las que no requieren de experticia dinámica. Para una intervención eficaz en la arena de la psicoterapia de apoyo se debe lograr una convergencia óptima entre la comprensión psicodinámica y los epítomos de la salud mental.

#### **2.4 Mejoras a las Funciones del Yo**

Hemos establecido que las funciones del Yo juegan un papel protagónico dentro del desarrollo de la psicoterapia de apoyo. Debido a esto, consideramos que es pertinente desglosar cómo las funciones de Yo pueden ser mejoradas directamente a través de las

intervenciones de apoyo Las funciones del Yo incluyen la prueba de la realidad la regulación y control de los impulsos las relaciones objétales el proceso de pensamiento las funciones defensivas y las funciones sintéticas (Bellak 1958)

La prueba de la realidad es fortalecida al clarificar confrontar y eliminar defensas primitivas Por otro lado la regulación y control de los impulsos se fortalece mediante el desaliento de la impulsividad y el fomento de la demora y la sublimación Las relaciones objetales son optimizadas cuando se alienta un modo más sano de relacionarse tanto en la transferencia como en las relaciones fuera de la terapia En cuanto al proceso de pensamiento el mismo se fortalece utilizando la confrontación y la clarificación del pensamiento vago circunstancial y la lógica idiosincrática Esto le brinda al paciente un mayor control consciente sobre su proceso de pensamiento y la oportunidad de compensar de manera consciente sus dificultades Las funciones defensivas son reforzadas a través del apoyo de aquellas defensas adaptativas que ya se encuentran dentro del repertorio del paciente mientras se eliminan y se desalienta el uso excesivo de defensas primitivas o mal adaptativas Por último la función sintética es mejorada utilizando las herramientas de clarificación confrontación y desalentando el uso excesivo de la escisión Esto conlleva a una identidad más integrada, a su vez a un mejor funcionamiento sintetizador (Rockland 1989)

Las funciones del Yo pueden también ser reforzadas de manera indirecta Esto se logra al disminuir la cantidad de estrés que recae sobre el Yo proveniente de las demandas de los impulsos las presiones del Superyo y la tensión del ambiente

La tensión sobre el Yo provocada por las demandas de los impulsos es disminuida mediante la gratificación parcial de los deseos transferenciales La presión que recae en el Yo debido a las demandas del Superyo es aminorada por el cuestionamiento del perfeccionismo del paciente por parte del terapeuta La presión que es causada por la realidad externa es reducida mediante la manipulación del ambiente para así abreviar los estresores de la realidad

El principal objetivo de la psicoterapia de apoyo es lograr un balance entre las distintas instancias psíquicas del paciente. El fin ulterior es obtener una adaptación óptima que procure el bienestar del paciente. El fortalecimiento de las funciones del Yo es la llave maestra que nos abrirá las puertas a un mundo de mejor adaptación.

## **2.5 Encuadre de la Terapia**

Puede parecer llamativo incluir este elemento de tanta importancia en las psicoterapias psicodinámicamente orientadas como una herramienta de apoyo en la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, el encuadre con sus diferentes componentes, principalmente el de la habitualidad, configura aspectos que cuando se hacen conscientes por parte del paciente estructuran y dan un sentido de confiabilidad a la psicoterapia y al terapeuta, fundamentales para el logro de sus propósitos (Prada, 2008).

Según Prada (2008), encuadres o contratos hay en todas las interacciones humanas. Es un aporte de la teoría psicodinámica el hacer de éste un elemento consciente, el ponerlo de relieve y el destacarlo, no sólo como parte esencial de la vida en sociedad, sino como un poderoso instrumento para el cambio psíquico. El encuadre define quiénes, por qué o para qué, cuándo, dónde, cómo y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta. Contiene estos elementos conscientes o explícitos que son necesarios aclarar antes de comenzar la psicoterapia, así como otros elementos implícitos.

Entre más claro y estable sea el encuadre, más apoyado y protegido se va a sentir el paciente. Se trata de recibirlo tal cual es, meterse en su pellejo con la máxima empatía y simpatía posible, no juzgarlo y tratar al máximo de comprenderlo sin involucrarse en su vida real más allá del consultorio.

## 2.6 La Situación Clínica

Según Rockland (1989) la psicoterapia de apoyo siempre se lleva a cabo en una posición cara a cara el uso del diván es totalmente inapropiado. Las sesiones generalmente son una vez a la semana, aunque la frecuencia puede incrementar durante una crisis y disminuir cuando sea necesario de acuerdo a una indicación en el tratamiento.

El terapeuta debe poder sentirse cómodo reponiendo sesiones que el paciente ha faltado por no poder acudir sin embargo es necesario que esté alerta al *acting out* del paciente referente a problemas con su asistencia. Si el paciente tiene argumentos válidos para haber faltado a la sesión y el terapeuta no se la puede reponer éste no le cobra la sesión.

El terapeuta habla más en la terapia de apoyo que en la terapia exploratoria. Por un lado el terapeuta ha decidido frustrar menos al paciente y por otro lado el terapeuta no puede confiarse del hecho de que lo que no se habló en la sesión se discutirá en la próxima. Las sesiones son relativamente infrecuentes. Sin embargo el terapeuta nunca debe hablar sólo por el hecho de hablar. La terapia de apoyo no es una conversación social. El terapeuta no debe sentirse inhibido acerca de no responderle alguna pregunta al paciente, más debe ofrecerle una explicación de por qué decide no contestar.

El terapeuta de apoyo no debe desviarse mucho de las metas del tratamiento o de las áreas específicas del paciente que él considere mal adaptativas. A pesar de que el terapeuta no dirige el discurso del paciente éste no debe perder de vista los aspectos cruciales de las funciones mal adaptativas del paciente (Rockland 1989).

La psicoterapia de apoyo no es un viaje abierto hacia los confines del mundo inconsciente del paciente. Es una intervención centrada en la realidad basada en metas directas y capaz de tener un gran poder e impacto en la vida del paciente.

## **2.7 Fases del Tratamiento**

Rockland (1989) establece cuatro fases del tratamiento en la psicoterapia de apoyo (1) la evaluación y la fase de planeamiento de la intervención (2) la etapa temprana del tratamiento (3) la etapa media del tratamiento y (4) la etapa de la terminación

Cada etapa tiene sus tareas específicas y puntos de enfoque sin embargo cada etapa se superpone es decir una no termina y la otra empieza en un número en particular de sesión

En vez cada una predomina en un tiempo en particular con remanentes siempre presentes de las otras etapas. Las etapas de la evaluación y la terminación pueden ser la única excepción pues tienen un final discreto mas a medida que el tratamiento progresa pueden surgir nuevos cambios en el plan

### **2.7.1 Fase 1 Evaluación y Planeamiento del Tratamiento**

Esta etapa comienza con una cuidadosa evaluación clínica del paciente seguida por la formulación del diagnóstico. Incluye una valoración de la psicopatología del paciente sus fortalezas su ambiente social y su sistema de apoyo su motivación inteligencia y demás. Todo esto en aras de formular un tratamiento basado en información lógica y apropiada

La evaluación debe comenzar primero por la formulación de un diagnóstico multiaxial del DSM V. La presencia de una patología significativa en el Eje I ocasionará que el terapeuta se incline hacia un tratamiento de apoyo por lo menos inicialmente. Desórdenes y características en el Eje II influyen en la escogencia del tipo de tratamiento y ayudará a predecir la seriedad y clases de resistencias. El Eje III es de relevancia pues nos indicará si el paciente está utilizando la somatización como parte de su repertorio psíquico. El Eje IV y V ayuda a poner el episodio presente dentro de un contexto con importantes implicaciones para el planeamiento de la intervención

A demás de realizar el diagnostico basado en el DSM V es necesario realizar un diagnóstico psicodinámico Esta formulación estará enfocada en el nucleo de los conflictos inconscientes del paciente y en los estilos predominantes de lidiar con ellos

La evaluación también debe contener una valoración de las habilidades del paciente su motivación para entenderse a si mismo y su interes en la introspección De igual manera debe incluir las tendencias opuestas de convertir el conflicto psiquico en comportamiento (*acting out*) o en sintomas físicos (somatización) El marcado uso de la proyección identificación proyectiva y la negacion debe ser estudiado cuidadosamente pues tienen una implicación importante en la prognosis y el tratamiento del paciente Solo después de que todo lo anterior ha sido cumplido el terapeuta podrá empezar a planear la psicoterapia (Rockland 1989)

La planeacion del tratamiento se puede organizar basándose en tres parámetros (1) duración del tratamiento (2) tamaño del grupo de pacientes y (3) la naturaleza del tratamiento En cuanto a la duración del tratamiento el mismo puedes ser breve o de tiempo ilimitado el tamaño del grupo ser refiere a un tratamiento individual de pareja o grupal y sobre la naturaleza del tratamiento este puede ser de apoyo o de exploración mixta

Existen varios factores que pueden influir en la decisión de planear el tratamiento hacia una intervención más de apoyo o una intervención mixta (apoyo y exploratoria)

El terapeuta debe tomar en consideración las siguientes situaciones clínicas para decidir por un tratamiento basado más en el apoyo

- Regresiones intensas e incontrolables
- Depresión severa o serios intentos de suicidio homicidio o auto mutilación
- Amenazas para el tratamiento
- Ansiedad excesiva en el paciente

- Observación del Yo disfuncional
- *Acting Out* excesivo
- Estresores Severos
- Mentiras crónicas
- Silencios excesivos

El terapeuta debe considerar las siguientes indicaciones para inclinarse por un tratamiento con mas componentes exploratorios

- Rechazo del apoyo
- Pérdida del valor del tratamiento
- Aumento del conocimiento de si mismo en el paciente
- Disminucion del interes en el terapeuta
- Aumento de las fortalezas del Yo en el paciente

La evaluación y el planeamiento del tratamiento son pasos imperantes para el desarrollo posterior de la terapia. Se debe tener un cuidado minucioso al realizar ambos pues la planeación para un tratamiento adecuado demanda de un diagnostico certero. cualquier otra situacion es inaceptable y potencialmente peligrosa para el paciente

## **2.7.2 Fase 2 Tratamiento Temprano**

Rockland (1989) argumenta que las tareas de esta fase consisten en establecer la alianza del tratamiento y en identificar los principales patrones mal adaptativos que serán minados y aquellas fortalezas y defensas que serán apoyadas

La alianza del tratamiento establece la estructura y el marco para el tratamiento con una clara delimitación de los roles y obligaciones de cada participante así como las metas anticipadas del mismo

Al principio del tratamiento el terapeuta utiliza mucha clarificación y confrontación para identificar las principales conductas positivas y negativas. La educación del paciente es predominante. Si se presenta el *acting out* se utiliza el establecimiento de límites y las prohibiciones para minimizarlo.

En esencia esta fase estructura el tratamiento e identifica las áreas principales sobre las cuales se trabajará en el futuro. Es necesario crear una alianza terapéutica sólida y clara sobre las cuales se sentará el intercambio entre el paciente y el terapeuta.

### **2.7.3 Fase 3 La Mitad del Tratamiento**

En esta etapa la tarea principal consiste en trabajar en los puntos de mayor trascendencia identificados durante la etapa temprana. Los patrones, las conductas y las defensas mal adaptativas son abordadas desde todos los puntos relevantes. Son trabajadas una y otra vez, clarificadas, confrontadas y minadas. Simultáneamente los comportamientos y defensas adaptativas son apoyadas y fortalecidas.

El terapeuta de apoyo utiliza el elogio y otras gratificaciones transferenciales para apoyar generosamente cualquier cambio del paciente que es considerado positivo y en dirección de la mejora de la adaptación. El progreso es atendido como una señal esperanzadora de que el progreso adicional puede ser alcanzado.

Rockland (1989) comenta que si llegase a surgir algún otro tema durante la etapa del medio éste será añadido a la tarea terapéutica como si se hubiese identificado en la etapa temprana.

La mitad del tratamiento es una etapa crucial para el curso de la intervención. Es el espacio en el cual se desarrolla al máximo el trabajo terapéutico. Es el campo en el cual el terapeuta se vale de todo su conocimiento teórico y de técnicas aprendidas para batallar en nombre de las metas terapéuticas establecidas. Del éxito de esta etapa depende el futuro de la intervención terapéutica.

#### **2.7.4 Fase 4 la Terminación**

Esta fase comienza con el establecimiento de la fecha de terminación y termina cuando ésta realmente llega a su fin. Las tareas principales de esta fase son el volver a trabajar en los temas de mayor importancia, los cuales tienden a reaparecer con gran intensidad y trabajar sobre las reacciones del paciente a terminar: sentimientos de pérdida, miedos al futuro y demás (Rockland 1989). La ansiedad suele incrementar al igual que la sintomatología del paciente. La terminación en la terapia de apoyo es menos definitiva que en el tratamiento exploratorio y se suele dar el contacto luego de terminada.

#### **2.8 La Transferencia en la Terapia de Apoyo**

En este tipo de psicoterapia, el terapeuta intenta mantener una transferencia levemente positiva mientras ambiciona evitar la aparición de la transferencia idealizada, erótica, negativa y hostil (Rockland 1989).

Según comenta Rockland (1989) aquellas transferencias que se encuentran fuera del área consciente del paciente no son abordadas y no se realiza ningún esfuerzo para minar las defensas que las protegen al menos que estas se conviertan en un obstáculo para el tratamiento.

Es importante anotar que el terapeuta de apoyo utiliza la comprensión de las transferencias inconscientes para guiar la intervención. Si se encuentra ante un paciente dependiente el terapeuta tendrá más libertad para dar consejos o será más autoritario en relación a un

paciente que desea inconscientemente depender de una figura de autoridad (Rockland 1989)

Al ser el terapeuta un tanto revelador y al compartir sus valores y opiniones cuando se ameriten disminuye la intensidad de la transferencia. Las transferencias problemáticas como la sobreidealizada o la transferencia negativa son abordadas inmediatamente. Rockland (1989) argumenta que usualmente pueden ser atenuadas contrastándolas con la realidad del tratamiento y algunas veces dirigiendo la atención del paciente a relaciones similares fuera de la situación de terapia.

La transferencia es crucial para cualquier modalidad de psicoterapia. En algunos casos la transferencia es abordada con el fin de desentrañar y mostrarle al paciente los confines del inconsciente, sentimientos, pensamientos y fantasías que yacen dentro de él. En otros casos es utilizada para comprender por lo que está pasando el paciente y poder mostrarle alternativas de manejo a su situación y relaciones.

## **2.9 La Contratransferencia y la Terapia de Apoyo**

La contratransferencia del terapeuta puede interferir con la labor terapéutica dentro de cualquier modalidad de psicoterapia. Sin embargo es de particular preocupación en la psicoterapia de apoyo pues el terapeuta cambia frecuentemente el modo en que interviene, es decir, en algunas ocasiones sus intervenciones están basadas en la comprensión psicodinámica y en otras interviene más como un trabajador de salud mental (Rockland 1989).

El terapeuta de apoyo no opera con un grupo de directrices de intervenciones apropiadas tan claras como lo hace el terapeuta de exploración o el psicoanalista. La necesidad de tener que ser más real, proveer gratificaciones parciales, alternar entre confrontar y minar defensas mal adaptativas por un lado y por el otro tener que ofrecer guía y consejos interfiere en el criterio para proporcionar intervenciones adecuadas. Este escenario convierte al terapeuta de apoyo vulnerable al *acting out* contratransferencial.

Existe un area en particular cuyo potencial para el *acting out* contratransferencial es cuantioso el ofrecimiento de consejos y ayuda con la solucion de problemas Estas intervenciones solo son hechas cuando son requeridas por el Yo que se encuentra en déficit El peligro radica en un excesivo uso de esta actividad impulsada por las propias necesidades del terapeuta y deseos y racionalizada al ver al paciente más necesitado de lo que realmente está (Rockland 1989)

## **2 9 1 Manejando la Contratransferencia**

Para lograr un manejo adecuado de la contratransferencia, el terapeuta debe primero estar consciente de sus sentimientos y respuestas y a la vez estar entonado en como sus problemas contratransferenciales pueden llegar a expresarse El análisis personal es crucial para estar consciente de esto (Rockland 1989)

Rockland (1989) considera que es primordial y util establecer de antemano una estructuración para la sesiones pues así cualquier desviación puede alertar al terapeuta de posibles dificultades contratransferenciales

Lo segundo en el manejo de esta particularidad consiste en una introspección del terapeuta y un examen detallado de sus sentimientos El terapeuta debe utilizar su conocimiento sobre sí mismo para detectar que puede estar desencadenando la contratransferencia (Rockland 1989)

Aconseja Rockland (1989) que en los casos en que los problemas contratransferenciales persistan es util buscar la ayuda de un colega con mayor experticia Esta persona podrá examinar la situación desde una perspectiva objetiva y fuera del tratamiento A demas no se encontrará en vuelta en las distorsiones contratransferenciales del terapeuta y logrará ofrecer sugerencias apropiadas para la resolucion del problema

La contratransferencia no es negativa, mala o vergonzosa. Es inherente a toda psicoterapia y todos los psicoterapeutas luchan contra ella. Es útil si el terapeuta la utiliza para aprender más sobre su paciente y sobre sus propios sentimientos y deseos (Rockland 1989)

La situación terapéutica tiene como fin último ayudar y beneficiar al paciente, más cuando la contratransferencia es abordada desde un enfoque positivo no solo se auxilia al paciente sino que también el terapeuta aprende algo útil sobre sí mismo. Este aprendizaje resulta en un beneficio para ambos pues el terapeuta puede ofrecer un mejor sí dentro de la relación terapéutica.

## **2.10 La Resistencia dentro de la Terapia de Apoyo**

La resistencia en terapia de apoyo no es igual a la resistencia que surge en el psicoanálisis o la terapia de exploración. Por ejemplo, el oponerse a recobrar memorias reprimidas, hacer consciente los conflictos inconscientes o la libre asociación son manifestaciones cruciales de resistencia en el psicoanálisis, sin embargo totalmente apropiadas en la terapia de apoyo y no son consideradas resistencias en lo absoluto (Rockland 1989)

Está claro que la resistencia dentro de la terapia de apoyo requiere de una definición propia. Rockland (1988) establece que la resistencia debe ser conceptualizada en relación con las metas del tratamiento y debe ser relevante a dichas metas. La resistencia, entonces dentro de esta modalidad de terapia, puede ser definida como cualquier conducta del paciente que se oponga al fortalecimiento del Yo de manera directa o indirecta o que se oponga a la mejora de la adaptación al mundo interno y externo. Cualquiera cosa que el paciente realice de manera consciente, preconscious o inconscientemente para interferir con las metas de la terapia es considerada como resistencia dentro de la situación terapéutica de apoyo.

El terapeuta de apoyo aborda las resistencias tratando de comprender lo más posible su significado dentro del contexto de la situación clínica del paciente. Realiza una valoración sobre los aspectos adaptativos y mal adaptativos de dicha conducta. El balance entre los

aspectos adaptativos y mal adaptativos es siempre central en la terapia de apoyo para así tomar una decisión de cómo responder a dicha conducta

Cuando la conducta parece desesperadamente mantener la estabilidad para no permitir la descompensación el terapeuta la acepta y la alienta. En cambio cuando es el impedimento primordial para el progreso del tratamiento para el logro de las metas y no son esenciales para el funcionamiento del paciente el terapeuta la confronta y la clarifica con el fin de minarla

## **2.11 La Alianza Terapéutica**

La alianza terapéutica también denominada alianza de trabajo o alianza de ayuda, se refiere al grado en el cual el paciente experimenta la relación con el terapeuta como sólida y útil para el logro de sus objetivos en la terapia

La relación dentro de la psicoterapia es una relación inusual. Tanto el paciente como el terapeuta se vuelven parte de la vida de cada uno más como una relación profesional carece de la mutualidad que buscamos en una relación cercana (Pinsker 1997)

El terapeuta intenta desarrollar y mantener una relación ni muy cercana ni muy distante. Conociendo que la alianza terapéutica puede ser el elemento más importante del tratamiento el terapeuta quiere que el paciente se sienta bien acerca de la relación sin embargo nunca debe ser seductor o encantador. La relación y la conversación son reales más son herramientas técnicas dentro de la intervención. Para que la relación sea un éxito el paciente no importa cuán severamente limitado debe sentir que el terapeuta lo respeta (Pinsker 1997)

Para Rockland (1989) la alianza terapéutica se torna en una fuerza positiva de cambio probablemente vía el proceso de identificación. Establece que dicha alianza ocupa un aspecto al principio del tratamiento y otro al final del mismo. Temprano en el tratamiento la

alianza indica la voluntad del paciente para involucrarse en un trabajo serio en conjunto con el terapeuta, bajo ciertas condiciones establecidas. Adentrado en el tratamiento toma un matiz más psicoanalítico y se refiere al desarrollo de un Yo observador y colaborador en el paciente significando que éste tiene la habilidad de ver de una manera más o menos realista sus pensamientos, conductas y afectos irracionales.

Diferentes estudios empíricos en psicoterapia de apoyo muestran la importancia de la alianza terapéutica como un poderoso determinante del cambio psíquico obtenido en una psicoterapia (Prada, 2008).

### **2.11.1 Fomentando una Alianza Terapéutica al Principio del Tratamiento**

Rockland (1989) establece que para que el paciente y el terapeuta puedan trabajar juntos de una manera colaborativa, tiene que existir una descripción clara de las condiciones bajo las cuales el trabajo va a proceder. Así pues, la primera tarea del terapeuta para fomentar una alianza terapéutica consiste en definir la estructura de la situación de tratamiento.

