RAMO: PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

UNIDAD I

SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD

CLASE 01

1. SALUD MENTAL

El estudio de la salud mental es un concepto que se ha ido desarrollando a la par con los diversos acontecimientos por los cuales ha pasado la humanidad, llegando a ser un concepto dinámico que se encuentra constantemente en un proceso de construcción.

En la actualidad la Salud mental es entendida como bienestar biopsicosocial, siendo determinada en gran medida por el nivel de desarrollo alcanzado por el país en el que se encuentre el sujeto en tres niveles:

a) A nivel económico
b) A nivel político-social
c) A nivel de salud pública

Desde un tiempo a esta parte la salud mental es entendida como un fenómeno multifactorial, y no como un fenómeno exclusivamente individual, ni que dependa únicamente de los sistemas sanitarios de atención que existan, más bien, debe generarse un balance entre los sectores social y productivo (relacionado con lo económico) para que se puedan desarrollar personas y ambientes saludables, lo que conlleva un impacto positivo dentro de la sociedad, augurando un bienestar individual y comunitario, siendo el fin, el desarrollo humano.

Es así como la salud mental, entendida como un fenómeno integral, exige considerar, al menos, tres aspectos fundamentales:

a) La relación del individuo y la colectividad, entendido como un proceso que está continuamente cambiando

b) Una visión del individuo como un conjunto que comprende tanto su cuerpo físico, como su forma de pensar y de sentir, y de establecer relaciones con el mundo social y natural en el cual está inserto

c) El individuo inmerso en una época, una cultura y unas condiciones económicas determinadas.

Revise ejercicio Nº 1

Estos factores influyen en la salud como un producto social, que integra una mirada que ya había sido evocada anteriormente, la mirada bio-psicosocial, es decir, que integra factores biológicos (físicos y genéticos), psicológicos (por ejemplo, la capacidad para

establecer relaciones) y sociales (por ejemplo: educación, empleo, condiciones económicas, entre otras). De la interacción de estos factores depende el desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad, y las relaciones de los individuos entre sí y de los individuos con el medio.

Ahora bien, desde esta perspectiva se puede definir salud mental como:

> La capacidad del individuo, del grupo y de la colectividad de tener interacciones que contribuyan al bienestar exterior, al desarrollo y al empleo óptimo de las capacidades afectivas, cognitivas y relacionales del individuo.

Dentro de este concepto evolucionado de salud, ésta debe ser considerada como un derecho, una necesidad, una parte de la esencia de la vida y del bienestar; una condición sin la que las personas no pueden llevar una vida normal, y mucho menos trabajar y producir eficazmente.

Es posible identificar 4 factores como los que integran la salud mental, sin embargo, llegar a esta conclusión no ha sido fácil, ya que ha existido una fuerte de discusión sobre lo que hay que incluir o marginar. Sin ir más lejos, los 4 factores señalados, son los que más se repiten dentro de la literatura y por ende, son clasificados dentro de este concepto y se presentan a continuación:

> a) Capacidad de generar y mantener relaciones afectuosas y estables con los demás.
>
> b) Equilibrio personal, entendido como una adecuada expresión y control de las emociones, confianza en sí mismo, posibilidad de enfrentar situaciones nuevas o que impliquen cambio con un mínimo de ansiedad.
>
> c) Capacidad de analizar los problemas y discrepancias hacia la búsqueda de soluciones positivas, beneficiosas para el grupo o la sociedad y no solo para sí mismos.
>
> d) Capacidad de crear y trabajar productivamente, sentirse bien con lo que se realiza, utilizar la libertad y asumir compromisos y responsabilidades.

Revise ejercicio Nº 1

Aquí, es posible observar que la salud mental no es vista como algo individual, sino que como un recurso que engloba a la vez la energía, las fuerzas y las capacidades del individuo, en interacción eficaz con los de su grupo y con las circunstancias e influencias que existen en el contexto en donde se encuentran.

A partir de esto, finalmente se puede deducir que la salud mental mejorará cuando:

a) El medio social y el contexto legal protejan los derechos de las personas y limiten los comportamientos destructivos.

b) Las acciones grupales apoyen o creen condiciones que fomenten la salud.

c) El individuo adquiera las capacidades y los recursos que le permitan responder a sus propias necesidades, contribuyendo a la vida comunitaria y a la mejora de su ambiente.

d) Ciertos valores, por ejemplo, la igualdad, la justicia, el libre albedrío, la responsabilidad social, la repartición y el ejercicio igualitario del poder, entre otras, sean primordiales dentro de la sociedad.

e) Todo aquello que dificulte la interacción eficaz e igualitaria del individuo, el grupo y el ambiente (como la pobreza, los prejuicios y una mala distribución de recursos) constituyan una amenaza u obstáculo para la salud mental.

2. MANTENIMIENTO Y RESTAURACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Al hablar de mantenimiento de la salud mental, es inevitable no pensar en la prevención de las enfermedades. Desde tiempos remotos, el cuidado de las personas enfermas ha sido un factor a considerar dentro de las sociedades. Durante cada una de las épocas de la humanidad se le ha encargado a alguien el rol de cuidar y curar de quienes no se encuentren en un estado “normal”.

Durante los inicios de la historia de la humanidad, las personas trataban de conservarse de manera óptima mediante la observación de la naturaleza. En las primeras épocas, e incluso en algunos lugares en la actualidad, la división de roles de acuerdo al género ha hecho que la mujer sea la encargada de cuidar de enfermos, niños y ancianos, todo esto con el fin de preservar a la familia en un estado óptimo de condiciones que les permitan desenvolverse de acuerdo a las pautas establecidas y supervivir conservando la especie.

También es necesario considerar que, de acuerdo al lugar en el que nos encontremos, se llevarán a cabo distintas prácticas para la conservación de la salud. Por ejemplo, en poblaciones orientales, los ritos de sanación son comunes puesto que la oración tiene un poder mayor que en occidente, en donde la ciencia tiene una mayor aceptación y uso que cualquier tipo de rito de sanación.

Ahora bien, en nuestro contexto, la prevención de la enfermedad y las prácticas de cuidado, en términos actuales, apuntan a la creación de políticas gubernamentales y a la solución de problemas en salud pública, teniendo como principal responsable a los Estados, que deben proveer a la comunidad de las instancias mínimas para el mantenimiento y restauración de la salud.

Con esto, no solo nos referimos a hospitales o centros médicos de atención, sino también a entornos saludables de educación y esparcimiento en donde los integrantes de las comunidades puedan desarrollarse con plenitud, sintiéndose seguros y estableciendo vínculos que potencien en un crecimiento individual y colectivo de los grupos.

Lo último, también hace referencia a que las comunidades deben ser partícipes de estos espacios, accediendo a ellos y solicitarlos cuando estos no existan. En este sentido, la familia como base de la sociedad, debe tener un rol fundamental puesto que es aquí donde comienza a construirse la sociedad, por tanto, dentro de ella es donde se deben ejemplificar los primeros parámetros de conservación y restauración de la salud.

En los casos en que la salud no se pueda conservar, existen instancias para poder recuperarla, siendo la terapia ocupacional la que está teniendo un mayor auge a la hora de restablecer la salud mental.

La terapia ocupacional, en términos sencillos y desde un enfoque clínico, es definida como la praxis que utiliza como método terapéutico la ocupación o actividad humana, conceptos similares que se refieren a:

> Aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social.

Revise ejercicio Nº 2

Continuando con el enfoque más clínico, Ann A. Wilcock, en su texto An Occupational Perspective of Health (1998), defiende que el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, está vinculado a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas.

De esta forma, el desempeño o realización de actividades de autocuidado y automantenimiento, productivas, educativas, lúdicas y de ocio, entre otras, permiten a un sujeto participar como un miembro que contribuye a su entorno personal, social, cultural y económico, por tanto, además de generar el bienestar del individuo, se potencia la adaptación al medio de éste y la integración y participación activa en el contexto social y cultural al que pertenece.

Por tanto, cuando se inicia una terapia ocupacional, también se estima el grado en que el individuo es capaz de adaptarse, incluso temporalmente, ya que el sujeto es capaz de aprender y realizar las ocupaciones que se le entregan.

En resumen, la ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación, la productividad, el ocio y el juego, incidiendo en último término en la salud y bienestar individual.

Considerando estas características, la ocupación puede ser utilizada como método terapéutico en la medida en que:

a) Promueve el aprendizaje y adquisición de habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades de automantenimiento y autocuidado, educativas y productivas y de ocio y lúdicas.

b) Favorece la participación e integración social, a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad y el ocio y el juego.

c) Favorecer la participación social, a través de la modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que tiene lugar ese desempeño.

d) Contribuye al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos.

e) Promueve el mantenimiento, restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas.

Revise ejercicio Nº 2

Finalmente, es necesario tener en cuenta que, en la medida en que un sujeto realiza ocupaciones significativas, tanto desde una perspectiva personal (subjetiva) como social y cultural, se verá favorecido el bienestar psicológico, por tanto, la ocupación puede ser utilizada como un método para la promoción y preservación del bienestar psicológico individual.

CLASE 02

3. SALUD Y ENFERMEDAD

La temática de la salud y la enfermedad, con el paso del tiempo, se ha constituido en una razón más de ser de la sociedad y la ciencia. A lo largo de la historia, este fenómeno se ha tratado de explicar desde diferentes enfoques, por lo tanto, se hace necesario realizar una

pequeña revisión de lo que ha sido la trayectoria y el desarrollo de la salud y la enfermedad a lo largo de nuestra historia. A continuación, se presentan 8 apartados que concentran los principales hitos de los periodos de la historia relacionados con la salud y la enfermedad.

1.1 Edad Antigua

Durante la primera parte de la historia, las personas que habitaban en la tierra se impresionaban sobremanera con la dinámica que mostraba la naturaleza por lo cual buscaban dar explicaciones a todos los fenómenos que allí se producían y que ellos podían observar, tratando de dar algo de seguridad al enfrentamiento constante que tenían con estos acontecimientos naturales. En este periodo de la historia, las personas comenzaron a crear una serie de símbolos, señas, gestos y diversas formas de comunicación que indicaban estados de bienestar o malestar, logrando identificar sentimientos de dolor, angustia, miedo e incertidumbre, así como otros de alegría y satisfacción. Con el paso del tiempo, se fue tomando conciencia de la dualidad que podía presentar el ser humano al encontrarse, durante diferentes periodos de tiempo, en estados diferentes de lo que hoy conocemos como salud y enfermedad.

Es así como se estableció una estructura social la cual incluía a las personas cuando se encontraban saludables, y los marginaba cuando éstos se encontraban enfermos, hasta que se recuperaran.

Ahora bien, ¿qué explicación daban las personas que vivían en esta época a los cambios físicos y psicológicos de las personas? ¿Qué preguntas se hacían cuando su normal comportamiento dentro del cuerpo era alterado por “fuerzas” o entidades que desconocía y ante las que se sentía impotente?

La forma de pensamiento predominante para estas personas para explicar fenómenos y cosas del mundo que les rodeaba era la forma mágica o mítica: según estas personas, la salud o la enfermedad la originaban espíritus (fuerzas malignas o benignas) que penetraban el cuerpo humano produciendo bienestar o dolencia. Además se solía relacionar la enfermedad con los elementos naturales (agua, aire y fuego). Es en este periodo donde surge la imagen y el rol social de los curanderos, brujos o hechiceros que buscaban sanar a quienes se encontraran en un estado que fuese diferente al “normal”.

La población latinoamericana indígena que vivía en esta época, también asignaba un rol fundamental a los chamanes (curanderos) que se encargaban de las fuerzas espirituales que ejercían su poder en las personas. Los chamanes crearon una serie de terapias constituidas por cantos, infusiones, bailes y conjuros, para expulsar del interior de la persona enferma, la fuente de malestar y así restituirlo a su función social normal.

Revise ejercicio Nº 3

Posterior a esto, se desarrolló otra forma de dar una explicación a la salud y enfermedad, la cual era una forma un tanto más compleja que el pensamiento mágico de la época primitiva. A esta nueva explicación se le denominó mitología, la cual daba por hecho la existencia de Dioses (por ejemplo, Zeus, Marte, Neptuno, Diana, entre otros, en el caso de los griegos) que eran los responsables de producir los estados de bienestar o malestar, y que participaban en forma conjunta en la guerra, el comercio, la agricultura, la política y en los asuntos domésticos, es decir, en las diferentes esferas de la existencia humana.

Es necesario destacar que es en esta época en donde se comienza a realizar una observación de la realidad, en donde se comenzaron a examinar partes del cuerpo humano, y los desechos provocados por é para tratar de explicar la relación que éstos tenían con las enfermedades. Conocido es el caso de Hipócrates, quien fue un médico de la época griega, a quien se le atribuye el juramento hipocrático el cual, hasta el día de hoy, deben jurar aquellas personas que egresen de una carrera médica.

1.2 Edad Media

Durante esta época de la historia, la religión toma un papel fundamental, dejando de lado el pensamiento mágico o mitológico que existía en la época antigua. Con esto, se da paso a la modificación del agente causal en lo que respecta a salud y enfermedad, atribuyéndose éste al comportamiento humano, es decir, cuando había un mal comportamiento (de acuerdo a ciertas reglas establecidas) Dios se enojaba e imponía un castigo a la persona que se había apartado de la norma, entonces, la víctima entraba en un estado anómalo de enfermedad, de pecado.

Es así como la nueva concepción producida por el pensamiento religioso, desplazó al chaman, quién cedió su lugar a un individuo que realizaba ritos religiosos (sacerdote), quien, además, pasó a ser el encargado de conducir el tratamiento. El religioso, por medio de exorcismos, ritos, oraciones y ofrendas a Dios, trataba de apaciguar la ira divina y recuperar la salud del pecador; pero si no lo lograba, el pecador debía entrar en actitud de resignación y el sacerdote salvaba su responsabilidad.

La influencia del pensamiento religioso cristiano, caló profundamente en todas las personas que vivían en esta época, llegando a estar presente en todos los campos del ordenamiento social; ésta es la fundamental explicación para su predominio y duración en Europa por muchos siglos, pues la Iglesia como organización religiosa dominaba la ideología, la economía, la educación, la salud y la ciencia.

Además del pensamiento religioso, en esta época surgió el pensamiento escolástico, dominado por los preceptos aristotélicos y los cristianos. Este pensamiento tenía como principal fundamento el que Dios era el motor del mundo, principio y fin de todas las cosas, es decir, la salud y la enfermedad se generaban en la divinidad. Aquí, enfermedades como la postración de personas, adquirió una nueva dimensión, pues, el enfermo participaba de la gracia de Dios, todo esto explicado mediante lo hecho por Cristo en la tierra quien curó a leprosos y paralíticos, hizo ver a ciegos y hasta resucitó muertos. Uno de los personajes más representativos del pensamiento escolástico fue Santo Tomás de Aquino, teólogo católico italiano.

1.3 Edad Renacentista

El renacimiento surge luego de una época en donde la Iglesia Católica dominaba en todos los ámbitos en los que se desenvolvía el ser humano. El anhelo en esta época era fundamentalmente el desarrollo máximo del ser humano en el arte, la moral y la ciencia, incluyendo en ésta última la salud. El modelo a seguir en esta época eran los ideales griegos y romanos, con los cuales se trataba de volver a vivir con toda la grandeza y esplendor de dichas civilizaciones.

Aquí, el fenómeno de la salud y enfermedad se comienza a considerar desde un nuevo ángulo, pues, comenzaron a surgir cuestionamientos, por parte de pensadores, sobre el origen divino de la enfermedad, como consecuencia de los pecados cometidos, lo que provoca una rebelión contra la Iglesia y las formas de producción artesanales.

A partir de esto, surgen dos puntos de vista en donde se interpreta la salud y la enfermedad. El primero de ellos es el mecanicismo. Aquí las personas asumían que el fenómeno de la salud y enfermedad era mecánico (el cuerpo funcionaba como una máquina), que nada en la naturaleza vive realmente, sino que los seres sensibles se mueven porque reciben del exterior algún tipo de impulso o estímulo (que puede provenir de la naturaleza o de las condiciones sociales, entre otras fuentes). Uno de los representantes más significativos fue René Descartes, él y quienes lo acompañaban pensaban que “nada existe si antes no es pensado”.

El segundo punto de vista de la salud y enfermedad de esta época es la vitalista o animista. Los partidarios de esta tendencia, sostenían que el ser humano no es una máquina, sino un ser vivo. Para todos ellos, la enfermedad se producía como consecuencia de la alteración de las fuerzas vitales, o del ánima, es decir, el alma, que habitan en el interior de las personas.

Durante esta época, el ejercicio de la medicina se realizó de forma privada y no obtuvo buenos resultados, o al menos un avance en el campo de la salud, puesto que recordemos que se buscaba el desarrollo individual del intelecto y el de las facultades retóricas (de expresión y convencimiento) por medio del discurso, pero, no el desarrollo en el campo sanitario.

CLASE 03

1.4 Siglo XVII

Durante el desarrollo de este periodo en el tiempo, se desarrollo un pensamiento matemático, en donde se comenzaron a construir las primeras estadísticas sobre mortalidad, natalidad y matrimonios. Si bien es cierto, estas cifras no fueron exactas, lograron acercarse bastante a la realidad de aquel entonces, permitiendo la generación de posibles explicaciones a los acontecimientos ocurridos y a lo que hoy se conoce como bioestadística.

Lo importante de la generación de estadísticas, radica en que el proceso de salud y enfermedad pudo ser cuantificado por medio de procedimientos matemáticos, dando origen al concepto de "probabilidad de ocurrencia" de un fenómeno, lo que permitió la generación de tablas de niveles de salud y enfermedad, un poderoso sistema de predicción de enfermedades para ese entonces, y con ello, un sistema de prevención y control de enfermedades.

Momentos antes que este siglo finalizara, comenzaron a realizarse una serie de cambios y avances en distintos ámbitos de la vida, los cuales afectaron principalmente el desarrollo económico y las formas de producción de esta época, debido a que la producción artesanal fue reemplazada por la producción industrial, la que utilizaba, en grandes cantidades, el carbón mineral y maquinaria a vapor, los cuales aceleraban los procesos productivos de los productos. A raíz de esto, la sociedad cambió, generándose nuevos roles: los dueños de los medios de producción y los asalariados.

La gran cantidad de acontecimientos producidos en esta época, generaron cambios significativos en el nivel de salud y enfermedad de las personas, los cuales se señalan a continuación:

a) Alteración del medio ambiente por actividades productivas (contaminación del aire y agua por el aumento de desechos)
b) Se originan nuevas enfermedades, entre ellas las ocupacionales por la utilización de maquinarias
c) Relaciones laborales favorecen a aquellos que ocupan los niveles más altos
d) Aumento de jornadas de trabajo
e) Aumento de trabajo infantil y femenino
f) Las ciudades crecen en forma desordenada
g) Aumento de pobreza y mendicidad
h) Migración desde el campo hacia la ciudad

La invención más importante en esta época fue en el año 1963, cuando el biólogo holandés Leewenhoeck creó el microscopio. La creación de este instrumento dio un vuelco fundamental en el desarrollo de la salud y la enfermedad ya que nos acercó a aquello que no podemos apreciar con nuestros ojos, los microorganismos, causantes de diversas

enfermedades. Este importante hecho, permitió la creación de mecanismos de protección y control de enfermedades.

1.5 Siglo XVIII

La revolución industrial trajo consigo una nueva división social (dueños y proletarios), y, a la vez, nuevos problemas relacionados con la salud y la enfermedad. A raíz de esto, el Estado (absolutista) comenzó a asumir un control en todos los órdenes de la vida de las personas, estableciendo códigos para mantenerse saludables y mecanismos que respetaran estos códigos y las leyes que regían en aquel entonces.

También se percibió el auge de publicaciones que buscaban mantener el estado saludable de las personas. Es así como en países como Estados Unidos, se adaptó un catecismo de salud que contenía preguntas y respuestas respecto al tema.

En el caso de los países que se regían por un Estado mayoritariamente capitalista, el enfoque de perpetuidad de la salud, se fundamentaba, principalmente, en el mantenimiento de los niveles de producción en las fábricas, más que en el bienestar de las personas que allí trabajaban (hombres, mujeres y niños).

Con el paso del tiempo, comenzaron a aparecer disidentes de los regímenes de gobierno de la época. Uno de ellos fue Jean Jacques Rousseau, quien escribió el contrato social, en donde se planteaba la oposición al absolutismo, ya que éste no entregaba a las personas la educación ni los medios económicos suficientes para que la población pudiese cuidar de sí misma.

Para este autor, las nociones de salud y enfermedad están sujetas a la dualidad existente entre naturaleza y cultura. Según Rousseau, la naturaleza equivale a salud, porque ha destinado a las personas a estar sanas, es decir, la vida natural es esencialmente saludable, en cambio, la sociedad y la cultura (civilización), son el origen de la enfermedad, ya que separan a ser humano del mundo natural.

Otro autor reconocido en esta época fue Bernardino Ramazzini, quien escribió el libro “De las enfermedades en los artesanos” en el cual se logró establecer la relación entre las condiciones de trabajo y algunas enfermedades que afectaban a los trabajadores. Este descubrimiento consigue que se introduzca en los historiales médicos la pregunta ¿en qué trabaja?, dada la relevancia que tenían las condiciones del ambiente y su influencia en la salud del enfermo, creando una nueva concepción de salud y enfermedad que incluía la observación de los siguientes factores:

a) Condiciones sociales y situación de salud
b) Calidad del agua que se bebe
c) Enrarecimiento del aire en las ciudades
d) Requerimientos de ventilación, iluminación y distribución en edificaciones

e) Drenajes y alcantarillados públicos
f) Creación de códigos sanitarios relacionados con períodos de cuarentena, requisa de embarcaciones y de productos de otros países
g) Creación de leyes sobre la protección de aprendices; en fábricas, creación de leyes sobre la "protección de maquinaria"
h) Normas de inspección, seguridad e higiene

1.6 Siglo XIX

Dado todos los hechos que han sido evocados anteriormente, se dio paso a un pensamiento sociológico, desde el punto de vista de la filosofía, en donde autores como Hegel, Marx y Engels, plantearon categorías del materialismo histórico para el análisis de la sociedad, con el fin de establecer cómo los medios de producción y su tendencia determinaban todos los órdenes de la vida, incluyendo el proceso de salud y enfermedad, que es el que nos interesa. Los resultados de sus investigaciones señalaron que la medicina, por sí sola, no era capaz de cambiar el panorama en el que las grandes masas viven en condiciones de miseria, porque existían factores sociales, económicos, culturales y ambientales, los cuales eran no médicos, que incidían en la situación de salud y enfermedad de las personas.

En este periodo, comenzaron a considerarse factores que responden a una conciencia colectiva, como por ejemplo, el comportamiento individual, la higiene personal y las condiciones ambientales, en donde se identifica al grupo humano como el que crea y fija pautas de comportamiento.

Teniendo esto en cuenta, se consideraron las siguientes áreas como los causantes principales de los problemas de salud:

a) Distribución de bienes y riqueza
b) Acceso igualitario a la educación y servicios de salud
c) Acceso a trabajo bien remunerado y en condiciones laborales favorables
d) Existencia de legislación en el área de salud para todos los ciudadanos

Finalmente, se concluyó que esta conciencia colectiva producía desequilibrios sociales, los cuales generaban malestar en la población, por tanto, éstos debían ser controlados en forma colectiva para restituir el balance y lograr nuevamente el bienestar comunitario. Cuando esto pudo realizarse, se pudo observar mejoras en el área de la salud, así como la creación de leyes que regulaban la actividad fabril, el cuidado de niños y ancianos, la protección de enfermos mentales e inválidos y la educación.

La implementación de estas normas confirmó que los grandes problemas de salud se relacionaban con las actividades del desarrollo económico, lo que derivó en la búsqueda de mejoras para el mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral y con ello, el funcionamiento óptimo de las industrias.

Además del pensamiento sociológico, en esta época se desarrolló, a finales de siglo, un pensamiento biológico en donde se llevaron a cabo grandes descubrimientos en el área de la inmunología y microbiología, entre ellos, los realizados por Louis Pasteur y Robert Koch. Estos estudios, pudieron determinar las principales causas de distintas enfermedades, producidas por microbios, además de contaminación por tóxicos, causada por agentes químicos y físicos.

La presencia de estas explicaciones específicas para las enfermedades, dieron lugar a un enfoque monocausal que se separa completamente del enfoque integral (incidencia de muchos factores) del fenómeno de la salud y la enfermedad. Cabe señalar, que este enfoque presenta sus raíces en el pensamiento mecanicista y en el reduccionismo planteado por Descartes. Recordemos que el primero de ellos postulaba que nada en la naturaleza se mueve por sí mismo, sino más bien debe ser movido por un impulso externo, mientras que el segundo, planteaba que un fenómeno complejo puede ser entendido si es reducido a sus bases, dividiendo el conocimiento en una serie de disciplinas.