La segunda tarea consiste en anticipar los problemas que pueden llegar a ocasionar que el tratamiento sea interrumpido. La alianza terapéutica debe estar estructurada de manera que cualquier complicación no sea un detrimento para el tratamiento.

Como tercer punto, el autor escribe que se debe discutir detalladamente con el paciente acerca de las metas del tratamiento de apoyo. Las metas deben ser concretas y aquellas que son más probables de cumplir deben ser discriminadas de aquellas que son menos probables.

La cuarta tarea trata de enfatizar la importancia de las contribuciones de ambos, tanto del paciente como del terapeuta, a la alianza y al resultado del tratamiento (Rockland, 1989).

## **2 11 2 Utilizando Protegiendo y Expandiendo la Alianza Terapéutica**

La alianza terapéutica desarrolla tres aspectos a medida que el proceso de la psicoterapia continua. Primero es utilizada como un telón de fondo basado en la realidad para destacar las mayores resistencias y transferencias. Segundo debe ser constantemente protegida de transferencias primitivas. Finalmente el paciente progresivamente desarrolla la capacidad observadora del Yo y puede ser crítico de los fenómenos que experimenta el Yo y otras instancias psíquicas.

El desarrollo de relaciones personales es inherente a la condición humana. Interactuar con otros es la base de nuestro diario vivir. La alianza terapéutica es de suma importancia dentro de cualquier modalidad de terapia, esta se convierte en la arena en donde se conjugan las interacciones terapeuta – paciente. Dicho paciente llega a nosotros confiando sus problemas y miedos, más aun llega con la esperanza de poder obtener beneficios de la relación que está dispuesto a entablar con un total extraño. Es deber imperante de todo terapeuta asegurarse de forjar una relación que brinde el espacio necesario en el cual el paciente se sienta seguro y pueda desnudar su vida ante él.

## **2 12 La Terminación en la Terapia de Apoyo**

La etapa de la terminación en esta modalidad de terapia es de igual de importancia que en la psicoterapia exploratoria y puede ser aun mas difícil de lidiar. La terminación es generalmente manejada diferente por el terapeuta y puede que no sea una terminación después de todo sino una gradual atenuación de la relación.

En general el criterio para la terminación en esta terapia es el haber alcanzado con éxito las metas que fueron planteadas desde el inicio del tratamiento. Sin embargo las metas tempranas deben ser consideradas relativas y sujetas a cambios, aspecto que puede llegar a influir el momento de determinar la terminación. El terapeuta debe ser muy cuidadoso de no iniciar la separación o atenuación del proceso mientras existan otros estresores presentes en la vida del paciente.

Segun Rockland (1989) el terapeuta, consistente con las estrategias generales de la psicoterapia de apoyo no intenta deshacer las resistencias a la pérdida y proceso de duelo durante la terminación. Al paciente se le brinda toda la oportunidad de hablar y experimentar las reacciones a la separación. Los intentos del paciente de minimizar o negar sentimientos acerca de la terminación pueden ser gentilmente cuestionados o tratados con escepticismo pero no son minados como una resistencia.

Debido a que la terminación en sí no está definida de manera tan clara como en el tratamiento exploratorio y debido a que la actitud del terapeuta es la de que el paciente siempre puede regresar cuando sea necesario la terminación en la terapia de apoyo usualmente no tiene efectos negativos. Con aquel paciente que desea terminar antes de lo planeado el terapeuta puede apoyar el deseo de dicho paciente y comunicarle que puede considerarse un deseo para aumentar su autonomía e independencia. La actitud del terapeuta es la de siempre promover la independencia, mas debe recordarle al paciente que se le pueden presentar dificultades en el futuro y que el paciente no debe sentir ningún miedo a regresar a la terapia.

Establece Rockland (1989) que dependiendo de la naturaleza de la psicopatología del paciente y de su psicodinámica, el terapeuta puede alentar contacto mínimo pero regular en el futuro. Por ejemplo puede sugerir que el paciente le escriba o lo llame cada seis meses para comunicarle como está. Es importante que el terapeuta de apoyo le comunique al paciente que su interés por él no cesa con la terminación de la terapia.

La situación de la terminación es un tema con múltiples aspectos. Por un lado el paciente puede sentir el temor de emprender solo la nueva vida que ha estado practicando dentro de la seguridad del consultorio y por otro lado pueda estar orgulloso de sus propios logros y querer enfrentar a la vida con una nueva autonomía adquirida. Definitivamente es un aspecto de la terapia que puede evocar un sinnúmero de emociones en el paciente. Todo terapeuta debe saber como responder ante estos sentimientos basándose en el modelo de terapia que ha escogido como telón de las intervenciones. En el caso de la psicoterapia de apoyo la

terminacion no es más que un hasta luego Las puertas siempre estaran abiertas para el paciente y éste debe saber que siempre se le recibira

### **3 RECOMENDACIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN**

El tratamiento de los Trastornos Adaptativos se basa fundamentalmente en las medidas psicoterapéuticas que permiten la reduccion del agente estresante potenciar el afrontamiento hacia el agente estresante que no puede reducirse o eliminarse y establecer un sistema de apoyo para lograr la mejor adaptacion posible (Strain y Newcorn 2003)

#### **3 1 Metas en el Tratamiento del Trastorno de Adaptación**

Estos autores sugieren que las metas de la psicoterapia deben incluir lo siguiente

- Analizar el estresor que está afectando al paciente y determinar si puede ser eliminado o minimizado
- Clarificar e interpretar lo que significa el estresor para el paciente
- Replantear el significado del estresor
- Iluminar las preocupaciones y conflictos que experimenta el paciente
- Identificar una manera de reducir el estresor
- Maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente
- Ayudar al paciente a manejarse en torno al estresor

### **3 2 Estrategias del Tratamiento del Trastorno de Adaptacion**

Perales y col (1998) sugieren que la psicoterapia de apoyo es el tratamiento de eleccion para el trastorno adaptativo Establecen que debe fundamentarse en las siguientes estrategias

- Alivio directo en los síntomas utilizando la abreacción y el diálogo terapéutico cuando la angustia no es abrumadora Las técnicas de relajacion pueden ser utiles
- Adiestramiento y soporte en el afronte del problema o el manejo de la crisis buscando reestructuracion cognoscitiva y corrigiendo las distorsiones interpretativas de la situación
- Reestructuración y reforzamiento del sistema de soporte social Se debe facilitar nuevos elementos de apoyo entre los que destaca la proporcionada por una positiva relación emocional médico paciente
- Identificación de los factores de personalidad que favorecieron la continuidad de la patologia, buscando su manejo asociado al aprendizaje y la asimilación positiva de la experiencia
- Mantenimiento de contactos posteriores de seguimiento evaluativo para prevenir desarrollo de nuevas patologias

Muchas son las veces en la cuales no podemos eliminar el agente estresor Esta situación puede llegar a frustrarnos pues luchamos contra un enemigo invencible Como psicoterapeutas no nos queda más pues que lograr que el paciente pueda vivir lo mejor posible a pesar de contar con un adversario acérrimo Fortalecemos al paciente lo suplimos de herramientas y lo preparamos para la batalla

### **CAPITULO III**

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

( ) Y para el investigador no existe alegría comparable a la de un descubrimiento por pequeño que sea

**Alexander Fleming**

# **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

## **1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Nuestra sociedad ha ido evolucionando con el pasar de las décadas dicha evolución ha arrastrado consigo un cambio drástico en el estilo de vida Vivimos en un mundo mas competitivo en donde el poder y el poseer constituyen uno de los fundamentos basicos bajo los cuales se rige un sistema distorsionado de valores

La necesidad de ser mejores tener más y valer más ha creado una presión que puede llegar a ser muy difícil de soportar Estos cambios han marcado para siempre nuestra cultura cultura que hoy se conoce como la Cultura del Estres (Davidson J 2001) La transformacion radical de nuestra sociedad ha creado un entorno que tiene la posibilidad de predisponer el desencadenamiento de enfermedades mentales

Todo cambio conlleva la transición de un estado a otro y por lo tanto tension y ansiedad El verse en la necesidad de cambiar puede convertirse en una oportunidad de crecimiento y mejora o en una situación potencialmente nociva Para que el cambio sea positivo dicha transicion supone que debemos adaptarnos a ese nuevo estado para poder seguir adelante De lo contrario si no logramos adaptarnos quedaremos estancados en ese torbellino de lo que fue y ya no lo es

Encontrarnos ante la necesidad de adaptarnos a una situación nueva puede provocar miedo y tensión Nos enfrentamos a algo desconocido y si es mas de lo que podemos afrontar surge entonces en nosotros una reacción de estrés

Hoy en dia existen multiples circunstancias que requieren de una nueva adaptación situación ésta que puede provocar estrés Cuando alguien no se adapta tan bien como las personas promedio a uno o más desencadenantes del estrés se desarrolla en el un Trastorno Adaptativo (Hales R Yudofsky S y Gabbard G 2004)

El Trastorno Adaptativo es un fenómeno relacionado con el estrés en el que el factor estresante produce una desadaptación y unos síntomas que se mantienen hasta que éste se elimine o hasta que se produzca una nueva adaptación. Según Hales y col. estos síntomas se desencadenan en el transcurso de los 3 meses posteriores a la aparición del factor estresante. Este tipo de trastorno se clasifica según el subtipo al cual pertenece. El mismo se selecciona de acuerdo a los síntomas predominantes. Para la realización de este estudio nos atañe el subtipo Mixto con Ansiedad y estado de Animo Depresivo. Esta categoría es utilizada cuando los síntomas predominantes son una combinación de ansiedad y depresión u otras emociones.

El estrés ha sido descrito como el agente predominante en la etiología del Trastorno Adaptativo. Sin embargo, la severidad de este no es directamente proporcional a la severidad del desencadenante del estrés, ya que las características de la personalidad, así como las normas culturales o de los grupos contribuyen en la forma como un individuo maneja un conjunto determinado de circunstancias (Sarason I, Sarason B, 1996).

En el estudio presente los sujetos que fueron evaluados e intervenidos han sido diagnosticados con este trastorno debido a una crisis financiera identificada en este estudio como el factor estresante precipitante. La misma ha determinado una condición existencial que no han podido resolver y que afecta definitivamente la aparición del mencionado trastorno. Estos sujetos han desarrollado lo que se conoce como Estrés Financiero (Davis y col. 2004). Dicha condición ha incidido en la aparición del Trastorno Adaptativo (DSM IV TR, 2003).

La crisis financiera global constituye un tema de sumo interés para la Organización Mundial de la Salud. Ha sido tema de fondo para varias conferencias que advierten sobre el peligro de la misma y sobre la negativa a desestimar el impacto sobre la salud mental de las personas. Según Margaret Chan: "No deberíamos sorprendernos o subestimar la turbulencia y las posibles consecuencias de la actual crisis financiera. Estamos viendo una enorme brecha en la atención de las personas con gran necesidad. No debería resultar sorprendente que sigamos viendo más tensión, suicidios y desórdenes mentales".

Es necesario que aquellas personas que atraviesan por esta situación reciban la atención y la ayuda necesaria para prevenir el desarrollo o el empeoro de trastornos mentales asociados a la condición en la cual viven

Tomando en cuenta estos antecedentes surge en mí como investigadora de la conducta humana la siguiente interrogante

**¿Mejorará el estado de ansiedad y depresión de aquellos sujetos diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto vinculados a una crisis financiera, luego de recibir una intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo?**

## **2 HIPÓTESIS**

### **2 1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

#### **2 1 1 HIPÓTESIS 1**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual reportarán una disminución de los síntomas de Ansiedad Estado

#### **2 1 2 HIPOTESIS 2**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual reportarán una disminución de los síntomas de Ansiedad Rasgo

#### **2 1 3 HIPÓTESIS 3**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual reportarán una disminución de los síntomas de Ansiedad Total

#### **2 1 4 HIPÓTESIS 4**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapeutico de Apoyo Individual reportarán una disminución de los síntomas de Depresion Estado

#### **2 1 5 HIPÓTESIS 5**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapeutico de Apoyo Individual reportarán una disminución de los síntomas de Depresión Rasgo

#### **2 1 6 HIPÓTESIS 6**

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto que participen del Programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual reportaran una disminución de los síntomas de Depresion Total

### **2 2 HIPÓTESIS ESTADISTICA**

#### **2 2 1 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 1**

$H_0 \bar{X} (AE) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (AE) G \text{ Exp D}$

$H_1 \bar{X} (AE) G \text{ Exp A} > \bar{X} (AE) G \text{ Exp D}$

$\bar{X} (AE) G \text{ Exp A}$  Media de la Ansiedad Estado del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X} (AE) G \text{ Exp D}$  Media de la Ansiedad Estado del grupo experimental despues del tratamiento

#### **2 2 2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 2**

$H_0 \bar{X} (AR) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (AR) G \text{ Exp D}$

$H_1 \bar{X} (AR) G \text{ Exp A} > \bar{X} (AR) G \text{ Exp D}$

$\bar{X}$  (AR) G Exp A Media de la Ansiedad Rasgo del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X}$  (AR) G Exp D Media de la Ansiedad Rasgo del grupo experimental después del tratamiento

### 2 2 3 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 3

Ho  $\bar{X}$  (AT) G Exp A  $\leq$   $\bar{X}$  (AT) G Exp D

H<sub>1</sub>  $\bar{X}$  (AT) G Exp A  $>$   $\bar{X}$  (AT) G Exp D

$\bar{X}$  (AT) G Exp A Media de la Ansiedad Total del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X}$  (AT) G Exp D Media de la Ansiedad Total del grupo experimental después del tratamiento

### 2 2 4 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 4

Ho  $\bar{X}$  (DE) G Exp A  $\leq$   $\bar{X}$  (DE) G Exp D

H<sub>1</sub>  $\bar{X}$  (DE) G Exp A  $>$   $\bar{X}$  (DE) G Exp D

$\bar{X}$  (DE) G Exp A Media de la Depresión Estado del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X}$  (DE) G Exp D Media de la Depresión Estado del grupo experimental después del tratamiento

### 2 2 5 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 5

Ho  $\bar{X}$  (DR) G Exp A  $\leq$   $\bar{X}$  (DR) G Exp D

H<sub>1</sub>  $\bar{X}$  (DR) G Exp A  $>$   $\bar{X}$  (DR) G Exp D

$\bar{X}$  (DR) G Exp A Media de la Depresión Rasgo del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X}$  (DR) G Exp D Media de la Depresión Rasgo del grupo experimental después del tratamiento

## 2 2 6 HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 6

Ho  $\bar{X}$  (DT) G Exp A  $\leq$   $\bar{X}$  (DT) G Exp D

H<sub>1</sub>  $\bar{X}$  (DT) G Exp A  $>$   $\bar{X}$  (DT) G Exp D

$\bar{X}$  (DT) G Exp A Media de la Depresión Total del grupo experimental antes del tratamiento

$\bar{X}$  (DT) G Exp D Media de la Depresión Total del grupo experimental después del tratamiento

## 3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### 3 1 OBJETIVO GENERAL

- Comprobar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de personas diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto

### 3 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3 2 1 Disminuir los niveles de Ansiedad Estado presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual

3 2 2 Disminuir los niveles de Ansiedad Estado presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual

- 3 2 3** Disminuir los niveles de Ansiedad Total presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual
- 3 2 4** Disminuir los niveles de Depresión Estado presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual
- 3 2 5** Disminuir los niveles de Depresión Rasgo presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual
- 3 2 6** Disminuir los niveles de Depresión Total presentes en el Trastorno de Adaptación de los participantes del programa Psicoterapéutico de Apoyo Individual

#### **4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio se realizó utilizando una intervención psicoterapéutica individual de apoyo con orientación psicodinámica, con la finalidad de promover mejoría en el estado de ánimo de los participantes con la consecuente disminución de los niveles de ansiedad y depresión. Este estudio se apoyó en un diseño pre experimental de pre prueba post prueba con un solo grupo tipo estudio de caso.

En los diseños pre experimentales se le aplica a la muestra una prueba previa al tratamiento y después se le administra una prueba posterior al tratamiento.

Sampieri y otros (2006) señala que este diseño ofrece una ventaja pues existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del tratamiento.

En cuanto a los métodos de estudio de casos Kratochwill Mott y Dodson acentúan que estos son utilizados para evaluar la efectividad del tratamiento donde el contexto generalmente se caracteriza por la falta de controles experimentales. Dichos autores enfatizan que para establecer inferencias más válidas el investigador debe planificar y manipular la extracción de datos e intervención directamente pues solo así podrá determinar hasta qué punto la intervención es la responsable del efecto.

Para la realización de esta investigación se utilizó este tipo de diseño pues el mismo satisface un criterio esencial para cumplir con uno de los objetivos primordiales de este estudio. El modelo pre experimental con un solo grupo nos brinda la posibilidad de comprobar de manera cuantitativa la eficacia de la intervención utilizando la comparación de los datos antes y después de realizada la misma.

Es crucial destacar que este diseño de investigación no nos permite controlar las variables dadas por lo cual se debe trabajar con las situaciones suministradas. Por lo tanto durante la intervención cabe la posibilidad de la presencia de un sinnúmero de variables que compitieron u ocultaron el efecto real de la variable independiente. Por otro lado los resultados son válidos para el grupo estudiado y no es posible generalizarlos.

Es importante destacar que para este estudio no se utilizó la modalidad del diseño de dos grupos o de un grupo en espera. La razón detrás de esta decisión radica en que el Trastorno Adaptativo supone la urgencia de un tratamiento que por razones de moral y ética no se podía hacer esperar. Otras investigaciones serán las encargadas de utilizar diseños de investigación más sofisticados.

## **5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1 Variable Independiente**

- **Definición conceptual de la Variable Independiente**

## **Psicoterapia de Apoyo Psicoanalíticamente Orientada**

Segun Rockland (1989) esta modalidad psicoterapeutica Es una psicoterapia con el objetivo inmediato de mejorar las funciones del *ego* de manera directa por ejemplo al fortalecer la funcion de prueba de la realidad o indirectamente al disminuir la presion en el ego por parte del *id* el superego y la realidad externa Todo esto en servicio de promover una mejor adaptación al mundo interno y al externo

- **Definición Operacional de la Variable independiente**

### **Psicoterapia de Apoyo Psicoanalíticamente Orientada**

Se realizaron un total de 12 sesiones una vez por semana Las mismas tuvieron un periodo de duracion de 60 minutos El principal objetivo de esta intervención apuntaba a que cada paciente lograra adaptarse lo mejor posible a la situación que experimentaba producto de su condicion economica actual Esto se logró mediante la creación de un ambiente de contención en el cual pudieron hacer catarsis y recibir el apoyo necesario de acuerdo a la demanda individual de cada caso Siempre se tuvo en cuenta como meta terapeutica el incremento de la fortaleza yoica para logra el fin ulterior de una mejor adaptacion

A continuación hacemos un breve bosquejo de las sesiones

### **Sesiones de Evaluación y Planeamiento del Tratamiento**

Durante las dos (2) primeras sesiones se realizo la evaluacion clinica de cada paciente seguido por la formulación del diagnóstico Dicha formulación se apoyó en el diagnóstico multiaxial del DSM IV Esta primera fase del tratamiento también incluyó la valoracion del estado mental y la aplicación de las pruebas STAI e IDER Este proceso nos permitió realizar una impresión diagnóstica sobre cada paciente tomando en cuenta las características de la situación actual y los antecedentes de la historia personal de cada uno Tomando en consideración la impresión diagnostica de cada paciente se prosiguió a escoger un tratamiento de naturaleza de apoyo

### **Sesiones Iniciales**

Las sesiones sucesivas se orientaron a lograr una conceptualización del paciente mucho más amplia (dentro del escenario de la crisis financiera) que incluyó el diagnóstico del grado de estructuración del yo la influencia que tuvieron en su vida relaciones tempranas la estructuración y dinámica de sus relaciones objétales los recursos de su personalidad los mecanismos de defensas más utilizados los recursos con los que contaba y los que les faltaban para superar la situación En esta fase del tratamiento los esfuerzos se concentraron en identificar las áreas principales sobre las cuales se trabajaría en las siguientes sesiones

### **Sesiones de Seguimiento**

Una vez establecida dicha conceptualización se trabajó en reforzar e incrementar la fortaleza yoica de cada paciente se potenciaron sus recursos de afrontamiento y a su vez se creó un nuevo sistema de defensas adaptativas Se les orientó acerca de cómo lidiar con las emociones asociadas a las deudas se les brindó consejos financieros y estrategias simples para mejorar su estado económico También se intervino en los otros conflictos surgidos producto de la crisis financiera como por ejemplo crisis de pareja, crisis familiar baja auto estima, sentimientos de culpa, sentimientos surgidos de la incongruencia entre el Yo real y el Yo ideal Todo lo anterior con mira a mejorar los síntomas de ansiedad y depresión asociados al estrés financiero que experimentaban

### **Sesiones de cierre y evaluación**

Al terminar las intervenciones los pacientes asistieron dos veces (2) a sesiones de evaluación y aplicación de los instrumentos de medición con el objetivo de valorar la efectividad de la terapia en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión con la consecuente mejoría del estado emocional

## 5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- **Definición Conceptual de las Variables Dependientes**

### **Ansiedad**

El término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión confuso vago y muy desagradable. Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica. Una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable. (Sarason I Sarason B 1996)

### **Depresión**

Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o un suceso estresante pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamientos inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad. (Sarason I Sarason B 1996)

### **Estado Emocional**

Estado de conciencia que se experimenta como una reacción integrada del organismo que puede afectar el bienestar y la salud física. **Rice F, 2000**

Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado emocional la depresión, alegría, cólera y ansiedad. Estos son los tipos de estado emocional.