De todas formas, se consideró que la enfermedad podía influir en el estilo de vida de las personas y sus relaciones con factores del medio ambiente, por tanto, se desarrollaron prácticas preventivas para la conservación de la salud y preservación de la enfermedad en dos niveles:

a) Higiene pública: control del ambiente humano por medio de campañas de salud (vacunación y legislación sanitaria).
b) Higiene privada o personal: relacionada con los hábitos y comportamiento del individuo, su nivel educativo y de urbanidad, que de una manera u otra, contribuyen a la presencia o no de la enfermedad.

CLASE 04

1.7 Siglo XX

Durante la primera parte de este siglo, continúa predominando un enfoque monocausal, siendo la mirada reduccionista de éste la que presenta mayor práctica puesto que los servicios de salud se centran en lo médico-biológico, dando una atención individualizada a las personas enfermas, tratando de identificar el agente causal y así otorgar el tratamiento correspondiente. Esto generó un nuevo mercado, el de la salud, considerando a ésta como una mercancía. Cuando se presentaban epidemias, se combatían con campañas masivas de salud orientadas a la vacunación y saneamiento ambiental.

El auge del cuidado de la salud y enfermedad derivó finalmente en la creación de organizaciones permanente en este campo, a nivel mundial, para enfrentar problemas de salud, lo que proporcionó un enfoque integral del proceso de salud y enfermedad.

Es durante este periodo donde aparece una definición de salud pública, creada por Winslow en 1920, la cual trata de alejarse un tanto del enfoque reduccionista, considerando que:

> La salud pública es la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Esta definición no deja fuera las medidas sanitarias de vacunación y saneamiento para evitar la transmisión de enfermedades, sino incluye la prevención por medio de la integración de los conocimientos de las ciencias sanitarias, médicas y sociales.

Se pueden encontrar otras definiciones que de salud las cuales tratan de extender las acciones relacionadas con la salud a la ingeniería sanitaria, ciencias sociales, mecanismos de prevención y salud mental. Estas definiciones son las siguientes:

> El arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de las personas mediante esfuerzos organizados de la comunidad, incluyendo los convenios por los cuales la comunidad proporciona servicios médicos a grupos especiales de personas y se preocupa de la prevención o control de las enfermedades, de las personas cuya hospitalización es necesaria para proteger a la comunidad, y de las que carecen de medios para ser atendidas médicamente.
> (Asamblea de Delegados de la Asociación Médica Americana, 1948)

> Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades.
> (Organización Mundial de la Salud, 1948)

Al finalizar esta época, comenzó a desarrollarse un concepto holístico de la salud y enfermedad, que incluye el estudio de todos los aspectos que interactúan con el individuo,

considerado como una unidad, incluyendo factores psicológicos, sociales y económicos como un todo. Desde este punto de vista, es estar sano no es solamente un sinónimo de ausencia de dolencias, incapacidad o malestar, sino que también incluye el factor social ya que las personas viven, actúan, piensan y sienten en función de sus relaciones con los demás, con la historia, la cultura, la economía, el ambiente natural, material, el medio biológico y los factores sociales, lo cual conforma el marco en el que se desarrolla la salud y la enfermedad.

Ahora bien, durante la segunda mitad de este período, el concepto de salud y enfermedad fue evolucionando hacia uno que rompió posiciones estáticas, visualizando este fenómeno como un proceso.

Lo evocado se plasmó en una reunión realizada en la Unión Soviética en el año 1978, en donde se propuso:

> Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud tal, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, y así proveer de salud a todos para el año 2012, mediante la atención primaria de salud.

Aquí el objetivo no es cubrir una causa aislada, sino que responde a todo un sistema en el que interactúan factores como los sociales, económicos, culturales, psicológicos, medio ambientales, políticos y educativos, los cuales influyen en el individuo, la familia y la colectividad, en el cual, el objetivo es aumentar el grado de salud de acuerdo a los planes nacionales y las políticas establecidas para ello, rompiendo con una mirada unicausal para dar paso a una multicausal.

1.8 Salud y enfermedad en la actualidad

La salud vista como un proceso de dos extremos, en donde en un lugar está la salud y en el opuesto está la enfermedad, dejó de ser utilizado para enfocar este fenómeno como un continuum, siendo redefinida como:

> El producto del desarrollo armónico de la sociedad

Aquí, la responsabilidad de la salud recae en una sola parte y no en la totalidad de la producción de la misma, siendo la sociedad la responsable del resto.

El desarrollo de la ciencia moderna, ha privilegiado un enfoque primordialmente organicista, de modo que uno de los principales objetivos y prioridades de la ciencia hasta

hoy en día ha sido aportar soluciones precisamente a ese nivel. Si bien es cierto, estos factores presentan cierta relevancia, por si solos no dan una solución integral al problema, por lo tanto se debe dar mayor importancia a otros agentes que influyen en esta como lo son los factores sociales económicos, políticos, migratorios, catastróficos, entre otros.

En la actualidad, existe una corriente de conocimiento formada por psicólogos sociales que trata de entender y explicar cómo las personas comunes entienden y abordan los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. Esta corriente da un giro en la aprehensión del problema debido a que se le resta prioridad al aspecto orgánico de la salud y enfermedad, comenzando a considerarse los procesos cognoscitivos y el simbolismo social acerca de estos temas, es decir, considera las ideas de la gente común y corriente, el pensamiento de “la calle”.

Lamentablemente, este es un campo de reciente desarrollo, por tanto no existe un bagaje muy amplio de conocimiento al respecto, generándose el desafío para los profesionales de la salud y de las ciencias sociales, el investigar con mayor detalle este fenómeno desde la perspectiva que se acaba de dar a conocer.

4. PRÁCTICAS SOCIALES SUSTENTABLES

Las prácticas sociales sustentables vienen a entregar apoyo para el bienestar de las personas mediante el contacto que puedan realizar con otras, reforzando sus vínculos y potenciando las redes de apoyo que existen en los determinados contextos en donde se desenvuelven todos los individuos.

La familia es el primer eslabón en esta cadena social, en donde se obtienen las primeras enseñanzas de la vida.

Posteriormente, los establecimientos educacionales prestan a los niños lo necesario para que éstos aprendan a actuar ante la sociedad una vez que ningún familiar o persona cercana se encuentra próxima a ellos para poder prestarles ayuda.

Son estos dos referentes, los que se transforman en una fuente transmisora de conocimientos, así como en figuras a imitar, especialmente los centros educacionales, lugar en donde se pasa la mayor cantidad de tiempo en edad escolar.

Es ahí donde se destaca el importante rol de las instituciones de educación ya que además de ser referentes de acción, presentan una estrecha relación con lo que a salud respecta. Para entender de mejor forma esto, es necesario tener claro que el centro educativo es uno de los vehículos indispensables para la formación integral de los niños y jóvenes, además de docentes, padres de familia y comunidad en general, y un proceso indispensable para el aumento del grado de salud y bienestar, en donde se pueden prevenir

de enfermedades y lesiones, reducir los riesgos de los mismos y así promover y proteger la salud.

Para poder poseer una buena salud escolar, es necesario contar con 8 componentes básicos:

a) La educación integral, que fortalece la autoestima y la capacidad de los niños y jóvenes para adquirir hábitos y estilos de vida saludables
b) La educación para la salud, que se basa en valores positivos de salud y en el fortalecimiento de las habilidades para la vida
c) Los medios para desarrollar la salud escolar, los ambientes y los entornos, que refuerzan la promoción de la salud
d) La promoción de la salud, para el personal docente y administrativo
e) Los proyectos y los alcances de las escuelas y la comunidad
f) Los servicios de salud, de alimentación y de nutrición que favorecen la formación de hábitos saludables
g) La educación física de la mano de la recreación y los deportes
h) La asesoría y el apoyo social

Dentro de este último componente, las redes de apoyo que sostienen el apoyo social son fundamentales, por tanto es indispensable conocerlas y entenderlas de una mejor forma.

Revise ejercicio Nº 4

CLASE 05

4.1 Redes sociales

El concepto a la base es red que consiste en un sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social. Es una plasmación estática, estructural, que tiende a mostrar relaciones cristalizadas, mientras que un proceso participativo opera en una lógica eminentemente dinámica.

Hay cinco componentes básicos en esta definición:

a) Nodos: Son los componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones (institucionales y comunitarias).

b) Vínculo: Es la relación o lazo que se establece entre los nodos. Un vínculo es un episodio de una relación social.
En el esquema siguiente encontramos los distintos tipos de lazos que potencialmente pueden existir entre las personas.

Tipos de lazos

Parentesco Madre de, Padre de	Afectivo Le gusta, confía
Otros roles Profesor, amigo de	Interacciones Da consejos, habla con, compite con
Cognitivo perceptual Conoce, sabe a quienes conocen	Afiliaciones Pertenece a las mismas organizaciones, está cerca físicamente

c) Sistema de vínculos: Lo central en la red es el conjunto de vínculos entre los nodos. La red, entonces, no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos. Así, por ejemplo, si queremos describir una red social personal, no nos debemos centrar en las características específicas de cada uno de los individuos que la componen (nodos), sino en las características de las relaciones que se establecen entre ellos (vínculos).

El análisis de redes se centra en la relación entre los actores y no en los actores individuales y sus atributos.
Es un conjunto de lazos diádicos, todos del mismo tipo, entre una serie de actores.

d) Intercambio: En la relación entre nodos se produce un intercambio. Este intercambio recíproco puede darse en el plano afectivo/emocional, material, financiero, social, simbólico, etc.

Las redes son estructuras a través de las cuales fluyen los recursos; dicho de otro modo, es la forma que en lo social adoptan los intercambios entre las personas, grupos y organizaciones.

e) Apoyo social: Como resultado de este proceso de intercambio se produce apoyo social para los nodos. La red social proporciona así el marco indispensable para que el apoyo social sea accesible a los nodos.

Las dimensiones del apoyo social incluyen apoyo emocional o afectivo; ayuda material y financiera; asistencia física; información y contactos sociales positivos.

El apoyo social, a veces denominado soporte social, ha sido estudiado desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual.

Desde un punto de vista estructural, se definen el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En su definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados.

El primer nivel de análisis estaría ocupado por la comunidad, haciendo referencia a la integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado.

En un segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, que aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás.

El tercer nivel de análisis sería el correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros.

Desde la perspectiva estructural, se estudia el campo social en el que está inmerso el sujeto siendo la red social la unidad de análisis del individuo. Desde este enfoque se asume que: los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. Sin embargo, es necesario señalar que tales afirmaciones son cuestionables ya que obvian la posibilidad de la existencia de conflictos asociados a las relaciones sociales y a la polémica pero consistente distinción entre las dimensiones objetivo/subjetivo del apoyo. De este modo, se conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo (apoyo percibido). La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado.

Siguiendo con la perspectiva estructural de las redes sociales, las dimensiones estudiadas más importantes son:

a) Tamaño: Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central. En general, esta variable se relaciona positivamente con el bienestar y la salud. Algunos autores, han encontrado diferencias significativas entre el tamaño de la red social en sujetos que padecen algún tipo de trastorno mental siendo en general menores en comparación con otros sujetos sin estos problemas de salud.

b) Densidad: Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. En este punto, los resultados son contradictorios ya que no puede establecerse una densidad ideal al depender ésta de otras variables como son los propios sujetos, sus necesidades y su situación concreta. Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones.

Por otro lado, las redes sociales densas, no serían adecuadas en determinadas situaciones como la viudedad ya que impiden la creación de nuevos contactos sociales y perpetúan de este modo, el modelo social previo.

c) Reciprocidad: Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Los resultados demuestran que las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquéllas en las que el sujeto central inicia siempre el contacto. Algunas investigaciones, registran un gran número de relaciones desequilibradas y no recíprocas en pacientes con problemas de salud mental.

d) Parentesco: Variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictiva de un buen ajuste ante las crisis vitales. En algunos trabajos, el número de no parientes en la red se ha relacionado positivamente con estados de felicidad bajo la idea que estas relaciones, serían elegidas libremente.

e) Homogeneidad: Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes.

La importancia de la perspectiva estructural en el estudio del apoyo social, radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo. Sin embargo, la existencia de una relación social no puede equipararse a obtener apoyo de la misma.

Algunos autores señalan que para que una red social sea efectiva, no sólo es necesario que exista desde un punto de vista estructural sino también que las personas/nodos que formen parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, de lo cual se sigue que no todos los nodos serían “operativos” para la provisión del mismo. Y es que en este sentido, parece ser que aquellos acontecimientos vitales inesperados como por ejemplo la aparición de la enfermedad en algunos casos, resultan ser más problemáticos desde el punto de vista de la efectividad del soporte, ya que además de que el sujeto está sometido a mayor nivel de estrés porque no ha podido prepararse para el evento, a menudo los miembros de la red social no ofrecen el apoyo adecuado por falta de habilidades y/o conocimiento a pesar de que exista motivación para ello.

En el abordaje del soporte social desde un punto de vista funcional, destaca la aportación de House, uno de los autores que ha desarrollado más extensamente el apoyo social como concepto, considerándolo como una transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: emocional, instrumental, información y valoración (información relevante para la autoevaluación). No obstante, y a pesar de las diferentes

clasificaciones, la mayoría de autores coinciden en destacar tres funciones básicas: apoyo emocional, material e instrumental.

El enfoque funcional del apoyo social, se centra por tanto en los aspectos cualitativos del mismo poniendo el acento en las funciones y los recursos que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. De entre los recursos intercambiados, destaca el *feedback*, la asistencia conductual, el dinero y pequeños servicios.

Algunas consideraciones metodológicas en el estudio del apoyo social, merecen especial importancia una vez vistas las perspectivas estructurales y funcionales del mismo. Una de ellas sería evitar la confusión entre la estructura de la red del individuo con la funcionalidad de la misma ya que puede ser que existan diferencias entre estructura y función. En otro sentido, la interpretación de algunos resultados debe considerar la posibilidad de que exista cierta reversibilidad causal entre apoyo social y problemas de salud en los que los últimos tendrían un impacto sobre el apoyo social real o percibido más que a la inversa.

Éste es el caso de personas gravemente enfermas que plantean exigencias excesivas o los casos de patología mental. Por último, otras investigaciones sobre apoyo social, tienen en cuenta otras variables como son el tipo de personalidad de los sujetos de estudio y el locus de control (interno o externo) sobre diferentes situaciones y procesos, hecho que obliga a considerar otros factores que podrían intervenir en su evaluación.

Por último, y desde una perspectiva contextual, es necesario considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas.

Por ello, es necesario considerar las características de los participantes en el apoyo tanto del receptor como del donante por su influencia en el mismo, así como la duración del apoyo.

En cuanto a las primeras, parece existir variación entre la fuente de procedencia del apoyo en función de los sujetos de manera que el apoyo de los compañeros de trabajo tiene mejores consecuencias en varones que en mujeres, mientras que el apoyo familiar es más importante ante problemas relacionados con la salud frente al procedente de los amigos. En otro sentido, características del receptor como la personalidad, roles, presencia o no de otros recursos y/o la creencia acerca del momento en el que es adecuado aceptar la ayuda juegan un papel relevante para la efectividad del soporte. Por último, en situación de enfermedad el apoyo está unido y en relación con las diferentes fases del afrontamiento de manera que un apoyo puede ser adecuado o no en función del momento en el que se preste y perciba como tal.

Respecto a la duración del apoyo social en el tiempo, éste cobra especial importancia ante cierto tipo de problemas como es el caso de pacientes crónicos o el de personas que

sufren estrés a largo plazo, ya que exige una habilidad adecuada para mantener y/o cambiar el apoyo a lo largo del tiempo por parte de los donantes del apoyo.

Ahora, se hace necesario conocer y estudiar una metodología que provee bienestar a quienes participen de ella.

Existen varias metodologías de trabajo con la comunidad, sin embargo, una de las que ofrece mayor valor es la Investigación Acción Participativa, que se detallará a continuación, debido a que al trabajar con ella, no solo se produce el bienestar de los individuos, sino que también se genera conocimiento concreto respecto de la realidad en la cual se interviene.

CLASE 06

4.2 Metodología IAP

La IAP (Investigación Acción Participativa) es una metodología de trabajo con comunidades cuya principal característica es que las personas que se encuentran insertas en determinado contexto social a intervenir, son los principales gestores de ideas y actividades, en la mayoría de las veces, guiados por un profesional, que cumplen con objetivos destinados a realizar mejoras en el contexto social en el cual están inmersos. Se trata de una producción de conocimiento –y, por lo tanto, investigación–, se trata de intervenir en la realidad social –acción colectiva–, y se trata de hacerlo con la participación activa de los sectores potencialmente implicados. Y, además, estos tres pilares se entienden formando parte de un mismo proceso (cuando promovemos el autoconocimiento de nuestro entorno estamos interactuando con éste y somos partícipes de su transformación: estamos haciendo camino al andar). Es lo que se puede llamar como “intervención en las redes sociales”.

Hablar de democracia participativa, y de metodologías participativas, significa, en última instancia, hablar de cómo las personas y los grupos sociales se relacionan entre ellos para actuar colectivamente, siendo cada parte sujeto activo de esta acción. Parten de un planteamiento relacional: se trata de construir nuevas pautas de relaciones sociales para transformar la realidad existente, desde el supuesto de que lo que las personas son, piensan y hacen (su acceso a los recursos, su comportamiento, sus normas y valores), se explica por su posición en las estructuras de relaciones sociales. Esto se puede abordar de dos formas distintas:

a) Desde un planteamiento técnocrático: el técnico/investigador “estudia” y “analiza” cómo se relacionan los agentes y cómo se deberían relacionar. Amparado en su saber científico, el investigador realiza “propuestas de intervención”, es decir, nuevas formas de relación entre agentes y colectivos. Pero no se pueden “imponer” a los agentes sociales pautas de relaciones sin contar con ellos: aun suponiendo que se pudiesen realizar recomendaciones sobre cuáles son las relaciones óptimas desde un punto de científico, ello requeriría que todas las partes implicadas las validasen.

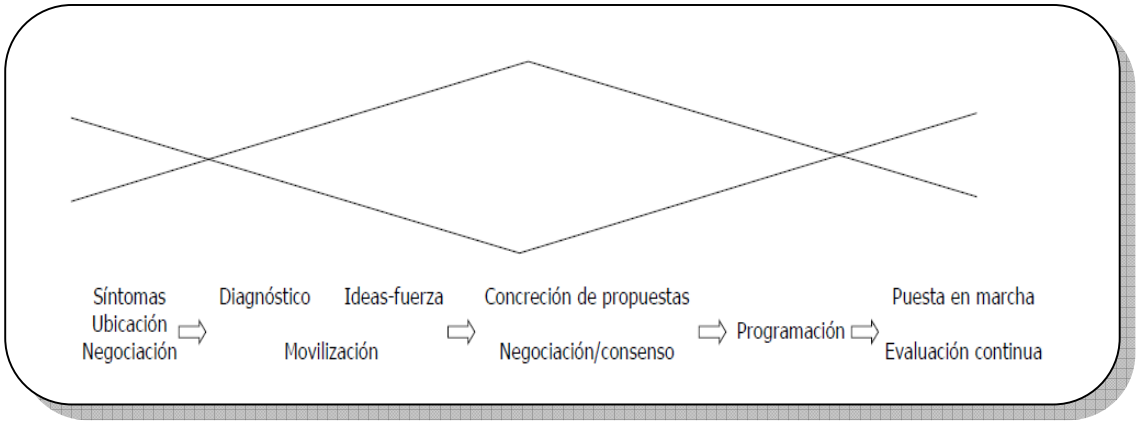
b) Desde un planteamiento participativo: En vez de que el investigador se dedique a "predicar" sus soluciones a agentes que quizás vayan en otra dirección, es enormemente más sencillo abrir procesos de reflexión y relación colectiva a partir de los síntomas que se plantean, y es justamente a lo largo de estos procesos que se van construyendo nuevas relaciones. Este planteamiento permite no únicamente transformar las relaciones, sino también construir posicionamientos, proyectos y estrategias.

La IAP se puede entender como una metodología que debe permitir a los agentes "recrear las redes sociales": es decir, transformarlas desde la (auto) reflexión sobre las estructuras existentes.

Una metodología que "se hace camino al andar", que construye las redes desde el mismo momento en el que se pregunta sobre ellas, es necesariamente una metodología que se define sobre el proceso y que, sobretodo, trabaja sobre la idea de proceso que aprende de sí mismo, pero que a su vez, y en tanto que metodología, es conducida por algún "experto metodológico", es decir, una persona o equipo que pone en juego estrategias y métodos que, según el tipo y momento del proceso en el que nos encontremos, pueden acompañar, motivar, dinamizar, catalizar, asesorar, coordinar, etc. su desarrollo.

En estos procesos podemos distinguir grandes etapas que suelen ser comunes, y que podemos representar gráficamente como ciclos de apertura y de cierre. Los primeros se refieren a fases que son básicamente expansivas: buscamos movilizar, implicar más agentes, introducir más puntos de vista en el debate, promover la reflexión y creatividad colectiva al analizar los problemas y buscar soluciones, más allá de convocar a "los de siempre" y de aportar las "recetas tecnocráticas" que ya conocemos. Con los ciclos de cierre, en cambio, buscamos la concreción, la decisión y los compromisos (que requerirán, seguramente, procesos de negociación y consenso); unos ciclos no pueden entenderse sin otros.

Ciclos de apertura y de cierre



La metodología participativa no renuncia a los métodos y técnicas tradicionalmente usadas en ciencias sociales (cualitativas y cuantitativas) sino que los integra conjuntamente con otras técnicas más específicamente orientadas a momentos de dinamización y participación. Disponemos, por lo tanto, de un amplio abanico de herramientas, pero lo realmente importante es saber cuándo hay que poner en juego unas u otras. Básicamente las distintas técnicas que utilicemos nos han de permitir abordar tres grandes objetivos o dimensiones del proceso:

a) Dinamizar y movilizar (dimensión movilizadora)

La dimensión movilizadora interviene directamente en lo que podríamos llamar la “dinamización” y la “recreación” de las redes sociales, es decir, en la capacitación de los agentes, el fortalecimiento de las relaciones existentes y la promoción de su capacidad de intervención en estas relaciones. Apuntar hacia la dimensión movilizadora significa alimentar el proceso en el sentido de que la comunidad tenga capacidad para intervenir en el debate social y para desarrollar estrategias con relación al tema tratado y a sus propios objetivos; en definitiva, capacidad de acción. Las técnicas participativas son aquí las más potentes.

b) Identificar y producir discursos y posicionamientos (dimensión discursiva)

Se trata aquí de trabajar sobre los discursos y posicionamientos de los agentes: para identificarlos, para producirlos (desde un planteamiento autoreflexivo y creativo) y para construir consensos que contribuyan a desbloquear y superar situaciones de conflicto y desigualdad. Las técnicas cualitativas son las de mayor potencial para abordar esta dimensión.

c) Obtener conocimientos sobre los aspectos más objetivables de la realidad social (dimensión descriptiva)

La dimensión descriptiva apunta a la identificación de lo que podemos denominar los "recursos objetivos" de la comunidad: la caracterización sociológica del territorio y del tema tratado, la identificación de acontecimientos significativos, y el mapeo de los agentes y sus relaciones, que entendemos también como recursos del territorio. Este es un terreno en el que las técnicas cuantitativas son especialmente potentes.

Las técnicas, por su parte, se pueden agrupar de la siguiente forma:

a) Sociogramas y análisis de redes sociales: Más allá de la teoría de redes sociales como principio teórico y metodológico, que es de por sí una lógica de trabajo transversal en las metodologías participativas, existe un instrumento que se suele utilizar para traducir de forma operativa una estructura de relaciones: el sociograma. El sociograma puede ser utilizado con fines descriptivos, pero más allá de éstos es un instrumento especialmente potente cuando se trabaja conjuntamente con material cualitativo (posicionamientos de los agentes) y momentos movilizadores (sociograma como espejo).

b) Técnicas cualitativas: Se trata de técnicas observacionales y conversacionales plenamente consolidadas en las ciencias sociales (especialmente observación participante, entrevistas individuales y grupales). En algunos casos pueden tener un componente informativo-descriptivo; en otros pueden contribuir a dinamizar las relaciones inter o intragrupales. Pero donde las técnicas cualitativas tienen mayor potencial es en la identificación/producción de posicionamientos, al permitir e incentivar la autorreflexión y la profundización en los discursos (por lo general, podemos considerar que las técnicas cualtitativas permiten una mayor riqueza discursiva con respecto a las participativas, mientras que estas últimas son más útiles cuando lo que priorizamos es la síntesis grupal in situ).

c) Técnicas cuantitativas: Las técnicas cuantitativas cumplen un papel básicamente descriptivo-informativo en tanto que permiten ilustrar, medir o contrastar explicaciones e interpretaciones que los agentes de la comunidad dan sobre su realidad cotidiana. Tienen también su dimensión cualitativa (los datos se interpretan y la forma lógica de hacerlo desde la IAP es a partir de los discursos de la comunidad) y movilizadora (los datos se producen para algo, se interpretan para algo y producen unes determinados efectos sociales).

d) Técnicas participativas: Bajo este epígrafe se pueden englobar un conjunto de dinámicas (talleres u otros tipos de actividades) que tienen por objetivo la participación directa de un número limitado de personas en una actividad que provoque la (auto) reflexión sobre un determinado tema, y que concluye sancionando unas conclusiones de consenso que son asumidas por sus participantes. Son, por lo tanto, técnicas que intervienen básicamente sobre la dimensión más movilizadora de un proceso, al mismo tiempo que permiten identificar los distintos posicionamientos presentes en una comunidad.