- **Disfórico**: Estado de ánimo desagradable tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.
- **Elevado**: Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado emocional elevado puede decir que se siente arriba, en éxtasis, en la cima del mundo.

- Eufímico Estado emocional dentro de la gama normal que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado
- Expansivo Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos a menudo con sobre valoración del significado o importancia propios
- Irritable Facilmente enojado y susceptible a la cólera ()

- **Definicion Operacional de las Variables Dependientes**

**Ansiedad**

Esta variable se midio a través del Cuestionario de Ansiedad estado/rasgo (STAI) Este evalua dos partes principales la primera un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de atencion y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autonomo La segunda señala una propension ansiosa relativamente estable que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Ver anexo No 2)

**Depresión**

La variable se midió mediante la aplicación del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) Este instrumento está destinado a medir el grado de afectacion (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión (Ver anexo N° 3 )

**Estado Emocional**

Se midió clínicamente utilizando la entrevista clínica, basándonos en la percepción subjetiva de cada individuo Se utilizo el modelo de entrevista clínica del DSM IV texto revisado El proposito fue el de evaluar el estado mental de cada uno de los sujetos participantes

## **6 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **6 1 Población**

Este estudio se realizó con hombres y mujeres pertenecientes a una cooperativa panameña quienes experimentaban problemas financieros graves debido a la inhabilidad de pagar sus deudas. Este grupo de 10 personas se conformó por 6 hombres y 4 mujeres. Luego de la entrevista inicial se extrajo de la población una muestra de 6 personas que cumplieran con los criterios de inclusión.

Por razones de confidencialidad no hemos puesto el nombre de la cooperativa de donde se obtuvo la muestra.

### **6 2 Muestra**

El tipo de muestra, fue no paramétrica. Se utilizó un tipo de muestreo por conveniencia, lo cual significa que el proceso de selección de los sujetos para el estudio se realizó de modo informal y arbitrario e incluyó solo a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. No pudo aplicarse la aleatoriedad o el azar representativo de la población, dos factores esenciales para muestreos de tipo probabilístico.

Se obtuvo una muestra de 6 hombres y 4 mujeres miembros de una cooperativa panameña diagnosticados con Trastorno Adaptativo Mixto debido a la ocurrencia de una crisis financiera en sus vidas. A todos los sujetos con este diagnóstico se les presentó una nota de consentimiento informado para su firma, mediante la cual aceptaron ser incluidos en el estudio (Ver anexo N° 1).

Este estudio solo hizo referencia a los resultados de la aplicación de la psicoterapia individual de apoyo a los participantes y no pretende generalizar los resultados.

### **6.3 Criterios de Inclusión**

- Ser miembro de la cooperativa panamena de donde se obtuvo la muestra
- Tener entre 35 y 50 años de edad
- Presentar en la actualidad una crisis financiera grave
- Cumplir con los criterios del DSM IV para el Trastorno de Adaptación Mixto (Ansiedad y Depresión)

### **6.4 Criterios de Exclusión**

- Presentar otra enfermedad clínicamente significativa
- Estar recibiendo atención psiquiátrica o psicológica para esta condición
- Tener una historia previa de Ansiedad y/o Depresión clínicamente significativa

## **7 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN**

- **Entrevista Clínica psicológica individual** es el encuentro entre el psicólogo y el paciente que provocará un intercambio afectivo y permitirá la observación y el establecimiento del vínculo necesario para que el entrevistado deposite su confianza. Dicho vínculo constituye el pilar insustituible en que descansa cualquier tratamiento. En este tipo de entrevista se realiza la elaboración de una anamnesis detallada de los antecedentes y datos personales del paciente, la capacidad para escuchar los señalamientos sobre las contradicciones o frases significativas que verbalice el paciente y la presentación de alternativas que representan los puntos de vista que el entrevistado no logra visualizar. Todo lo anterior con miras a realizar un diagnóstico sobre la condición psicológica del entrevistado.

En este estudio se utilizó el modelo de la entrevista clínica del DSM IV R. Tomando con base dicha entrevista se determinó el estado emocional de los sujetos, la evaluación mental de los mismos, así como el diagnóstico Multiaxial.

El diagnóstico Multiaxial de cada sujeto fue elaborado evaluando la información recogida pertinente a cada uno de los cinco ejes. Por ejemplo, todos los pacientes debían cumplir con los criterios para el diagnóstico del Trastorno Adaptativo Mixto incluido en el Eje I. En el Eje II, la información obtenida mediante la entrevista tenía que indicar trastornos de personalidad presentes en los sujetos. Era necesario que padecieran de alguna enfermedad médica actual que fuera potencialmente relevante para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto para ser incluida como parte del diagnóstico en el Eje III. Los problemas psicosociales y ambientales fueron incluidos en el Eje IV. Por último, el diagnóstico incluyó una valoración de la actividad global plasmada en el Eje V.

- **Inventario de Depresión Estado Rasgo IDER** es un instrumento breve y de fácil aplicación que intenta responder a algunas limitaciones descritas tal como lo señalaron Krhone et al (2002). Se ofrece como una medida de las dimensiones estado y rasgo de la depresión que es de gran utilidad en el ámbito investigativo.

Este inventario está compuesto por 10 ítems en cada escala (Estado Rasgo) cuya valoración se hace mediante una escala tipo Likert. La primera escala mide la Depresión Estado, siendo esta un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda escala (Depresión Rasgo) señala una propensión ansiosa, relativamente estable que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Por cada escala se obtienen tres puntuaciones: resultado de la suma de los respectivos elementos de las subescalas de Distimia y Eutimia y la suma de ambas o puntuación total. La suma de ambas puntuaciones da como resultado el total de cada escala, es

decir el total Estado y el total Rasgo La puntuación mínima que se puede obtener en cada escala es de 10 y la máxima de 40

Para la construcción de los items que componen el inventario definitivo se tuvieron en cuenta las escalas mas relevantes utilizadas como el Inventario de Depresion de Beck (BID) la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiologicos (CESD) y la *Multiple Affect Adjective Check List* (MAALC) de Zuckerman

El IDER Inventario de Depresión Estado Rasgo es un autoinforme diseñado por Spielberger basándose en los trabajos previos de Ritterband y Spielberger (1996)

- **Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI** Spielberger y al (2008) señala, que este cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad como estado y como rasgo

La ansiedad estado está conceptualizada como un estado o condicion emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprehensión así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonomo

La ansiedad rasgo suma una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y elevar consecuentemente su ansiedad estado

Este inventario esta compuesto por 20 items en cada escala (Estado Rasgo) cuya valoración se hace mediante una escala tipo Likert La puntuación mínima que se puede obtener en cada escala es de 0 y la máxima de 60

## 8 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La entrevista clínica fue utilizada como primer recurso dentro del programa de intervención. Dicha entrevista nos sirvió de instrumento para recabar información pertinente para la impresión diagnóstica. Mediante la misma logramos la formulación del caso de cada paciente. Se utilizó un enfoque que individualizó y exploró el desarrollo del trastorno Adaptativo Mixto con el fin de preparar al paciente para una intervención terapéutica lo más adecuada posible. Esta entrevista fue de suma utilidad para la elaboración del diagnóstico multiaxial de cada uno de los participantes del programa.

La intervención realizada durante el programa tenía como fin ulterior la disminución de la sintomatología de ansiedad y depresión con la consecuente mejoría del estado emocional asociada a la falta de adaptación al estrés financiero.

Las técnicas utilizadas durante el proceso de trabajo psicoterapéutico se basaron en las recomendaciones de la terapia de apoyo con orientación psicodinámica, descritas por Lawrence Rockland y Henry Pinsky. A continuación se señalan dichas técnicas:

- Alentar la alianza terapéutica: se estableció un ambiente contenedor en donde el paciente nunca sintió que era juzgado ni culpado por la crisis financiera. Nos aseguramos que los pacientes sintieran que el terapeuta realmente quería llegar a conocer y entender lo que sentían y experimentaban.
- Suministrar reaseguramiento y esperanza: mediante los consejos y estrategias financieras se le dio a conocer a los pacientes que había alternativas para salir de la crisis.
- Dar sugerencias y consejos: se hicieron declaraciones directas con el fin de lograr ciertas conductas, como por ejemplo no seguir endeudándose, buscar alternativas para otras fuentes de dinero o para minimizar los gastos.
- Educar al paciente: ninguno de los pacientes tenía un conocimiento puntual acerca de las alternativas de la asesoría financiera que podían consultar.

acerca de cómo llevar un presupuesto etc Se les brindó toda esta información

- Aceptar la Abreación dentro del ambiente contendor se les permitió a los pacientes expresarse libremente se manejó la ira, el dolor la desesperación y la impotencia de cada uno se acepto la emociones de cada uno sin juzgar
- Intervenir en el ambiente se trabajó con los pacientes los conflictos familiares de pareja y laborales
- Ofrecer replanteamiento enfatizar en las fortalezas y talentos se potenciaron las fortalezas de cada paciente se fortaleció sus Yo y se redirigieron esas fuerzas al servicio de la batalla contra los sentimientos asociados a las deudas
- Utilizar clarificación y confrontacion se reformularon de manera más directa y clara las producciones de los pacientes así como también se utilizó la confrontación para señalar sus comportamientos defensivos y mal adaptativos
- Eliminar los mecanismos de defensas mal adaptativas se trató de desalentar el victimismo el conformismo la culpabilidad los sentimientos de vergüenza y pena Se recalcó que los mismos no ayudaban a superar la situación y que empañaban y empeoraban el panorama
- Proveer interpretaciones inexactas no se interpretó la transferencia, se utilizó la misma para entender al paciente y dirigir las intervenciones sobre la base de ese entendimiento
- Usar Proyecciones e Introyecciones benignas se trato de aliviar la culpa de cada paciente asociada a la crisis financiera para que se enfocara en buscar una salida

De manera mas especifica, se combinaron y se adaptaron a la situación de una crisis financiera, las siguientes estrategias planteadas por Strain y Newcorn (2003) y Perales y col (1998)

- Analizar la crisis financiera y el estrés financiero que estaba afectando al paciente y determinar si podia ser eliminado o minimizado

- Clarificar e interpretar lo que significa la crisis financiera para el paciente
- Replantear el significado del estrés financiero
- Iluminar las preocupaciones y conflictos que experimenta el paciente
- Identificar una manera de reducir el estresor
- Maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente
- Ayudar al paciente a manejarse en torno a la crisis financiera pues esta era parte de su vida más no toda su vida
- Adiestramiento y soporte en el afronte del problema o el manejo de la crisis buscando reestructuración cognoscitiva y corrigiendo las distorsiones interpretativas de la situación
- Reestructuración y reforzamiento del sistema de soporte social al mejorar las relaciones familiares y de pareja que estaban resentidas
- Identificación de los factores de personalidad que favorecieron la continuidad del estrés financiero de las emociones negativas asociadas a las deudas buscando su manejo asociado al aprendizaje y la asimilación positiva de la experiencia

## **9 EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La primera etapa del estudio describió y analizó los datos obtenidos utilizando como base la fundamentación teórica de investigadores de orientación psicodinámica

Para evaluar los resultados de la intervención se han seguido los postulados de Worden W (1997) y Kratochwill y col (1989) El primero indica que normalmente existen tres tipos de cambios que ayudan a evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico estos son

- La experiencia subjetiva las personas que llevan a feliz término su tratamiento manifiestan subjetivamente sentirse diferentes Hablan de un aumento de la estima propia y reducción de culpa entre otros aspectos
- La conducta muchos sujetos experimentan cambios conductuales evidentes algunos vuelven a establecer nuevas relaciones y cuidan de sí mismo y de otros

- El alivio de síntomas quizá el indicador mas importante Los sujetos al finalizar el tratamiento a cabalidad pueden reportar mejora en lo que concierne a la aparicion de síntomas negativos del problema o enfermedad

## **10 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

Los datos recogidos mediante la entrevista clínica fueron organizados siguiendo los parámetros del registro de la historia clínica de Karl Menninger Esta se divide en cinco (5) áreas

- 1 Planteamiento General del Problema es un estado de las circunstancias y razones por las cuales el paciente fue llevado con el examinador Los problemas del paciente tal como los ve él cómo los ve la familia cómo los ve el médico que lo refiere y cómo se presentan ante el examinador
- 2 Enfermedad Presente comienza siempre con una cláusula adverbial del tiempo relacionada con la fecha de admisión o la fecha de examen Debe continuar en detalle cronologicamente hasta el momento presente incluyendo los hechos o discusiones o reflexiones que encaminaron al paciente a consultar al psicólogo
- 3 Historia Familiar En esta sección se describe las condiciones generales y particulares de tipo cultural sociologica y familiar que caracterizaron el medio en el cual el paciente nació Debe incluir el registro de las actitudes y características de la familia y de sus miembros Se describen las relaciones paterno filiales relaciones entre hermanos y el papel que cada persona desempeñado en la crianza del paciente (relaciones objétales)
- 4 Historia del Desarrollo Esto se refiere al periodo del nacimiento a la vida adulta Comprende lo siguiente La historia de la infancia, historia escolar y la niñez tardia y la historia del periodo adolescente
- 5 Patrones Adultos de Ajuste incluye una evaluación de los patrones de trabajo las actividades culturales y de juego el ajuste social en general el desarrollo sexual

Se utilizó también la evaluación del estado mental para ordenar la información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo de cada paciente. A su vez, el diagnóstico multiaxial del DSM-IV fue empleado para organizar información pertinente a cada paciente, tomando en cuenta los cinco ejes diagnósticos.

## **11 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico de los resultados de los sujetos en el pre y post test correspondiente a las escalas de depresión (IDER) y la escala de ansiedad (STAI) se utilizaron dos pruebas no paramétricas: la prueba de Rangos de Wilcoxon.

Estas pruebas evalúan si el grupo difiere entre sí de manera significativa respecto a sus medias en la aplicación de inventarios preprueba y postprueba. Para ambas pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significación de  $\alpha = 0.05$ .

Los datos estadísticos fueron procesados mediante el paquete XLSTAT versión 2011.

El estado emocional de los sujetos fue medido clínicamente basándose en la percepción subjetiva de cada individuo. El análisis de esta variable se realizó de modo descriptivo y no estadístico.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

La ciencia moderna aun no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como los son unas pocas palabras bondadosas

**Sigmund Freud**

## **RESULTADOS**

La información plasmada en este capítulo está dividida en dos secciones. La primera hace referencia a las características demográficas de la población en estudio y la segunda sección contiene los resultados obtenidos luego de aplicar la prueba de hipótesis de esta investigación.

Inicialmente un total de 10 personas acudieron voluntariamente para participar en el programa. Luego de aplicados los instrumentos de medición pudimos constatar que sólo 6 personas cumplían con los criterios de inclusión. Las 4 personas restantes no presentaban síntomas clínicamente significativos como para ser diagnosticados con el Trastorno de Adaptación Mixto. Es importante mencionar que todos los participantes del estudio firmaron la nota de consentimiento informado (Ver anexo).

### **1 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por un total de 6 personas. Todos los miembros eran homogéneos en cuanto a las siguientes características:

- Miembro de una cooperativa panameña
- Experimentaba estrés financiero crónico
- Sintomatología ansiosa y depresiva asociada al diagnóstico de Trastorno de Adaptación Mixto
- Raza mestiza
- Nivel socioeconómico bajo

La muestra en estudio difirió entre sí al tomar en cuenta las siguientes características:

**TABLA N° 1 Datos Sociodemográficos de la Muestra**

PACIENTE	SEXO	EDAD	RELIGIÓN	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	DEPENDIENTES
A	Femenino	47	Católica	Técnico Universitarios	Separado	1 (hijo)
B	Femenino	35	Católica	Estudios Universitarios	Soltero	1 (madre)
C	Masculino	35	Católica	Estudios Universitarios Incompletos	Soltero	2 (padres)
D	Masculino	40	Evangélica	Secundaria Completa	Unido	2 (hijos)
E	Masculino	35	Evangélica	Secundaria Completa	Unido	1 (hijastro)
F	Masculino	50	Católica	Secundaria Completa	Unido	2 (hijos)

**Fuente Maryam Berroa de González (2011)**

- Sexo
- Edad
- Religión
- Escolaridad
- Estado Civil
- Dependientes

## **1 1 Sobre el Sexo y Edad de los Pacientes**

La población en estudio se conformó por 2 mujeres y 4 hombres. La edad promedio de los pacientes fue de 40,3. La mediana de edad fue de 37,5 años y la edad más común fue de 35 años.

## **1 2 Sobre la Religión, Escolaridad, Estado Civil y Dependientes de los Sujetos**

Del grupo total de sujetos participantes en el estudio, 4 personas practicaban la religión Católica y 2 eran Evangélicos. En cuanto a la escolaridad de los integrantes del grupo, 2 contaron con estudios universitarios completos, 1 con estudios universitarios incompletos y los 3 restantes sólo terminaron la secundaria. Dentro de la muestra, 2 personas eran solteras, 3 unidas y 1 separada. Todos tenían dependientes a quien mantener; la diferencia radicaba en el número y en que dos tenían que mantener a sus padres y 1 proveía para su hijastro.

## **2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### **2 1 PRUEBA DE HIPÓTESIS**

#### **2 1 1 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Ansiedad/Estado**

La aplicación del STAI antes de iniciado el tratamiento tuvo como fin el obtener datos que nos fueran útiles a la hora de comprobar si luego de la intervención se había producido cambio alguno. Basándonos en este supuesto establecimos que

$$H_0: \bar{X} (AE) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (AE) G \text{ Exp D}$$

$$H_1: \bar{X} (AE) G \text{ Exp A} > \bar{X} (AE) G \text{ Exp D}$$

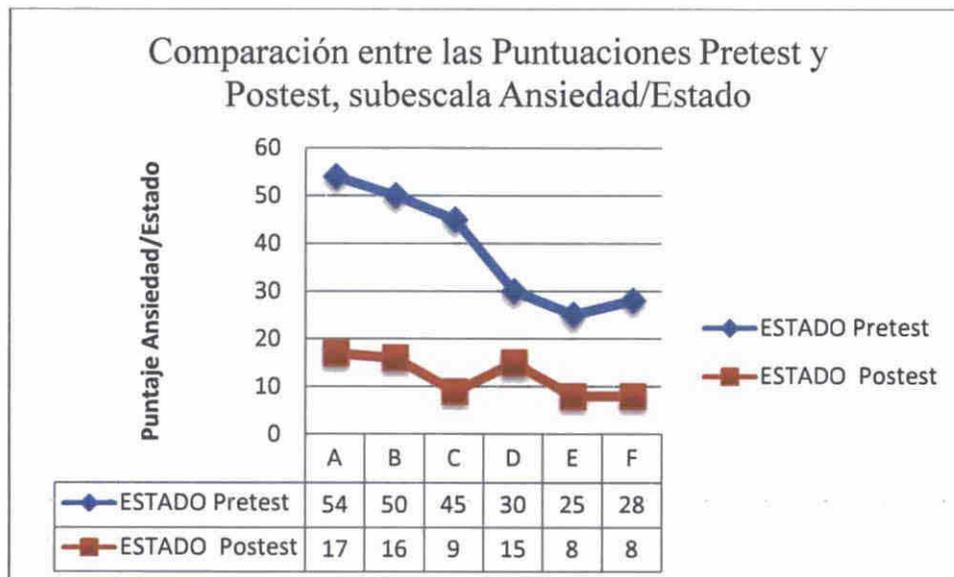
**Nivel de significación de  $\alpha = 0,05$**

**TABLA N° 2**

Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Ansiedad/ Estado

Sujeto	ESTADO Pretest	ESTADO Postest
A	54	17
B	50	16
C	45	9
D	30	15
E	25	8
F	28	8

**GRÁFICA N° I**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones en la subescala Ansiedad/Estado en el pretest son significativamente diferentes a las puntuadas en el postest. Se aprecia una disminución en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención psicoterapéutica.