CLASE 07

Dentro de las técnicas de trabajo mayormente utilizadas en la IAP, se encuentra el *Sociograma* considerada como una técnica transversal para mapear y recrear relaciones.

En el sociograma se proyectan distintos nodos que representan a los agentes del territorio (políticos, técnicos, empresariales, asociativos, grupos y sectores vecinales, etc.) y las relaciones existentes entre estos nodos (más fuertes o más débiles, positivas o de conflicto).

El mapa social puede jugar diferentes funciones a lo largo de estos procesos:

- Identificar y ubicar los entornos presentes en una comunidad tiene un valor de diagnóstico importante, al mostrar sintéticamente los recursos existentes y al agruparlos según su grado de vinculación o posicionamiento con relación a una determinada problemática. Esto se convierte ya en un elemento catalizador que permite mostrar "quién está" en un proceso, "quien no está", "quién podría estar" y "quién impide que seamos más": nos ayuda a globalizar y a pensar colectivamente, y nos permite consensuar los diferentes entornos y niveles que hace falta ir a buscar e implicar, más allá de las percepciones parciales que se tengan desde cada sector.

- Pero más allá de esta lectura estática –el mapa social no deja de ser una pura descripción–, es también un instrumento de movilización grupal: nos permite definir quiénes somos (nosotros, los que estamos organizados), los nuestros (la base social), con quién podemos contar y cooperar (los aliados), a quien tenemos que persuadir (los indiferentes) y a quién hemos de aislar (los oponentes), desde la base de que avanzar en el conflicto no consiste en vencer a los oponentes, sino en buscar alianzas y construir consensos con otros actores.

- Y, derivado del punto anterior, el estudio de las relaciones permite identificar cuáles son aquellas relaciones a potenciar para provocar dinámicas transformadoras: buscando puntos en común entre los agentes implicados en estas relaciones, promoviendo complicidades y confianzas mutuas, abriendo

espacios de diálogo en los que se desarrollen autodiagnósticos y proyectos compartidos, y definiendo estrategias de incidencia.

Dadas las características dinámicas de las relaciones interpersonales y de las estructuras de la sociedad, se hace necesario considerar el trabajo del *"sociograma en proceso"*, trabajando en las tendencias, oportunidades y amenazas de las relaciones existentes. Además, puede ser útil realizar sociogramas en distintos momentos del proceso, por ejemplo:

- Un sociograma al principio, como diagnóstico previo y para conocer las instituciones/asociaciones/grupos que conforman el mapa social. Puede ser útil para ubicarnos en el proceso, para identificar las posiciones sociales a entrevistar o dinamizar y las relaciones sobre las que trabajar.

- Un sociograma intermedio puede ser útil para identificar cómo están cambiando las relaciones y de alguna forma evaluar el proceso en el mismo proceso.

- Un sociograma en la etapa de cierre o bien al inicio de la puesta en marcha de las propuestas desarrolladas puede ser un instrumento para ser conscientes de las relaciones y conjuntos de acción hacia los que nos dirigimos.

El sociograma debe permitir identificar los distintos entornos presentes en una comunidad, y estrategias para avanzar hacia conjuntos de acción más ciudadanistas y pluralistas, que desborden las estructuras existentes: al potenciar determinadas relaciones débiles, se aíslan alianzas que reproducen situaciones de bloqueo y se abren nuevas relaciones que pueden incentivar la participación de agentes que habían quedado aislados; la base social finalmente movilizada pasará a ser una plataforma dinamizadora de la comunidad, un conjunto de acción ciudadanista.

También es importante considerar que los vínculos débiles, aportan mucho a la hora de abordar el fortalecimiento de redes vecinales, por su capacidad para trazar puentes entre actores o situaciones que sin estar completamente desconectados permanecen relativamente aislados.

A la hora de llevar a cabo una recolección mayor de datos relacionada con las relaciones del contexto social en el que nos encontramos inmersos, muchas veces se hace necesario el uso de técnicas cualitativas de recolección de datos, los cuales son especialmente potentes para identificar las dimensiones subjetivas e intersubjetivas de la realidad social, aspectos en los que, aunque no tienen la capacidad de medición que pueden tener los métodos cuantitativos (encuestas de opinión), nos aportan una riqueza infinitamente superior. Dentro de estas técnicas se consideran la entrevista individual y a grupos, grupos de discusión, grupo triangular y la observación participante.

A continuación, se describirán las etapas de una Investigación Acción Participativa, la cual consta de 4 partes, en donde se señalan incluso las preguntas respectivas para cada etapa.

Etapas de una Investigación Acción Participativa

a) Planteamiento político-metodológico

- Detección de síntomas
- Demanda y negociación inicial
- Delimitación de objetivos y estrategia metodológica.

El planteamiento inicial debe responder fundamentalmente a las siguientes cuestiones:

- ¿Para quién y para qué se hace?¿Por qué? ¿Cómo? ¿Cuándo?

Las primeras preguntas van asociadas a una (auto)reflexión y negociación sobre lo que se está planteando: cuáles son las finalidades del proceso, qué efectos tendrá sobre la comunidad, o cómo nos ubicamos en el mismo; esta ubicación será distinta si el proceso se inicia desde una administración, que sí se hace desde una asociación o grupo organizado; en el primero caso, deberá dejarse claro a la ciudadanía qué implica y cuáles son los compromisos que adopta en relación a la metodología y a los resultados; pero la misma lógica se puede aplicar a otros organizaciones: cuál es la finalidad perseguida y qué se está pidiendo a los agentes implicados.

Las preguntas ¿por qué?, ¿cómo? y ¿cuándo? conviene que sean respondidas en un proyecto que defina cuáles son los objetivos que se persiguen, cuál va a ser la metodología seguida y en qué fases y tiempos se va a desarrollar.

b) Ciclo de apertura: diagnóstico y propuestas

- Movilización. Dinamización en proceso y constitución de niveles de implicación continua y de seguimiento
- Diagnóstico: ¿Qué es lo que hay? ¿Cómo lo vemos?
- Producción de ideas-fuerza, propuestas generales: ¿Qué podemos hacer?

El ciclo de apertura es, en primer lugar, un proceso de movilización. Se trata de difundir lo que se está haciendo, de implicar a los agentes en el proceso y provocar que se lo hagan suyo, asesorándoles y capacitándoles si es necesario, y de empezar a "intervenir" en las redes (a veces acompañando, a veces sacudiendo).

Aquí hay muchos aspectos que tienen que ver con las relaciones más informales que vamos construyendo, pero también es importante crear espacios formales a dos niveles:

- Un Grupo de Investigación Acción Participativa. Equipo de trabajo plural formado por unos pocos vecinos y/o técnicos de base (3-5 personas) que participa activamente en el día a día del proceso conjuntamente con el equipo técnico. El objetivo del GIAP es llegar a ser un grupo "conformado" (grupo estable con identidad propia y con alta capacidad de interlocución, reflexión y acción), aunque hay que ser consciente que en determinados contextos no logra traspasarse la barrera de un grupo "informado" (conjunto de personas con menor disponibilidad y compromiso que siguen el proyecto con cierta asiduidad y que ejercen de informantes cualificados).
- Una Comisión de Seguimiento que reúne a representantes institucionales, entidades y otras personas potencialmente implicadas en el proceso, con el objetivo de realizar su seguimiento, supervisión y debate. Aunque con encuentros periódicos, es importante que la CS no interfiera en el día a día, no porque no se quiera la participación de los dirigentes, sino porque su presencia constante podría alterar el contacto con las bases sociales.

Pero esta dinámica movilizadora difícilmente se conseguirá en el vacío, sin un "contenido" que lo acompañe; este contenido tiene dos niveles:

- En la realización de un diagnóstico compartido que identifique "qué es lo que hay" en la comunidad (su población y sus condiciones de vida, sus recursos, los grupos y sus redes de relaciones).
- Desde la base del autodiagnóstico, es decir, habiendo reflexionado sobre las cosas que nos rodean, estamos en condiciones de ser creativos, de abrirnos a nuevas ideas y nuevas propuestas de las que nos sentimos partícipes no sólo porque las hemos aportado nosotros, sino también, y sobre todo, porque han salido de una implicación y apropiación del problema. Decimos que es un proceso creativo porque no se trata sólo de "buscar" y de "sumar" ideas, sino también, y sobre todo, de producirlas: lo que tenemos que buscar aquí es el intercambio y la reflexión colectiva en el interior de los grupos implicados y entre éstos.

c) Ciclo de cierre: conclusiones y programación

- Recreación de las redes: negociación y consenso de un programa de acción
- Construcción participada de objetivos y propuestas de acción

El ciclo de apertura suele llegar a un momento que denominamos de "saturación", en el que se ha cubierto todo el universo discursivo y propositivo posible: ya no se producen nuevas ideas. Solemos iniciar entonces un ciclo de cierre: de construir consensos, de negociar –si es necesario hacerlo– y, al fin y al cabo, de "recrear" las relaciones (en el sentido que no se trata tanto de "inventar" nuevas relaciones sino partir de las existentes) y de programar –tareas, agentes y tiempos–, y todo eso tiene que poder hacerse dentro del mismo proceso participativo, combinando oportunidades para todos y eficacia.

En estos procesos pueden ser importantes técnicas de trabajo grupal y planificación, pero una dimensión fundamental son los roles y compromisos de futuro que los agentes adopten sobre las decisiones que se van tomando, y que en última instancia dependerán del grado en el que se hayan apropiado el proceso más que del uso de técnicas concretas.

d) Reapertura

- Puesta en marcha
- Evaluación continua
- Nuevos síntomas. Rediagnóstico

El cierre se concreta con el acuerdo y la programación. Pero se trata siempre de un cierre provisional y dinámico, que se vuelve a abrir en la puesta en marcha de las acciones, iniciando un nuevo ciclo de apertura (de evaluación continuada, de rediagnóstico de los cambios y nuevas realidades). Desde este planteamiento, un proceso participativo no empieza ni acaba: es más una cultura de la acción que no un proyecto acotado temporalmente; una cultura en la que expansión y síntesis se entrelazan constantemente retroalimentando el proceso ante los nuevos retos planteados.

CLASE 08

5. PROBLEMÁTICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL EN LA ACTUALIDAD

Antes de comenzar, es necesario tener claridad de cómo funciona nuestro servicio de salud, para así acercarnos con mayor confianza al desarrollo de las problemáticas de salud y enfermedad mental que se producen actualmente.

En Chile, se presenta un sistema de salud de tipo mixto, con una fuerte predominancia del sector estatal que se encarga de dar atención a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades.

El organismo coordinador del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el Ministerio de Salud, que tiene funciones rectoras y normativas, teniendo a su cargo 28 servicios de salud descentralizados territorialmente.

El organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como un proveedor de seguro público de salud, prestando servicios a quienes no pertenezcan al sector privado (Instituciones de Salud Previsional).

Desde la década de 1980, y producto de un grave deterioro que sufrió el sector de la salud a finales de este periodo, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios.

Llevando esto a cifras concretas, el aumento promedio del gasto público en salud en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%.

Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en los sectores más vulnerables de la población con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la vida de ese segmento poblacional.

La estrategia general aplicada por el Ministerio de Salud se ha reflejado también en la asignación de más recursos para la atención de los problemas de salud mental de la población de Chile, lo que ha provocado cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y en el número de actividades realizadas en los últimos años, lo cuales han sido grandes y positivos y han ubicado a Chile a la vanguardia de la Región por sus indicadores de salud, con logros reconocidos internacionalmente.

Como consecuencia de la transición demográfica, la esperanza de vida al nacer de los chilenos, para el año 2005 era de 76,7 años y la tasa de mortalidad general era de 5,74 por 1.000 habitantes, mientras que el suicidio es la séptima causa de muerte en hombres, con una tasa de 16,8 por 100.000 habitantes de ese sexo.

Dado el cambio en el perfil epidemiológico de la población, se hace cada vez más importante mejorar la calidad de la vida y reducir la prevalencia de las enfermedades que producen discapacidad, en primer lugar los trastornos mentales y del comportamiento.

Una gran parte del absentismo y de la disminución del rendimiento laboral, así como del aumento en el número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras, se relaciona con los trastornos mentales, de ahí la importancia de mantenerse en ambientes saludables y fomentar este tipo de conductas que favorecen a los individuos y a los grupos.

Ahora bien, en lo que respecta al El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, este recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas (usuarios, familiares de los usuarios, técnicos y profesionales de la salud) que colaboraron y realizaron un importante aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió llegar a este plan.

En él se señalan los objetivos y las estrategias que se deben seguir para orientar los recursos del Estado hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de los chilenos.

El Plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Revise ejercicio Nº 5

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo.

En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red, realizando coordinaciones intersectoriales, en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

En cuanto al modelo de intervención utilizado aquí, es posible decir que desde la década de 1950, diversos factores, entre ellos el desarrollo de nuevos psicofármacos y el

establecimiento de un enfoque nuevo respecto de los trastornos psiquiátricos graves basado en criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos, han sido aportes para la evolución de los modelos de intervención para trastornos psiquiátricos, desde el nivel hospitalario hasta el comunitario.

Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile se ha venido adoptando paulatinamente el modelo comunitario en los últimos 10 años, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico.

Dado que los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo una parte de los factores que causan o intervienen en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos, puesto que algunos factores psicosociales son los que condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.

Entonces, el desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural, interviniendo en los factores que realmente condicionan el desarrollo de la enfermedad.

Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria, el cual puede ser observado más adelante en la figura (*) que explica mediante un esquema la red de salud mental y psiquiatría en Chile, que funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población.

Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental y es parte del Modelo General de Atención en Salud que se aplica actualmente en todo el país como parte de la reforma del sector de la salud.

Además, este modelo general reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios, una mayor calidad en la atención sanitaria, y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y de la toma de decisiones, fortaleciendo la forma de abordar los problemas de salud mental que favorecen especialmente a las acciones de promoción y prevención y al fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutiva enfocada en las personas, las familias y las comunidades.

Es necesario considerar también las dificultades y falencias que ha tenido este modelo a modo de ser consientes de los aspectos que hay que mejorar.

a) Resistencia natural al cambio: Como en todo proceso de transformaciones profundas, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ha despertado temores en su puesta en marcha, generándose resistencia al cambio por parte de los trabajadores sanitarios con más años de experiencia en los servicios psiquiátricos tradicionales ya que se sienten inseguros con el modelo comunitario y no ven claramente los beneficios del cambio, lo que se ve más marcadamente por la insuficiencia de planes de desarrollo de recursos humanos específicos para los servicios de salud mental y psiquiatría que permitan aplicar y dar continuidad a este modelo de atención.

b) Ampliación presupuestaria: Solo tres de las prioridades programáticas (esquizofrenia, depresión y dependencia del alcohol y drogas) cuentan con financiamiento seguro por estar entre las 56 enfermedades del programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), siendo insuficiente la cantidad de recursos otorgados en comparación con los solicitado en el plan de estas intervenciones.

c) Distribución de recursos: La distribución geográfica del país conlleva a la inequidad en la distribución de recursos, tanto humanos como de infraestructura, con una marcada concentración de psiquiatras en los servicios de salud que cuentan con hospitales psiquiátricos (Aconcagua, Valparaíso, Metropolitano Sur y Metropolitano Norte) y en el de Iquique.

d) Sistema de registro e información de salud mental: Hasta el año 2002 solo se registraba el número de prestaciones de salud mental, sin especificar la cantidad de personas beneficiadas y sus diagnósticos. A partir de ese año se comenzó a registrar la información con un mayor grado de desagregación y detalle, lo que ha permitido conocer el número de personas atendidas, de casos de abandono del tratamiento y de actividades de salud mental realizadas, tanto en el nivel primario como en el secundario, en los 28 servicios de salud del país.

e) Legislación: Hasta el momento no se cuenta con una ley de salud mental que garantice el desarrollo y la continuidad del nuevo modelo y que resguarde adecuadamente los derechos de los pacientes.

f) Salud mental infantil: A pesar de ser una de las prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y uno de los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud, el desarrollo de servicios de salud mental para niños y adolescentes está aún muy lejos de alcanzar la cobertura mínima definida en el Plan.

Una vez analizadas las brechas percibidas, es importante señalar lo positivo de la implementación de este plan de salud mental, las cuales hacen ver que los avances del

sistema público de salud mental en Chile en los últimos 10 años son numerosos. Dentro de los más importantes podemos destacar:

a) Aumento real y sostenido del presupuesto de salud mental: Aunque los trastornos mentales y de la conducta constituyen 15% de la carga total de enfermedad, la inversión pública en salud mental en Chile era solo de 1% del presupuesto asignado al sector de la salud en 1990. A partir de entonces, esta cifra aumento sostenida y significativamente llegando a un 2,4% del presupuesto asignado al sector de la salud en el año 2003.

b) Programas para trastornos mentales prioritarios: De acuerdo con las definiciones del Plan Nacional, se han puesto en marcha en todo el país cuatro programas especializados para responder organizada y sistemáticamente a las necesidades de la población.

c) Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión: Este programa se inició en el año 2001 y en tres años se logró generalizar a todos los centros de atención primaria de salud de Chile, articulados con los centros de atención psiquiátrica. El programa presta atención especial al cuidado integral de los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, lo que ha ayudado a sistematizar y orientar el trabajo cotidiano de los equipos de salud mental y a mejorar la capacidad resolutiva de los equipos de atención primaria. Una evaluación de impacto demostró que en los beneficiarios de este programa redujeron significativamente los síntomas de depresión, de angustia y de trastornos somáticos y en general manifestaron una mayor satisfacción con la vida y en la relación con su pareja.

d) Programa para el tratamiento de la esquizofrenia: El modelo de tratamiento propuesto por este programa se basa en estrategias comunitarias y en la atención ambulatoria de las personas con esquizofrenia mediante equipos multidisciplinarios, hospitales de día, unidades para la rehabilitación psicosocial y hogares protegidos y en la incorporación paulatina de antisicóticos atípicos (risperidona, la clozapina y la olanzapina) al tratamiento. En junio de 2004, alrededor de 12.000 personas participaron en el programa y 7.500 de ellas recibían fármacos de última generación. Además, a partir de abril de ese año se comenzó a aplicar un esquema de atención a personas que presentaban su primera manifestación de esquizofrenia, a fin de garantizar su acceso a una atención sanitaria oportuna y de calidad.

e) Programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia del alcohol y de drogas: Este programa se aplica en todos los servicios de salud del país desde el año 2001 y en él participan la red de atención primaria, los centros comunitarios de salud mental, los hospitales y las comunidades terapéuticas. El programa ofrece tratamiento gratuito con cobertura limitada a los beneficiarios de FONASA en alguna de sus cuatro modalidades de tratamiento que, según las características, las necesidades y la complejidad del caso, son:

- Plan de tratamiento como primera respuesta.
- Plan de tratamiento ambulatorio básico.
- Plan de tratamiento ambulatorio intensivo.
- Plan de tratamiento residencial en comunidades terapéuticas.

Se debe destacar que este programa lo lleva el Ministerio de Salud conjuntamente con el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, dependiente del Ministerio del Interior, y el Ministerio de Justicia, siendo un ejemplo del denominado trabajo intersectorial.

f) Programa de reparación integral de salud y derechos humanos (PRAIS). El Ministerio de Salud participa activamente en la aplicación de la Política Nacional de Reparación Social, elaborada por el primer gobierno democrático que sucedió a la dictadura militar que rigió los destinos de Chile entre 1973 y 1990. El PRAIS está orientado a la atención sanitaria integral física y mental, tanto de las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en ese período como de sus familiares, ya sea de forma individual, familiar o sociocomunitaria. Una vez evaluada la magnitud del daño sufrido, se desarrollan intervenciones psicoterapéuticas en las que las propias personas afectadas participan activamente en su rehabilitación con la ayuda de organizaciones de usuarios, mediante actividades de autoayuda y de reinserción social. En la actualidad, todo los servicios de salud del país cuentan con personal capacitado para dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios de este programa que en enero de 2004 contaba con más de 185.000 participantes.

g) Sistema Nacional de Psiquiatría Forense: Este sistema, establecido en 1999, brinda atención oportuna, ya sea mediante tratamiento o programas de reinserción laboral y familiar, a las personas sobreseídas o absueltas judicialmente por padecer de alguna enfermedad mental. En la actualidad, cerca de 70 personas sobreseídas ingresan anualmente en las unidades de psiquiatría forense, mientras otras 300 reciben tratamiento ambulatorio y 85 viven en hogares protegidos.

h) Ampliación de la cobertura de la atención: A partir de 1990 se ha ampliado la cobertura de atención de los principales trastornos psiquiátricos, especialmente con servicios que se prestan localmente. En un estudio realizado entre los años 1992 y 1999 se encontró que la cobertura de atención para personas con enfermedades mentales era de 38,5%. Esto se logró mediante la contratación de profesionales del área de la salud mental como parte de la aplicación del modelo comunitario, de forma que los problemas de salud mental de mayor demanda se podían atender en los consultorios de atención primaria de salud, ubicados en la zona de residencia de los usuarios. Esta estrategia permitió liberar recursos en los niveles de mayor complejidad y ayudó a revertir la tendencia histórica de concentrar la atención psiquiatría en los servicios especializados del nivel secundario

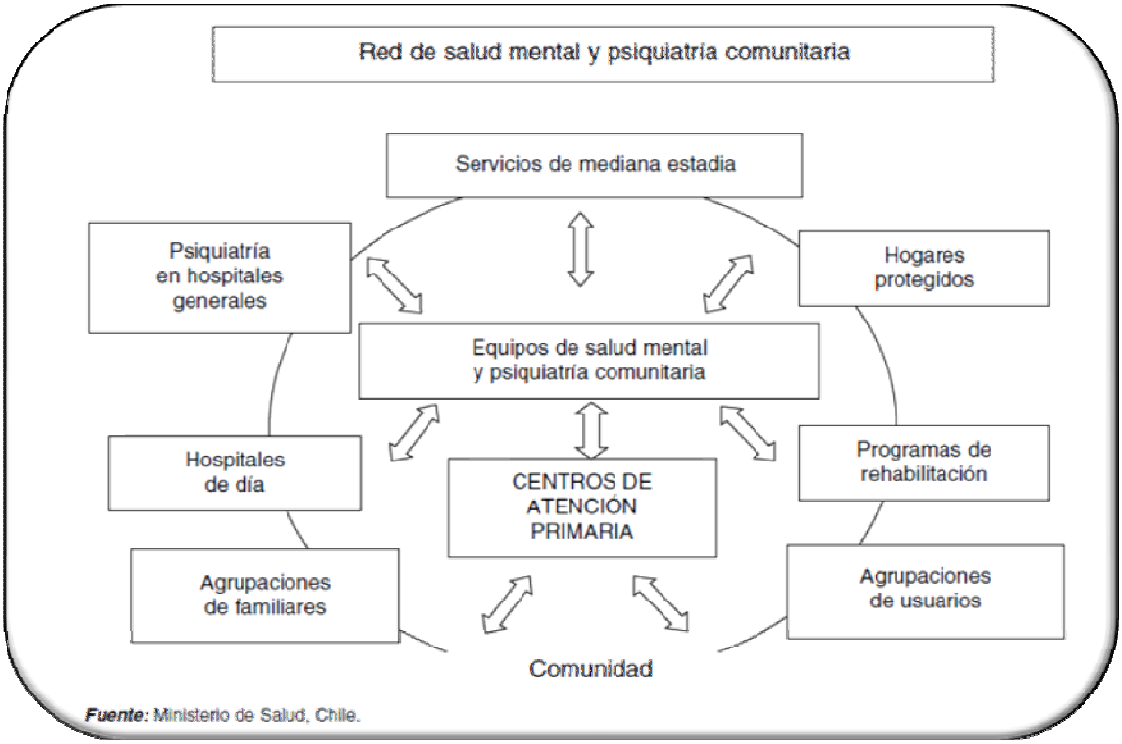
i) Programa de mejoramiento continuo de la calidad: En 2003 se inició la evaluación continua de las diferentes unidades de atención de la red de salud mental y

psiquiatría. Ese año se evaluaron todos los hogares protegidos y hospitales de día, así como 30% de los equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria. Esa evaluación abarcó diferentes aspectos de la calidad del servicio, entre ellas la competencia del sistema, su enfoque en los usuarios, el grado de satisfacción de las necesidades y el entorno laboral, lo que permite evaluar el funcionamiento y la calidad de la atención que ofrecen los centros de la red de salud mental y psiquiatría.

j) Satisfacción de los usuarios: Luego de años de la puesta en marcha de la segunda versión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se publicaron tres estudios que demostraron los avances logrados con la aplicación del modelo comunitario de atención en usuarios de los servicios públicos de salud Según estos estudios, la aplicación del modelo comunitario está asociada con un mejor estado de salud mental de la población, lo que se expresa en una mayor puntuación en los indicadores de la calidad de la vida, un mejor funcionamiento de las personas con enfermedad mental en la sociedad y una mayor satisfacción de los usuarios.

k) Impacto en las políticas de salud: A partir de la elaboración del primer plan, la salud mental se ha incorporado paulatinamente a las prioridades de salud pública de Chile. Entre otras medidas, la entidad de seguro público (FONASA) ha definido nuevas actividades de salud mental con respaldo financiero; han aumentado los fondos protegidos en el presupuesto de salud, tanto para la compra de medicamentos como para la aplicación de programas específicos de salud mental; las siete prioridades de salud mental pasaron a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales para la década 2000–2010; se incorporaron las tres prioridades programáticas de salud mental a las enfermedades que cuentan con garantías de atención en la nueva reforma de salud de Chile; y las acciones de salud mental se incluyeron en la cuenta pública que el Ministerio de Salud entrega cada año al país.

Esquema de la red de salud mental y psiquiatría para Chile (2004) (*)



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

CLASE 10

Como ya es sabido, en la actualidad el problema de la salud mental está determinado, en gran medida, por el nivel de desarrollo alcanzado por el país en lo económico, político-social, y salud pública, dependiendo del desarrollo de los factores mencionados, se alcanzará un adecuado desarrollo de salud y prevención de la enfermedad.

Hoy en día, la solución a los problemas de salud mental constituye, sin lugar a dudas, una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo debido al desarrollo de las economías en los países y a las relaciones entre ellos que hacen que el mundo sea cada vez más globalizado.

Si consideramos las cifras actuales de enfermedad, se estima que al menos 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales.

Es necesario tener en cuenta entonces que el impacto de las enfermedades mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también financiero, puesto que se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados.

Enfocándonos en nuestro país, los trastornos mentales presentan una prevalencia, en la vida de las personas que lo padecen, de un 36%, siendo los más frecuentes:

a) Agorafobia (11,1%)

b) Depresión mayor (9,0%)

c) Distimia (8,0%)

d) Dependencia del alcohol (6,4%)

Si consideramos estas enfermedades, se presenta el dato que señala que todas ellas explican, en su conjunto, un 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad

Evidentemente estos datos indican algo importante en nuestra sociedad y el estado no puede estar ajeno a ello, por tanto, participa activamente en la creación de estrategias que beneficien a los habitantes del país. Es así como se crearon dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000.

Durante la ejecución del primer plan se introdujeron prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular y mejorar el segundo plan, que estableció un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios.

Para el plan aplicado durante el año 2000, se reflejaban las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe sobre la salud en el mundo en el año 2001, dentro de las cuales se encontraba:

a) Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental
b) La integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales
c) Creación de vínculos intersectoriales

Como se puede apreciar, estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales.

Además de lo señalado, a la hora de hablar de salud mental, es necesario tener en cuenta un fenómeno que ha cambiado las sociedades actualmente: la globalización.

Investigaciones reciente, señalan que uno de los principales efectos psicológicos de la globalización consiste en la confusión de identidad que afecta a los jóvenes, puesto que la

construcción de la identidad es una de las tareas fundamentales en la adolescencia, la cual, actualmente se ve influida por prototipos extranjeros de grupos modelo a seguir.

Estos resultados indican que se hará más complicada la búsqueda de la identidad por la influencia de prácticas y valores culturales propios de otros lugares del mundo, los que se mezclan con valores propios de las culturas locales, lo que se puede ver reflejado en la confusión de identidad de los jóvenes y problemas de salud tales como la depresión, suicidios y abuso de sustancias ilícitas.

6. PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS

Según algunos autores, los modelos de salud vendrían a ser representaciones de la realidad mediante aspectos o elementos esenciales. También, se entiende la teoría, como la sistematización de un determinado conocimiento, organizado de tal manera que pueda replicarse en otras circunstancias o sobre objetos similares.

Las teorías tratan de representar la realidad pero sin la solidez y el dominio de una época de pensamiento como suele suceder con los paradigmas. De ahí, que sea importante diferenciar concepciones de modelos, teorías y paradigmas. Así, las teorías echan mano de diversos objetos, técnicas y pronósticos de la realidad o interpretaciones de la misma; también de concepciones de la práctica acompañadas de sus formas de instrumentación.

Esta diversidad conceptual depende de distintas ideologías y de las relaciones que los individuos establecen con la realidad: diferencias que se evidencian en la praxis y en los marcos epistémicos.

De acuerdo a lo anterior, resulta de gran importancia cuales son los marcos epistémicos que rodean a la Fenomenología, Conductismo y Psicoanálisis, y así poder comprender y observar sus diferencias.

6.1 Fenomenología

La fenomenología se basa principalmente en la filosofía europea, y su representante más relevante fue Immanuel Kant, quien señalaba que el estudio de la mente no podía proceder según los métodos de las ciencias naturales y su conceptualización objetivante, sino que debía fundamentarse y realizarse en un método diferente. De acuerdo a esto, la única forma en que el ser humano podía conocerse a sí mismo, era mediante la introspección sobre su propia naturaleza esencial.

La fenomenología enseña que el campo fenoménico de la persona determina el comportamiento, siendo el campo fenoménico, todo lo experimentado por el sujeto en cualquier punto dado en el tiempo. Por tanto, para entender el comportamiento de las

personas, uno debe conocer algo sobre su campo fenoménico, es decir, lo que es el mundo para ellos.

Es así como posterior a lo planteado por Kant, Husserl y Brentano, afirmaron que el método fenomenológico no buscaba explicaciones ni causas para ciertos fenómenos, sino más bien, buscaba un análisis descriptivo y estructural referente a las experiencias vividas, es decir, está basada en la estructura de la experiencia.

Es así como en esta perspectiva, el auto-conocimiento presenta un lugar de privilegio, pasando incluso por sobre los conocimientos objetivos, llegando a conocernos a nosotros mismos, mejor de lo que conocemos a otros.

Nuestro conocimiento propio es de primera fuente, no está contaminado por eventos externos.

Según los fenomenólogos, dentro de nosotros existe un tipo de identidad interna denominada qualia, la cual solo puede ser conocida por la persona que la experimenta. Para el fenomenólogo, la conducta humana, y lo que las personas dicen y hacen, es producto del modo en que se define su mundo.

Sin embargo, si no fuese por nuestra comunidad verbal, el autoconocimiento no existiría completamente, y es en este punto en donde comienzan las discrepancias con aquellos que siguen a los conductistas, pues para ellos, existe una inminente dificultad para explicar los qualia, por tanto, no podemos conocer lo que ocurre dentro de nosotros tan bien como lo puede hacer alguien de nuestro entorno.

El énfasis primario de la fenomenología esta puesto en el fenómeno mismo, esto quiere decir, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo en cómo lo hace, utilizando su concreción y particularidad. Esto tiene, además de su estructura y regularidad, una lógica que es anterior a cualquier otra lógica.

A partir de esta teoría, se crea el concepto del self fenoménico, el cual consiste básicamente en la parte del campo fenoménico que la persona experimenta como el “yo”.

Cuando el self fenoménico se encuentra amenazado, se pueden generar problemas, dentro de los que destacan los de de adaptación. Sin embargo, es necesario tener presente, que estos problemas se dan de una manera subjetiva, puesto que los problemas que una persona siente como amenaza, puede que no lo sean para otra. En definitiva, un sujeto

experimentará amenaza siempre que perciba que su self fenoménico se encuentra en peligro.

Finalmente, no debemos dejar fuera las principales características de la fenomenología las cuales se pueden resumir en 6:

a) Lo que vemos no es el objeto en sí mismo, sino cómo y cuándo es dado en los actos intencionales.
b) El conocimiento de las esencias sólo es posible obviando todas las presunciones sobre la existencia de un mundo exterior y los aspectos sin esencia (subjetivos) de cómo el objeto es dado a nosotros.
c) Se utilizan el método de reducción fenomenológica para eliminar la existencia de objetos extramentales, ya que esta mirada se concentra en lo ideal, en la estructura esencial de la conciencia.
d) Toma por "real" todo aquello que fuera primero dudado y luego pensado de manera "clara y distinta" y puesto en perspectiva temporal
e) La conciencia es intencional y está lanzada al futuro. Es un ir hacia que busca, encuentra y sobrepasa lo encontrado.

La conciencia trabaja en estructura con el mundo, por lo cual hablar de un fenómeno es indisoluble de hablar de la conciencia y a la inversa; para hablar de la conciencia siempre tendremos que hacerlo con un fenómeno.

CLASE 11

6.2 Conductismo

El conductismo es un paradigma psicológico desarrollado principalmente en Norte América, Estados Unidos. El concepto que está a la base es:

> La conducta (behavior), la cual debe ser estudiada por la psicología, no así la mente y los procesos que ocurren en ella, puesto que los estados mentales no pueden ser objeto de investigación científica, ya que son irrelevantes para dar cuenta de la conducta humana.

Los fundamentos epistemológicos que presenta el conductismo son básicamente 3:

a) Se inserta en la tradición filosófica del empirismo
b) Según los empiristas, el conocimiento está compuesto de las sensaciones (materia prima de las impresiones del objeto), las ideas (copia directa de las sensaciones) y las

asociaciones entre ellas. Por tanto, el origen del conocimiento está en las sensaciones e impresiones, las cuales son copias o reflejos de la realidad

c) De la corriente empirista, el conductismo hereda tres de sus características definitorias:

- El ambientalismo
- El asociacionismo
- El anticonstructivismo.

Dentro de los representantes más conocidos de esta perspectiva, encontramos a Watson y Thotndike, quienes dieron a conocer con mayor detalle la nueva mirada de la psicología.

Mediante fue pasando el tiempo, el conductismo fue generando nuevas explicaciones para los procesos psicológicos y las formas de actuar de las personas.

Es así como se comienzan a realizar experimentos con animales para evidenciar ciertas pautas de conductas y respuestas.

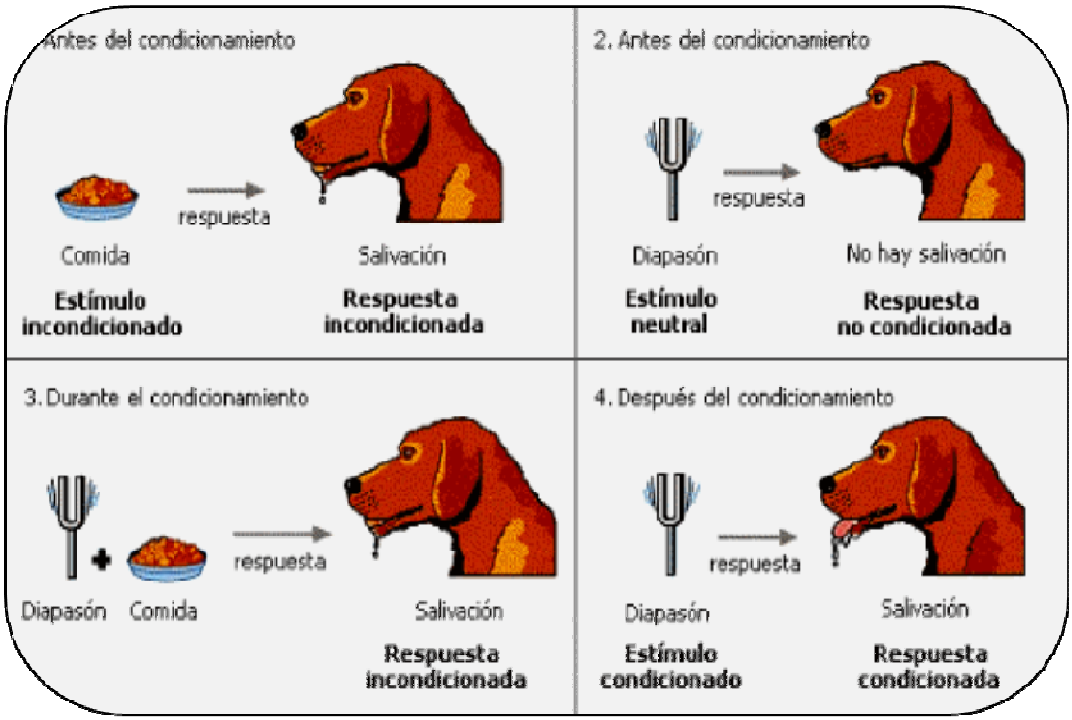
Dado lo anterior, surge el condicionamiento clásico el cual fue desarrollado en su mayoría por Pavlov y Watson, antes mencionado.

Conocidos son los experimentos desarrollados por Pavlov y sus perros, en los cuales se condicionaba la respuesta de salivación de los animales, mediante la aparición de estímulos que ellos asociaban con comida estableciéndose la siguiente relación:

La asociación entre un estimulo incondicionado con un estimulo neutro, causa que posteriormente el sujeto responda a dicho estímulo (neutro), con una respuesta que se emitía anteriormente ante el estímulo incondicionado (ver siguiente figura para comprensión).

La mayoría de las investigaciones realizadas, median respuestas aprendidas de tipo glandular o de los músculos de fibra lisa (sistema nervioso autónomo), por tanto el sujeto las realizaba de manera involuntaria.

Experimento de Condicionamiento Clásico con perros



Luego de los experimentos de Pavlov, otros investigadores comenzaron a realizar los suyos realizando modificaciones.

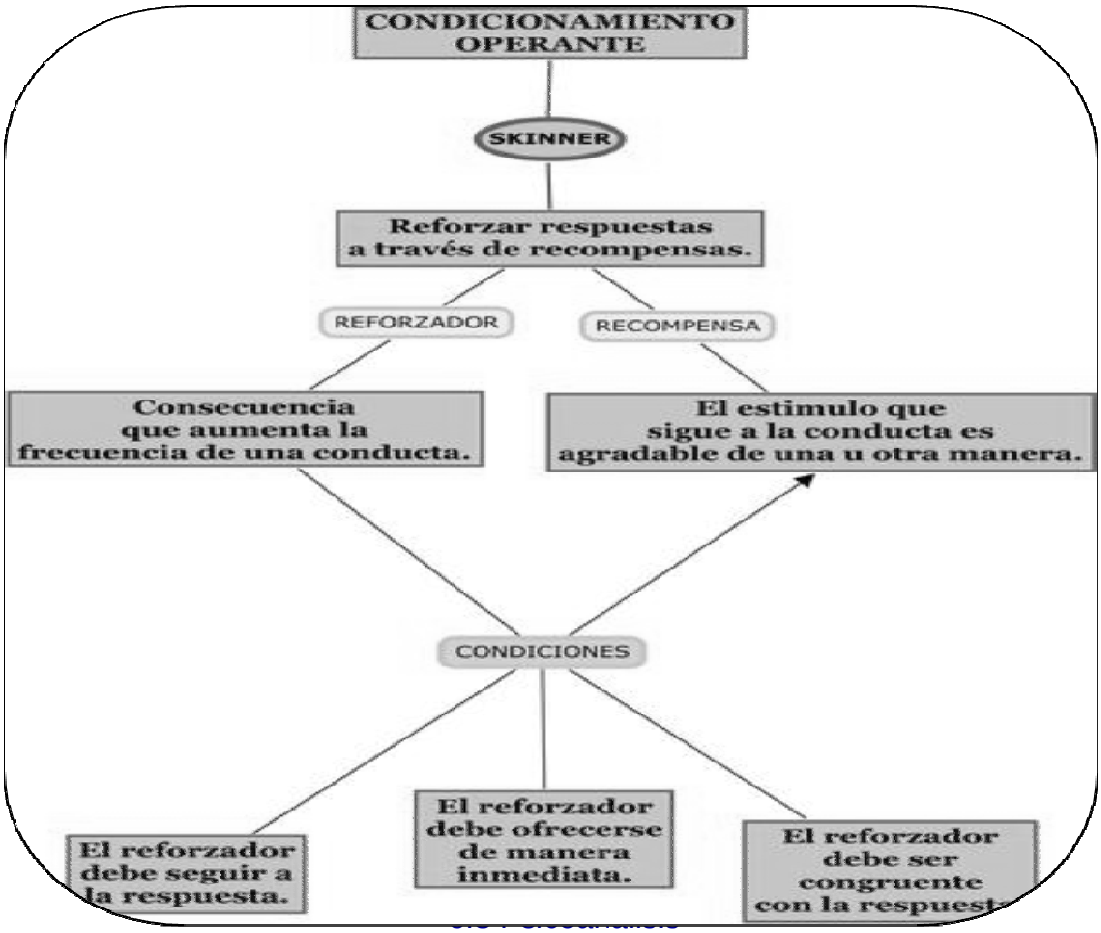
Es el caso del psicólogo conductista Skinner, quien desarrollo el llamado condicionamiento operante, que consistía básicamente en: toda conducta que emite un sujeto gracias a la cual opera sobre el medio ambiente y lo modifica.

El sujeto es capaz de aprender determinada conducta como consecuencia de los acontecimientos que la siguen, los cuales pueden ser la presencia o ausencia de un refuerzo.

Lo importante de esta investigación, es que se descubrió que los organismos tienen la capacidad de organizar los estímulos y la conducta en términos de medios-fines, involucrando estructuras fisiológicas más desarrolladas, como por ejemplo el sistema nervioso central. Adicionalmente, en este tipo de respuestas se compromete el uso de músculos de fibra estriada.

Mediante el siguiente esquema, se puede comprender de una mejor forma el funcionamiento del condicionamiento operante y sus refuerzos.

Esquema de funcionamiento de Condicionamiento operante



Dentro del contexto histórico que da origen al Psicoanálisis, es imposible no considerar los aportes de Sigmund Freud, uno de sus principales exponentes. Anterior a que se desarrollara esta teoría, no existía una verdadera explicación respecto a la personalidad, pues, los trastornos mentales se entendían como resultado de una posesión extraña.

Desde entonces, Freud estudió los pensamientos inconscientes e irracionales de sus pacientes, y observó que éstos se desenvolvían de acuerdo con ciertas pautas.

En definitiva, la obra de Freud, se origina desde las ciencias biológicas, neurológicas y psiquiátricas, la cual propuso una nueva forma de considerar la personalidad conmoviendo la cultura occidental de aquellos años.

Para ser más específicos, la historia de Freud, como la mayoría de las historias de otras personas, comienza a partir de otros. En esta ocasión fueron su mentor y amigo, Dr. Joseph Breuer y la paciente de éste, Anna O., quien padeció según Breuer de lo que se

llamaba en aquel momento histeria, lo que significaba que tenía síntomas que parecían físicos, pero que no lo eran.

Hasta ese momento Freud profundiza en su estudio de lo patológico a través del punto inicial que fue la histeria. Primer mal al que los médicos no podían atribuirle una causa totalmente somática.

Con Breuer, Anna se sumía en unos estados de “hipnosis espontánea” (estados de trance) donde la paciente podía hablar de sus fantasías diurnas y de otras experiencias, sintiéndose mejor posteriormente. Anna llamó a estos episodios “limpieza de chimenea” y “la cura por la palabra”.

En estos episodios, Anna proporcionaba algunos datos que daban comprensión particular a algunos de sus síntomas. Breuer llamó catarsis (del griego referido a “limpieza”), a estos estados de recuperación espontánea.

Con vasta experiencia, de acuerdo al estudio del caso de Anna O, Breuer y su asistente Sigmund Freud escribieron un libro sobre la histeria, donde explicaban su teoría, recabada en 11 años.

Dentro de esta publicación, se puede destacar como conclusión lo siguiente: toda histeria es el resultado de una experiencia traumática que no puede aceptarse en los valores y comprensión del mundo de una persona (conflicto intrapsíquico).

Además, consideran que las emociones asociadas al trauma no se expresan de manera directa, sino que simplemente se evaporan, así, se expresan a través de la conducta de forma vaga e imprecisa.

En otras palabras, los síntomas tienen significado y cuando el paciente es capaz de llegar a comprender el origen de sus síntomas (a través de la hipnosis, por ejemplo), entonces se liberan las emociones reprimidas por lo que no necesitan expresarse a través de ellos.

Posteriormente es Freud quien, con posterioridad, retomó lo que Breuer no había reconocido abiertamente indicando que el fondo de todas las neurosis histéricas yacía un deseo sexual.

El psicoanálisis es finalmente entendido como un método de investigación de lo psíquico, en donde el inconsciente es el verdadero objeto de investigación psicológica, la cual se puede llevar a cabo mediante la asociación libre.

Freud, a partir de sus estudios, llego a las siguientes conclusiones:

a) Los problemas tienen raíces inconscientes que escapan a la percepción del propio sujeto, por tanto, se requiere de un método de análisis especial de la psique que le permita al inconsciente manifestarse con la menor interferencia posible de la conciencia; surge así la interpretación de los sueños y la asociación libre de ideas.

b) La mayor parte de los problemas por él analizados se relacionaban con conflictos sexuales y con dificultades para satisfacer los deseos sexuales en las relaciones interpersonales.

c) Muchos de los problemas adultos tienen sus raíces en la infancia, particularmente en los primeros años de desarrollo debido a las dificultades encontradas por el niño pequeño para dar satisfacción a sus deseos de naturaleza sexual. El origen y desarrollo de esas insatisfacciones quedan cerrados en el inconsciente, de donde el psicoanálisis deberá rescatarlos para liberar al paciente de las tensiones y problemas.

CLASE 12

Como las tensiones sexuales se producen en la niñez, Freud clasificó en 5 etapas, el desarrollo de la infancia y adolescencia de los individuos en donde se produce esta tensión sexual.

a) Etapa oral (1 y 2 años de edad): Según Freud la etapa oral es el primer momento en la evolución de la personalidad del individuo. Se caracteriza por dirigir la libido (amor, pasión, sentimientos de cuidado, entre otros, que se pueden sentir hacia otra persona) hacia la boca y buscar la satisfacción gracias a la actividad de succión.

b) Etapa anal (2 y 3 años de edad): la libido se dirige hacia el ano y la satisfacción sobreviene por la expulsión o retención de las heces.

c) Etapa fálica (4 y 6 años de edad): esta etapa es fundamental para el desarrollo del psiquismo, porque en ella se produce el Complejo de Edipo y el de Electra, en el cual el niño o niña, presentan un grado de enamoramiento hacia su padre o madre, respectivamente. El niño dirige el impulso erótico hacia sus genitales y consigue la satisfacción el varón mediante el juego con su pene y la niña con su clítoris, o mediante la masturbación.

d) Etapa de latencia (5 y 6 años de edad y la pubertad): en esta etapa, como consecuencia de la aparición del súper yo el niño reprime sus sentimientos edípicos e inhibe sus apetitos erótico-sexuales.

a) Etapa genital (a partir de la pubertad): en el niño, tras la superación del complejo de Edipo, orienta su deseo sexual fuera de la familia, hacia personas del sexo opuesto y convierte la relación genital reproductora en el objetivo del instinto sexual.

Ahora, es importante reconocer cómo se compone la estructura del aparato psíquico, en donde se producen los pensamientos conscientes e inconscientes.

El aparato psíquico está definido en tres partes:

a) Ello: Es el polo de las pulsiones de la personalidad. Contiene las pulsiones inconscientes, que pueden ser innatas y reprimidas. Es totalmente inconsciente.