## Cálculo estadístico de la prueba

### Estadística Descriptiva

	Minimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	25 000	54 000	38 667	12 485
Postest	8 000	17 000	12 167	4 262

### Prueba de Wilcoxon de los rangos signados

p valor	0 031
Alfa	0 05

### Decisión

Como el p valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha = 0 05$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_1$

El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es menor que 3 13%

### Conclusión

La Intervención Psicoterapéutica de Apoyo disminuyó los niveles de Ansiedad/Estado

## 2 1 2 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Ansiedad/Rasgo

$$H_0 \bar{X} (AR) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (AR) G \text{ Exp D}$$

$$H_1 \bar{X} (AR) G \text{ Exp A} > \bar{X} (AR) G \text{ Exp D}$$

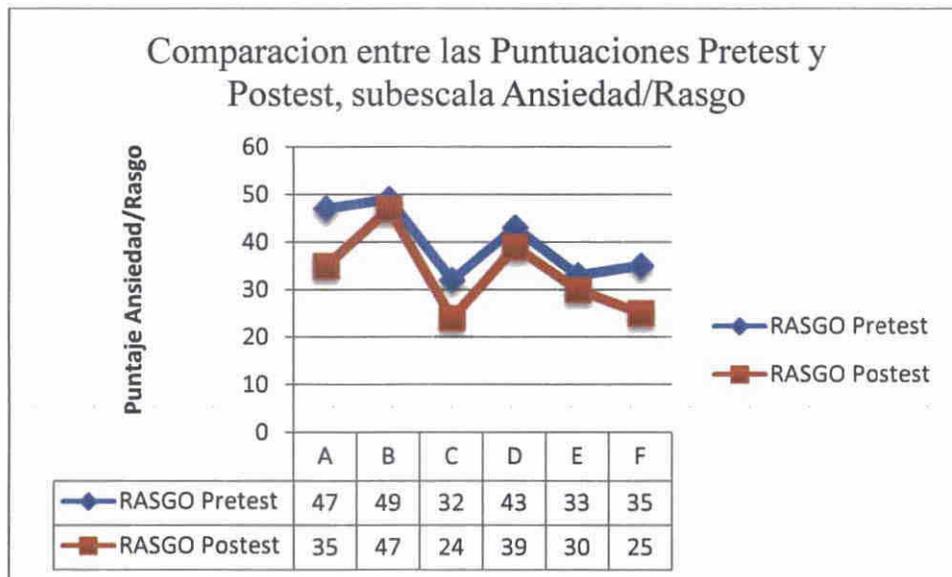
Nivel de significancia  $\alpha = 0 05$

**TABLA N° 3**

Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Ansiedad/ Rasgo

SUJETO	Pretest Rasgo	Postest Rasgo
A	47	35
B	49	47
C	32	24
D	43	39
E	33	30
F	35	25

**GRÁFICA N° II**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones en la subescala Ansiedad/Rasgo en el pretest son ligeramente mayores a las puntuadas en el postest. Se aprecia una disminución en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención psicoterapéutica sin embargo esta no es estadísticamente significativa.

## Cálculo estadístico de la prueba

### Estadística Descriptiva

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	32 000	49 000	38 400	7 335
Posttest	24 000	47 000	33 000	8 923

### Prueba de Wilcoxon de los rangos signados

p valor	0 063
alfa	0 05

### Decisión

Como el p valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0 05$  no se rechaza la hipótesis nula  $H_0$

El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es de 6 25%

### Conclusión

A pesar de que los niveles de Ansiedad Rasgo disminuyeron después de la intervención dicha disminución no fue estadísticamente significativa

## 2 1 3 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Posttest STAI (Ansiedad Total)

$$H_0 \bar{X} (AT) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (AT) G \text{ Exp D}$$

$$H_1 \bar{X} (AT) G \text{ Exp A} > \bar{X} (AT) G \text{ Exp D}$$

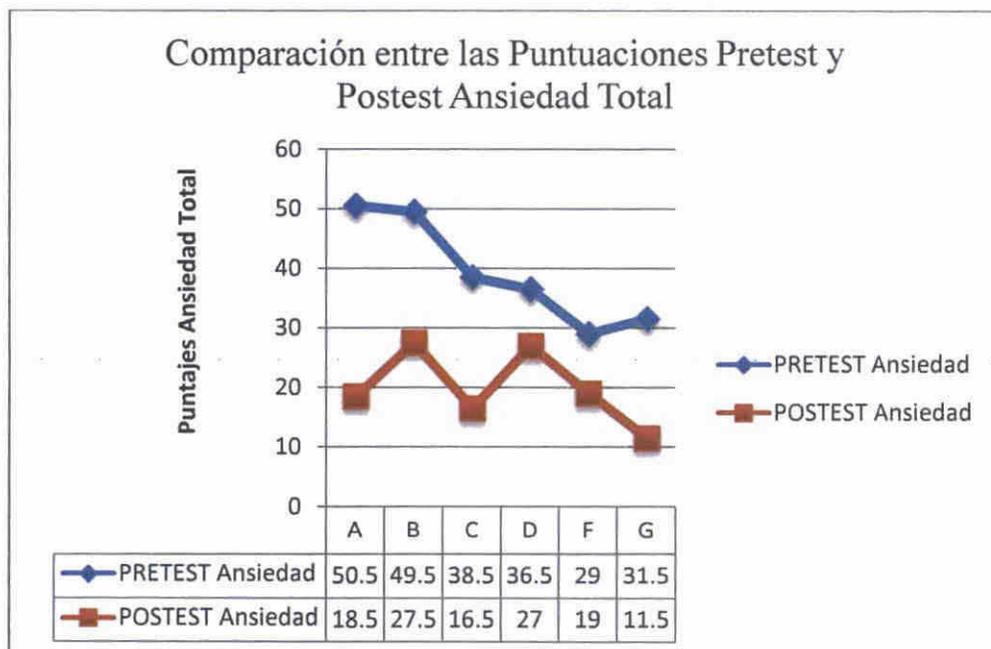
Nivel de significancia  $\alpha = 0 05$

**TABLA N°. 4**

Comparación de Resultados Pretest y Postest Ansiedad Total

SUJETO	Pretest Ansiedad	Postest Ansiedad
A	50.5	18.5
B	49.5	27.5
C	38.5	16.5
D	36.5	27
F	29	19
G	31.5	11.5

**GRÁFICA N° III**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones pretest Ansiedad Total son significativamente mayores a las puntuadas en el postest. Se aprecia una disminución significativa significativa en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención psicoterapéutica.

## Cálculo estadístico de la prueba

### Estadística Descriptiva

	Minimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	29 000	50 500	39 250	8 999
Postest	11 500	27 500	20 000	6 213

### Prueba de Wilcoxon de los rangos signados

p valor	0 036
alfa	0 05

### Decisión

Como el p valor computado es menor que el nivel de significacion  $\alpha=0 05$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_1$

El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es menor que 3 55%

### Conclusión

La Intervencion Psicoterapéutica de Apoyo disminuyo los niveles de Ansiedad  
Total de la muestra

## 2 1 4 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Depresión /Estado

La aplicación del IDER antes de iniciado el tratamiento tuvo como fin el obtener datos que nos fueran utiles a la hora de comprobar si luego de la intervencion se habia producido cambio alguno Basándonos en este supuesto establecimos que

$$H_0 \bar{X} (DE) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (DE) G \text{ Exp D}$$

$$H_1 \bar{X} (DE) G \text{ Exp A} > \bar{X} (DE) G \text{ Exp D}$$

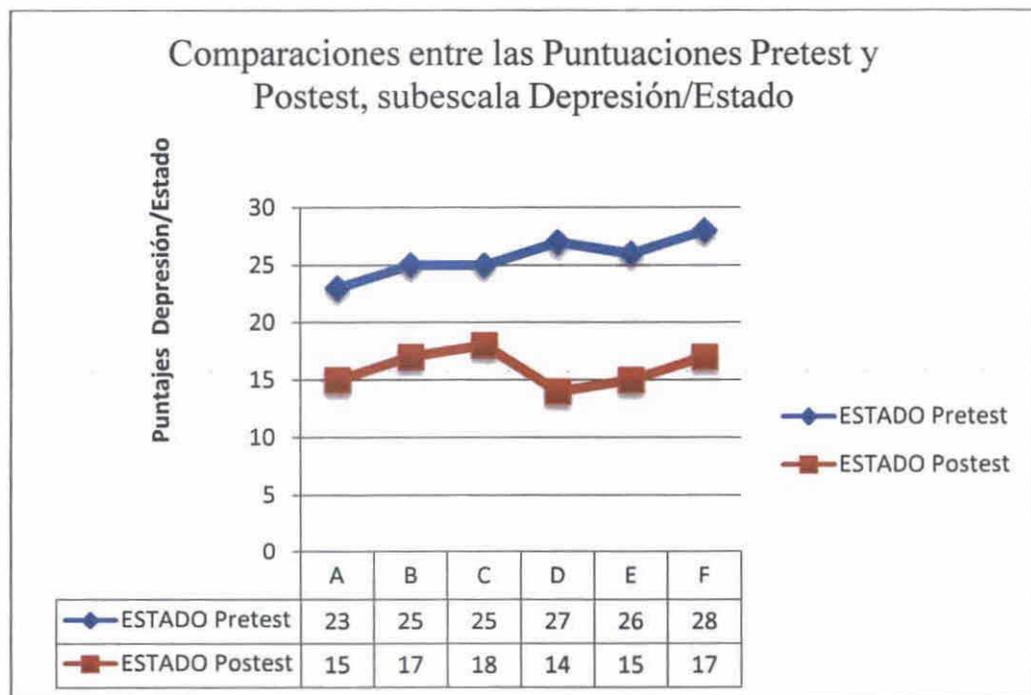
Nivel de significación de  $\alpha = 0 05$

**TABLA N° 5**

Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Depresión/ Estado

SUJETOS	Pretest Estado	Postest Estado
A	23	15
B	25	17
C	25	18
D	26	14
E	27	15
F	28	17

**GRÁFICA N° IV**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones en la subescala Depresión/Estado en el pretest son significativamente mayores a las puntuadas en el postest.

Se aprecia una disminución significativa en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención

### **Cálculo estadístico de la prueba**

#### Estadística Descriptiva

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	23 000	28 000	25 667	1 751
Postest	15 000	20 000	17 500	1 643

#### Prueba de Wilcoxon de los rangos signados

p valor	0 035
alfa	0 05

#### **Decisión**

Como el p valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0 05$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_1$

El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es menor que 3 50%

#### **Conclusión**

La Intervención Psicológica de Apoyo disminuyó los niveles de Depresión/Estado

### **2 1 5 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Depresión /Rasgo**

$$H_0 \bar{X} (\text{DR}) G \text{Exp A} \leq \bar{X} (\text{DR}) G \text{Exp D}$$

$$H_1 \bar{X} (\text{DR}) G \text{Exp A} > \bar{X} (\text{DR}) G \text{Exp D}$$

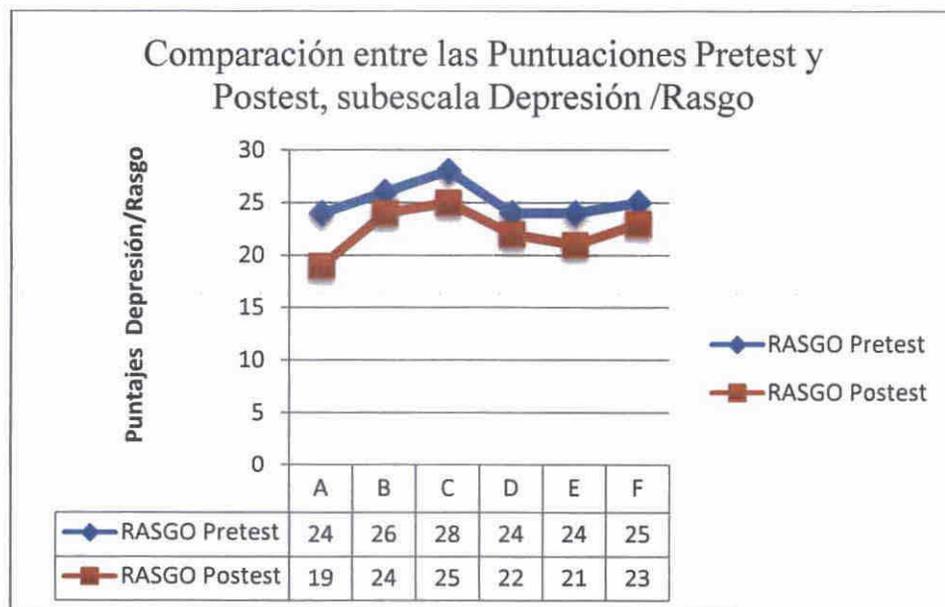
**Nivel de significación de  $\alpha = 0 05$**

**TABLA N° 6**

Comparación de Resultados Pretest y Postest en la subescala Depresión/ Rasgo

SUJETO	Pretest Rasgo	Postest Rasgo
A	24	19
B	26	24
C	28	25
D	24	22
E	24	21
F	25	23

**GRÁFICA N° V**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones en la subescala Depresión /Rasgo en el pretest no son significativamente diferentes a las puntuadas en el postest. Se aprecia una disminución poco significativa en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención psicoterapéutica.

## Cálculo estadístico de la prueba

### Estadística Descriptiva

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	24 000	28 000	25 400	1 673
Postest	21 000	25 000	23 000	1 160

### Prueba de Wilcoxon de los rangos signados/ Prueba bilateral

p valor	0 053
alfa	0 05

### Decisión

Como el p valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0 05$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$ . El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es de 5 33%

### Conclusión

A un nivel de significancia de alfa 0 05 los puntajes obtenidos en la subescala Depresión/Rasgo no varían significativamente

### 2 1 6 Prueba de Hipótesis de Comparación entre las puntuaciones Pretest Postest Depresión /Rasgo

$$H_0 \bar{X} (DT) G \text{ Exp A} \leq \bar{X} (DT) G \text{ Exp D}$$

$$H_1 \bar{X} (DT) G \text{ Exp A} > \bar{X} (DT) G \text{ Exp D}$$

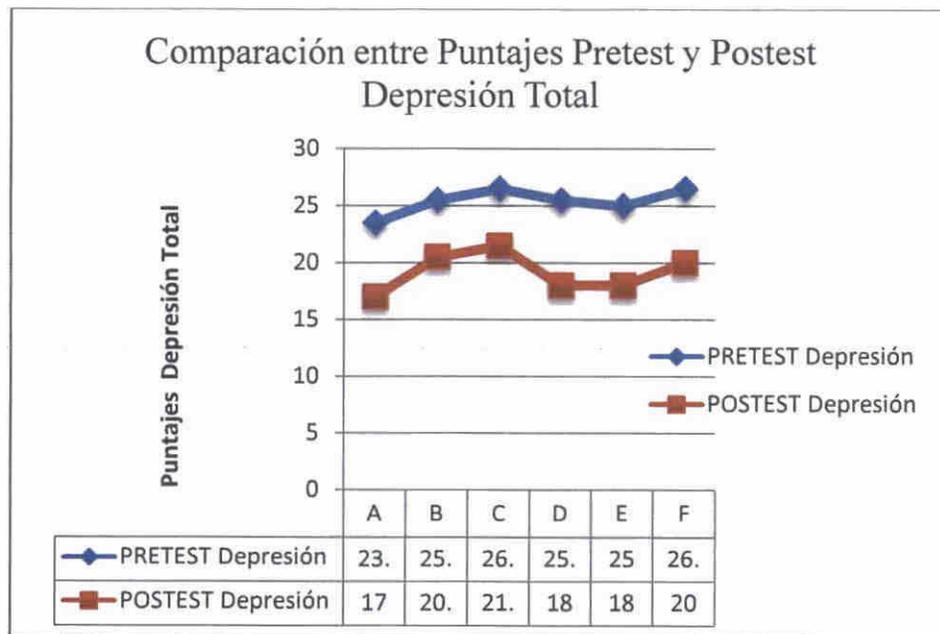
Nivel de significación de  $\alpha = 0 05$

**TABLA N° 7**

Comparación de Resultados Pretest y Postest Depresión Total

SUJETOS	Pretest Depresión	Postest Depresión
A	23.5	17
B	25.5	20.5
C	26.5	21.5
D	25.5	21
E	25	18
F	26.5	20

**GRÁFICA N° VI**



Los datos en esta gráfica nos indican que las puntuaciones pretest Depresión Total son significativamente diferentes a las puntuadas en el postest. Se aprecia una disminución significativa en el puntaje de todos los participantes luego de haber recibido la intervención psicoterapéutica.

## Estadística Descriptiva

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pretest	23 500	26 500	25 417	1 114
Postest	17 000	21 500	19 167	1 751

## Prueba de Wilcoxon de los rangos signados

p valor (bilateral)	0 035
alfa	0 05

## Decisión

Como el p valor computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0 05$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_1$

El riesgo de rechazar la hipótesis nula  $H_0$  cuando es verdadera es menor que 3 50%

## Conclusión

A un nivel de significación de  $\alpha 0 05$  los puntajes obtenidos Depresión Pretest Postest Total varían significativamente

### **3 RESUMEN DE LOS RESULTADOS**

#### **3 1 Análisis del comportamiento de la variable Ansiedad**

Para cuantificar el comportamiento de la variable Ansiedad antes y después de la intervención se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) El mismo mide los niveles de ansiedad distribuyéndolos en dos subescalas

**3 3 1 Ansiedad/Estado** el análisis de los datos arrojados en esta subescala nos indica que hubo una diferencia en los niveles de ansiedad antes y después de haber recibido el programa de intervención Los resultados reportan que los pacientes tuvieron una disminución significativa en cuanto a la tensión aprehensión y activación fisiológica se refiere

**3 3 2 Ansiedad/Rasgo** luego de haber recibido la intervención los resultados puntuados en esta subescala indican que hubo una disminución leve en los pacientes con respecto a la propensión a percibir las situaciones amenazadoras

La aplicación Posttest del Cuestionario de Ansiedad STAI muestra que los pacientes experimentaron una disminución significativa en sus niveles de ansiedad asociados a la situación de estrés financiero y crisis económica que experimentan

#### **3 2 Análisis del comportamiento de la variable Depresión**

Para medir el comportamiento de la variable Depresión antes y después de la intervención se utilizó el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) El mismo mide los niveles de depresión distribuyéndolos en dos subescalas

**3 2 1 Depresión/Estado** todos los pacientes puntuaron una disminución significativa en los niveles de depresión luego de haber participado en el programa psicoterapéutico El análisis de esta información nos muestra que el grado de afectación en el estado de ánimo cambió de manera importante

**3 2 2 Depresión/Rasgo** el análisis de los resultados puntuados en el postest refiere que no se percibió un cambio significativo en cuanto a la frecuencia de la ocurrencia de los sentimientos de depresión en los pacientes

La aplicación Postest del IDER muestra que los pacientes experimentaron una disminución significativa en sus niveles de depresión asociados a la situación de estrés financiero y crisis económica que experimentan Sin embargo este cambio se aprecia en cuanto al grado de afectación no se apreció un cambio significativo a nivel de personalidad ni carácter

### **3 3 Análisis del comportamiento de la variable Estado Emocional**

Al inicio del programa de intervención psicoterapéutica, todos los sujetos coincidieron en sentir una sensación de malestar asociada a un estado de ánimo bajo Dicha sensación era atribuida a la crisis económica por la cual atravesaban desde hace varios meses Argumentaban sentirse estresados culpables estancados con baja autoestima, desesperados angustiados hundidos nerviosos frustrados sin ánimos avergonzados apenados e impotentes Toda esta gama de sentimientos se relacionaban directamente o indirectamente con el estrés de no poder cubrir sus necesidades básicas la pérdida de su seguridad subjetiva, problemas familiares y de pareja producto de la crisis financiera, pérdida del confort y sobre todo el no encontrar una salida a su problema

Tomando en cuenta la dinámica emocional de cada paciente se planeó una intervención que abordará no sólo la disminución de la sintomatología ansiosa y/o depresiva, sino que también trabajara en los conflictos que habían surgido indirectamente a causa de la crisis

Luego de finalizado el programa de intervención psicoterapéutico los pacientes manifestaron sentirse más aliviados y con ánimos de enfrentar la vida La sensación de malestar que experimentaban al inicio había disminuido y lo más importante es que habían logrado desahogarse y dejar atrás los sentimientos de culpa

Al tomar en consideración los resultados plasmados tanto a nivel cuantitativo como cualitativo encontramos suficiente evidencia para determinar que los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron mejorando así el estado emocional de los participantes del Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo

#### **4 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

El estudio estaba diseñado para comprobar la efectividad de una Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de pacientes diagnosticados con Trastorno de Adaptación Mixto vinculado a la ocurrencia de una crisis financiera en sus vidas. Partiendo de este supuesto haremos un recuento del estudio y de sus resultados incluyendo las implicaciones de los mismos.

Los resultados de esta investigación apoyan la hipótesis respecto a la disminución luego de aplicado el programa de la sintomatología depresiva y ansiosa y de la mejora del estado emocional de los participantes. Queda demostrada así la eficacia de la intervención psicoterapéutica en esta muestra de personas.

Los instrumentos de medición utilizados para medir el comportamiento de las variables puntuaban dos factores: el estado y el rasgo. Todos los pacientes demostraron una disminución significativa en sus niveles de ansiedad y depresión, pero esta disminución se evidenció en el grado de afectación de la sintomatología y no en la ocurrencia de la misma.

La intervención logró cambios significativos en el estado de ambas variables, sin embargo no en el factor rasgo de las mismas. Podemos atribuir este resultado a que los rasgos son características relativamente estables en la estructura de la personalidad de los individuos. Desde este punto de vista, la personalidad está formada por rasgos estables y consistentes que determinan, explican y hasta cierto punto permiten predecir el comportamiento individual.

El programa intervino en el estado de ánimo de los pacientes asociados a la condición por la cual atravesaban sin embargo no lo hizo a un nivel profundo con respecto a las características de su personalidad. Creemos que para lograr un cambio a nivel de rasgo se debe intervenir con una diferente modalidad de terapia (exploratoria para encontrar el porqué de la predisposición a sentirse amenazados y desdichados) y por un periodo mucho más largo.

Hemos establecido que el programa logró cambios significativos en cuanto a las condiciones emocionales asociadas al estrés financiero y a la crisis económica. Se produjo una disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. Podemos establecer que la sintomatología ansiosa se desencadenó debido a que los pacientes no creían que podía haber algún tipo de solución o alternativa de ayuda a su situación económica. Esto alimentaba los sentimientos de angustia, preocupación y desesperación.