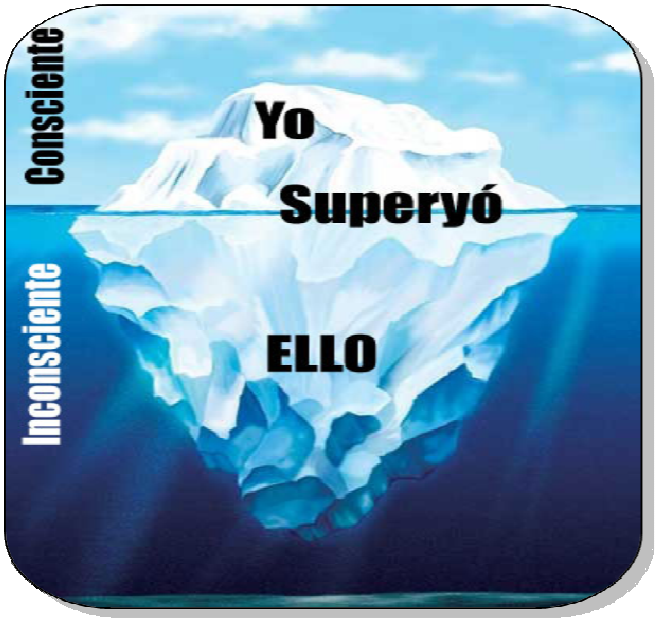
b) Yo: Tiene la tarea defensiva de la represión, la cual es inconsciente. El núcleo del yo se relaciona con sistema de percepción-conciencia.

El yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello, como a los imperativos del súper yo y a las exigencias de la realidad. Si bien, es una instancia que se exhibe como mediadora y como representante de los intereses de la totalidad de la persona, Freud puntualiza que la autonomía del yo es ficticia.

c) Súper Yo: Se forma por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. Su tarea es comparable a la de un juez respecto al yo. Dentro de sus principales funciones podemos encontrar la conciencia moral, la auto observación entre lo que está bien y lo que está mal. Es, por ende, una instancia netamente cultural y tiene partes conscientes, preconscientes e inconscientes.

Dentro de la estructura del aparato psíquico podemos encontrar el consciente, que representa solo una pequeña fracción de la mente, pues solo comprende lo que percibimos en un momento determinado; el inconsciente, el cual presenta un difícil acceso, ya que hay recuerdos con décadas de antigüedad, que al ascender a la conciencia, conserva toda la fuerza emotiva que les dio origen; y, finalmente, el preconsciente, el cual forma parte del inconsciente aun cuando se trate de una parte que fácilmente puede tornarse consiente.

De una manera más gráfica, el aparto psíquico posee la siguiente estructura:



Freud consideró que todo el comportamiento humano estaba motivado por las pulsiones, las cuales no son más que las representaciones neurológicas de las necesidades físicas.

Al principio se refirió a ellas como pulsiones de vida. Estas pulsiones perpetúan:

d) la vida del sujeto, motivándole a buscar comida y agua; y

e) la vida de la especie, motivándole a buscar sexo.

La energía motivacional de estas pulsiones de vida que impulsa nuestro psiquismo, las llamó libido, a partir del latín significante de yo deseo.

La experiencia clínica de Freud le llevó a considerar el sexo como una necesidad mucho más importante que otras en la dinámica de la psiquis.

Siendo uno de sus pensamientos el que señalaba que somos, después de todo, criaturas sociales y el sexo es la mayor de las necesidades sociales. Es importante recordar

que cuando Freud hablaba de sexo, hablaba de mucho más que el coito y la relación sexual en sí misma, la libido se ha considerado como la pulsión sexual.

Posteriormente, Freud comenzó a creer que las pulsiones de vida no explicaban toda la historia, puesto que la libido es una cosa viviente, por tanto, el principio de placer nos mantiene en constante movimiento. La finalidad de todo este movimiento es lograr la quietud, estar satisfecho, estar en paz, no tener más necesidades.

Por tanto, se debe considerar que la meta de la vida finalmente, bajo este supuesto, es la muerte.

A partir de esto, Freud comenzó a considerar que debajo o a un lado de las pulsiones de vida existía una pulsión de muerte. Con esto, se inició la idea de que:

Cada persona tiene una necesidad inconsciente de morir.

Evidentemente esta idea pareció bastante extraña en sus inicios, siendo incluso rechazada por muchos de sus estudiantes, pero se cree que tiene cierta base en la experiencia, pues la vida puede ser un proceso bastante doloroso y agotador.

Para la gran mayoría de las personas existe más dolor que placer durante la vida, algo que, por cierto, cuesta trabajo admitir, entonces, la muerte vendría a ser

La que promete la liberación de los conflictos y dolores que se producen durante la vida.

Freud se refirió a esto como el principio de Nirvana. Nirvana es una idea budista usualmente traducida como “Cielo”, aunque su significado literal es soplido que agota, como cuando la llama de una vela se apaga suavemente por un soplido. Se refiere a la no-existencia, a la nada, al vacío; lo que constituye la meta de toda vida en la filosofía budista.

La evidencia cotidiana de la pulsión de muerte y su principio de nirvana está en el deseo de paz, de escapar a la estimulación, en la atracción por el alcohol y los narcóticos, en la propensión a actividades de aislamiento, como cuando las personas se concentran en un libro o una película y en la apetencia por el descanso y el sueño.

En ocasiones esta pulsión se representa de forma más directa como el suicidio y los deseos de suicidio. Y en otros momentos, tal y como Freud decía, en la agresión, crueldad, asesinato y destructividad.

7. SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL A CARGO

El trabajo constante con personas de diverso origen y educación trae para los profesionales de la salud mental diversas consecuencias derivadas de las relaciones y vínculos establecidos con otros.

Al momento de realizar cualquiera de las perspectivas epistemológicas antes señaladas (fenomenología, conductismo y psicoanálisis) o actividades de carácter grupal con comunidades, se trasmite información bidireccionalmente, sin embargo, es de primordial interés evaluar el fuerte impacto que presentan estos actos en el terapeuta debido a que en muchas oportunidades, se ve afectada su salud mental del terapeuta, producida por la gran cantidad de información que se obtiene a partir de su (s) interlocutor (es).

En este sentido, hay que tener en cuenta que existen instancias en donde los mismos terapeutas pueden hacer uso de recursos que les pueden facilitar el sostenimiento de su trabajo, sobre todo cuando se han tratado pacientes víctimas de abusos a los derechos humanos.

En el caso chileno, se lucha continua y conscientemente por integrar la práctica clínica con una perspectiva psicosocial, así como también por la protección de la vida y los derechos humanos en nuestra sociedad.

Todo esto se ha convertido en una evidencia del compromiso de la promoción de cambios en la realidad social mediante el trabajo profesional la cual ha inspirado la práctica y la organización dada a la investigación teórica y científica.

Dentro de los recursos de sostenimiento con los que cuentan los profesionales para resguardar su salud mental, encontramos:

a) Defensa y denuncia: Uno de los recursos desarrollados para enfrentar la angustia generada por este trabajo, es el intento de conceptualizar la situación que afecta a los pacientes. Esto ayuda a sistematizar la experiencia y denunciar lo que está sucediendo a las víctimas, a su familia y a la sociedad. El hecho de formular estas ideas, al situar estas experiencias en un marco conceptual, pone un límite en la angustia experimentada.

Mediante las palabras y los relatos, se da un orden conceptual a la realidad vivida, que puede ser aterrorizadora, por las víctimas y el profesional a cargo, posibilitando encauzar las ansiedades y confusiones generadas por este trabajo.

b) Proceso de conceptualización de un enfoque terapéutico: Así como los pacientes reconstruyen sus experiencias, historizan, a través de distintos tipos de fragmentos, los profesionales deben reconstruir su trabajo mediante la teoría, de la reconceptualización colectiva y de la elaboración explícita de sus experiencias.

c) Supervisión: Es necesario tener una supervisión clínica y una introspección por parte del profesional, ya que en el trabajo con pacientes traumatizados extremos debe tener la seguridad de ser capaz de aliviar al otro, como profesionales, como equipo multidisciplinario y como institución.

La introducción de la supervisión, para sentirse contenido como profesional, permite también reducir el aislamiento del equipo y la percepción agobiante de amenaza externa.

RAMO: PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

UNIDAD II

LA SALUD MENTAL COMO PROCESO

CLASE 01

1. MOMENTOS DE LA ENFERMEDAD

Considerar a la enfermedad o a la salud como un estado, sabiendo que dicho termino implica un proceso estático y en alguna forma un estado inmutable, no sería correcto ni real. En la mayoría de los casos, la salud y la enfermedad son procesos superpuestos y no necesariamente opuestos.

Dado esto, se hace difícil determinar un límite nítido entre salud y enfermedad, existiendo casos en donde el paso de lo normal a lo patológico pudiera producirse de forma lenta o bruscamente.

Ryan y Travis, investigadores en éstas temáticas, se adhieren a esta perspectiva dinámica entre salud y enfermedad, definiendo que ambos conceptos no se pueden delimitar por separado, ya que pertenecen a un continuum que se desarrolla desde un extremo negativo, que incluye la presencia de procesos destructivos que contienen signos, síntomas e incapacidades características (enfermedad), al extremo positivo, en el que el bienestar físico, mental y social es el estado dominante (salud).

La enfermedad es definida como un proceso en el cual, existe un estado de afección de la persona, el cual se caracteriza fundamentalmente por la alteración que se produce en el estado de salud.

Revise ejercicio Nº 1

Existe una gran cantidad de factores determinantes que influyen en el estado de salud, provocando el estado de enfermedad. Estos factores pueden ser internos (intrínsecos) o externos (extrínsecos) a la persona.

1.1Factores determinantes

Las investigaciones más recientes sobre intervención para el logro de un estado óptimo de salud dedican una atención especial a la conducta humana debido al papel relevante de la misma en el fomento del bienestar.

Los diferentes estudios en el campo de la salud han hecho énfasis en que ciertos factores como la polución ambiental, algunas condiciones sociales dañinas, fumar cigarrillos, la ingesta de alcohol, la ausencia de práctica regular de ejercicio físico, entre otros, desencadenan un grave riesgo, presentándose en gran parte de las enfermedades crónicas

existentes. A partir de estos trabajos se destaca que es posible el control de dichos factores de riego, mediante la realización de cambios en los estilos de vida de las personas.

Por otra parte, hay muchas personas cuyos estilos de vida incluyen muchas conductas que actúan como factores de riesgo para la salud, pero también existen, evidentemente, individuos que realizan conductas protectoras de su salud, lo que indica que existen muchas personas que son conscientes del cuidado de su salud, mientras que otras lo hacen escasamente.

Sin embargo, aun en el caso de aquellas personas que realizan conductas positivas y favorables hacia la salud, el desarrollo de estas conductas protectoras de salud cambian mucho a través del tiempo y esto no depende solamente de un simple conjunto de actitudes o tendencias de las personas, y tampoco supone que estas personas no mantengan otras conductas que presenten riesgo para su salud. Por ejemplo, un individuo puede fumar cigarrillos (conducta de riesgo) debido a una falta de motivación social y a la vez, tener una alimentación saludable mediante una dieta equilibrada (conducta protectora de la salud).

Todo esto nos hace afirmar que sobre los factores y las conductas de salud operan varios aspectos que condicionan la vida de las personas y que, además, cambian como resultado de las experiencias; es decir, ciertas conductas influyen en la salud y/o bienestar, éstas cambian y no implican una relación directa con otras conductas positivas.

Es así como en muchas oportunidades podemos apreciar que la mayoría de las personas es capaz de describir un sinfín de conductas relacionadas con la salud porque poseen el conocimiento necesario al respecto, teniendo claridad sobre lo que puede afectar positiva o negativamente su estado de salud, sin embargo, el conocimiento que poseen en esta materia no asegura que se practiquen o eviten dichas conductas, pues finalmente existe una gran cantidad de factores que influyen en que las personas las practiquen conductas saludables.

Lo que se espera es que las personas conozcan y manejen este conocimiento, y a la vez, sean capaces de modificar sus comportamientos, por tanto, es importante considerar los factores que influyen en el mantenimiento o no de la salud.

De manera global, se pueden considerar 3 tipos de factores importantes:

a) Biomédicos: Existen diferencias entre los individuos por las variaciones posibles en cuanto a los distintos procesos fisiológicos, y en cuanto, por ejemplo, a la exposición a microorganismos resistentes que pueden generar de modo frecuente que ciertas personas se encuentren más enfermas o débiles.

b) Psicológicos:
c) Sociales:

} Están siempre presentes en las prácticas habituales de salud, las cuales dependen de lo que las personas por ellas mismas pueden hacer por y para su salud.

Concretamente se sabe que ciertos estilos de vida condicionan uno de los problemas principales de salud que es la enfermedad crónica, por lo que estos estilos de vida son considerados como factores de riesgo al ser directamente causa de dicha enfermedad. A pesar de que la mayoría de las personas sabe que la práctica de conductas saludables como dormir siete u ocho horas diarias, no comer de forma ocasional entre las comidas principales, mantener un peso adecuado, realizar ejercicio de forma regular, entre otras, pueden reducir el riesgo a adquirir una enfermedad e incluso a la muerte prematura, lo importante aquí es que muchas personas no realizan estas prácticas por múltiples motivos, dentro de los que destacan, el placer inmediato o a corto plazo que brindan a menudo las conductas menos saludables.

En conclusión, es necesario decir que los comportamientos humanos son extremadamente complejos y variables, difícil de explicar y por lo mismo, su explicación y comprensión no se pueden reducir a una mera reacción psíquica o fisiológica, sino que dependen de los condicionamientos biológicos, psíquicos, culturales, socioeconómicos e históricos, que son aspectos que de forma conjunta inciden sobre los comportamientos humanos. Pues, aunque los riesgos para la salud están en el ambiente social, es el comportamiento de las personas el que favorece, directa o indirectamente, la exposición a riesgos elevados de enfermar o morir.

Se hace necesario entonces, analizar los factores que determinan las prácticas de salud, para de esta forma poder conocer, por un lado, la variabilidad intra e interindividual de los comportamientos humanos y, por otro, las estructuras sociales causantes de riesgos, siendo posible la inclusión de estos factores en los programas de educación para la salud, cuyo principal objetivo es producir cambios favorables en el comportamiento de las personas a través de la provisión de conocimientos, del desarrollo personal y de la enseñanza de competencias o habilidades en materia de salud.

1.1.1 Factores internos

Dentro de los factores internos que influyen en el estado de la salud de las personas podemos encontrar:

a) Físicos: Incluyen la herencia o constitución biológica, los cuales pueden originar una mayor o menor predisposición a la enfermedad.

b) Psicológicos: Son los más numerosos. Entre los más investigados por su relación e influencia en los estados de salud de las personas podemos encontrar:

- El conocimiento y creencias que los individuos tienen acerca de la salud y sobre lo que pueden hacer en beneficio de ella. Estos factores han sido estudiados desde la perspectiva del desarrollo y la psicosocial.

- La valoración que realizan sobre la salud y la que las personas en general realizan de la misma, la motivación existente para mantenerla y salvaguardarla.

- Las actitudes e intenciones que tienen respecto a diferentes comportamientos positivos y negativos para la salud, como fumar, beber alcohol, usar el cinturón de seguridad, entre otros, los cuales pueden condicionar las propias conductas.

- El locus de control de la salud, en otras palabras, se refiere al grado de responsabilidad que presenta un individuo respecto a su propia salud, la cual es capaz de controlar (locus de control interno), o en su defecto, el grado en el que el individuo cree que la salud depende del azar (locus de control externo)

- La autoestima y el autoconcepto, pues si ambos son elevados y positivos, se favorecerá la presencia de conductas positivas hacia la salud, mientras que si éstos se encuentran en detrimento, se presentará un desinterés en conservar estados de salud óptimos.

- Rasgos depresivos y estrés, que pueden incidir sobre el propio estado de salud, determinando las prácticas de salud de las personas.

c) Sociodemográficos: Este factor incluye las variantes de edad y sexo. Respecto al primero de ellos, se han detectado diferencias importantes en lo relativo a ciertas enfermedades o problemas de salud como más característicos en ciertas etapas evolutivas y, del mismo modo, se ha identificado, sobre todo en la adolescencia, la existencia de períodos críticos para algunos comportamientos de riesgo. En cuanto al sexo, la evidencia indica la presencia de diferencias sexuales con relación a la mayor p menos predisposición a ciertos problemas de salud, y también en cuanto a determinados comportamientos de riesgo, como consumir drogas, fumar o beber alcohol.

1.1.2 Factores externos

En este apartado, se consideran como factores externos:

a) El ambiente físico: El clima, la situación geográfica y la calidad ambiental condicionan, en muchas oportunidades, los estilos de vida de las personas.

b) El ambiente social: Es representado por la cultura, el estatus socioeconómico y los grupos de referencia. Al igual que en el caso del ambiente físico, el ambiente social en donde se desarrolle una persona, condicionará muchos factores de su estilo de vida. No cabe mucha duda al decir que muchos de

estos aspectos afectan a la posibilidad de acceder a determinados recursos sanitarios y a una mayor información sobre la salud.

Así, la cultura de una sociedad puede fomentar estilos de vida concretos e incidir en la adecuación o inadecuación de las prácticas de salud, y de la misma forma, la influencia del grupo de referencia (familia, compañeros, entre otros) es un determinante relevante de las conductas de salud de los individuos.

Cada uno de los distintos factores influye de diferente forma sobre la conducta. Si bien es cierto, los factores psicológicos proveen racionalidad o motivación para la conducta, es decir, son factores predisponentes, el clima, la situación geográfica, la cultura y el estatus socioeconómico son factores facilitadores, ya que permiten a la persona realizar la conducta que desea. Por último, los grupos de referencia, como refuerzo que contribuye al mantenimiento o abandono de una conducta, son factores reforzadores. La relevancia de todos ellos radica en su influencia en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar.

Revise ejercicio Nº 1

CLASE 02

1.2 Lo norma y lo patológico

Ahora bien, es necesario considerar una distinción entre lo que conocemos como normal y patológico.

Desde la perspectiva de las ciencias biomédicas, la palabra normal es utilizada frecuentemente como sinónimo de salud. En otras ciencias de la salud, como la psicología, cuyo objeto de estudio es la conducta, se considera que lo normal y lo patológico están sometidos a los mismos principios y leyes que explican su aparición, mantenimiento o extinción y que la única diferencia entre ambas es de carácter cuantitativo. De esta manera, se puede considerar lo normal como el promedio, o lo que no se desvía del valor medio; en otras palabras, un valor normal se corresponde con variaciones más o menos intensas alrededor de un promedio característico para una población dada y en un ambiente específico. En conclusión, no podemos concebir la normalidad sin tener en cuenta factores de variabilidad y adaptación.

Al referirse a variabilidad como característica humana tanto en los aspectos biológicos, psicológicos así como sociales, es evidente que hablar de salud y/o enfermedad significa hacer referencia a dos procesos variables en permanente relación y que mantienen un cierto equilibrio dinámico, el cual también está sometido a variaciones dado que tanto la salud

como la enfermedad son hechos vitales que ocurren en un periodo y ambientes determinados y, por tanto, variables.

Los procesos adaptativos del hombre ante los cambios que se producen en el medio ambiente también son variables. De hecho, como la psicología ha demostrado suficientemente, la conducta representa para los seres humanos la función adaptativa por excelencia; de manera que cualquier respuesta, tanto externa o públicamente observable, como interna o no observable directamente, puede considerarse como una función de los estímulos del medio tanto externo como interno.

De este modo, el hecho de considerar la salud en términos adaptativos, supone tener en cuenta que cualquier proceso adaptativo lleva implícito una determinada variación que nos permite considerar igualmente sanas a personas que utilizan distintas estrategias conductuales en la interacción social (habilidades sociales); como desde una perspectiva biomédica, podemos considerar tan sanos a los habitantes de poblaciones situadas a 4000 metros de altitud, como a los pobladores situados a nivel del mar, aunque existan considerables diferencias entre ambas poblaciones en el número de glóbulos rojos y tensión arterial.

Resumiendo, la variabilidad y la adaptación son, sin lugar a dudas, aspectos claves de concepto de normalidad y resultan imprescindibles para comprender mejor los procesos de la salud y de la enfermedad, y la relación que mantienen entre sí.

Así, se puede realizar una primera aproximación, en donde podríamos estimar que la enfermedad comienza cuando fallan los mecanismos de adaptación de una persona o grupo de personas, y además, el conocimiento del proceso de enfermar o el inicio del desequilibrio adaptativo presupone, en alguna medida, la posibilidad de poder evitar las causas subyacentes al mismo.

2. ELEMENTOS HISTÓRICOS EN LA ENFERMEDAD

La enfermedad a lo largo de la historia ha recibido una serie de acepciones que revisaremos brevemente a continuación.

Una de las formas más antiguas de concebir la enfermedad era “era el considerar a todo enfermo como una persona a la cual se le ha agregado o quitado un ser”, pues la enfermedad entra y sale del hombre, como los parásitos o los maléficos. El descubrimiento, muchos siglos más tarde, de los microbios vino a confirmar en cierto modo esta concepción llamada ontológica, siendo uno de sus derivados más típicos el localizacionismo.

El reconocimiento de la importancia del terreno individual en la patogénesis, vino a cuestionar seriamente esta idea de la enfermedad.

La concepción contraria la tuvieron los griegos, la cual no era ontológica, sino que más bien dinámica, globalizante y no localizacionista. Para ellos, la naturaleza (physis) era la armonía y equilibrio, siendo la enfermedad la perdida de dicha armonía.

La enfermedad no estaba localizada en ningún lugar específico, sino que era la totalidad del ser la que había perdido su orden interno, su norma.

Además, la enfermedad no era sólo perdida de equilibrio, también podía ser el resultado de un esfuerzo de un organismo por mejorarse en el sentido más profundo, en el de lograr un nuevo nivel de salud para alcanzar la sophrosyne, ese estado de sensatez y sabiduría al que aspiraba todo griego.

En estos casos, el médico debía aprovechar en su acción terapéutica las tendencias autocurativas del organismo humano, para lo cual tenía que prescribir la diaita (dieta) adecuada. Ésta no sólo se refería a la salud del cuerpo, sino también a la del alma.

Es así como la dieta de los sanos estaba orientada hacia la conservación de la salud, único estado que permitía alcanzar la virtud y la sabiduría, mientras que la dieta para los enfermos pretendía restablecer, sin violencia y con tino el orden de la divina naturaleza que el azar de la enfermedad había alterado.

A lo largo de la historia las representaciones que los médicos han tenido sobre la enfermedad han oscilado entre estas dos visiones contrapuestas: la enfermedad como algo que falta o que se agrega a un organismo (mirada ontológica), y la enfermedad como pérdida de la armonía del todo (mirada dinámica o funcional).

Revise ejercicio Nº 2

Las enfermedades carenciales como las infecciosas y parasitarias, dan razón a la primera forma de concebir la enfermedad, mientras las endocrinas y todas aquellas con prefijo “dis”, se pueden comprender mejor desde la segunda, pero ambas tienen en común el considerar a la enfermedad como una lucha, ya sea entre el organismo y un agente externo o entre fuerzas internas contrapuestas.

Además de lo anterior, con el paso de los años, el concepto de enfermedad se ha visto definido a partir de lo que es entendido como salud.

Es evidente que, los significados atribuidos a ese término han ido cambiando, y se ha dotado a este concepto de una mayor complejidad, que posibilita entender la salud como algo más que la mera ausencia de signos que provocan que el cuerpo no funcione como se espera (por ejemplo, la presión arterial elevada) y de síntomas de enfermedad o lesión (por ejemplo, dolor o náuseas).

El primer intento que se realizó para liberar la definición de salud de su exclusiva relación con el bienestar físico fue realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1946, incluyendo en la salud, aparte del bienestar físico, el mental y el social, definiéndose la salud como un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez. A pesar de que esta definición aún se encuentra incompleta, refleja ciertamente una concepción multidimensional de la misma, o alusión implícita a factores varios que inciden en el comportamiento saludable y, aunque de modo virtual, incluye asimismo la promoción o fomento de la salud.

Debido a ello, y a la concienciación de que ésta se puede transmitir a las personas por medio de diferentes métodos educativos, dirigidos a instaurar conductas, o a modificar las necesarias para posibilitar mejoras en la misma, el punto de vista actual acerca del significado del término de salud relaciona a éste con la calidad de vida, por lo que se la define como:

> Un estado de la mente, una proyección de nuestras creencias acerca de la naturaleza y perfección humanas, y acerca de nuestros juicios de valor sobre lo que constituye una buena persona en una buena sociedad (Rubinson y Alles, 1984, p.40).

De todos modos, sigue siendo muy difícil establecer una definición de salud, y por lo mismo de enfermedad, pues la primera incluye el bienestar o estado de sentirse bien, que es, sin duda, un aspecto subjetivo, pero cuya importancia puede ser mayor para la salud que la simple condición física. Por lo tanto, el objetivo de la salud no es lograr únicamente que ésta sea buena, sino que se trata de conseguir, ya que el individuo puede desarrollar una capacidad para que, de forma activa, sea capaz de cambiar su situación vital y funcionar al máximo la capacidad existente y satisfacción percibidas, teniendo en cuenta, además, que la salud es un proceso social, producto de factores de la vida comunitaria.