Con respecto al desarrollo de la sintomatología depresiva determinamos luego de un exhaustivo análisis que la misma tuvo sus orígenes en la pérdida de la seguridad subjetiva, en sentirse responsables de su situación precaria y en la pérdida de relaciones estables con sus familiares y parejas. Esta última era de gran importancia para los pacientes pues no sólo tenían que lidiar con los embates del estrés financiera sino también con el detrimento de las relaciones que éste había producido. En cuanto a la culpa se refiere la misma detonó una baja en la autoestima y en la percepción positiva de sí mismos. Todo esto desencadenó en los pacientes sentimientos de minusvalía, desamparo y desesperanza.

A pesar de que al final del programa la crisis financiera todavía continuaba, el estrés financiero había disminuido pues los pacientes habían aprendido a enfrentar de una mejor manera su situación económica. El estado de ansiedad disminuyó significativamente debido a que los pacientes ya no percibían la situación financiera del todo como una amenaza irremediable. El estado subjetivo de angustia y desesperación ya no era igual que al principio pues los pacientes contaban con nuevas herramientas tanto psicológicas como financieras para manejar mejor su entorno.

Luego de finalizado la intervención psicoterapéutica los pacientes reportaron una mejoría en sus relaciones familiares y de pareja. El estado de depresión disminuyó significativamente pues los pacientes ya no se sentían solos ni desamparados. Percibían de parte de sus familiares y parejas más apoyo y menos recriminación. Esto conllevó a que los sentimientos de culpa disminuyeran ayudando así a que los pacientes se enfocaran de manera objetiva en buscar solución a su situación económica. El cambio en los sentimientos de culpa y vergüenza trajo consigo un incremento en la autoestima y el auto concepto de cada paciente.

El proporcionar nuevos instrumentos para el manejo de sus situaciones negativas tanto a nivel emocional como económico ayudó a disminuir los sentimientos de desesperanza minimizando a su vez los sentimientos de decaimiento.

Los cambios que produjo el programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en pacientes diagnosticados con Trastorno de Adaptación Mixto pueden ser resumidos en las siguientes observaciones:

- Los participantes del programa refirieron sentir una mejoría con respecto a sus estados emocionales.
- Cada paciente manifestó una disminución en los sentimientos de angustia y decaimiento luego de finalizado el programa. La disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa se corroboró mediante el análisis de las puntuaciones pretest y posttest donde se apreciaron cambios significativos.
- Los sujetos desarrollaron nuevas estrategias de afrontamiento para hacerle frente al estrés financiero.
- Todos los pacientes mejoraron su sistema de apoyo al mejorar sus relaciones personales y familiares.
- Hubo cambios a nivel de autoestima y auto concepto.
- Se reportaron cambios a nivel conductual y educacional en cuanto al manejo de las finanzas.
- La muestra reportó un cambio con respecto su percepción acerca de la crisis financiera. La misma ya no era percibida como irremediable ni incontrolable.

- La situación financiera no cambió sin embargo ellos sí experimentaron un cambio que condujo a una mejor adaptación al estrés financiero que vivían

Tomando en consideración las observaciones anteriores podemos determinar que el Programa de Intervención Psicológica Individual de Apoyo logró cumplir con sus objetivos. La evaluación cuantitativa y cualitativa de la investigación nos permite establecer que la sintomatología ansiosa y depresiva, asociada a la falta de adaptación a la crisis económica disminuyó significativamente mejorando así el estado de ánimo de los participantes.

## **5 ELEMENTOS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO**

La información plasmada en esta sección se divide en dos partes que atañen al desarrollo del proceso psicoterapéutico: las resistencias experimentadas por los pacientes y la contratransferencia. A continuación un resumen de los mismos.

### **5.1 Resistencias**

- En la etapa de evaluación se evidenció resistencia por parte de los pacientes al momento de comunicar su historia financiera y cómo ésta desencadenó en la ocurrencia de una crisis económica. Era evidente que los pacientes sentían que serían juzgados y culpados por el terapeuta. Todos a sus alrededores lo hacían así pues qué les aseguraba a ellos que el terapeuta no lo haría también. Para contrarrestar esta resistencia se recalca la importancia de una relación de mutuo respeto en la cual se trabajaría en conjunto para el beneficio del paciente. Era necesario que el paciente entendiera que el terapeuta no estaba allí para realizar juicios ni señalamientos que se pudieran traducir en el detrimento de su estado emocional.
- La negativa de querer expresar los sentimientos de enojo, culpa y dolor de manera abierta y sin reservas constituyó una conducta de resistencia al inicio del tratamiento. Era entendible que para los pacientes era difícil expresar y desnudar sus miedos y

sentimientos ante un total extraño. La expresión de los sentimientos sobre todo en los hombres es reprimida por la sociedad por lo tanto para ellos encontrarse dentro de una situación donde la abreacción era permitida y alentada resultaba extraño y novedoso. Para este proceso de intervención lograr una descarga emocional que permitiera poco a poco liberar el afecto negativo asociado a la crisis económica era trascendental para lograr una mejor adaptación a la misma. Se trabajó en eliminar esta resistencia ofreciéndole al paciente un ambiente contenedor y un espacio seguro e individualizado. Era necesario que los pacientes supieran que durante 60 minutos ese espacio pertenecía a ellos y que en él era seguro expresar sus sentimientos tal cual los experimentaban sin recibir una reprimenda o juicio.

- Durante la etapa media del tratamiento los pacientes se encontraban resistentes a dejar de utilizar sus defensas maladaptativas. Por ejemplo muchos pacientes se refugiaban bajo el paraguas del victimismo y el conformismo. De cierta manera les resultaba más cómodo lamentarse sobre su situación que tener que buscar una solución. Se resistían a movilizarse en busca de ese cambio tanto a nivel emocional como a nivel ambiental. Se les enfatizó que esta manera de pensar y actuar no estaba ayudando a su mejoría y que de hecho había mantenido la recurrencia de los síntomas.
- La influencia que ejercía el Superyó era notable especialmente en el caso de los pacientes varones. Ellos experimentaban una presión extrema de proveer y responder por sus familias y parejas. Esta presión se convirtió en una resistencia a la hora de trabajar en minimizar los sentimientos de culpa. Traían ellos muy arraigado la concepción de que el hombre tiene el deber absoluto de proveer para su familia. Este pensamiento sirvió de base para que los mismos se sintieran culpables y responsables de su desafortunada situación. La intervención consistió entonces en desmentir este estereotipo en hacerles entender que ahora nos encontramos viviendo en una época distinta en la cual ambos miembros de la pareja tienen iguales deberes y derechos. La carga financiera de un hogar podía ser compartida con la pareja sin que esto se tradujera en sentimientos de minusvalía y falta de hombre.

- Aunque todos acudieron al programa con la disposición y la esperanza de una mejora algunos se resistían a creer que su situación pudiera cambiar por lo irremediable que les parecía. Esto constituyó un obstáculo a la hora de brindar nuevas herramientas de afrontamiento y al momento de recalcar que debían asumir control sobre la situación y no dejar que la misma controlara sus vidas. Se enfatizó en ellos que la crisis económica era solo una parte de sus vidas, existían otros aspectos en los cuales también debían concentrarse, por ejemplo sus parejas, familias y trabajos. No creían poder tomar control sobre sí mismos por lo cual se les alentó a que podían y era necesario hacerlo.

## **5.2 Contratransferencia**

- Como terapeuta es difícil lidiar con las resistencias de los pacientes que ponen en peligro el desarrollo eficaz del proceso terapéutico. Para mí fue incómodo tener que tratar con la negativa de los pacientes a abandonar su rol de víctima. Esta negativa despertó sentimientos de ira en mí, pues no entendía a un nivel personal como para ellos era más cómodo quejarse que buscar una solución. Para resolver esta situación tuve que concentrarme en mi rol de psicoterapeuta y buscar respuestas en mi conocimiento de experta. No era que ellos conscientemente no querían cambiar, sino que dentro de ellos habían fuerzas inconscientes que se negaban a ese cambio.
- Mucha de las historias de los pacientes me causaron gran impacto. Escuchar que algunos no tenían para comer las tres comidas diarias o que habían perdido por completo el respeto por sí mismos me causó lástima. Confundí la empatía con la lástima. Tuve que tener mucho cuidado con esto, pues no quería que ésta se evidenciara en mi discurso hacia el paciente. Yo estaba para guiarlos en el proceso de mejora y tenerles lástima podía opacar mi juicio e intervenciones. Revisé estos sentimientos con un mi psicoterapeuta y resolví los mismos, pues era evidente que resonaban en partes de mi historia personal.

- Durante la etapa media del tratamiento puede experimentar sentimientos de desesperación al ver como algunos pacientes retrocedían y volvían a sentirse desesperanzados. Tuve que reenfocar mis sentimientos y concentrarme en encontrar que estaba ocasionando que los pacientes perdieran la esperanza. De esta manera se trabajó en buscar una solución para cada caso.
- En la etapa de terminación surgieron en mí sentimientos ambivalentes. Por un lado estaba satisfecha de que los pacientes hubiesen logrado una mejora notable, pero por otro lado me preocupaba que sería de ellos luego de terminado nuestro programa.

## 6 CONCLUSIONES

Tomando en consideración los resultados que acabamos de analizar y resumir, podemos concluir lo siguiente:

- El estudio se realizó con personas que padecían un estrés financiero crónico producto de una crisis financiera. Cada una de estas personas falló en enfrentar y adaptarse a este tipo de estresor desencadenando así una sintomatología ansiosa y depresiva. Esta aseveración ilustra lo que argumentó Quintanilla en el 2010. El mismo explicó que cuando las personas no pueden adaptarse o ajustarse a la influencia del medio económico se reactiva el sistema generando tensión, impotencia, indefensión, menosprecio, frustración y miedo.
- Las observaciones encontradas en esta investigación coinciden con los estudios de Lorenz, Conger y Montague (1994) los cuales establecen que esta clase de estrés financiero está mayormente ligada a la depresión y a la ansiedad.

- El Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo disminuyó los niveles de ansiedad y depresión de la muestra diagnosticada con Trastorno de Adaptación Mixto. Establecemos que esta disminución fue producto de la aplicación de la intervención psicoterapéutica en la cual se trabajó en la reducción del estrés financiero, en potenciar el afrontamiento hacia el mismo, pues este no podía ser eliminado, y en el establecimiento de un mejor sistema de apoyo para lograr la mejor adaptación posible.
- La muestra que participó en el programa experimentó una mejora en el estado emocional luego de recibir la intervención. Concluimos que el cambio se atribuye no sólo a la mejora en el afrontamiento hacia el estrés financiero sino también al mejoramiento de la calidad de las relaciones con sus parejas y familiares.
- El éxito de las metas psicoterapéuticas de este Programa de Intervención Individual de Apoyo validan el argumento de Perales y col (1998) que sugieren que la psicoterapia de apoyo es el tratamiento de elección para el Trastorno Adaptativo.
- Es de suma importancia el establecimiento de una alianza terapéutica sólida. Concluimos que dentro de este programa de intervención psicoterapéutica la relación que se estableció con cada paciente jugó un papel importante como escenario para la mejora de los mismos. Para estos pacientes el sentimiento de culpa y vergüenza era notorio. Ellos necesitaban ser escuchados sin ser juzgados ni señalados y sobre todo percibir el respeto por parte del terapeuta. Estas condiciones no eran experimentadas fuera del consultorio, lo cual agravaba la ocurrencia de la crisis. El establecimiento de una relación de respeto ayudó a que los pacientes recuperaran su autoestima, su autoconcepto y así lograran enfocarse en resolver los demás conflictos por los cuales atravesaban.
- Fue de gran utilidad considerar las características y necesidades individuales de cada paciente a la hora de orientar el tratamiento. Si bien es cierto el objetivo en común era el de disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva con la consecuente mejora

del estado emocional cada caso era unico y cada paciente tenia demandas individuales diferentes conllevando a que las tareas de la intervención fueran diferentes para cada quien El programa tenia un objetivo en comun pero para llegar a él se trabajo de diferentes maneras en cada caso

- La motivacion disposición y compromiso hacia el tratamiento de los pacientes fue un poderoso agente de cambio Ellos acudieron a la terapia esperando lograr una mejora en su estado emocional lo cual fue util a la hora de pedir cambios conductuales alentar defensas adaptativas y sobre todo eliminar aquellas que considerábamos perjudiciales para ellos Los pacientes se encontraban dispuestos a trabajar en conjunto con nosotros en pro de su mejora lo cual facilitó el proceso terapeutico y afianzo la relación terapeutica
- El proporcionar información financiera con miras a un aprendizaje y educación en la materia fue de gran ayuda para lograr que los pacientes pudieran manejarse mejor en torno al estrés financiero y además ayudo a calmar la ansiedad y la culpa al enfocar la atención del paciente en elementos cognitivos y desviarla de conflictos inconscientes El no contar con alternativas de solución debido a la falta de conocimiento aumentaba la sensacion de pérdida de control de los pacientes Este hallazgo coincide con los de Pearlín y col (1981) quienes establecieron que a la vez que la tension financiera aumentaba, la depresión incrementaba y la autoestima y la sensación de control personal disminuia Muchos no sabian acerca del ahorro del presupuesto de la consolidación de deudas etc Manejar esta información cambió un poco lo irremediable e incontrolable de la crisis financiera, aliviando así su condición psicológica
- Aunque cada caso y cada historia era diferente todos tenian varios elementos en comun Por ejemplo el sentimiento de culpa que aumentaba la tendencia a auto reprocharse estaba presente en la psiquis de todos los pacientes Era obvio que nos encontrábamos ante la presencia de un Superyó estricto y punitivo (en algunos casos) que acosaba y presionaba de manera critica al Yo Toda esta presión logró que los

pacientes explotaran y desarrollaran un estado emocional precario Otro comun denominador entre estas personas era la tendencia mal sana de considerarse víctimas Al considerarse victimas asumian este rol impidiendo asi la movilización hacia cualquier cambio o busqueda de solución De cierto modo era una ganancia secundaria asumir el rol de victima Para aquellos que contaban con un Superyo punitivo el ser victimas de un sufrimiento les suponía el castigo que se merecian Para otros el ser victimas no les permitia ver más alla en busca de una solucion que muchas veces resultaba obvia para el ojo espectador

## **7 RECOMENDACIONES**

Las observaciones recomendadas a continuación se dividen en tres aspectos aquellas dirigidas a la mejora del proceso terapéutico aquellas enfocadas en los elementos contratransferenciales y resistencias y por ultimo las que son recomendadas a un nivel investigativo

### **7.1 Proceso Terapéutico**

- Es necesario asegurar el establecimiento de una alianza terapéutica solida, basada en una relación de confianza y seguridad Esto facilita el proceso de develación por parte de los pacientes
- Se recomienda recalcarle al paciente que el proceso terapéutico es un trabajo de dos Tienen que sentir que deben ser participes de su mejoria para que cuando lo logren el éxito se convierta en un componente motivacional para futuras resoluciones de problemas Ellos deben ser los responsables del cambio el terapeuta sirve de guia y apoyo pero las decisiones son tomadas por ellos
- El establecimiento de las metas y objetivos es importante Se recomienda siempre tener esto presente para divisar la ocurrencia de un desvío y evitar cualquier cambio que pueda comprometer el proceso terapéutico

- Ofrecer reaseguramiento y esperanza son estrategias fundamentales en la terapia de apoyo sin embargo se recomienda que éstas sean basadas en una evaluación realista del paciente y su situación pues de no ser así las mismas pueden llegar a no tener sentido y convertirse en dañinas
- Educar al paciente constituye otra estrategia imprescindible dentro de la modalidad de Psicoterapia de Apoyo. Por lo tanto es recomendable que el terapeuta cuente con un vasto conocimiento acerca de múltiples temas de interés, se informe y estudie cuando surja la necesidad de aplicar dentro de las sesiones alguno que no maneje a la perfección

## **7.2 Elementos Contratransferenciales y Resistencias**

- El terapeuta nunca debe perder de vista la asimetría de la relación. Esta es una relación profesional más que de amistad. Esto es útil a la hora de dirigir nuestro discurso hacia el paciente. Nos estamos dirigiendo hacia un paciente que requiere de orientación, no a un amigo al cual le podemos imponer que hacer o no hacer.
- Resulta imprescindible acudir a terapia personal cuando el discurso del paciente detona sentimientos asociados a experiencias personales nuestras. De lo contrario podemos empañar la relación y perjudicar al paciente.
- Las resistencias son normales dentro de cualquier proceso terapéutico. No debemos temerles sino más bien aprender de ellas. Las mismas traen consigo una gama rica de información acerca del paciente que siempre resulta útil. Sólo debemos reenfocar el significado de las mismas dentro de la terapia. No representarán un obstáculo para nosotros si sabemos analizarlas; de lo contrario podrán aportar información muy valiosa para dirigir las intervenciones.

### **7.3 Nivel Investigativo**

- Se recomienda probar la efectividad de la Psicoterapia de Apoyo con Orientación Psicoanalítica en otro grupo de pacientes con diagnóstico diferente para así generalizar un poco más la eficacia de esta modalidad de psicoterapia
- Es recomendable realizar una investigación tipo diseño experimental aumentando el tamaño muestral que permita el estudio de dos muestras un grupo control y otro experimental. De esta manera podemos tener una investigación más especializada que valide la nuestra
- Sería de gran provecho realizar un programa que incluyera a los familiares y parejas de los pacientes ya tratados para así procurar la mejora en todo el sistema familiar

## BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría (2003) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR)* México Ed Manual Moderno
- Aragón L y Silva, A (2002) *Evaluación Psicológica Fundamentos Teóricos* México Ed Pax México
- Davis Christopher y Mantler Janet (2004) *The Consequences of Financial Stress for Individuals Families and Society* Reporte no publicado Center for Research on Stress Coping and Well being department of psychology Carleton University
- De Jonghe F Rijnierse P y Janssen R (1994) *Psychoanalytical Supportive Psychotherapy* Journal of the American Psychoanalytic Association Sage Publications
- Gabbard G (2002) *Introduction to Supportive Psychotherapy* Washington Ed Core Competencies
- Gabbard G (2009) *Psiquiatría Dinámica en la Práctica Clínica* Argentina Ed Panamericana
- Gelder M López J Ibor Jr y Andreasen N (2003) *Tratado de Psiquiatría (Tomo II)* Barcelona Ars Medica
- Hales R Yudofsky S y Gabbard G (2004) *Tratado de Psiquiatría Clínica* México Masson
- Kratochwill Th R Mott S E & Dodson C L *Estudio de caso e investigación de caso único en psicología clínica y aplicada* En A S Bellack & Hersen M (eds)

*Metodos de investigacion en psicologia clinica* (pp 67 113) Bilbao Desclée de Brower (1989)

- Oblitas L (2008) *Psicoterapias Contemporaneas* México Cengage Learning
- Perales Alberto ed (1998) *Manual de Psiquiatria Humberto Rotondo* (2da Ed) Lima UNMSM
- Pinsky H (1997) *A Primer of Supportive Psychotherapy* London Ed The Analytic Press
- Rice F (2000) *Desarrollo Humano Estudio del Ciclo Vital* México Pearson Prentice Hall
- Rockland L H (1989) *Supportive Therapy A Psychodynamic Approach* New York Basic Books
- Sampieri R (2006) *Metodologia de la Investigacion* México Mc Graw Hill
- Sarason I Sarason B (1996) *Psicologia Anormal El problema de la conducta inadaptada* México Prentice Hall
- Shalev A Y (2004) Further lessons from 9/11 Does stress equal trauma? *Psychiatry* 67 174 177
- Slatkoff Karl (1996) *Intervención en crisis manual para práctica e investigación* México D F El Manual Moderno

## DICCIONARIO

- Laplanche Jean (2004) *LAP Diccionario de Psicoanálisis* Buenos Aires Raidos

## JOURNAL

- Baker WE y Jimerson JB (1992) The Sociology of Money *American Behavioral Scientist* N° 35 678 693
- Hellersstein y col (1994) Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 300 306
- Kernberg Otto (1998) Psicoanálisis Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo Controversias Contemporáneas *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Vol 64 N° 2
- Livingstone S Y Lunt P K (1992) Predicting Personal Debt and Debt Repayment Psychological Social and Economic Determinants *Journal of Economic Psychology* N° 13 111 134
- Prada, A (2008) Fundamentos Técnicos de la Psicoterapia de Apoyo *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol 37 Suplemento N° 1
- Quintanilla, L (1997) *Psicología Económica Fundamentos teóricos* Ed McGraw Hill
- Sigmund Freud (1930) *El Malestar de la Cultura* Ensayo Publicado por el autor
- Vallejo J (1999) *Trastornos Afectivos Ansiedad y Depresión* España Ed Masson

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- American Psychological Association *Therapy* [en línea] Recuperado el 4 de noviembre de 2010 de [http //www apa org/topics/therapy/index.aspx](http://www.apa.org/topics/therapy/index.aspx)
- Davidson Jeff (2001) *Sobrevivir a la Cultura del Estrés* [en línea] Recuperado el 6 de noviembre de 2010 de [http //bibliotecaetsitupm wordpress com/2008/07/29/sobrevivir a la cultura del estres en bibliotecaetsit/](http://bibliotecaetsitupm.wordpress.com/2008/07/29/sobrevivir-a-la-cultura-del-estres-en-bibliotecaetsit/)
- Denegri Marianela (2007) Introducción a la Psicología Económica, [en línea] Recuperado el 10 de octubre de 2010 de [http //www psicologiacientifica com/bv/psicologia 313 1 entrevista a marianela denegri coria phd psicologia economic.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-313-1-entrevista-a-marianela-denegri-coria-phd-psicologia-economica.html)
- Chan Margaret (2009) Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la *salud* [en línea] Declaración de la Directora General de la OMS 1 de abril de 2009 Recuperado el 3 de septiembre de 2010 de [http //www who int/mediacentre/news/statements/2009/financiacrisis\\_2009 0401/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/index.html)
- Chan Margaret (2009) El Efecto de las crisis mundiales en la salud dinero clima y *microbios* [en línea] Discurso en el vigésimo tercer Foro sobre asuntos de interés mundial Berlín Alemania 18 de marzo de 2009 Recuperado el 3 de septiembre de 2010 de [http //www who int/dg/speeches/2009/financiacrisis\\_20090318/es/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/es/index.html)