CLASE 03

3. INDICADORES CLÍNICOS

Cuando se produce algún tipo de cambio en la conducta en algún individuo, esto puede finalizar en algún tipo de trastorno que imposibilite al mismo a realizar sus actividades con normalidad. Estos cambios de conducta se pueden desarrollar de forma lenta o repentina y son posibles de identificar mediante la observación de los sujetos. Además, existen a lo menos tres factores a considerar como claves dentro de los indicadores clínicos de los cambios de conducta en los seres humanos. Estos tres factores son: El trauma, la angustia y la regresión.

Antes de referirnos puntualmente a estos indicadores, es necesario tratar como indicador global de un posible trastorno en las personas a la crisis, la cual, en muchas oportunidades engloba al trauma, la angustia y la regresión.

La crisis, es considerada como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencia para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Las crisis son eventos complejos y sus efectos van a depender de una serie de factores. Por tanto, es necesario analizar las crisis desde distintos niveles de comprensión.

a) Factores macrosociales: En nuestra cultura existe una serie de mitos en relación a las crisis que habitualmente interfieren con el manejo adecuado de ellas. En el siguiente cuadro se describen algunos de ellos.

Mito	Realidad
No hay nada que hacer frente a una crisis, solo esperar a que pase.	Es posible prepararse para enfrentar las crisis, tanto en lo personal como a nivel institucional y comunitario.
Hay que superarlas rápido, mientras antes se restablezca la normalidad, mejor.	La superación de las crisis es un proceso que requiere de tiempo u que no puede apresurarse.
No hay que hablar acerca de ellas y así se olvidan y se superan.	Hablar y compartir acerca del evento critico ayuda a superar la crisis.
Hay que buscar un culpable.	Encontrar un culpable puede dar un alivio momentáneo, pero no ayuda a superar realmente las crisis.

b) Factores contextuales: Existen contextos institucionales o comunitarios que permiten el manejo adecuado de las crisis a diferencia de aquellos que, al tener un manejo inadecuado de la crisis interfieren con una buena resolución de ellas. A continuación se describen las características de cada uno de estos contextos.

Contextos con manejo adecuado de las crisis	Contextos con manejo inadecuado de las crisis
Registro oportuno y adecuado de las claves que alertan una crisis.	Invisibilización de las claves de alerta de una posible crisis.
Incorporación de protocolos de manejo de situaciones de crisis.	Falta de mecanismos para enfrentar las crisis más frecuentes.
Espacios adecuados y oportunos para elaborar las crisis.	Falta de espacios para elaborar las crisis.
Rituales oportunos para elaborar las pérdidas derivadas de una crisis.	Falta de ritualización de las pérdidas derivadas de una crisis.
Supervisión externa para facilitar la elaboración de las crisis.	Crisis frecuentes y no elaboradas.

c) Factores del evento crítico: Se refiere a aspectos del evento crítico que influyen en los efectos que este tiene. Dentro de los aspectos más relevantes, podemos encontrar:

- Características del evento crítico: hay eventos traumáticos que por sus características impactan gravemente a todas las personas. Por ejemplo, las violaciones y abusos sexuales, la tortura, los delitos violentos, entre otros.

- Magnitud del impacto del evento crítico: hay eventos críticos que afectan a una sola persona, otros que afectan a todo un grupo, y otros que afectan a toda la institución o toda la comunidad, como por ejemplo, los terremotos, las inundaciones o las guerras. Los eventos de amplio impacto son más difíciles de manejar ya que quienes entregar el primer apoyo pueden también estar afectados o damnificados.

- Historia de repeticiones del mismo evento: cuando las instituciones o grupos han vivido crisis repetidas o varios tipos de eventos críticos (reducciones de personal, revelación de corrupción, delitos al interior del grupo o reestructuraciones) se vuelven más vulnerables para el

enfrentamiento de nuevos eventos críticos, especialmente cuando han sufrido crisis que no han sido suficientemente bien abordadas.

d) Factores individuales: Se refiere a características de la persona que influyen en su forma de enfrentar una situación de crisis. Dentro de estas características, destacan:

- Nivel evolutivo: los niños, por ejemplo, son más vulnerables a los eventos críticos que los adultos, a menos que tengan la protección adecuada.

- Historia de crisis anteriores: cuando las personas han estado sometidas a muchos eventos traumáticos, o a eventos repetidos, se tornan más vulnerables al impacto de las crisis. Por ejemplo, en nuestro país se habla de los "terremoteados" para referirse a aquellas personas que han vivido la experiencia de un fuerte terremoto y, por tanto, desarrollan una hipersensibilidad y una sobrereacción frente a cualquier movimiento sísmico.

- Factores de resiliencia: se refiere a factores protectores que amortiguan el impacto en las crisis y/o facilitan su superación. Por ejemplo, inserción en una red social activa, figuras de apego seguro, capacidad de enfrentamiento a situaciones difíciles o habilidades para pedir ayuda.

Es importante considerar que existen dos tipos de crisis:

a) Crisis esperadas: Son parte del ciclo vital y, por lo tanto, es posible anticipar su ocurrencia. Estas crisis ocurren a partir de hitos en el desarrollo de las personas y de las familias y marcan el paso a una nueva etapa, la cual impone demandas o tareas diferentes a la anterior. Ejemplos de este tipo de crisis son: el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la entrada de los hijos a la escuela, la adolescencia, entre otras.

b) Crisis no esperadas: Este tipo de crisis ocurren a partir de eventos que irrumpen abruptamente en la vida de las personas o de los grupos y, por tanto, tienen un impacto más devastador.

Según las personas o los grupos afectados por el evento crítico, es posible identificar distintos tipos de crisis:

a) Crisis en las personas o familias: son las crisis producidas, por ejemplo, por una enfermedad grave de un hijo, la muerte inesperada de alguien cercano, un accidente o la pérdida del trabajo.

b) Crisis en las instituciones: son las crisis producidas, por ejemplo, por el suicidio de un alumno en la escuela, una reducción de personal en una empresa o el descubrimiento de n abuso sexual en una institución.

c) Crisis en las comunidades: son las crisis producidas por situaciones que afectan a un gran grupo de personas y que impactan a distintos niveles: en las personas, las familias, las instituciones y las comunidades. Por ejemplo, una catástrofe natural o un atentado terrorista.

Según el origen del evento crítico, es posible distinguir dos tipos de crisis:

a) Crisis por causa de la naturaleza: son las crisis producidas por inundaciones, erupciones volcánicas, entre otras.
b) Crisis por causa humana: son las crisis producidas por un homicidio o por un asalto violento, entre otras.

Se ha descubierto que este último tipo de crisis afecta y cusan más daño que las primeras debido a que provocan mucha rabia en las personas, dañan la confianza de las mismas, generan una sensación de injusticia y la percepción de que se podría haber evitado.

Finalmente, es importante considerar que la crisis, independiente del origen que tenga, genera efectos en las personas, entre los cuales se pueden destacar:

a) Efectos individuales: Junto con una vivencia de vulnerabilidad y falta de control sobre los acontecimientos, la desorganización psicológica propia de la crisis se manifiesta en alteraciones en distintas áreas del funcionamiento. Por lo tanto, las personas afectadas por el evento crítico pueden presentar algunos de los siguientes efectos:
    - Efectos cognitivos:
        - Incredulidad y dificultad para dimensionar la magnitud del evento crítico.
        - Confusión.
        - Dificultad para pesar.
        - Dificultad para focalizar, tendencia a la dispersión.
        - Dificultad para encontrar alternativas de solución a los problemas.
        - Dificultad para tomar decisiones.
        - Dificultades de concentración.
        - Dificultad para incorporar nuevas informaciones.
        - Reexperimentación del evento crítico.
        - Asociación de objetos, personas o situaciones con el evento crítico.
    - Efectos emocionales:
        - Fuerte impacto emocional, estado de shock.

- Emociones intensas de angustia, tristeza, rabia, miedo o impotencia.
- Desborde emocional.
- Labilidad emocional.
- Tensión e irritabilidad.
- Aplanamiento afectivo.
- Negación o minimización.
- Desconexión emocional.
- Revivir los efectos emocionales generados por el evento crítico.

- Efectos conductuales:
  - Sobreactivación o conductas erráticas.
  - Impulsividad.
  - Paralización o inhibición de la conducta.
  - Conductas e evitación.
  - Aumento del consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
  - Conductas de aislamiento, reducción de la vida social.
- Efectos fisiológicos:
  - Dolores corporales generalizados y difusos.
  - Jaquecas, mareos o desmayos.
  - Taquicardias y alteraciones abruptas de la tensión arterial.
  - Presión en el pecho (sofocamiento o falta de aire).
  - Problemas gastrointestinales.
  - Cansancio.
  - Trastornos del sueño: insomnio, pesadillas o dormir en exceso.
  - Trastornos del apetito, inapetencia o comer en exceso.

b) Efectos en las relaciones: Una situación de crisis no solo afecta a las personas individualmente, sino también afecta las relaciones entre las personas en la familia, el barrio, los grupos, los equipos de trabajo o las instituciones.
Por tanto, es esperable que se produzcan:

- Cambios en las formas habituales de relación.
- Descoordinación en las acciones.
- Dificultades para ponerse de acuerdo acerca de cómo proceder.
- Las responsabilidades se superponen y/o se diluyen.
- Culpabilización mutua.
- Descalificación de los recursos de otro.
- Activación de conflictos previos.

Dado lo anterior, existe el posible riesgo de que en situaciones de crisis se produzca una desarticulación de redes sociales y, por tanto, se interfieran las fuentes habituales de apoyo.

Es importante considerar que no todas las personas reaccionan de la misma manera y que estas reacciones no necesariamente aparecen juntas.
En un primer momento estas reacciones son esperables, pero si se mantienen en el tiempo, limitan las posibilidades de buscar soluciones constructivas frente a la situación.

CLASE 04

3.1. El trauma

El concepto psicológico denominado trauma hace referencia cierto tipo de experiencias que pueden colapsar transitoriamente la estructura psíquica de uno o varios sujetos, de una determinada manera, como resultado de dos posibles eventos:

a) Una relación entre una situación de violencia externa intencional que es producto de la voluntad humana, o
b) Una situación casual producto de una catástrofe natural.

La característica principal del trauma es la violencia con que se invade la estructura psíquica. Luego de un evento traumático, la reorganización del psiquismo es fundamental para continuar funcionando. Esta reorganización implica la incorporación de la experiencia traumática en la estructura psíquica del sujeto, es decir, el asumir el evento vivido, alterando el funcionamiento previo y manteniendo los efectos de la violencia en el psiquismo. Por ello las consecuencias de la traumatización perduran, se repiten y reaparecen durante largo tiempo hasta que el sujeto pueda elaborar (asumir, procesar y concientizar) el trauma experimentado y los efectos que ha producido en su vida.

El carácter traumático de estas experiencias en las victimas ha sido reconocido cabalmente; sin embargo, el impacto en los terapeutas ha sido un aspecto un tanto descuidado, poco reflexionado y escasamente abordado, como si el hecho de trabajar con efectos de la destrucción y la muerte no dejaran huellas.

3.2. La angustia

Antes de hablar de angustia, es necesario considerar a la ansiedad, la cual se refiere, conceptualmente al temor que experimenta el sujeto sin que éste tenga pleno conocimiento de la cauda que lo produce. La ansiedad es expresada por quien la tiene mediante ciertas formas de expresión, dentro de las que se destacan la falta de concentración, inquietud, tristeza ligera, apatía o aparente indiferencia.

Ahora bien, la angustia se presenta como una forma más exagerada de la ansiedad. La angustia es expresada mediante cambios fisiológicos que pueden consistir en la presentación de palpitaciones, sudoración, palidez, dificultad en la respiración, opresión en el pecho, dolores de cabeza, estómago y vientre, entre otros.

Se ha estimado que existe una serie de causas frecuentes las cuales producen estos estados de angustia y ansiedad, dentro de los cuales se mencionan:

a) Situaciones atemorizantes ocasionadas por hechos concretos como explosiones, ataques de animales, escenas terroríficas (peleas, asesinatos, asaltos, incendios, inundaciones, entre otros), separación de los padres o familiares cercanos, operaciones quirúrgicas, muerte de un familiar, accidentes (caídas, quemaduras, shock eléctrico, heridas) gráficas o acciones violentas presentadas por la prensa, cine o la televisión.

b) Ambientes hogareños tensos llenos de frecuentes actos violentos. Familiares con intensos conflictos neuróticos que pueden contagiar la angustia que poseen.

c) Cuando no hay motivos concretos o evidentes, el factor desencadenante puede ser un conflicto interno al sentirse por ejemplo, rechazado o poco querido, el miedo a castigos frecuentes, inestabilidad emocional por factores intrafamiliares o externos.

d) El miedo y la angustia también puede ser una conducta aprendida desde pequeños cuando, por ejemplo, los niños observan personas adultas haciendo escenas de pánico frente a animales como ratones o cucarachas, a la oscuridad, a los truenos, a las noticias sobre robos, asaltos, entre otras.

Asimismo, la prevención de los estados, de ansiedad y angustia estará dada principalmente por un ambiente de seguridad afectiva y tranquilidad hogareña.

En estos casos es el estímulo constante a la seguridad y confianza en sí mismo, fomentando y alabando los intentos de superación a los temores y no burlarse de los fracasos en tal sentido.

Es necesario señalar también que la angustia se puede presentar como criterio diagnóstico para diferentes tipos de trastornos psíquicos, cuando se mantiene en el tiempo después que el peligro ha desaparecido o se presenta sin que haya motivo externo para ello.

Cuando se realiza una valoración de amenazar irreal, desproporcionada o el estimulo es imaginario, la angustia tiende a persistir y a no extinguirse en el tiempo. Es entonces cuando se transforma en angustia patológica.

Aunque el sujeto logre darse cuenta de que el estimulo es percibido erróneamente, no puede desprenderse de él.

Para hacer una pequeña diferenciación, la angustia normal se basa en preocupaciones presente o respecto al futuro inmediato, y desaparece al resolverse el o los conflictos que lo causan, en tanto que la angustia patológica es desmedida, tiende a persistir, a hacer ver el futuro cargado de situaciones negativas. Restringiendo la libertad del sujeto y su desarrollo personal.

La diferencia fundamental existente entre angustia y ansiedad es que la primera posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial, molestias gástricas, sobrecogimiento, entre otras), mientras que la segunda se manifiesta como algo más espiritual, como una sensación subjetiva de sentirse mal.

Para efectos prácticos, siento distintas desde el punto de vista de sus manifestaciones, se traducen en los mismos fenómenos psicopatológicos, por lo que la tendencia actual es a utilizarlas como sinónimos.

3.3. La regresión

Frente a una situación que el yo (recuerde la estructura del aparato psíquico, revisada en la unidad anterior) no logra manejar, retrocede a etapas anteriores del desarrollo emocional, como una vía de escape frente a la realidad intolerable.

Es el proceso mediante el cual, la actividad psíquica se conduce a una forma de actuación ya superada, evolutiva y cronológicamente más primitiva.

Constituye una vuelta atrás en el tiempo psicológico cuando uno se enfrenta a momentos de estrés.

Es así como la regresión se puede obtener como resultado de la crisis, ya que en esta, teóricamente, se pueden encontrar tres tipos de resultados posibles:

a) El cambio para mejorar

b) El cambio para empeorar, o

c) El cambio para regresar a niveles previos de funcionamiento.

Dentro de este último encontramos la regresión. Cuando se produce un evento traumatizante, la crisis se contempla como puentes decisivos y críticos en donde el peligro y la oportunidad coexisten, y en donde los riesgos son altos.

Siendo más estrictos, los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos, como ejemplo a esto tenemos: suicidios, homicidios, formas de violencia física, entre otros.

También es importante considerar que en muchas oportunidades el paciente busca el depender de una autoridad que tenga capacidades de mejorarlo, para ello regresa a niveles

de funcionamientos psicológicos infantiles, intentando recrear el tipo de relación que tenía de niño con su madre o con su padre. Cabe destacar que los pacientes, generalmente, son colaboradores y cuentan lo que les ocurre. Sin embargo, es posible que existan resistencias conscientes e inconscientes que se expresen en la conducta, en los sentimientos, en las actitudes, a propósito de la evaluación y de las metas del proceso terapéutico.

El individuo puede aparecer rechazante, bromista, seductor, poco cooperador o expresar abiertamente su hostilidad ante el proceso.

Sobre estas resistencias, debe hacerse hincapié en la alianza diagnóstica y terapéutica basada en los deseos de cooperar con el profesional, en los esfuerzos que hace para ayudarlo, y es el profesional quien debe sortear estas resistencias y fomentar la alianza.

Las resistencias han sido esquematizadas de la siguiente forma:

a) Resistencia defensiva: Incluye la represión, intelectualización y todos los mecanismos de defensa que pueden utilizar las personas (negación, disociación, introyección, entre otros).

   La entrevista con el profesional amenaza al individuo a que surja el material psicológico responsable de sus conflictos. La conciencia de este material podrá ser muy angustiante, ya que lo enfrenta a responsabilidades que no pueden asumir.

   Esta incapacidad del individuo lo lleva a reprimir sus impulsos y fantasías que no son aceptables en su conciencia.

   Algunos de estos materiales han sido proyectados y puesto en otras personas. El peligro de tener que asumir, frente al profesional, aquello que es temido, puede hacer que estas defensas se incrementen. Un modo también de hacerse cargo de esto que es temido sin sentirse amenazado, es mediante la intelectualización.

   Por ejemplo, un individuo puede decir: “yo creo que rodas estas cosas se deben a mis problemas infantiles” sin que esto tenga ninguna significación emocional para él sino que deriva de sus lecturas psicológicas.

b) Resistencia transferencial: La transferencia se refiere a la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes por parte del entrevistado, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar.

   Existe una transferencia negativa y otra de carácter positivo, las cuales operan simultáneamente con un predominio alternante de alguna de las dos. La observación de este fenómeno nos permite el informarnos de un aspecto que el paciente no puede darlo directa y claramente, ya que no lo tiene consciente. De

acuerdo a la transferencia, el paciente asigna al entrevistador roles que no corresponden a los que el entrevistador tiene.

Recordemos que la angustia del individuo hacia la enfermedad, lo hace buscar en el profesional a la madre o al padre infantil. Podrán repetirse con el profesional, entonces, aspiraciones infantiles de forma irracional, dependencia, satisfacción desmedida, que el profesional no podrá proveer. También es probable que aparezcan actos de hostilidad y resistencia y temor frente a una figura que sin tener el poder que tenían los padres, ajora, para el individuo, si los tiene porque los representa.

La transferencia podrá ser utilizada por el profesional para obtener información del paciente. Cada uno de ellos tiene una biografía sistematizada consciente, que es aquella que relata directamente al profesional.

Mediante la transferencia es posible reconstruir aspectos de la biografía, de los cuales el paciente no estaba entrado. La transferencia positiva le permitirá al profesional controlar y manejar la entrevista. Por su parte, la transferencia negativa podrá operar hostilmente como una resistencia. En esta última, el médico es visto como un enemigo a quien hay que oponerse.

c) Resistencia de la ganancia secundaria: En esta resistencia, los beneficios que obtiene el sujeto enfermo a partir de la enfermedad, lo impulsan a prolongarla. Esto incluye un aumento de la atención que obtiene, las compensaciones por sus inhabilidades y la disminución de la responsabilidad. Estos elementos lo llevan a rehusar la cooperación con la investigación diagnóstica y, posteriormente, con la terapia.

d) Resistencia superyoica: Aquí, el paciente siente que la enfermedad que posee es un castigo necesario que satisface sus sentimientos de culpa por conflictos que probablemente son inconscientes. Esta necesidad de castigo por parte del paciente, para aminorar sus sentimientos de culpa, convierten a la enfermedad en una situación satisfactoria, que el paciente no tiene interés en que desaparezca y que operará también como una resistencia a la alianza diagnóstica y terapéutica.

e) La motivación desplazada: Esta resistencia se refiere a los pacientes que no tienen conciencia de enfermedad y que son obligados a consultar por la supuesta enfermedad, ya que son enviados por un médico, por la esposa o por sus padres.

La tarea fundamental del profesional será que ellos mismos se hagan cargo de la motivación que hace que se presenten a las citas correspondientes.

Revise ejercicio Nº 3

CLASE 05

4. FENÓMENOS PSICOPATOLÓGICOS

Los fenómenos psicopatológicos se generan por un conflicto psíquico que puede ser generado por una crisis, entre otros factores. El conflicto psíquico es considerado como un conflicto de las tendencias e impulsos de la vida subjetiva. Atribuye como causa de ella las situaciones traumáticas de orden ambiental, especialmente las que sufre el individuo en su vida social. Entre ellas, las que más lo afectan son las que representan un desajuste de sus inter-relaciones personales más íntimas.

Las motivaciones que tienen la capacidad de provocar el conflicto, son las que aparecen en situaciones frustrantes prolongadas.

Al respecto, es importante señalar que no siempre hay acuerdo entre lo que siente la víctima de tales situaciones y sus observadores, que tienden a pensar más en que la reacción conflictiva del sujeto es debida a alguna falla constitucional que le acusa una labilidad psicológica, que no le permite soportar frustraciones mínimas.

A pesar de esta pequeña disyuntiva, se han creado distintos documentos a partir de investigaciones con pacientes que presentan algún tipo de patología mental, concluyéndose que en Chile las enfermedades mentales que presentan una mayor prevalencia en la vida de los habitantes del país son los trastornos de la personalidad (40%), trastornos mentales (36%), la fobia social (28%), abuso y dependencia de alcohol y drogas (bebedores problema 16%, drogas 6,4%), trastorno obsesivo compulsivo (15%),la agorafobia (11,1%), la depresión (10%) y el suicidio (10%). En general, estas afecciones explican el 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad.

Ahora bien, es necesario conocer con mayor profundidad los trastornos mentales que se mencionaron con anterioridad y otros importantes que se presentan de igual forma en nuestra sociedad, pero con una frecuencia y prevalencia menor.

a) Trastornos de la personalidad: La personalidad es definida según la Organización Mundial de la Salud como:

Un patrón enraizado de modos de pensar, sentir y comportarse que caracterizan el estilo de vida y modo de adaptarse único de un individuo, los que representan la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales. Estos patrones comportamentales tienden a ser estables y a afectar múltiples dominios conductuales. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con grados variables de malestar subjetivos y de alteraciones del funcionamiento social.

Este trastorno es definido por el manual de diagnóstico de psicopatología, CIE-10 (que agrupa los resultados de conferencias internacionales estadísticas acerca de estas patologías) como:

Patrones conductuales enraizados y duraderos, que se manifiestan como respuestas inflexibles en múltiples situaciones personales y sociales.

A lo largo de la historia, ha sido difícil encontrar un lugar para los trastornos de la personalidad dentro del ámbito de la medicina. Para muchos, el término de trastorno de la personalidad carece de la suficiente respetabilidad. Durante muchos años este término ha estado asociado a características negativas como denegación moral, intratabilidad y conflictividad.

Más que un enfermo, se trata en estos casos de un sujeto con conductas problemáticas, maliciosas o manipulativas. A diferencia de los otros trastornos mentales, los trastornos de la personalidad suelen dar lugar, por tanto, a juicios de valor emitidos desde el prisma moral del evaluador.

El concepto de personalidad anormal o psicopatía tuvo durante el siglo XIX una consideración fundamentalmente moral, reflejada por términos como los de “degeneración moral” de Morel o “locura moral” de Pritchard.

El concepto fue refinado durante las épocas posteriores. Para Schneider y sus contemporáneos, el criterio fundamental de las psicopatías es la ausencia de trastorno mental, es decir, la conservación intacta del estado mental del individuo psicopático.

Las personas que sufren de este tipo de trastornos poseen las siguientes características:

- Conductas que se adaptan mal, con un inicio precoz en la adolescencia o al comenzar la vida adulta.

- Conductas que afectan a todas las áreas de la personalidad, procesos cognitivos y motivacionales, el estilo es propio de relación en definitiva, causando problemas a los demás y a sí mismos en casi todas las facetas de la vida.

- Dificultades en el control de los impulsos y en las necesidades de gratificación.

- Comportamientos estables, predecibles y que se mantienen durante casi toda la vida.

Sin embargo, las características se clasifican en grupos para poder especificar de mejor manera la sintomatología de estos trastornos. Dichos grupos son:

- Grupo A: Comprende aquellas personas que suelen ser consideradas como extrañas o excéntricas e incluye los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.

  Estas personas son muy aisladas, desconfiadas, con dificultas para procesar la realidad que los rodea y no pueden diferenciar la información que proviene del exterior con la generada por ellos.

  - Trastorno paranoide de la personalidad: Presencia de desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.