- Escribano S (2010) *Trastornos Adaptativos y Crisis Económica una crisis llama a otra crisis* Medycsa Blog [en línea] Recuperado el 5 de octubre de 2010 de [http://medycsa.wordpress.com/2010/07/16/trastornos adaptativos y crisis economica %E2%80%9Cuna crisis llama a otra crisis%E2%80%9D/](http://medycsa.wordpress.com/2010/07/16/trastornos-adaptativos-y-crisis-economica-%E2%80%9Cuna-crisis-llama-a-otra-crisis%E2%80%9D/)
- García, S (2005) *Reflexiones sobre economía y psicología* [en línea] Recuperado el 10 de octubre de 2010 de [http://www.psicopol.unsl.edu.ar/junio04\\_notas4.htm#1](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/junio04_notas4.htm#1)
- Hernández A (2011) *La Economía Panamena y el Control de la Deuda* La Estrella [en línea] Recuperado el 5 de agosto de 2011 de [http://www.laestrella.com.pa/online/impreso/2011/08/01/la\\_economia\\_panamena\\_y\\_el\\_control\\_de\\_la\\_deuda.asp](http://www.laestrella.com.pa/online/impreso/2011/08/01/la_economia_panamena_y_el_control_de_la_deuda.asp)
- Herrea, A (2009) *Psicología para atajar la crisis* ABC Periódico Electrónico [en línea] Recuperado el 3 de septiembre de 2010 de [http://www.abc.es/20090407/canarias/canarias/psicologia para atajar crisis 20090407.html](http://www.abc.es/20090407/canarias/canarias/psicologia-para-atajar-crisis-20090407.html)
- Hurtado J (2011) *Psicología de la Crisis* [en línea] Recuperado el 16 de febrero de 2011 de [http://www.suite101.net/content/psicologia de la crisis a42137](http://www.suite101.net/content/psicologia-de-la-crisis-a42137)
- Mejía, Luz (2011) *La Desigualdad Social Persiste en Panamá* La Estrella [en línea] Recuperado el 15 de mayo de 2011 de <http://www.laestrella.com.pa/mensual/2011/01/20/contenido/323430.asp>

- Nebehay S (2008) *Crisis financiera aumentará los problemas de salud mental* OMS Reuters AMERICA LATINA [en línea] Recuperado el 16 de febrero de 2010 de <http://la.reuters.com/article/idLTASIE4980X020081009>
- Pinzon K L (2011) *Alto Costo de la Vida Ahoga Panamenos* El Siglo [en línea] Recuperado el 15 de mayo de 2011 de <http://www.elsiglo.com/mensual/2011/04/26/contenido/357938.asp>
- Roldan T (2010) *La crisis economica ha incrementado las consultas de los psicologos* La Tribuna de Albacete [en línea] Recuperado el 10 de octubre de 2010 de <http://www.latribunadealbacete.es/noticia.cfm/Local/20100401/crisis/economica/ha/incrementado/consultasde/psicologos/B521DB4C-BC74-7FE5-4C35AEF51AA853D1>
- Quintanilla I (2010) *Psicología de la Economía Conductual y de las crisis financieras* [en línea] Recuperado el 4 de agosto de 2010 de [http://manuelgross.bligoo.com/content/view/724433/Psicologia\\_de\\_la\\_Economia\\_Conductual\\_y\\_de\\_las\\_crisis\\_financieras.html#content\\_top](http://manuelgross.bligoo.com/content/view/724433/Psicologia_de_la_Economia_Conductual_y_de_las_crisis_financieras.html#content_top)
- Quintero A (2011) *Las Políticas de Estado y el Alto Costo de la Vida* La Estrella [en línea] Recuperado el 12 de mayo de 2011 de [http://www.laestrella.com.pa/online/impreso/2011/05/09/las\\_politicas\\_de\\_estado\\_y\\_el\\_alto\\_costo\\_de\\_la\\_vida.asp](http://www.laestrella.com.pa/online/impreso/2011/05/09/las_politicas_de_estado_y_el_alto_costo_de_la_vida.asp)
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2010) *Getting Through Tough Economic Time* [en línea] Recuperado el 10 de octubre de 2010 de <http://www.samhsa.gov/economy/>

## REVISTAS PUBLICADAS

- Canto J (2011) El guru del dinero *Ellas La Prensa* Edición N° 1112 90 92
- Canto J (2011) 10 Claves para enfrentar una crisis *Ellas La Prensa* Edición N° 1114 110

## PUBLICACIONES OFICIALES DEL GOBIERNO

- Alvarado R (2008) *La distribución de los ingresos en los hogares de Panamá* Ministerio de Economía y Finanzas República de Panamá
- Superintendencia de Bancos (2011) *Informes de Centros Bancarios Cartera de Préstamos* República de Panamá
- Censos Nacionales (2011) *Población de 10 y más años de edad ocupada en la república por ingreso mensual percibido según provincia comarca indígena sexo y grupos de edad censo 2010* República de Panamá

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL POSIBLE PARTICIPANTE

Esta hoja informativa es para los posibles participantes del estudio clínico Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo dirigido a Miembros de Cooperativa Panamena. Ustedes están siendo invitados a participar en un estudio de investigación. Es importante que conozcan el motivo que impulsa esta investigación y los posibles beneficios e incomodidades que el estudio involucra. Por favor tomen su tiempo para leer cuidadosamente la siguiente información.

#### 1 Sobre el investigador

La investigadora responsable del estudio de informarle, contestar sus dudas y preguntas es la psicóloga Maryam Berroa de Gonzalez. Puede contactarla al número celular 6615 4299 o dejarle un mensaje en las instalaciones de la cooperativa.

#### 2 Propósito del Estudio

El objetivo del estudio para el cual solicitamos su colaboración es comprobar la eficacia del Programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo. Este busca mejorar algunos aspectos del estado emocional de los participantes.

#### 3 Procedimientos del Estudio

Para llevar a cabo el estudio se requerirá de su colaboración para realizar una entrevista inicial con la psicóloga. Posterior a ello, si se cumple con los requisitos para ser incluido en el estudio, se llevará a cabo el programa que consistirá en 12 sesiones de 60 minutos cada una, las cuales serán realizadas cada semana de manera individual.

Antes de iniciar el programa, le serán aplicadas 2 pruebas STAI e IDER, las cuales van destinadas a medir su estado emocional y posterior al tratamiento se realizara una segunda aplicacion

#### **4 Beneficios de este Estudio**

Las ganancias de este estudio seran la obtención de habilidades de afrontamiento para enfrentarse a la problematica que están viviendo y tener una mejora en su estado de ánimo

#### **5 Participación en el Estudio**

La participación es estrictamente voluntaria es decir usted decide libremente si participa o no y de igual manera puede retirarse en cualquier momento sin que esto le perjudique de ninguna forma Su participación en el estudio no tendrá ningun costo

#### **6 Confidencialidad**

La información que usted suministre será estrictamente confidencial sólo la persona responsable de la investigacion tiene acceso a los datos La información que usted provea, no será usada para ningun otro propósito fuera de esta investigacion Su historia clinica y las pruebas realizadas serán codificadas utilizando un numero de identificación y por lo tanto seran anónimas

**Importante** Si posee algun tipo de pregunta, es conveniente que las realice antes de aceptar su participación en el estudio Si no desea participar en el estudio absténgase de firmar la hoja de consentimiento informado

## ANEXO N° 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellido)

Declaro que se me ha facilitado una hoja informativa y que comprendo el significado de la investigación

Reconozco que he recibido suficiente información de manera verbal y escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio Soy consciente de que la información que provea es estrictamente confidencial y no será utilizada para otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento

Comprendo que mi participación es voluntaria y que no implica ninguna remuneración económica

Así mismo comprendo que puedo retirarme del estudio sin que esto me perjudique de ninguna manera

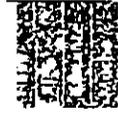
Con mi firma acepto participar voluntariamente en esta investigación

Panamá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2011

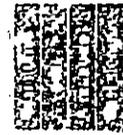
Firma del participante

---

DM



**MUESTRA**



INSTRUCCIONES

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1 Me siento bien	1	2	3	4
2 Estoy por ir	1	2	3	4
3 Estoy con él	1	2	3	4
4 Estoy enojado	1	2	3	4
5 Me siento desdichado	1	2	3	4
6 Estoy perdido	1	2	3	4
7 Estoy contento	1	2	3	4
8 Estoy triste	1	2	3	4
9 Estoy muy estresado	1	2	3	4
10 Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11 Disfruto de la vida	1	2	3	4
12 Me siento desdichado	1	2	3	4
13 Me siento pleno	1	2	3	4
14 Me siento desdichado	1	2	3	4
15 Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16 Estoy decepcionado	1	2	3	4
17 No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18 Estoy hambriento	1	2	3	4
19 Estoy triste	1	2	3	4
20 Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1 Me siento bien	1	2	3	4
2 Estoy por ir	1	2	3	4
3 Estoy con él	1	2	3	4
4 Estoy enojado	1	2	3	4
5 Me siento desdichado	1	2	3	4
6 Estoy perdido	1	2	3	4
7 Estoy contento	1	2	3	4
8 Estoy triste	1	2	3	4
9 Estoy muy estresado	1	2	3	4
10 Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11 Disfruto de la vida	1	2	3	4
12 Me siento desdichado	1	2	3	4
13 Me siento pleno	1	2	3	4
14 Me siento desdichado	1	2	3	4
15 Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16 Estoy decepcionado	1	2	3	4
17 No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18 Estoy hambriento	1	2	3	4
19 Estoy triste	1	2	3	4
20 Me siento enérgico	1	2	3	4

Autores: C. D. Spielberger  
 Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en castellano. No se permite su explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en castellano. **NO LA DIFUNDIR** Todos los derechos reservados. **TEA**

PRESENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS SUJETOS  
PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

## **HISTORIA CLÍNICA CASO N° 1**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	A
Edad	47 años
Sexo	Femenino
Escolaridad	Tecnico Universitario
Estado Civil	Separado
Nacionalidad	Panameña
Ocupación	Empleado Publico
Nivel Socioeconómico	Bajo
Religión	Católica
Raza	Mestiza

### **PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA**

La paciente refiere no sentirse bien anímicamente debido a una serie de problemas que aquejan su vida. Desea saber si la pueden ayudar para sentirse mejor.

### **REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE**

Hace ya más de un año la paciente ha estado experimentado síntomas de intranquilidad, preocupación excesiva y ánimo deprimido. La paciente asocia estos síntomas a la ocurrencia de una crisis económica en su vida. La paciente refiere que su situación económica no siempre fue mala. La misma sufrió un revés cuando se separó de su esposo. Su esposo era el que llevaba la economía del hogar pues lo que ella ganaba no era suficiente sólo alcanzaba para sus gastos personales. Comenta la paciente que ella y su esposo tenían prestamos en conjunto que luego de la separación él decide dejar de pagar. Esto la obligo a tener que hacerse cargo de ellos.

Su situación económica es denominada por la paciente como grave. La paciente califica su situación como grave debido a que sólo cobra un 10% de su sueldo total pues el mismo está comprometido con entidades bancarias y financieras. Sumado a esto debe dinero a los llamados agiotistas. La peor parte del problema, como refiere la paciente, es que los agiotistas la persiguen, asechan y acosan en el trabajo, incluso llegando a indisponerla con sus compañeros de trabajo. La paciente ya no se siente segura en su labor, pues siente que en cualquier momento le van a llegar a cobrar.

La paciente mantenía toda esta situación lejos del conocimiento de sus hijos, sin embargo un día se le cayó la tapa del coco, refiere. Sus compañeras presenciando la discusión con un agiotista, deciden llamar a su hijo mayor para hacerle participe de la situación de su madre. Manifiesta la paciente que su hijo se sintió sumamente avergonzado y molestó, pues alegaba que su madre lo había estado engañando al mantener oculta su situación. Desde que su hijo tuvo conocimiento de esta situación, muchas cosas cambiaron entre ellos, quebrantando la relación para siempre, alega la paciente.

Debido a que no dispone de mucho dinero para cubrir sus necesidades básicas, se ha visto en la obligación de aceptar la caridad de familiares. Todos en su familia se han enterado de su situación económica, aumentando su pena y vergüenza, agravando sus sentimientos de tristeza, desesperanza y desesperación.

La paciente refiere sentirse triste, angustiada y dentro de un hueco.

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos:

- Situación económica grave
- Acosos de agiotistas
- Problemas en las relaciones con familiares y compañeros de trabajo
- Sintomatología ansiosa y depresiva

## HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la primera hija de tres hermanos 2 mujeres y un varón El padre de ambas mujeres murio en un accidente de carro cuando ella tenia 4 anos Anos despues su madre conoce a otra persona y de este encuentro casual nace su hermano menor

Proviene de una familia humilde pero trabajadora Su madre muy cristiana siempre le inculcó la fe en Jesus y la Virgen Hasta el dia de hoy se aferra mucho a su fe

Su madre se dedico siempre a trabajar fuera de casa pues no contaba con el apoyo economico de nadie Trabajo un tiempo como trabajadora manual otro como domestica y en ocasiones vendia frutas en un parque de su comunidad pues no tenia estudio alguno

La relacion que sostiene con su madre es cercana, incluso la misma se mudó para Pná para ayudarla luego de su separación conyugal Fue de mucha ayuda la compania de su madre refiere la paciente Su madre regreso a su natal provincia para cuidar a uno nietos

A los 18 años conoce al padre de su primer hijo (27 años actualmente) Queda embarazada de el y se separa cuando el niño tiene aun pocos meses Refiere que el mismo era violento y alcohólico Luego de separarse del padre de su primer hijo regresa con un novio de juventud y contrae matrimonio De esta union nace su segundo hijo (19 anos actualmente) Comenta que el niño nacio a los 6 meses de gestacion y requirió de rehabilitacion fisica por gran parte de su infancia para subsanar las secuelas de su prematuro nacimiento

## HISTORIA ACTUAL

Luego de 20 y tantos años de feliz matrimonio se da cuenta que su esposo le era infiel Alega que era un feliz matrimonio pues nunca peleaban el siempre la complacía y era bueno con su hijastro Nunca lo vio venir refiere la paciente A partir de esa separación

surgen todos sus problemas económicos y familiares. Siente mucho rencor hacia su ex pareja pues éste además de abandonarla le dejó una carga económica con la que no puede lidiar.

Actualmente vive con su hijo menor, toda su familia se encuentra en su natal provincia. Su hijo mayor tenía un trabajo que lo obligaba a trabajar en el extranjero y en el cual ganaba muy bien, comenta la misma. Su hijo siempre le mandaba una buena cantidad de dinero para ayudarla a ella y a su hermano, pues él se tuvo que hacer cargo de nosotros luego de que mi esposo se fue, refiere. Un día la paciente necesitó cinco mil dólares para pagar unas deudas, dinero que le pidió prestado a su hijo asegurándole que ella se lo pagaría la semana siguiente. Hasta la fecha no ha podido pagar el dinero que le debe a su hijo, situación que ha quebrantado por completo su relación con él, pues el mismo alega que fue engañado y que fue robado.

El problema se agrava cuando su hijo pierde el trabajo y es entonces su esposa la que provee para el hogar de la paciente. Le compra la comida, le paga la luz, agua y el cable. Ella sabe que su hijo está muy molesto con ella, además que le ha perdido por completo el respeto.

Odia depender de su hijo, pues él ya está casado y tiene sus propias obligaciones. Sólo nos la pasamos peleando como perros y gatos, ya no me respeta, me grita, me dice que soy una irresponsable y ladrona, comenta entre sollozos la paciente. Su hijo le reclama constantemente por los cinco mil dólares que tanto le serían útiles en estos momentos de desempleo. Ella sabe que esta situación ha traído problemas también dentro del matrimonio de su hijo.

La paciente refiere haber pedido prestado dinero a varias personas de su natal provincia. Debido a la inhabilidad para saldar sus deudas, estas personas decidieron reclamarle a los familiares de ella. De esta forma todos en su familia se enteraron de su situación económica. Su hermano al enterarse de esto se ofreció a saldar la deuda mayor que la misma sostenía con un agiotista. La paciente comenta que sus intenciones no son muy honorables, pues ella sabe que lo que lo motivó fue la vergüenza de tener una hermana así. Esta situación afectó la relación con su hermano, ya que éste le reclama y la culpa de su situación. La

paciente siente gran pesar de tener que depender de la caridad de otros sobre todo de sus familiares

## HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere haber nacido por parto natural y pues no recuerda que su madre le haya contado que tuviera alguna complicación durante el embarazo o el parto. Durante su niñez no sufrió de ninguna enfermedad importante ni recuerda haber tenido alguna experiencia importante durante su crecimiento. Comenta que la única experiencia importante fue la muerte de su padre mas ella no recuerda el suceso con claridad pues solo tenía 4 años.

Ella por ser la mayor tuvo que cuidar y criar a sus hermanos menores. Ella se encargó de enseñarles a leer y escribir, estuvo pendiente siempre de sus estudios y necesidades básicas. Vivió una niñez llena de carencias sin embargo comenta que fue feliz. Durante su adolescencia fue una muchacha normal, sociable. Solía pasear y hacer cosas de peñas.

## PATRONES ADULTOS DE AJUSTE

### Patrones de Trabajo

La paciente cuenta con un título de Técnico en Asistencia Dental y actualmente labora para una entidad pública. Comenta que le gusta su trabajo y que sostiene buenas relaciones con sus compañeros y jefes pues es muy servicial y buena en su trabajo. Sin embargo desde hace ya un tiempo el lugar de trabajo se ha convertido en un lugar hostil para ella. Refiere que ya no puede ir a trabajar tranquila pues vive con el miedo constante de que en cualquier momento un agiotista se aparecerá a reclamarle el saldo de sus deudas. Todos sus compañeros ya han presenciado dichas discusiones causándole mucha pena y vergüenza. Esta situación no le ha traído problemas laborales a nivel administrativo sin embargo cree ella que en cualquier momento esto pudiera cambiar. La paciente teme ir a su trabajo no se siente segura en él. Se angustia sólo con el hecho de saber que podrá encontrarse con uno de estos sujetos.

### Actividades Culturales y de Juego

Cuando aun se encontraba unida a su ex pareja solía salir mucho a pasear al interior y realizar muchas actividades recreativas. Luego de la separación todo cambio primero por no encontrarse con ánimos y segundo por no contar con el dinero necesario para costear actividades recreativas.

La paciente refiere no tener ánimo para realizar ninguna actividad recreativa. Su tiempo libre lo pasa en casa descansando y los domingos asiste a la iglesia en busca de consuelo. Cuenta la paciente que tiene mucha habilidad para realizar decoraciones navideñas y en el pasado ha regalado de estas a sus amistades.

### Ajustes Sociales en General

Indica la paciente que su numero de amistades descendió desde la separación. Esto se debio a que la mayoría eran amigos de su ex pareja y perdió contacto con ellos y a que debido a la situación económica que enfrenta perdió muchos amigos por no poder pagarles dinero que les pidió prestado.

### Historia Medica

La paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante. Actualmente ha perdido el apetito, no duerme con facilidad y ha experimentado un aumento en su presión arterial.

## EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se mostró un poco reticente al momento de hablar sobre su situación financiera. Se pudo percibir muestras motoras de ansiedad (movimiento de las manos) y de vergüenza (poco contacto visual). Llega vestida de una manera conservadora.

- Nivel de Conciencia: la paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación respecto a si mismo, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la misma todo el tiempo.

- Lenguaje no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal La paciente fue capaz de entender y responder preguntas El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal
- Memoria la paciente mostró buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad
- Atención no se observan alteraciones en este apartado la paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad No se evidencio despersonalización
- Estado Anímico y Personalidad el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y angustioso Mostró labilidad afectiva en múltiples ocasiones Se percibieron rasgos de personalidad dependiente
- Conciencia de Enfermedad la paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su desempeño social y laboral

#### EVALUACION MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptación Mixto con ansiedad y estado de animo depresivo crónico [309 28]
Eje II	No hay diagnostico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Conflicto paterno filiales Conflicto con hermanos Ambiente de trabajo estresante Economía insuficiente
Eje V	EEAG = 57

## DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuación se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapéutico. Cabe destacar que este apartado solo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones prácticas no podemos incluir todos los aspectos específicos que atañen al caso.

Consideramos el acoso y acoso de los agiotistas como un factor preponderante para el desarrollo de la sintomatología ansiosa. La paciente en múltiples ocasiones refirió encontrarse temerosa y en alerta constante ante la posible aparición de estos sujetos en su trabajo. La paciente expresó sentirse como una presa en espera de ataque. La posible aparición de estos personajes, sobre todo en quincena, y la imposibilidad de pagarles aumentó su angustia y desesperación.

Es también importante recalcar que el deterioro de sus relaciones familiares, sobre todo con su hijo mayor, fue un agente importante para la aparición de la sintomatología depresiva. La pérdida de respeto, las constantes peleas y las recriminaciones se tradujeron en una falta de apoyo por parte de él. El tener que depender de los demás ocasionó que la paciente perdiera el control sobre su vida, restándole autoestima e influyendo en su auto concepto. La paciente no sólo temía lidiar con los embates de su situación financiera sino también con las consecuencias que ésta trajo consigo.