  - Trastorno esquizoide de la personalidad: Existe dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

  - Trastorno esquizotípico de la personalidad: Anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

- Grupo B: Comprende personas con una clara inclinación al dramatismo, muy emotivas y con conductas erráticas e incluye los trastornos de personalidad histriónico, narcisista, antisocial y límite. A estas personas les cuesta mucho controlar sus impulsos. Son muy inestables emocionalmente, lo que les ocasiona ciertos problemas para adaptarse a su entorno.

  - Trastorno histriónico de la personalidad: Basado en una conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

- Trastorno narcisista de la personalidad: Se caracteriza por sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración.

- Trastorno antisocial de la personalidad: Se refiere a una conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presentan antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

- Trastorno límite de la personalidad: Se caracteriza por inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

o Grupo C: Comprende a personas que acostumbran a ser ansiosas y temerosas e incluye los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo compulsivo, así como una categoría llamada trastorno de la personalidad no especificado (que incluye el trastorno pasivo agresivo de la personalidad y el trastorno depresivo de la personalidad).

Son personas muy inseguras, ansiosas y con muchos miedos, que ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa cuando se sienten amenazados, los cuales determinan los distintos tipos de personalidad.

- Trastorno de la personalidad por evitación: Se caracteriza hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto y baja autoestima.

- Trastorno de la personalidad por dependencia: Se presenta con pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.

- Trastorno obsesivo compulsivo: Se caracteriza por perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones calidad y tiernas.

b) Trastornos mentales: Durante la historia del desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad, se ha presentado la necesidad de clasificar los trastornos mentales. Dentro de las principales razones para realizar esta clasificación encontramos:

- Para facilitad la comunicación sobre los trastornos mentales.

- Para promover un marco de trabajo para la investigación en la naturaleza de los trastornos mentales.

- Para simplificar y mejorar la comunicación entre los técnicos y entre éstos y otros trabajadores de la salud mental.

Es por esto que se han organizado los cuadros agudos de enfermedades mentales de acuerdo a si las alteraciones de la consciencia son cuantitativas o cualitativas.

Dentro de las primeras podemos encontrar: obnubilación (simple confusión), sopor, coma. Mientras que dentro de las segundas están: estado de delirio, estado crepuscular, alucinosis.

Para el caso de los cuadros crónicos de enfermedades mentales, podemos encontrar: enfermedad de alzheimer, demencia por infartos múltiples, enfermedad de pick, enfermedad de parkinson, enfermedad de Jacob-Creutzfeldt y demencia por sida.

c) Fobia social: Las fobias, en general, se caracterizan por producir una incapacidad funcional significativa en el sujeto que las padece, diferenciándose del miedo debido a que este último es una respuesta defensiva ante peligros potenciales o situaciones amenazantes que contribuye a la sobrevivencia y que han sido heredadas genéticamente desde los antepasados.

Ahora bien, la fobia social suele comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. En algunas ocasiones, la fobia social se manifiesta de forma restringida, es decir, fobia a comer en público, a hablar en público, a encuentros con el sexo contrario, entre otros, y también puede presentarse de forma difusa, abarcando casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

Este tipo de fobia suele acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, nauseas o necesidad imperiosa de micción, llegando en algunas ocasiones a que la persona que padece de esta fobia esté convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

Los síntomas provocados por esta fobia pueden desencadenar crisis de pánico, produciendo de antemano conductas de evitación intensas y en los casos más extremos, puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Las pautas para realizar un diagnóstico de esta patología son:

- Los síntomas psicopatológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

- Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.

- La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Finalmente, es importante señalar que al contrario que la mayoría de las fobias, la fobia social se presenta con igual frecuencia en hombres y en mujeres.

CLASE 06

d) Abuso y dependencia de alcohol y drogas: Los datos aportados por las redes de vigilancia epidemiológica deben servir para ayudar a pensar en los diagnósticos clínicos y a tener en cuenta las necesidades de nuevos enfoques en la formación de los profesionales ante la aparición de nuevas drogas y/o nuevas formas de abuso de las mismas. Es más probable que se pueda sospechar y alcanzar el diagnóstico de abuso, y aún de dependencia, de una sustancia si se sabe que la misma es usada en una comunidad determinada y las formas en las que es utilizad. De esta manera se pone de manifiesto la necesidad de compartir informaciones y del enfoque interdisciplinario imprescindible para tratar el abuso del alcohol y las otras drogas en todas las poblaciones, incluida la infanto-juvenil que revisaremos en la próxima unidad. Obviamente, los pediatras, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales mejor informados de las drogas y formas de consumo predominantes en una comunidad determinada serán los que tendrán mejores posibilidades de plantearse la posibilidad del uso, abuso o dependencia de la misma ante un niño o adolescente que presenta ciertos síntomas o signos que tienen una relativa falta de especificidad. El trabajo de diseminar la información epidemiológica debe por ello ser cumplido adecuadamente, además de la formulación de los profesionales de la salud para detectar los casos de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.

Es así como se llega a la evaluación por necesidades la cual tiene como propósito:

- Definir los problemas.

- Determinar la magnitud de los problemas.

- Identificar los servicios actualmente existentes para atender a los problemas relacionados con el abuso del alcohol y drogas para las distintas poblaciones.

- Identificar la demanda de estos servicios.

- Determinar la falta de cobertura de ciertos problemas o poblaciones.

- Definir qué servicios y coberturas son necesarios para resolver las carencias y ayudar a priorizar los problemas para que los planificadores en salud y los responsables de los presupuestos estén mejor equipados para destinar apropiadamente los recursos.

Pasando a las categorías diagnosticas de esta patología, nos encontramos con el cuestionamiento de la validez de las mismas, utilizadas por los manuales de evaluación psicopatológica DSM IV y CIE 10, para los trastornos relacionados con sustancias, especialmente la categoría de abuso o uso nocivo.

Sin embargo, es importante destacar que el DSM IV clasifica los trastornos relacionados con sustancias (agregando el concepto psicoactivas), en trastornos por uso o consumo de sustancias, que incluye el abuso y la dependencia; y los trastornos inducidos por sustancias que incluyen a la intoxicación, la abstinencia y otros cuadros desencadenados por el uso de estas sustancias psicoactivas a partir de la predisposición del sujeto. Entre estos últimos se incluyen las depresiones, trastornos del sueño, delirium, trastornos psicóticos de la alimentación, además del trastorno amnésico inducido por las sustancias psicoactivas.

Ahora bien, los criterios diagnósticos mayores, patognomónicos del alcoholismo son:

- Incapacidad de detenerse: Corresponde a una necesidad imperiosa, de continuar bebiendo hasta la intoxicación, una vez que se ha comenzado a beber por cualquier causa o motivación, y una vez que se ha sobrepasado una dosis umbral determinada para cada individuo. Este umbral va disminuyendo en el curso de la evolución de su enfermedad. Ha sido llamada también pérdida de control y sed irresistible.

  En oposición a lo que sucede en el no alcohólico, o en éste mismo, antes de alcanzar su condición de tal, las sucesivas dosis de alcohol acrecientan, en vez de disminuir, la apetencia de alcohol, hasta llegar un momento en que el efecto depresor de la sustancia, suspende esta conducta. Ello sucede cuando ya hay embriaguez franca y a veces profunda.

- Síndrome de privación: Son síntomas y signos, subjetivos, neurovegetativos y motores, que se presentan horas después de suspendida una ingestión de alcohol, sea en forma intermitente o continua. De acuerdo a su intensidad puede distinguirse un síndrome de privación leve, mediano y grave. En forma característica las manifestaciones del síndrome de privación leve y mediano, se calman con la ingestión del alcohol. Esto origina el beber matinal o en ayunas del enfermo.

- Incapacidad de abstenerse: Corresponde a la ingestión obligada en ritmo continuo o inveterado, por la aparición de síntomas de privación, habitualmente leves.

  En la forma típica, el alcohólico que presenta este fenómeno, bebe a lo lardo del día, cada 2 ó 4 horas. Si no lo hace, comienza a sentir temblores, sudoración, falta de atención y ansiedad. Es aquí donde el individuo calma estos síntomas, o se anticipa a ellos e impide su aparición, ingiriendo cantidades de alcohol que no alcanzan a producir embriaguez. Hacia el final del día, se hacen más frecuentes o abundantes y por acumulación puede llegar a la intoxicación franca. Este tipo de enfermo alcohólico, bebe en forma continua durante años.

- Crisis de ingestión patológica de alcohol: Corresponde a los episodios de dos o más días sucesivos de ingestión excesiva, con dos o más embriagueces cada día. La duración total de cada crisis va aumentando a medida que evoluciona la enfermedad u si en un comienzo comprometía solo los fines de semana, se extiende a días hábiles, hasta un máximo de 10 a 20 días, en los casos más graves.

  Deben diferenciarse de las crisis culturales de ingestión de alcohol, que se presentan en sujetos no alcohólicos, en circunstancias especiales, pautadas culturalmente, de ahí su nombre (fiestas patrias, navidad, año nuevo, entre otros). Aquí el fenómeno es social, pues el grupo de amigos bebe y se embriaga varias veces cada día, mientras dura la festividad.

  A diferencia de lo anterior, la crisis de ingestión patológica se trata de un fenómeno netamente individual. El síndrome de privación y la incapacidad de abstenerse, inician cada nueva ingestión y con ello la incapacidad de detenerse hace llegar hasta la embriaguez.

De acuerdo como se presentan estos signos determinantes, se distinguen tres formas clínicas de alcoholismo:

Alcoholismo remitente

Corresponde a la dipsomanía clásica, de concurrencia extraordinariamente rara, en la que se presenta una crisis de ingestión patológica de alcohol de dos a cinco días de duración, en forma espontanea. Esto es, sin ingestión previa de alcohol, surge el deseo imperioso de hacerlo. En otras palabras es la incapacidad de detenerse y de abstenerse sin antecedentes de alcoholismo.

Esta crisis está precedida de un estado distímico, generalmente una depresión severa de tipo psicótica (estados crepusculares, delirio autoacusatorio, entre otros).

Una vez cesado el cuadro, el individuo vuelve a la completa normalidad, tanto psicológicamente, como frente al alcohol (no bebe, o lo hace moderadamente), hasta que meses o años después se repite el mismo fenómeno.

Alcoholismo intermitente

Tiene como signos clínicos de mayor relevancia la incapacidad de detenerse, el síndrome de privación y la crisis de ingestión patológica de alcohol.

Las dos primeras siempre presentes. Las crisis son propias de la fase crónica o avanzada de esta forma clínica.

Si se observa la conducta frente al alcohol, de un sujeto alcohólico intermitente durante el último año, se observarán días de abstinencia absoluta y otros de ingestión, y siempre (o casi siempre al comienzo de cada evolución), llegando a la embriaguez. Al día siguiente se presentan síntomas de privación, que en forma, cada vez más obligada, deben ser aliviados con pequeñas dosis de alcohol.

Alcoholismo inveterado

Sus signos clínicos mayores son la incapacidad de abstenerse y el síndrome de privación.

Nunca se presentan crisis de ingestión patológica de alcohol. Estos pacientes durante el último año han bebido diariamente, en forma obligada (salvo situaciones excepcionales que lo fuerzan a la abstinencia). A veces no hay embriaguez profunda en largos periodos de tiempo.

Alcoholismo mixto

Es una forma más bien rara, cuando se aplican criterios estrictos.

Hay una ingestión continua con incapacidad de abstenerse, durante el último año, pero además, hay incapacidad de detenerse cuando se sobrepasan dosis umbrales, generalmente coincidiendo con situaciones de mayor permisividad (días festivos o fines de semana).

Pueden presentarse así mismo, crisis de ingestión patológica de alcohol.

Durante la vida de un alcohólico, no es infrecuente el cambio de una forma clínica a otra, por eso el diagnóstico debe hacerse de acuerdo a lo mostrado en el último año antes de la observación clínica. Las formas mixtas tienden a darse en los sujetos con muchos años de historia alcohólica.

Respecto a los factores que influyen en esta psicopatología, está comprobado que influyen factores de vulnerabilidad o predisposición biológica además de los psicosociales y comunitarios. Se puede indicar entonces que en la génesis de los trastornos de adicciones a sustancias psicoactivas intervienen:

- Factores biológicos;
- Factores psicológicos;
- Factores comunitarios: el barrio en que se vive es el indicador más claro acerca de qué tipo de drogas se pueden consumir y el probable patrón de consumo;
- Factores sociales: en el sentido de la influencia de la sociedad más amplia que actúa sobre la comunidad en la que vive el sujeto.

En función de la evidencia acumulada, algunos autores proponen también en la actualidad diferenciar factores de riesgo para el abuso de alcohol, y, posiblemente, de otras drogas de aquellos que conducirán a la dependencia y que estarían marcados, en este último grupo, por una carga genética imprescindible que, sin embargo, debe interaccionar con los factores ambientales para activarse o mantenerse inactiva. Aunque como lo señala muy bien Materazzi, la apertura hacia la participación social es un componente fundamental de la definición posible de salud mental, en este caso esta mayor apertura de adolescentes hacia lo social no puede ser adecuadamente incorporada o integrada a la personalidad por falta, tal vez, de ayuda parental y social. Las conduce hacia actividades y comportamientos autodestructivos que son protegidos por sectores sociales que lucran con ellos. Divulgados, inducidos y defendidos por amplios sectores de los medios masivos de comunicación, que tienen como clientes a estos sectores, que lucran con las drogas legales o son ganados por la ideología de pseudolibertad que forma parte del marketing de las compañías fabricantes de drogas legales y, por supuesto, de los distribuidores de drogas ilegales que promueven la salida del control parental y familiar.

CLASE 07

e) Trastorno obsesivo compulsivo: Este trastorno, también denominado TOC, es una categoría diagnóstica psiquiátrica que se emplea descriptivamente en los

individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas. Para hacer la distinción entre fenómeno obsesivo normal o patológico, el criterio del DSM IV exige que la obsesión o la compulsión sea experimentada por el individuo como inapropiada y además que tenga la suficiente intensidad, frecuencia y duración que sea una superficie fuente de estrés para el individuo. Los pensamientos, impulsos o imágenes que caracterizan al trastorno obsesivo compulsivo se distinguen de las preocupaciones excesivas de la vida o conducta diaria e interfieren el funcionamiento y la rutina normal del individuo así como la relación con otros. Además se requiere que el individuo reconozca que el contenido de sus pensamientos son el producto de su mente y que existan esfuerzos para resistir, ignorar o suprimir estos pensamientos, siendo de todas formas ineficiente.

Por compulsión se entiende una conducta repetitiva en respuesta a una idea obsesiva o acorde a reglas rígidas que deben ser seguidas en forma estricta. La compulsión no es gratificante, pero logra reducir la ansiedad o estrés asociada con alguna situación o idea amenazante. La conducta compulsiva es también excesiva y pierde la relación con la situación temida.

Por otra parte, la obsesión, también es una cadena de pensamientos persistentes, repetitivos e inoportunos.

Debido a que la sintomatología del TOC descrita, involucra ideación cognitiva, el diagnóstico se basa principalmente en la descripción del fenómeno por el paciente, además de la existencia de 5 criterios de medida de los mismos.

- Relación entre pensamiento obsesivo y actos compulsivos: Según un estudio realizado por Sandler y Hazari en 1960, se encontraron dos factores ortogonales rotados. El primero de ellos identificaba lo que ellos llamaron carácter obsesivo reactivo narcisista, que es excesivamente ordenado, pulcro y muy concienzudo y sus rasgos parecen estar bien integrados en la estructura de personalidad. El segundo factor estaba definido por rasgos característicos del neurótico obsesivo clásico, es decir, una persona cuya vida diaria es perturbada por la intrusión de pensamientos y de impulsos no deseados en su experiencia consciente. Ellos denominan a los individuos caracterizados por estos últimos rasgos como personalidad obsesiva, y consideran que esos rasgos pueden estar presentes antes de la crisis neurótica. Hay que hacer notar 3 puntos acerca de la clasificación de Sandler/Hazari. Primero, sus pacientes representaban un grupo neurótico no seleccionad; segundo, no relacionaron sus hallazgos con subclasificación diagnóstica dentro del grupo, y tercero, ambos factores incluían ítems referentes a pensamientos y rituales. La importancia de su hallazgo yace en la posibilidad de que una personalidad obsesiva pueda o no ser predictora

de anormalidad según el tipo de pensamientos y comportamiento que se manifieste. Hay en definitiva, un tipo no neurótico de personalidad.

- Características de los pacientes obsesivos: A partir de investigaciones realizadas con personas que padecen de este trastorno, es posible decir que en muchos de ellos se presentan características infantiles (especialmente fobias y rituales) y una alta correlación con rasgos de personalidad obsesivos anteriores a la crisis. Se puede establecer también, que al menos dos tercios de los pacientes que manifiestan el síndrome clásico, demostrarán rasgos similares anteriores a la crisis.

- Diagnóstico diferencial: Eysenck, durante 1947, describió un síndrome distímico que abarcaba neuróticos de ansiedad, depresivos y obsesivos compulsivo. Sin embargo, Ingram, durante 1961 comparó cuidadosamente a sus neuróticos obsesivos con 100 histéricos no seleccionado y 100 neuróticos de ansiedad no seleccionados, y logró demostrar diferencias significativas entre los obsesivos y los neuróticos de ansiedad en varias características por ejemplo, inteligencia, síntomas neuróticos en la infancia, edad del comienzo del trastorno y primera admisión. Él, sin embargo, no intentó discriminar de acuerdo a rasgos de personalidad, lo cual posiblemente habría sido de muchas mayor importancia.

- Incidencia de las neurosis compulsivas: Se desconoce la incidencia de rasgos obsesivos y compulsivos en grupos neuróticos o psicóticos no seleccionados. Sin embargo, la incidencia del síndrome clásico ciertamente no es muy reducida.

- Factores neurológicos en los trastornos obsesivo-compulsivos: Al revisar la literatura existente al respecto, vemos que se han hecho ciertas sugerencias en el sentido de que los trastornos obsesivos compulsivo graves pueden estar correlacionados con una anormalidad EEG (electro-encéfalo-grama) y por consiguiente tener un claro correlato neurológico.

  En una comparación cuidadosa de grandes números de neuróticos obsesivos, Grimshaw, durante 1964, encontró una incidencia notablemente superior de trastornos neurológicos considerables antes de la crisis en los pacientes obsesivos. Sin embargo, parece probable que estos tipos de anormalidades no están correlacionados con la presencia de rasgos obsesivos. Cuando los EEG aparecían anormales, éstos claramente se correlacionaban con la presencia de otros trastornos conductuales, como por ejemplo comportamiento psicopático, los cuales probablemente estaban más relacionados causalmente con la anormalidad neurológica, que los síntomas obsesivos.

f) Agorafobia: El término de agorafobia que se utiliza en nuestro país es más amplio que el suele ocuparse en otros países.

En esta oportunidad se incluyen, además de los temores a lugares abiertos, otros temores relacionados con ello, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general este lugar es el hogar).

El termino abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones.

La gravedad de la ansiedad aquí presente y la intensidad de la conducta de evitación son variables.

Este es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa a causa de su temor a los espacios abiertos, pues les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público, ya que la vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

La mayor parte de las personas que presentan esta enfermedad son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta.

Se presentan a menudo síntomas depresivos obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico.

En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Para evitar dicha situación, existen pautas que pueden ser utilizadas a la hora de diagnosticar la presencia o ausencia de esta patología.

Estas pautas son las siguientes:

- Los síntomas psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.

- Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.

- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

g) Depresión: Aquello que en lenguaje corriente se llama depresión, pareciera ser un concepto que no necesita explicarse, pues, cualquier persona, en algún momento de su vida ha sentido lo que es estar deprimido. Por esta consideración de la mayor parte de las personas, se alude a la depresión como un estado de ánimo interior que identificamos como un conjunto de emociones y sentimientos tales como abatimiento, tristeza, decaimiento, entre otros. Sin embargo, que un enfermo relate que posee estos síntomas como un malestar subjetivo, no es suficiente para diagnosticarlo clínicamente como tal, siendo deber de un profesional de la salud el que defina a qué se refiere el individuo cuando se refiere a depresión, angustia o cansancio.

Clínicamente, hay dos tipos de situaciones en las cuales hacemos uso del concepto de depresión como descripción de un fenómeno psicopatológico:

- En primer lugar, el paciente cuyo motivo de consulta es la sensación penosa de sentirse deprimido, o en el cual la constelación de las emociones depresivas acompañan otras tales como sensación de cansancio, cefalea, pérdida de apetito, dolores vagos, entre otras. En este caso será necesario investigar si la emoción que el paciente nombra como depresión, es tal, o puede referirse a otra.

  Por ejemplo, una persona de 39 años cuyo marido acaba de abandonarla por otra mujer, es posible que diga estar muy deprimida, pero durante la entrevista aparece claro al examinador que la emoción predominante es la impotencia rabiosa, la humillación y la angustia frente a un futuro incierto; la pena o la sensación de minusvalía casi no aparecen en la primera entrevista.

  Otro ejemplo puede ser la de una persona que se queja de cansancio crónico, de sensación de abatimiento, de desinterés por las actividades que antes lo entretenían, con insomnio de conciliación y cuyo cuadro aparece en relación a una amenaza de pérdida del trabajo y que durante la entrevista nos da la impresión que lo que nos puede explicar el cuadro es el estado angustioso frente a la amenaza real o fantaseada de no ser capaz de alimentar a su familia. En su biografía destaca la muerte de su padre cuando el paciente tenía 5 años, lo cual tuvo graves consecuencias familiares. En este paciente el uso de ansiolíticos y algunas entrevistas psicoterapéuticas disminuyeron grandemente su “depresión”. El diagnóstico final de esta persona fue un estado angustioso neurótico.

En estos casos, la “depresión” fue un síntoma referido como motivo de consulta y la labor del médico consiste en investigar si la emoción referida es o no genuina, si es concordante con la actitud global del paciente durante la entrevista (su tono de voz, su expresión facial y corporal, entre otras) y si hay o no motivos biográficos o desencadenantes que nos permitan entender si esta queja es proporcional o adecuada.

CLASE 08

- La siguiente situación clínica en la cual usamos el concepto de depresión para describir un fenómeno psicopatológico, es aquella en que el paciente no tiene clara conciencia de sentirse deprimido, pero nos relata una serie de síntomas o situaciones personales que obliga a pensar que por debajo de ellas y aunque el paciente no lo sepa, está viviendo una depresión más o menos intensa.

  En este sentido es típico el caso de las personas que se quejan de una sensación de pesadez corporal, de embotamiento intelectual, dificultades de la memoria, disminución del rendimiento laboral y que, al confrontarlo con una sensación de depresión, la niega, refiriendo más bien una cierta indiferencia afectiva.

  En este último caso, el individuo casi no se queja de depresión; en cierto sentido no se siente deprimido, más bien asilado o vacío, quizá disminuido. No tiene mayores quejas para nadie, y en su historia reciente no encontramos hechos que nos permitan inmediatamente entender su estado actual.

  Si comparamos las situaciones como extremos de un continuum, debemos concluir que el concepto de depresión, en semiología psiquiátrica es muy ambiguo y demasiado amplio, pues engloba desde una emoción particular que puede ser entregada como un síntoma, hasta una entidad nosológica, la melancolía, depresión endógena, o enfermedad afectiva. Entre ambos extremos esta la depresión como síndrome, o sea, como una constelación de síntomas que se supone asociado a algún mecanismo patogénico. No basta entonces hacer el diagnóstico de depresión a secas. Es necesario agregarle algún adjetivo.

  Además de lo anterior, se hace necesario realizar una distinción para realizar el diagnóstico de una depresión patológica, diferenciándola de una “depresión normal”, aunque sabemos que esta división es en el fondo superficial.

Los sentimientos depresivos en una persona normal son siempre reactivos a una situación real de pérdida y frente a la cual se siente pena, dolor, nostalgia. El prototipo de esta reacción es el duelo normal. Se puede perder a un ser querido, una situación personal estimada como valiosa, la confianza en un amigo, la creencia en un ideal político o religioso. Se sabe por qué se sufre, por qué se siente pena. La respuesta personal a la pérdida es adecuada y proporcionada. El mundo se empobrece para el doliente. Necesita apartarse relativamente de su ambiente habitual. Esta triste y lo perdido vuelve a su memoria constantemente, frente a cada situación u objeto que se lo recuerde. Con el tiempo, la tristeza da lugar a la nostalgia serena y el mundo vuelve a tener los colores de antes. En todo este proceso el doliente se duele por lo perdido y anhela recuperarlo en alguna forma; pero no se culpa ni pierde su propia estimación. Este estado es transitorio y se acepta y respeta socialmente como algo natural y al ser resuelto en forma exitosa, el sujeto sale de alguna manera enriquecido por la experiencia dolorosa, como si el objeto perdido pasara ahora a formar parte de la persona misma (resolución del duelo mediante la identificación con el objeto: “el ya se murió, pero ahora lo llevo dentro de mí”, dice una viuda al año de la muerte de su esposo).