Durante el transcurso del programa de intervención psicoterapéutica la paciente decidió buscar un trabajo de tiempo parcial. Esta decisión resultaba práctica y oportuna para ayudarla a incrementar sus ingresos. Además consiguió un trabajo de limpieza los domingos. A pesar de que ya no cuenta con tiempo libre ha logrado independizarse un poco y contar con un dinero extra. Esto también ha ayudado a que la relación con su hijo mejore un poco. Su autoestima incrementó y su auto concepto mejoró.

## **HISTORIA CLÍNICA CASO N° 2**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	B
Edad	35 años
Sexo	Femenino
Escolaridad	Licenciatura
Estado Civil	Soltera
Nacionalidad	Panamena
Ocupación	Empleado Privado
Nivel Socioeconómico	Bajo
Religión	Católica
Raza	Mestiza

### **PLANTAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA**

La paciente refiere sentirse muy deprimida e intranquila. Comenta estar atravesando por una situación muy difícil en su vida. Acude a la terapia en busca de ayuda.

### **REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE**

Desde hace ya más de 6 meses la paciente ha experimentado una serie de síntomas que la misma describe como intranquilidad, nerviosismo, angustia y falta de ánimo. Todos estos síntomas están asociados a una condición financiera grave. La paciente refiere sentirse estresada y ya no poder más.

Para la paciente es un agravante saber que su situación económica no siempre fue así. La misma se culpa por haberse metido en el hueco en donde se encuentra. Comenta la paciente que hace un año trabajaba en un banco y ganaba bastante bien. Debido a su solvencia económica y a la facilidad de trabajar en un banco, obtuvo varias tarjetas de crédito.

y a demás solicitó un préstamo para arreglar unos detalles de su casa La paciente refiere haberse ido de vacaciones para los Estado Unidos y haber cargado todos sus gastos en las tarjetas de credito Luego de regresar de vacaciones se encuentra con la noticia de que la iban a cambiar de puesto Esto no le agradó y decidió renunciar

Los meses fueron pasando y la paciente no encontraba un nuevo trabajo Al mismo tiempo las cuentas se iban acumulando tanto en las tarjetas de crédito como en el pago del préstamo La inhabilidad de pagar sus saldos causó que su crédito en la APC se manchara Esto empeoró la situacion pues ningun banco le ofrecia trabajo luego de evaluar su APC Luego de muchos meses de busqueda consigue un trabajo que paga solo el sueldo mínimo Este dinero no le alcanza para pagar sus deudas y sus necesidades básicas Muchas veces se ha visto en la obligacion de escoger entre comer adecuadamente o pagar la luz y otras cuentas

Durante la entrevista hace referencia a sentirse muy sola Contaba con la amistad de una muy buena amiga pero la misma se separó de ella luego de verla involucrada en tan graves problemas económicos Su amiga, quien también trabajaba en el banco en donde ella laboraba anteriormente considera que nunca debió dejar el trabajo y la culpa por haberse provocado ella misma tan difícil situación El sentirse sola y sin apoyo constituye un agravante para la paciente

La culpa con la cual carga la paciente ha influido en su auto concepto Se ha apartado de sus amistades e incluso se siente fea y menos Siente que se merece todo lo que le ha estado ocurriendo por haber decidido renunciar a su trabajo sin pensar en las consecuencias

Resumimos los problemas que aquejan a la paciente en los siguientes puntos

- Situación económica grave
- Inhabilidad para satisfacer sus necesidades básicas
- Falta de apoyo
- Baja autoestima y auto concepto pobre
- Sintomatología ansiosa y depresiva

## HISTORIA FAMILIAR

La paciente es hija única. Vivió con su madre y su padre hasta que éste fallece cuando ella tenía 11 años. La muerte de su padre significó gran tristeza tanto para ella como para su madre. Fue una época de grandes cambios pues su padre era la fuente principal de ingreso de la familia, su madre no laboraba. Luego de la muerte de su padre ambas se vieron en la obligación de trabajar. Su madre encontró trabajo como doméstica y ella vendía burundangas a la salida de la escuela.

La muerte de su padre la acercó más a su madre. Comenta ella que es lo único que tiene. Tiene demás familiares algunos viven en Estados Unidos y otros comparten la casa con ellas.

## HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

Actualmente la paciente reside con su madre, la hermana de su madre y el esposo de la misma. Su madre padece de presión alta y de diabetes debido a esto ella ha decidido no contarle específicamente sobre el predicamento financiero en el que se encuentra. Tiene miedo de que a su madre le ocurra algo si se enterase a fondo sobre su precaria situación económica.

Comenta que su madre ya no puede laborar lo que ha ocasionado que tenga que depender de ella. Su tío, quien vive con ella, provee para su tía, quien tampoco trabaja. Comparten ciertos gastos de la casa sin embargo su sueldo no cubre del todo sus necesidades básicas.

## HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente refiere haber nacido mediante cesárea y no recuerda que su madre le haya mencionado algún problema durante el embarazo o el parto. Fue un embarazo deseado y sin mayor complicación.

Su infancia fue feliz hasta la muerte de su padre. Su situación económica era estable y gozaba pues de ciertas comodidades. Fue un cambio muy radical al cual le costó adaptarse sobre todo siendo una preadolescente. Refiere la paciente que fue muy difícil lidiar con el cambio económico siendo una preadolescente le costo entender porque debía trabajar vendiendo burundangas. Comenta que por un tiempo estuvo molesta con su madre pero que luego entendió que ella también debía colaborar.

Durante su adolescencia no fue muy sociable sobre todo pues le causaba pena vender afuera de su colegio. Tuvo alguno que otro amigo pero refiere que usualmente prefería estar con su mamá.

## PATRONES DE AJUSTE ADULTO

### Patrones de Trabajo

Comenta la paciente que cuenta con un título universitario que mucho esfuerzo le costo conseguir. Sólo ha laborado en dos lugares, el que tiene actualmente y aquel al cual renunció.

La paciente refiere sentirse sumamente incomoda en su trabajo. Ella no está acostumbrada a un tipo de trabajo bajo en la escala laboral y menos de salario mínimo. Su trabajo constituye una fuente de frustración para ella pues siente que no gana lo suficiente y su esfuerzo no es recompensado. Refiere estar trabajando prácticamente obligada pues no le queda de otra. Esto ha ocasionado que tenga varias faltas por ausentismo.

### Actividades Culturales y de Juego

La paciente prefiere quedarse en casa todo el tiempo. No cuenta con el ánimo de salir además refiere no tener dinero ni para ir al cine. Sólo los domingos sale para ir a la iglesia en busca de un milagro.

### Ajustes Sociales en General

La paciente indica que no ha sido siempre muy sociable sin embargo desde que experimenta esta crisis se ha encerrado en su cuarto. La paciente refiere sentirse fea y menos lo que ha afectado sus habilidades sociales. Ha tenido parejas en el pasado sin embargo nada estable y duradero.

### Historia Medica

La paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante. Actualmente ha perdido el apetito y sufre de insomnio.

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

La paciente fue muy colaboradora en todo momento. Se mostró interesada y atenta a todo el proceso. Se pudo percibir muestras motoras de ansiedad (movimiento de las piernas). Llegó vestida con su uniforme de trabajo.

- Nivel de Conciencia: la paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación respecto a sí mismo, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte de la misma todo el tiempo.
- Lenguaje: no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal. La paciente fue capaz de entender y responder preguntas. El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal.
- Memoria: la paciente mostró buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad.
- Atención: no se observan alteraciones en este apartado. La paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta.
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad. No se evidenció despersonalización.

- Estado Anímico y Personalidad el discurso de la paciente evidenció un estado de ánimo depresivo y angustioso Mostró labilidad afectiva en multiples ocasiones además se evidencio muestras de ansiedad (intranquilidad física)
- Conciencia de Enfermedad la paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatologia que estaba afectando su desempeño social familiar y laboral

#### EVALUACION MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptación Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo cronico [309 28]
Eje II	No hay diagnóstico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Apoyo social inadecuado Insatisfacción laboral Economía insuficiente
Eje V	EEAG = 55

## DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuación se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapéutico. Cabe destacar que este apartado sólo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones prácticas no podemos incluir todos los aspectos específicos que atañen al caso.

Consideramos pertinente destacar que el sentimiento de culpa que embargaba a la paciente era factor decisivo para el desarrollo de una sintomatología depresiva. La misma se culpaba una y otra vez de haberse provocado esta situación al haber renunciado de su trabajo. Según la paciente, su decisión no sólo la había colocada dentro de un predicamento financiero sino también la había apartado de su mejor amiga.

La inhabilidad de poder pagar sus deudas de cumplir financieramente para su madre enferma y cubrir sus necesidades básicas alteró su estado emocional a tal punto que la misma desarrolló una sintomatología ansiosa. En múltiples ocasiones la paciente expresa sentirse estresada y angustiada por no poder visualizar una salida a su problema.

También era perjudicial para la paciente no poder comunicar a su madre sus preocupaciones. En varias ocasiones indicó que su madre era lo único que tenía y no poder desahogarse con ella la hacía sentirse muy sola y sin apoyo. Para esta paciente en especial la intervención psicoterapéutica sirvió de espacio de contención para que pudiera hacer abreacción.

Una de las metas de la intervención se basó en aliviar la presión de un Superyó punitivo sobre su Yo. Era evidente que esta presión era una conducta mal adaptativa que se tenía que eliminar para poder emprender el resto del trabajo. El creer que debía ser castigada por su decisión de renunciar al trabajo y el creer que merecía todo lo ocurrido la imposibilitaba para buscar soluciones y alternativas. Estaba la paciente concentrada en cargar su cruz en vez de sumar fuerzas para salir adelante.

Una vez aliviada esta tensión pudimos concentrarnos en potenciar sus herramientas de afrontamiento destacando que en el pasado había tenido la fuerza necesaria para salir adelante y superarse como una profesional luego de la muerte de su padre

Durante el transcurso de la psicoterapia la paciente decidió buscar asesoría financiera. Logró consolidar sus deudas en un solo préstamo con letra cómoda. De esta manera alivió un poco su situación financiera, aliviando así también su estrés financiero.

## HISTORIA CLINICA CASO N° 3

### INFORMACIÓN GENERAL

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	C
Edad	35 años
Sexo	Masculino
Escolaridad	Universidad Incompleta
Estado Civil	Soltero
Nacionalidad	Panameña
Ocupacion	Empleado Privado
Nivel Socioeconómico	Bajo
Religion	Catolica
Raza	Mestiza

### PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

El paciente refiere sentirse raro y sin ganas de nada Experimenta una intranquilidad y un miedo Acude a la terapia en busca de respuestas pues su rendimiento laboral ha mermado

### REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

El paciente indica que desde hace ya más de un año se ha estado sintiendo raro Comenta que constantemente siente miedo y nerviosismo Se siente sin fuerza y frecuentemente con ganas de llorar El paciente asocia estos sentimientos a su condición financiera

El mismo se refiere a su situación financiera como difícil El dinero siempre ha sido escaso pero desde que se mudó a la capital la situación empeoró El paciente proviene de una zona muy humilde de una provincia panameña Sus padres ya mayores todavía residen en dicho lugar Cuando se muda a Pma decide comprar una casa y amueblarla Para esto pide

un préstamo a una entidad financiera del país. Pronto su hermano menor se muda con él aumentando la carga económica pues el mismo sólo trabaja para pagar sus gastos universitarios. El paciente refiere ser el único en ayudar a sus padres con los gastos de alimentación y medicinas. El sueldo que devenga el sujeto no alcanza para cubrir todos sus gastos por lo cual se ha visto en la obligación de sólo comer una vez al día para minimizar gastos.

El paciente refiere sentirse muy mal pues quisiera traer a sus padres a vivir con él pero le es imposible debido a la falta de economía. Comenta el paciente que se siente muy solo, siente que lleva una carga muy pesada en sus hombros. Además tiene que lidiar con las constantes discusiones que sostiene con sus demás hermanos por la falta de apoyo hacia sus padres.

El paciente indica sentirse desesperado y frustrado, se siente impotente y muy molesto. Toda esta situación ha ocasionado que el paciente cometa muchos errores en su laburo trayendo consigo llamados de atención. Al paciente le preocupa perder su única fuente de empleo.

Resumimos los problemas que aquejan al paciente en los siguientes puntos:

- Situación económica grave
- Inhabilidad para satisfacer sus necesidades básicas
- Conflictos familiares
- Falta de apoyo
- Baja en desempeño laboral

## HISTORIA FAMILIAR

El paciente es el cuarto de seis hermanos. Proviene de una familia humilde en el campo. Sus padres aun viven sin embargo están mayores y enfermos.

Comenta que vivió una infancia muy dura y llena de carencias Desde pequeño se dedicó junto a sus hermanos y padre a trabajar la tierra Su padre siempre fue un hombre muy trabajador al igual que su madre que se dedicaba a limpiar casas en el pueblo

Recalca el paciente que eran una familia muy unida hasta que todos crecieron y fueron mudándose a Pmá Cada quien adquirió compromisos propios y se fueron apartando de la familia El fue uno de los últimos en dejar el nido para buscar mejor oportunidades de estudio y trabajo en la capital

#### HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

Hoy en día sus padres se encuentran viejos y enfermos Su padre está enfermo de la prostata y su madre ya no tiene la fuerza de antes Es por esta razón que él desea que los dos se muden con él Ninguno de los padres está de acuerdo pues no quieren dejar sola la casa y el potrero

Su padre recibe el dinero del programa del gobierno 100 para los setenta y su madre limpia casas los domingos en el pueblo Este dinero sólo es suficiente para cubrir algunos de sus gastos médicos por lo cual el paciente se ve en la obligación de cubrir los demás gastos de sus padres No cuenta con el apoyo de ninguno de sus cinco hermanos El solo se encarga de velar por el bienestar de sus padres situación que empeora su estado económico pues su sueldo no es suficiente para cubrir ambos gastos

Constante discute con sus hermanos quienes se excusan alegando que tienen sus propios compromisos y familia Sumando a esto su hermano menor recientemente se mudó con él El mismo no contribuye a la economía del hogar alegando que su sueldo sólo le alcanza para pagar sus estudios

El paciente refiere estar muy molesto pues no puede creer como sus hermanos se han desentendido por completo de sus padres Ninguno de sus hermanos está consciente del sacrificio que el paciente hace para proveer para sus padres Nadie ni siquiera el hermano

quien vive con él sabe que el paciente solo come una vez al día para minimizar gastos de comida

El paciente se siente solo y muy triste pues no cuenta con el apoyo de nadie en su familia

## HISTORIA DEL DESARROLLO

El paciente comenta que nació de parto natural sin ninguna complicación. Sufrió sólo de las enfermedades típicas de la niñez como varicela y paperas. No recuerda haber tenido ninguna experiencia importante durante su desarrollo.

Desde muy niño se dedicó a ir a la escuela y a trabajar el campo. Vivió una adolescencia 'típica del campo'. Tenía muchos amigos y solían ir al río y cazar en el campo.

## PATRONES DE AJUSTE ADULTO

### Patrones de Trabajo

El paciente no pudo terminar sus estudios universitarios debido a la falta de dinero. Sin embargo, pudo conseguir trabajo. Empezó en la empresa, en donde actualmente trabaja, en un puesto de mensajería. Poco a poco se ganó la confianza de su jefa, pues el mismo es muy servicial y voluntarioso. Fue cambiado de puesto con un incremento de salario.

Actualmente ha tenido ciertos problemas en el área laboral, pues comenta que no puede concentrarse en su trabajo. Constantemente se encuentra pensando en cómo hará para solucionar su predicamento.

### Actividades Culturales y de Juego

El paciente refiere jugar fútbol en su tiempo libre, además de leer para distraerse.

### Ajustes Sociales en General

El paciente cuenta con amistades dentro y fuera de su trabajo sin embargo nadie sabe de su situación financiera Comenta que su situación lo avergüenza y es por eso que no tiene con quien desahogarse

### Historia Medica

El paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista No padece de ninguna enfermedad física importante Ocasionalmente se siente débil y fatigado condición que atribuimos a la falta de nutrición

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

El paciente se mostró poco colaborador a pesar de recalcar la necesidad de ayuda. Se pudo percibir muestras motoras de ansiedad (movimiento de todo el cuerpo) y de vergüenza (cabizbajo y poco contacto visual). Llegó vestido con su uniforme de trabajo.

- Nivel de Conciencia: el paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación respecto a sí mismo, al tiempo, lugar y persona. Se evidenció lucidez de parte del mismo todo el tiempo.
- Lenguaje: no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal. El paciente fue capaz de entender y responder preguntas. El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal.
- Memoria: el paciente mostró buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad.
- Atención: no se observan alteraciones en este apartado. El paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta.
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad. No se evidenció despersonalización.
- Estado Anímico y Personalidad: el discurso del paciente evidenció un estado de ánimo depresivo, se evidenció desesperación y angustia. En múltiples ocasiones manifestó sentirse incomodo por el interrogatorio.
- Conciencia de Enfermedad: el paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su desempeño laboral.

## EVALUACION MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptación Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo crónico [309 28]
Eje II	No hay diagnóstico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Conflicto con los hermanos

Economía suficiente

Eje V

EEAG = 60

## DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuación se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapéutico. Cabe destacar que este apartado solo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones prácticas no podemos incluir todos los aspectos específicos que atañen al caso.

Para este paciente era de suma importancia que sus padres se encontraran bien, es por eso que realizaba un esfuerzo admirable para poder proveer para ellos a pesar de su condición financiera. Le angustiaba y lo intranquilizaba saber que muchas veces no contaba con el dinero que quería mandar para sus padres. Sabía que sus padres tenían necesidades que no siempre podía cubrir. Esto lo llenaba de culpa aumentando así su sintomatología ansiosa y depresiva.

Lo desanimaba y lo tensionaba también el conflicto con sus hermanos quienes muy frescamente no ayudaban a sus padres. El paciente no se atrevía a enfrentar a sus hermanos, prefería soportar toda la carga.

Era fuente de estrés también el contar con la presencia de su hermano dentro de la casa, pues más que una ayuda era una carga. El paciente expresó su deseo de echarlo de la casa para poder alquilar su cuarto pero lo embargaba sentimientos de culpa, impidiendo así esta acción. Esto era algo que le molestaba mucho al paciente pues sentía que en el alquiler de ese cuarto estaría la solución de muchas cosas. El paciente se encontraba en una encrucijada moral, quería el cuarto desocupado pero no quería dejar a su hermano sin casa. Esta situación lo intranquilizaba mucho.

Durante el transcurso de la psicoterapia el paciente decidió compartir cuarto con su hermano para poder alquilar el que él antes ocupaba. Con este dinero extra pudo comprar más comida y empezar a comer todas sus comidas diarias. También reunió el valor para enfrentarse a sus hermanos y exigir una ayuda de parte de ellos. Al finalizar el programa de intervención su situación económica, aunque todavía difícil, había mejorado un poco. Podía disponer de

dinero extra con el alquiler del cuarto para cubrir sus necesidades básicas a demás sus papas recibían ahora dinero de sus otros hermanos

Todo esto se resumio en una mejora en su desempeño laboral

## **HISTORIA CLÍNICA CASO N<sup>o</sup> 4**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	D
Edad	40 años
Sexo	Masculino
Escolaridad	Secundaria Completa
Estado Civil	Unido
Nacionalidad	Panamena
Ocupación	Empleado Privado
Nivel Socioeconómico	Bajo
Religión	Evangélica
Raza	Mestiza

### **PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA**

El paciente refiere necesitar ayuda cree estar volviéndose loco Refiere no poder estar ningún instante tranquilo y en múltiples ocasiones siente ganas de llorar El paciente hace referencia a su situación económica como posible causa de sus síntomas Comenta necesitar hablar con alguien pues no sabe que hacer

### **REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE**

Hace ya un poco más de 8 meses el paciente ha estado experimentando una serie de síntomas que le preocupan El paciente se siente muy asustado pues cree que ha perdido la razón Comenta sentirse muy intranquilo y nervioso todo el tiempo a demás de sentir mariposas en el estómago El paciente hace referencia a sentirse triste y desanimado

Indica el paciente que él cree que esta sintomatología se debe a un estrés muy grande que está experimentando Su situación financiera lo tiene estresado El paciente expresa

que está apretado financieramente Comenta que tiene unos préstamos que son descontados de su sueldo por medio de descuento directo que le hacen un meollo en su economía Basicamente su sueldo no le alcanza para vivir como quisiera Siente que debería poder darles mas a sus hijos y esposa pero no puede Esta situación lo atormenta, haciéndolo sentirse menos e incapaz

El paciente ha tratado de solucionar un poco su situación pidiendo un aumento de sueldo en su trabajo Alega que ya tiene más de tres años y que no le han aumentado significativamente Presencia como a otros compañeros si les aumentan pero a el no Su aumento de sueldo fue negado El paciente se siente sumamente frustrado trabajando en un empleo que no le agrada y en el cual siente que su esfuerzo no es valorado

El paciente refiere sentirse contra la pared pues no encuentra solución a su problema

Resumimos los problemas que aquejan al paciente en los siguientes puntos

- Situación financiera grave
- Insatisfacción laboral
- Problemas de pareja
- Sintomatología ansiosa y depresiva

## HISTORIA FAMILIAR

El paciente es el hijo mayor de tres hermanos todos varones Comenta que desde pequeño la relación con su padre ha sido distante Expresa que su padre es una persona fría y muy estricta, características que lo alejaron de él La relación con su madre si es cercana pues ella es todo lo contrario a su padre Aun ahora que ya ha crecido su madre siempre esta pendiente de cómo está

Describe la relación con sus hermanos como normal ni bien ni mal Desde pequeños cada uno andaba en su mundo pero siempre sabian que podian contar el uno con el otro Ahora que son adultos cada quien anda en su mundo sólo se frecuentan para fiestas y eventos

familiares Comenta que esta situación no le afecta pues siempre fue así y es la única forma que conoce

## HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

El paciente tiene 11 años de estar unido De esta unión han nacido sus dos hijos un varón (8 años) y una mujer (4 años) Comenta que son una familia muy unida

Nadie de su familia de origen conoce acerca de su situación financiera sin embargo la familia de su pareja sí está al tanto El ha decidido no comentarle a su familia pues no quiere escuchar reproches de su padre Su esposa se tomó la atribución de pedir ayuda económica a su padre pues éste cuenta con una economía estable Esta situación ha provocado tensión entre la pareja pues él se rehúsa a recibir ayuda de nadie y menos de su suegro Refiere que esto significaría una derrota para él como hombre pues es su deber proveer para su familia Su esposa no está de acuerdo pues siente que el orgullo de su esposo está poniendo en riesgo la estabilidad de su hogar Alega el paciente que él presiente que su esposa ha estado recibiendo ayuda de su padre a escondidas de él

Toda esta situación lo amarga y lo tensiona pues es él el que debería cuidar de su familia Se siente menos triste e incapaz

## HISTORIA DEL DESARROLLO

El paciente comenta haber nacido mediante parto natural Refiere no manejar la información de los por menores del embarazo de su madre ni del parto Cuando niño fue operado del apéndice mas siempre fue un niño sano Era un niño muy travieso en la escuela y no le gustaba prestar atención por lo cual sus notas no eran óptimas

Durante su adolescencia fue un joven muy sociable le gustaban las fiestas y las muchachas Esta situación le causó muchos problemas con su padre pues este no estaba de acuerdo con las andanzas de su hijo Su padre le imponía castigos que él se negaba a

cumplir provocando fricción en su relación la cual con el tiempo se convirtió en alejamiento

## PATRONES DE AJUSTE ADULTO

### Patrones de Trabajo

El paciente sólo cuenta con estudios de secundaria completa, situación que le ha perjudicado para conseguir trabajos de mejor sueldo. Todos los trabajos que ha conseguido han sido de sueldos mínimos. Actualmente en el lugar donde trabaja gana un poco más que el sueldo base sin embargo no le es suficiente. El paciente múltiples veces refiere sentirse frustrado y menospreciado en su trabajo. Comenta que no sabe para qué está trabajando si igual le pagan una miseria comparado con el esfuerzo que realiza a diario. El paciente siente que la solución de sus problemas está en un aumento salarial. Dicho aumento ha sido negado lo que empeora su disposición hacia el trabajo.

### Actividades Culturales y de Juego

Refiere el paciente salir en ocasiones con su familia a pasear. Aclara que solo salen cuando la economía lo permite es decir casi nunca. Acuden al culto los domingos que no tiene que laborar.

### Ajustes Sociales en General

El paciente comenta tener varios amigos en su trabajo y alrededor de su barriada. Últimamente siente que se ha apartado de ellos porque no se siente con ánimos de socializar.

### Historia Médica

El paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

## EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

El paciente se mostro atento y colaborador Se pudo percibir muestras motoras de ansiedad (movimiento de todo el cuerpo) y de verguenza (cabizbajo y poco contacto visual) Llega vestido con su uniforme de trabajo

- Nivel de Conciencia el paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación respecto a si mismo al tiempo lugar y persona Se evidenció lucidez de parte del mismo todo el tiempo
- Lenguaje no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal El paciente fue capaz de entender y responder preguntas El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal
- Memoria el paciente mostro buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad
- Atención no se observan alteraciones en este apartado el paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad No se evidenció despersonalización
- Estado Anímico y Personalidad el discurso del paciente evidencio un estado de ánimo depresivo se evidenció desesperación y angustia
- Conciencia de Enfermedad el paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su desempeño social familiar de pareja y laboral

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptación Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo crónico [309 28]
Eje II	No hay diagnóstico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Insatisfacción laboral Economía insuficiente
Eje V	EEAG = 59

## DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuación se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapéutico. Cabe destacar que este apartado sólo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones prácticas no podemos incluir todos los aspectos específicos que atañen al caso.

Cabe destacar que el proceso terapéutico se desarrolló en su mayor parte alrededor de intervenciones apuntadas hacia la modificación del Superyó del paciente. El discurso del paciente denotaba vergüenza y auto reproche. Era evidente que existía un conflicto derivado de la discrepancia entre el Ideal del Yo y el Yo Real. Este paciente tenía ciertos valores internalizados. Consideraba un mandato proveer para su familia al igual que su padre siempre lo hizo. La inhabilidad de cumplir con este mandato impuesto por el mismo detonó en sentimientos de culpa y minusvalía. La severidad con que la conciencia crítica acosaba al Yo lo llenó de culpa y auto reproches. Su inhabilidad para lidiar con estos sentimientos desarrolló en él una sintomatología depresiva y ansiosa.

Nos encontramos ante la presencia de un Superyo rígido que no permitía ver más allá de su concepto para buscar ayuda. Era precisamente este Superyo severo y crítico que no permitía que el paciente aceptara la ayuda de su suegro sabiendo aun que peligraba la estabilidad de su hogar.

Trabajamos en minimizar la presión del Superyo sobre el Yo. Modificamos un poco los valores ideales para acercarlos más a la realidad. Se intervino en la conciencia crítica destacando la importancia y el valor de su esfuerzo para proveer para su familia. No tenía porque menospreciarse aceptar la ayuda que le ofrecían no lo convertía en menos sino en alguien abnegado que estaba dispuesto a sacrificar su orgullo para el bienestar de su familia.

## **HISTORIA CLÍNICA CASO N° 5**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	E
Edad	35 años
Sexo	Masculino
Escolaridad	Secundaria Completa
Estado Civil	Unido
Nacionalidad	Panameña
Ocupación	Empleado Privado
Nivel Socioeconomico	Bajo
Religión	Evangelica
Raza	Mestiza

### **PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA**

El paciente expresa estar interesado en el servicio de psicoterapia que se esta brindando Comenta que no se ha estado sintiendo muy bien y que tal vez necesita hablar con alguien para desahogarse

### **REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE**

El paciente expresa que desde hace 7 meses no sea a sentido bien Cuenta que a veces se siente nervioso e intranquilo y otras veces quiere llorar Indica que piensa que esto se puede deber a una situación difícil por la que está pasando

El paciente se refiere a su situación económica como penosa Gana muy poco en su actual trabajo y su pareja se encuentra desempleada Es el entonces la fuente principal de ingreso de su casa De su sueldo tiene que alcanzar para mantener a su pareja, su hijastro y ayudar a su mamá No recibe la totalidad de su salario pues una parte es descontada directamente para

el pago de un préstamo La situación empeoró cuando su pareja le pide que se muden cerca de sus padres Esto significo un aumento considerable de pasaje pues ahora viven en Colón y el labora en Pmá Comenta que el dinero no le alcanza y que hace lo que puede Sumado a esto su madre le exige que le ayude económicamente presionandolo aun mas Esto lo hace sentir muy mal pues no puede cumplir con su madre

El paciente refiere que confía que su pareja consiga trabajo pronto para aligerar la carga económica Ya no sabe que hacer pues el dinero no le alcanza para comprar suficiente comida y eso le preocupa sobre todo por tener un infante en casa

Expresa sentirse acorralado y angustiado

Resumimos los problemas que aquejan al paciente en los siguientes puntos

- Situación financiera grave
- Problemas en la relación madre hijo
- Sintomatología ansiosa y depresiva

## HISTORIA FAMILIAR

El paciente es el menor de tres hermanos siendo los dos primeros mujeres Comenta que no conocio a su padre pues éste se separó de su madre cuando él era aun muy pequeño para recordar Si le hizo falta una figura paternal sin embargo su madre fue madre y padre para el Ella se encargó de trabajar y sacar adelante a todos sus hijos

De pequeño la relación con su madre y hermanas fue muy cercana pues solo eran ellos cuatro Todos se cuidaban mutuamente Ahora que ha crecido cuenta que la relación con su madre es un tanto ambivalente Mientras le de dinero todo esta bien cuando no dice que es un mal hijo Esta situación lo frustra sobre todo porque sus hermanas están mas estables económicamente que él y no aportan nada a su madre Incluso su madre solo le pide ayuda económica a él Irónicamente el dinero del prestamo que paga fue utilizado para remodelar parte de la casa de su madre Toda esta situación ha ocasionado que la relación con su madre se deteriore

## HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

El paciente lleva tres años unidos con su actual pareja, quien tiene un hijo de una relación anterior. El niño no recibe pensión alimenticia por parte de su padre biológico. Expresa el paciente que el niño cree que él es su padre y él por su parte lo trata como a su propio hijo.

La relación que sostiene con su pareja es buena. Comenta que todavía su situación económica no les ha afectado, sin embargo teme que esto llegue a ocurrir. Su pareja lo apoya y no le exige, pues comprende que hace todo lo que puede, pero cree que puede llegar a cansarse, pues el bienestar de su hijo está en juego.

Viven en un terreno muy grande en una casa de zinc y disponen de una letrina. Desea realizar mejoras en la casa y se siente impotente por no poder cumplir su deseo.

## HISTORIA DEL DESARROLLO

El paciente refiere que su madre siempre quiso un varón, por lo cual la noticia de su embarazo fue acogida con mucha alegría (sobre todo después de saber que esperaba varón). El embarazo transcurrió sin ninguna complicación, al igual que el parto. Comenta que siempre fue un niño sano y que durante su desarrollo no experimentó nada fuera de lo normal.

Su adolescencia fue normal, comenta que salía con sus amigos, que tenía notas promedio en la escuela y que fue feliz.

## PATRONES DE AJUSTE ADULTO

### Patrones de Trabajo

El paciente sólo terminó la secundaria, pues no pudo seguir estudiando. Prefirió trabajar que estudiar. Todos los trabajos en los que ha laborado han sido manuales y de poco salario.

Cuenta con experiencia de carnicero y actualmente labora como tal. Está agradecido por su trabajo pues es su única fuente de dinero.

#### Patrones Culturales y de Juego

Al paciente le agrada jugar fútbol y realizar deportes. Es su única entretenimiento.

#### Ajuste Social en General

Comenta ser una persona muy callada y tranquila. No es muy sociable por lo tanto no cuenta con muchos amigos. Prefiere estar solo o disfrutar de su familia.

#### Historia Médica

El paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista. No padece de ninguna enfermedad física importante.

## EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

El paciente se mostró colaborador y atento durante el proceso Se pudo percibir una aparente tranquilidad Llega vestido con su uniforme de trabajo

- Nivel de Conciencia el paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientacion respecto a si mismo al tiempo lugar y persona Se evidenció lucidez de parte del mismo todo el tiempo
- Lenguaje no se evidencio compromiso en la estructura de la comunicación verbal El paciente fue capaz de entender y responder preguntas El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal
- Memoria el paciente mostró buena capacidad de memoria fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad
- Atención no se observan alteraciones en este apartado el paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteracion en la percepción de la realidad No se evidenció despersonalización
- Estado Anímico y Personalidad el discurso del paciente evidencio un estado de ánimo depresivo sin embargo no se evidencio ansiedad
- Conciencia de Enfermedad el paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptacion Mixto con ansiedad y estado de animo depresivo cronico [309 28]
Eje II	No hay diagnóstico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Conflicto paterno filiales Vivienda inadecuada Economía suficiente
Eje V	EEAG = 60

## DISCUSIÓN BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuación se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapeutico Cabe destacar que este apartado sólo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones prácticas no podemos incluir todos los aspectos específicos que atañen al caso

Nos llama la atención de este paciente que acude a las primeras sesiones de evaluación mostrando una cierta tranquilidad Con el transcurso de la sesiones nos damos cuenta que su afecto comienza a coincidir con su discurso avistando señales de represión en el pasado Su aparente tranquilidad no era más que una tactica para evadir sus sentimientos y evitar así desmoronarse

Observamos que al paciente le es difícil expresar sus sentimientos pues siempre ha sido el hombre fuerte en todas sus relaciones Adoptó el papel del hombre de la casa debido a la ausencia de su padre y juega nuevamente este rol asumiendo total responsabilidad por un hijo ajeno Ha tenido siempre que ser fuerte y por eso le cuesta demostrar debilidad

Es precisamente la internalización de este rol lo que afecta la relación con su madre El reconoce que no puede ni está obligado a darle dinero a su mamá Sin embargo este conocimiento está sólo a nivel consciente porque inconscientemente ha llegado a creer que es un mal hijo tal cual su madre se lo expresaba frecuentemente

Con este paciente se trabajo la internalización de un nuevo rol Era necesario que el paciente entendiera que no era su responsabilidad asumir el rol de esposo de su madre en especial porque la misma podía contar con la ayuda de sus hermanas También era imperante que estuviera al tanto de que estaba bien sentir tristeza y miedo Experimentar estos sentimientos no lo hacian menos fuerte lo hacian humano Como todo humano debía estar en contacto con sus sentimientos pues la represión de los mismos no era saludable El paciente experimentó gran alivio al saber que podia expresar sus sentimientos sin consecuencia

negativas ni reproches. Se promovió una expresión saludable de los mismos mediante la comunicación con su pareja y la sublimación en los deportes y ejercicios.

Una de las grandes preocupaciones del paciente era la escasez de alimento. Indagando sobre las características de su vivienda llegamos a la conclusión de que el terreno era apto para el desarrollo de una pequeña huerta auto sostenible. De esta manera el paciente en el futuro podrá cosechar ciertos alimentos que le permitirán alimentarse mejor y a la vez utilizar el dinero que se ahorró en otros alimentos u otras necesidades.

## HISTORIA CLÍNICA CASO N° 6

### INFORMACIÓN GENERAL

Primera entrevista marzo 2011

Nombre	F
Edad	50 años
Sexo	Masculino
Escolaridad	Secundaria Completa
Estado Civil	Unido
Nacionalidad	Panamena
Ocupación	Empleado Privado
Nivel Socioeconomico	Bajo
Religion	Católica
Raza	Mestiza

### PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

El paciente indica encontrarse atravesando por una situación económica grave Refiere sentirse incomodo todo el tiempo sin energias y hundido

### REGISTRO DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

Hace un año el paciente expresa sentir cierta sintomatologia la cual asocia a su situacion económica El mismo refiere intranquilidad angustia y estado de animo depresivo Comenta no saber como llegó hasta donde está Indica que las cosas simplemente se fueron complicando hasta desarrollar en el predicamento financiero en el que se encuentra Con el paso del tiempo adquirió ciertas deudas Deudas adquiridas durante su matrimonio anterior y algunas dentro de su matrimonio actual El dinero sólo le alcanza para cubrir la necesidades básicas sin embargo está consciente que sus hijas necesitan más que eso

Es el unico sustento de la casa pues su pareja no puede trabajar porque no tienen que les cuide a los niños Su actual pareja es bastante exigente y no comprende la situación en la

que viven Comenta que lo atormenta con su quejadera y que la misma no se le ocurre buscar solución

Esta situación ha ocasionado con el paciente desarrolle sintomatología ansiosa y depresiva Siente que se encuentra dentro de un hueco del cual no hay salida Expresa necesitar hablar y desahogarse pues su esposa sólo lo reprocha impidiendo así cualquier comunicación con ella

Resumimos los problemas que aquejan al paciente en los siguientes puntos

- Situación financiera grave
- Problemas de pareja
- Sintomatología ansiosa y depresiva

## HISTORIA FAMILIAR

El paciente es el hijo mayor de tres hermanos todos varones Proviene de un hogar humilde de padres trabajadores Ambos padres ya fallecieron de viejos indica Fue un momento difícil sin embargo le reconfortó saber que tuvieron una buena vida

Comenta que se caso muy joven con su novia de escuela y porque la preño De esta unión nacieron tres hijas Ya todas son mayores de edad y están casadas Expresa que fue una unión tormentosa pues lo que empieza mal termina mal Alega que nunca se debió casar con esta mujer pues no se llevaban bien era solo físico expresa

Cuando su hija mayor cumple los 15 decide separarse de su pareja Ya era hora él no era feliz y ella tampoco Existían infidelidades por parte de ambos e indica que ya no valía la pena estar juntos Mantiene todavía una relación estrecha con sus tres hijas

## HISTORIA FAMILIAR ACTUAL

Luego de varios romances y demas decide sentar nuevamente cabeza con su actual pareja quien es 10 años menor que él De esta unión nacen unas hermanas gemelas quienes hoy en dia tienen 9 años

Estas ninas son su adoración Comenta que lo hacen sentir nuevo a pesar de tener 50 años Sus suegros ocasionalmente ayudan economicamente a su pareja, ellos si le corren sus gustos alega Esta situación ha traído fricción dentro de la relación pues su pareja es insensible a lo que le ocurre

## HISTORIA DEL DESARROLLO

Comenta que tuvo una infancia normal al igual que su adolescencia No recuerda ningun incidente importante durante esas etapas de su vida No recuerda información acerca de su nacimiento Sólo recuerda que su madre y padre eran muy cariñosos con ellos y que siempre trataron de brindarles lo mejor

## PATRONES DE AJUSTE ADULTO

### Patrones de Trabajo

El paciente sólo termino secundaria lo cual limita las posibilidades de empleo Ha tenido varios trabajos manuales y actualmente se desempeña como mensajero motorizado de una empresa Lleva ya varios años laborando en esta empresa y se ha ganado la confianza de sus dueños a tal punto que le realiza trabajos personales de mensajería

### Actividades Culturales y de Juego

Expresa el sujeto no contar con ningun pasatiempo en general Disfruta de sus dias libres jugando con sus hijas y ayudándolas en las tareas

### Patrones de Ajuste Social en General

Comenta que es una persona muy sociable y carismática Es extrovertido y muy servicial características que le han ayudado en múltiples ocasiones Tiene muchos amigos dentro del trabajo sin embargo pocos fuera de él Muy poco frecuenta a sus amigos fuera del trabajo pues eso implica gasto de dinero

### Historia Medica

El paciente no ha sufrido de ninguna enfermedad mental hasta el momento de esta entrevista No padece de ninguna enfermedad física importante

### EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

El paciente se mostró colaborador y atento durante el proceso Se pudo observar signos de ansiedad y estado de animo depresivo Llega vestido con su uniforme de trabajo

- Nivel de Conciencia el paciente muestra un nivel de conciencia adecuado con respecto a la orientación respecto a si mismo al tiempo lugar y persona Se evidenció lucidez de parte del mismo todo el tiempo
- Lenguaje no se evidenció compromiso en la estructura de la comunicación verbal El paciente fue capaz de entender y responder preguntas El lenguaje no verbal coincidía con el discurso verbal
- Memoria el paciente mostró buena capacidad de memoria, fue capaz de recordar hechos remotos y recientes sin ninguna dificultad
- Atención no se observan alteraciones en este apartado el paciente fue capaz de atender el discurso del terapeuta
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones no se evidenció una alteración en el contenido del pensamiento ni una alteración en la percepción de la realidad No se evidenció despersonalización
- Estado Anímico y Personalidad el discurso del paciente evidenció un estado de animo depresivo y síntomas de ansiedad
- Conciencia de Enfermedad el paciente estaba consciente de que presentaba cierta sintomatología que estaba afectando su estado emocional

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I	Trastorno de Adaptación Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo crónico [309 28]
Eje II	No hay diagnóstico [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	Economía suficiente Problemas de pareja
Eje V	EEAG = 60

## DISCUSION BREVE DEL CASO Y PROCESO TERAPEUTICO

A continuacion se presenta un breve bosquejo de los puntos más relevantes del caso y del desarrollo del proceso terapéutico Cabe destacar que este apartado solo contiene un desarrollo escueto del caso pues por cuestiones practicas no podemos incluir todos los aspectos especificos que atañen al caso

El paciente no sólo tenia que lidiar con las consecuencias de una crisis financiera sino tambien con los constantes reproches de su pareja y la falta de apoyo por parte de la misma El paciente se sentia enjuiciado culpable y muy sólo Todo esto contribuyo a que se desarrollara en el una sintomatologia ansiosa y depresiva

Era evidente que no podiamos trabajar sesiones de pareja asi que debiamos abordar el problema desde otro enfoque Permitir que el paciente se desahogara dentro de la seguridad del espacio terapéutico fue de gran utilidad Primero porque lograba la abreaccion necesaria para descargar la tensión emocional y segundo porque ya no esperaba ni necesitaba hacerlo con su pareja De esta manera su resentimiento hacia ella disminuyó un poco pues ahora ya ella no era su unica opción También se le orientó al paciente acerca de la sublimacion pues en el futuro no contaria con el espacio terapeutico para descargar tensiones Sumado a esto se le entreno al paciente en tecnicas de comunicacion para que asi lograra algun cambio en la comunicación con su esposa

Durante el transcurso de la terapia el paciente decidio trabajar en las noches como repartidor a domicilio pues contaba con el permiso de sus superiores para utilizar la moto Esto alivió un poco la carga económica liberándolo un poco del estres financiero que experimentaba