En la depresión patológica, en cambio, no importa su forma clínica, siempre hay una desproporción entre lo que se siente y la situación de pérdida externa o interna a la cual se supone racionalidad. El paciente es incapaz de explicar cabalmente los motivos o causas de su estado. Si todo empezó por una infidelidad del cónyuge, poco a poco el hecho inicial no es suficiente para explicar las emociones o la situación personal del paciente. Todo se alarga y pierde contacto con lo que se supone desencadenó la depresión. Un melancólico que sufre por la pérdida de un hermano, poco a poco pareciera que se olvidara de él y empieza a temer caer en la ruina, a pensar que nunca más volverá a sonreír, que sus hijos morirán luego, entre otros, temores e ideas desproporcionadas y desconectadas de la realidad externa del paciente. En alguna forma, quien se deprime patológicamente pareciera que junto con perder algo externo perdiera parte de sí mismo. Se percibe a sí mismo empobrecido, disminuido en su autoestima, poco valioso. Esto puede trascender más o menos a la vivencia de lo corporal, a las sensaciones o funciones físicas. El paciente puede verse marchito, disminuido. Puede presentar estitiquez, anorexia, bradicardia, entre otras, pero no es esto lo esencial para el diagnóstico de una depresión patológica. Los elementos básicos son la inadecuación entre el estado desencadenado y la situación desencadenante (duración, intensidad, pérdida de la autoestima, síntomas de otra serie asociados, síntomas y signos físicos, entre otros).

A diferencia de lo que ocurre en el duelo normal, la depresión patológica corresponde a una pérdida consciente real o a una pérdida inconsciente e imaginaria (y en este último caso el paciente no sabe realmente por qué está deprimido) que siempre empobrece al sujeto. El proceso de identificación, como veremos más adelante, termina dañado el sí mismo del paciente, como si el objeto perdido e incorporado simbólicamente se hubiera deteriorado en el proceso de duelo.

A la hora de hablar de síndromes depresivos, para caracterizar clínicamente las distintas formas de depresión patológica, se han usado distintos adjetivos, que permiten disminuir la extrema ambigüedad y amplitud del concepto. La mayoría son pares de conceptos polares antitéticos. Algunos otros aluden a situaciones vitales concomitantes o a edades de aparición. Finalmente otros, o se refieren a entidades nosológicas, o apuntan a campos etiopatogénicos. Como veremos, la nosología de la depresión no es unívoca y en la práctica persisten distintas perspectivas desde las cuales se la pueden clasificar clínicamente, incluso en categorías que no son excluyentes. Algunas, si bien siguen usándose, deberían desaparecer porque la investigación ha mostrado que no se distinguen de otras. Lo importante en este punto es saber si la categoría, en el nivel actual de conocimiento, es sintomática, sindromática, etiopatogénica o nosológica.

- Depresión primaria y secundaria: Cuando la depresión no constituye un mero síntoma acompañante, sino aparece como el fenómeno fundamental que estructura una constelación de síntomas psíquicos o físicos (síndrome depresivo propiamente tal), hablamos de depresión primaria. Actualmente, esta es sinónimo de enfermedad afectiva, es decir, la depresión como entidad nosológica.

  En contraste, la depresión secundaria muestra más categoría de síntoma o de síndrome incompleto, pues siempre se da en relación a otro padecimiento del cual se supone dependiente, aunque se desconozca la exacta patogenia de esta dependencia. La depresión puede ser secundaria a una enfermedad física (hipotiroidismo, neoplasias, anemias). Puede ser un síntoma de un síndrome de privación por drogas o alcoholismo. En estos casos se supone que en gran parte se trata de una depresión “física”, es decir, habría mecanismos fisiológicos que harían aparecer al paciente como deprimido; más bien sería adinamia, astenia, cansancio. La depresión puede ser un síntoma de una enfermedad del sistema nervioso central (por ejemplo, síntoma de una enfermedad degenerativa presenil), o efecto secundario de una droga (depresión “farmacológica”). También la depresión puede ser un síntoma que acompañe a cualquier otra patología psiquiátrica. Por ejemplo, una

neurosis histérica sintomática puede presentar elementos de la serie depresiva. Igualmente, un paciente esquizofrénico puede deprimirse. Las depresiones en el epiléptico, las llamadas distimias epilépticas, se describen en el capítulo correspondiente.

Habitualmente es posible distinguir clínicamente las depresiones primarias de las secundarias. Esto depende de una buena anamnesis, y de un detallado examen del paciente, físico, neurológico y mental. La importancia pronóstica y terapéutica de estos es evidente. Sin embargo, hay casos en que esto es difícil, por ejemplo, cuando el alcoholismo es secundario a la depresión.

Siempre es importante considerar al individuo en su globalidad e intentar descubrir el fenómeno en torno al cual se estructura la sintomatología. En el caso de una melancolía, el mundo del paciente es totalmente distinto al de una depresión histérica o secundaria a una enfermedad física.

- Depresión psicótica y depresión neurótica: Se habla de depresión psicótica cuando la alteración afectiva, generalmente profunda, se acompaña con una pérdida del juicio de la realidad y de ideas delirantes, generalmente de ruina, de autorreproche o hipocondríacas. No es raro ver además cuadros francamente depresivos que clínicamente aparecen “cubiertos” por uno paranoideo del tipo de un delirio de autorreferencia.

  El término depresión neurótica que podría oponerse al de depresión psicótica, en el sentido en que no hay pérdida del juicio de realidad, se usa más bien para indicar que el síndrome depresivo no tiene concomitantes físicos. Es decir, no hay estitiquez, baja de peso por anorexia, alteración de los ritmos vitales, insomnio del despertar temprano, sino solamente una vivencia depresiva subjetiva que no trasciende a la corporalidad.

  El termino depresión neurótica, también es utilizado para designar un tipo especial de desorden caracterológico. Se trata de un trastorno crónico que predispone a algunos sujetos, generalmente mujeres, a padecer de estados disfóricos, de corta duración y en relación a situaciones en las cuales se sienten rechazados o malqueridos. Son personas extremadamente sensibles al aplauso y al halago y cuando no lo consiguen caen en estados en que se sienten “deprimidas”, entre humilladas, rabiosas, impotentes y heridas en su autoestima, con hiperfagia, hipersomnia y sensación de fatiga extrema. Todo esto en una atmosfera exhibicionista y ganancial, intentando modificar las condiciones externas para recuperar el sitial del aplauso y el halago

infantil. Son personalidades muy inmaduras y corresponden al tipo infantil, clasificado también como desorden de personalidad o disforia histeroide.

- Depresión endógena y reactiva: Una depresión puede clasificarse de acuerdo a si hay o no una situación desencadenante externa. El hablar de endógeno se refiere a un campo hipotético de causalidad distinto de lo cerebral (exógeno) y de lo psicogenético (reactivo). Estrictamente, una depresión endógena se confunde con el concepto de depresión primaria, melancolía o enfermedad afectiva.

  En este sentido, depresión endógena se opone a una depresión neurótica por un lado y a una depresión reactiva por el otro. Así, una depresión reactiva sería aquella en la cual la situación de pérdida desencadenante constituye el núcleo central del contenido depresivo, no importando la gravedad o profundidad misma del cuadro. La perdida estaría a un nivel consciente. Ahora bien, las melancolías serán consideradas como endorreactiva y el concepto de depresión reactiva pierde el carácter antitético con el de depresión endógena. Depresión reactiva se acerca así a la depresión neurótica o más bien al concepto de duelo patológico, acuñado por Freud para designar un estado depresivo patológico en el cual existe una pérdida real y consciente.

CLASE 09

h) Suicidio: El suicidio puede ser definido como la voluntad y/o el deseo consciente y deliberado de darse muerte. El intento de suicido caracteriza el fracaso de un suicidio, sea cual sea la causa de este fracaso.

Se designa bajo los términos equivalente del suicidio, conducta suicida o conducta de riesgo los comportamientos que por su naturaleza ponen en peligro la vida del sujeto o su integridad física sin que el deseo o la voluntad de darse muerte sea consciente. En determinadas ocasiones, los equivalentes de suicidio pueden parecer intentos de suicidio.

Ni los manuales CIE 10 ni DSM IV han reservado una entrada específica la concepto intento de suicidio en las categorías diagnósticas principales y hasta el momento no ha sido posible obtener una definición consensuada e internacionalmente válida de lo que de manera corriente se denomina intento de suicidio.

Dentro de los factores que influyen a que una persona intente suicidarse y logre hacerlo, encontramos:

- Características familiares.
- Factores sociales.
- Factores individuales.
- Acumulación de acontecimientos vitales (modificación de la vida familiar, perdida de familiares cercanos y queridos, rupturas sentimentales, entre otras).

En el caso de esta patología, se pueden presentar otro tipo de trastornos asociados (comorbilidad), los cuales pueden ser:

- Trastornos del humor.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos conductuales.
- Trastornos de la personalidad.
- Esquizofrenia y episodios psicopáticos agudos.

Es necesario mencionar que, existe una serie de significaciones psicológicas, de carácter general, del suicidio, esta significancia, es la misma en todas las etapas de la vida, pero, en función de la madurez del individuo, pueden darse significaciones que parecen adaptarse mejor a unos periodos concretos de la vida. Baechler ha descrito algunos significados que se pueden presentar:

- La fuga: es el hecho de escapar, mediante el atentado contra la propia vida, de una situación percibida por el individuo como insoportable.
- El duelo: para el sujeto el hecho de atentar contra la propia vida como consecuencia de la pérdida de un elemento actual de su personalidad o de su sistema de vida.
- El castigo: es el hecho de atentar contra la propia vida para expiar una falta real o imaginaria.
- El crimen: es el hecho de atentar contra la propia vida arrastrando simultáneamente a otra persona a la muerte.
- La venganza: es el hecho de atentar con la propia vida para provocar el remordimiento de otra persona o infligirle el oprobio de la comunidad.

- La petición de socorro y el chantaje: es el hecho de atentar contra la propia vida para ejercer presión sobre otra persona.
- El sacrificio y la transición: es el hecho de atentar contra la propia vida para alcanzar un valor o un estado considerado superior.
- El juego de azar: es el hecho de arriesgar la propia vida para probarse a sí mismo.

Algunas de estas significaciones llevan con más frecuencia a la muerte que otras (las 4 primeras) y algunas suelen tener en general consecuencias menos graves (el chantaje y la petición de socorro) y por supuesto, se pueden presentar de forma paralela.

i) Trastornos de la conducta alimentaria: Este trastorno se divide en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, ambos síndromes psiquiátricos multidimensionales que conforman el también llamado trastorno del hábito del comer.

El DSM-IV divide a la anorexia nerviosa en: anorexia restrictiva y bulímica, y a su vez, se subdivide ésta en con y sin purga.

Investigaciones señalan que un 18% de escolares, 15% de universitarios y 41% de adolescentes con sobrepeso, se encontrarían en riesgo de desarrollas uno de estos trastornos bajo ciertas contingencias propicias.

- Anorexia nerviosa: Se define como un síntoma que puede acompañarse de numerosas alteraciones psicopatológicas. También se encuentra la anorexia genuina o primaria; síndrome autónomo y consistente, del cual la amenorrea es uno de sus síntomas centrales, en el cual se presenta un deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez a toda costa.

  Al revisar los criterios diagnósticos de esta patología, encontramos que el DSM IV, así como el CIE 10 presentan como criterio un índice de masa corporal (imc) menor que 17,5. Esta medida se considera como un indicador confiable de la severidad, así como lo es la presencia de amenorrea en la mujer con un descenso del interés sexual, y la disminución de la potencia sexuales en el varón.

  Este trastorno afecta en un 90% a un 95% a mujeres y un 5 a 10% del total son hombres. Esta enfermedad afecta a personas de todos los estratos sociales.

  Ahora bien, a la hora de enfrentarnos a esta enfermedad, debemos tener presente:

- Factores predisponentes: La anorexia se vuelve a desarrollar en personas que suelen mostrar un alto nivel intelectual, rasgos dependientes y obsesivos compulsivos premorbidos de personalidad, principalmente rigidez, hiperresponsabilidad, inseguridad y perfeccionismo, obtienen excelentes rendimientos académicos, deportivos, laborales. Poseen una pobre autoestima y alexitimia, es decir, una dificultad para expresar psicológicamente, con palabras, las emociones y afectos ligados a sus conflictos. En general, las personas que poseen este trastorno suelen ser selectivas y ambivalentes en las relaciones interpersonales. Resaltan en ellas un pensamiento polarizado ("o todo o nada"), un razonamiento dicotomizado, una distorsión perceptual, la necesidad de aprobación y complacencia hacia terceros y la incapacidad de discriminar sus necesidades.

  Existe una mayor prevalencia entre familiares de anoréxicas de alcoholismo, abuso de substancias y trastornos afectivos que en el resto de la población.

  El 25% de estas pacientes ha sido portador de un sobrepeso premórbido, aumentando su susceptibilidad respecto a la apariencia personal. Por último, se cree en la posible “vulnerabilidad" neuroendocrina congénita.

- Factores desencadenantes: Pérdida de seres queridos, separaciones, fracasos en experiencias emocionales y/o sexuales, comentarios peyorativos, desagradables y/o críticos acerca del cuerpo, dietas estrictas para adelgazar (generalmente autoin-dicadas), enfermedades físicas consuntivas o patología traumática corporal tras un accidente, ejercicio físico riguroso y excesivo, primer acercamiento sexual, abuso sexual y alejamiento del hogar.

- Factores perpetuantes: Las alteraciones fisiológicas intestinales y la distorsión de la imagen corporal se convierten en un círculo vicioso que favorece el mantenimiento, a través del tiempo, del síndrome anoréxico. Otros factores son en realidad predisponentes no resueltos, tales como la estructura de personalidad, interacción familiar patogénica y presiones socioculturales

Ahora bien, a la hora de diagnosticar este trastorno, es necesario establecer una buena alianza entre profesional y paciente, simultáneamente obteniendo información acabada de sus manifestaciones sintomáticas, con

el propósito de formular una hipótesis diagnóstica y una aproximación terapéutica, por tanto se debe tener en cuenta lo siguiente:

- La perspectiva del paciente: comprender la postura del paciente frente a su problema para apreciar su motivación, la conciencia de sí mismo y su dolencia, disponibilidad y compromiso afectivo, para decidir la psicoterapia.

- Actitudes hacia la silueta y el peso: se evalúa los puntos de vista hacia la figura corporal y el peso, la importancia que le adjudica a la apariencia, reacciones ante aumento, descensos y el peso ideal.

- Hábitos alimentarios: que describa su modalidad de alimentación en un día, horarios, frecuencia, cantidad y calidad, presencia de restricción dietética, comilonas y purgas.

- Métodos de control de peso corporal: dietas de diversa naturaleza, uso y abuso de laxantes, diuréticos y ejercicios físicos patológicos o excesivos. Uso de anfetaminas.

- Psicopatología general: evaluación de rasgos psicológicos de depresión con el objeto de diferenciar si el trastorno del hábito del comer está inserto en una depresión o ésta forma parte de la patología alimentaria. Debe medir la historia de su desarrollo biopsicológico, capacidad de adaptación al mismo, temperamento, características de personalidad, con especial atención a la autoestima, perfeccionismo, conductas suicidas y automutilatorias, abuso de substancias e inclinación al robo. También antecedentes sobre su sexualidad, informes de abuso sexual, físico, conflictos psicodinámicos e interpersonales. Se recomienda de manera complementaria aplicar una evaluación psicológica con instrumentos tales como el inventario multifasico de Personalidad de Minnesota (MMPI), el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática (TAT).

- Estado físico: evaluación antropométrica que abarque la determinación del peso, talla y la estimación del contenido adiposo, así como la descripción detallada de la historia menstrual. Es recomendable solicitar un hemograma con velocidad de sedimentación con recuento de glóbulos rojos y blancos, uremia, glicemia, amilasemia, niveles de colesterol, examen de orina completa, electrocardiograma, electroencefalograma y eventualmente densimetría ósea.

- Evaluación de la familia: sondeo de las interacciones entre los miembros de la familia que puedan contribuir a perpetuar el padecimiento o potencialmente facilitar la recuperación.

- Planificación coordinada del manejo: Sea cual fuere el enfoque terapéutico seleccionado, éste requiere de una variedad de profesionales que proporcionen asesoría, ya sea psiquiátrica, nutricional, gastroenterología, endocrinológica, ginecológica y/u odontológica

Generalmente el inicio de la anorexia nerviosa ocurre entre los 10 y los 30 años. El máximo suele darse entre los 17 y 18 años. El diagnóstico no suele ser precoz debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por una falta de conciencia de enfermedad o por miedo a no ser entendidas. Generalmente son llevadas a la consulta médica forzadas por los familiares porque se han percatado de señales conductuales extrañas con respecto a sus hábitos de alimentación.

La mayoría de las pacientes que presentan esta patología suelen tener el síntoma predominante de temor exagerado a la ganancia de peso acompañado de una distorsión de su imagen corporal de grado variable, sobrevalorando la percepción del tamaño de su cuerpo, de preferencia cara, torso y abdomen. Son muy hiperactivas, incluso en estados de enflaquecimiento extremo y con una exagerada preocupación por el aspecto personal.

Niegan rotundamente la posibilidad de padecer enfermedad alguna. Para conseguir la delgadez comienzan a restringir drásticamente su dieta, especialmente los hidratos de carbono y las grasas. Presentan cafeinismo, mezclas peculiares de alimentos, comidas en secreto, esconden comida por la casa, inventan deshacerse de las comidas poniéndolas en servilletas, en bolsas plásticas o en sus bolsillos, cortan los alimentos en pequeños trozos, se demoran gran cantidad de tiempo en ordenarlos alrededor del plato, injiriéndolos lentamente y algunas veces se deleitan preparando recetas exóticas para los demás. Si se les enfrenta esta conducta niegan que ésta sea inusual o rehúsan rotundamente hablar sobre el tema.

Presentan amenorrea, que usualmente antecede a la pérdida de peso. Se produce un retraso en el desarrollo psicosexual y una disminución de la libido.

Se observan síntomas depresivos, obsesivos, ansiosos y fóbicos. Se vuelven hipercríticas, suspicaces y tienden a aislarse socialmente.

Poseen u aspecto desnutrido que ocultan tras ropa holgada, piel seca de color amarillento y lanugo (vello fino parecido al recién nacido)

El examen mental habitualmente muestra una persona alerta, con mucha información sobre nutrición y muy preocupada por la comida y el peso.

Respecto al tratamiento, éste se dirige a 2 aspectos: resolver la urgencia biológica y manejar los aspectos psicológicos, familiares y ambientales que originan el cuadro.

La psicoterapia debe realizarse durante o después de la recuperación ponderal debido a que la persona se encontraría más receptiva.

Es necesario señalar que:

- El tratamiento instaurado precozmente mejora ostensiblemente el pronóstico.
- La recuperación ponderal es básica pero no significa curación.
- La actitud terapéutica debe ser flexible, adaptada individualmente y dirigida a resolver factores etiopatogénicos.
- La recuperabilidad implica:
    - Desaparición de alteración psicopatológica.
    - Aceptación y mantenimiento del peso idóneo.
    - Restauración de menstruación.
    - Desaparición de la distorsión de la imagen corporal y mejoría de la inmadurez psicosexual.
    - Se considera resuelto tras un seguimiento a largo plazo, 2 a 4 años.

La anoréctica detectada a tiempo puede ser tratada ambulatoriamente con control individual y familiar.

Hay que evitar la actitud culpabilizante, coercitiva, se debe establecer una alianza terapéutica basada en la confianza, colaboración y abandono de la negación por parte del paciente.

En algunos casos se hace necesaria la hospitalización de las personas por la delicadez del estado de salud que presentan debido a esta enfermedad. Como criterios para indicar la hospitalización se encuentran:

- Conducta suicida, depresión grave o psicosis.
- Arritmia cardíaca grave.
- Trastorno hidroelectrolíticos.
- Pérdida de peso por debajo del 70% del peso ideal.
- Deshidratación grave, hipotermia.
- Abuso persistente de laxante.
- Situación familiar crítica.
- Pérdida de control en accesos bulímicos.
- Sintomatología incapacitante del funcionamiento cotidiano.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.

La duración de hospitalización puede oscilar entre 2 y 6 meses, realizando rutinas que incluyen:

- Pesaje diario, desnudo en ayuna, después de orinar y defecar.
- Control de ingreso y egreso de líquidos.
- Vigilar el equilibro electrolítico.
- Evitar el vómito vigilando, no permitir el uso del baño por lo menos 2 hrs. después de cada comida.
- No indicar laxantes para el estreñimiento.
- Pueden prescribir suplemento nutritivo.
- En hospitalización se debe prescribir reposo absoluto.

Dejar claro a la familia y al paciente que se trata de una afección seria y de larga evolución, educando, enfatizando la necesidad de compromiso con el tratamiento.

- Bulimia nerviosa: La primera descripción del síndrome bulímico fue creada por un psiquiatra chileno, Otto Dörr en 1972. Antes de esto la bulimia era descrita como una manifestación de otros cuadros clínicos, incluida la anorexia nerviosa. Durante la historia han existido varias denominaciones para la bulimia como bulimarexia. Hoy se prefiere el

término de bulimia nerviosa, que denota una conducta definida (comer incontrolado) y un síndrome psiquiátrico bien específico y enfatiza el cercano nexo entre ésta entidad nosológica y la anorexia nerviosa.

Dentro de los criterios diagnósticos de este trastorno, encontramos que existe un mayor énfasis en los rasgos de preocupación por el alimento y temor a la gordura, pues existen:

- Episodios recurrentes de comilonas.
- Conductas compensatorias para prevenir la ganancia ponderal como vómito autoinducido, mal uso de laxante, diurético, ejercicio excesivo.
- Comilona y conducta compensatoria ocurren al menos 2 veces por semana por 3 meses.
- Autoevaluación influenciada por el peso y silueta.
- El trastorno no ocurre solamente durante episodios de anorexia nerviosa.

La bulimia también presenta tipos, los cuales son necesarios de especificar:

- Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa se provoca regularmente vómito o usa laxante, diurético o enema en exceso.
- Tipo no purgativo: el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, ayuno, ejercicio intenso pero no vomita ni usa laxantes.

Al presentarse la bulimia en una persona, es conveniente saber cuáles fueron los factores predisponentes para que en qué estado se encontraba la persona antes de adquirir este trastorno. Estos factores pueden ser:

Alto riesgo por trastorno afectivo, medio familiar con características patógenas, estructura de personalidad pre-mórbida borderline (en donde sobresale la inestabilidad afectiva, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, alto nivel de ansiedad y oscilaciones anímicas), baja autoestima, (sensación de ineficacia personal, severa autocrítica, desamparo aprendido, alta expectativa de logro, insatisfacción corporal, sensibilidad interpersonal e identidad sexual difusa), y, preocupación narcisista acerca de su corporalidad.

Dentro de los factores desencadenantes podemos evidenciar que el inicio de la sintomatología a menudo aparece después de un período restrictivo. Así, las contingencias traumáticas precipitantes más comunes son: pérdida o separación de un ser querido, situación laboral estresante, conflicto sexual, parental, conyugal, abuso sexual y relación de pareja insatisfactoria. Además se desencadenan sentimientos como la depresión, soledad, aburrimiento y rabia.

También es necesario considerar cuales son los factores que permiten que esta enfermedad se perpetúe a lo largo del tiempo:

- Constante atención a la silueta y peso corporal, que llevan a restricción dietética estricta.
- Este patrón estimula, mediante mecanismos fisiológicos y psicológicos, el aumento de la ingesta de alimento y viceversa, además de favorecer el continuar con dietas.
- Vómito autoinducido y uso de laxantes y diuréticos.
- Episodios de hiperingestión merman el sentido de autocontrol y autoestima, exacerbando sentimientos de incapacidad y aumentando la preocupación en el cuerpo y peso.

Como síntomas específicos se indican las comilonas, ingesta rápida y voraz de grandes cantidades de alimentos sólido o líquido, generalmente a solas, vespertino o nocturno a escondidas, puede ser varias veces al día.

Las personas que poseen esta patología presentan conciencia del patrón alimentario anormal, que escapa de su control, por lo que se angustian y sienten gran culpa, autodesprecio, vergüenza y depresión. Los episodios terminan con la némesis autoprovocada a consecuencia de una dolorosa

distensión abdominal, porque se acaba la comida o por aparición de otras personas.

Para evitar ganar peso y/o mantener el que tienen recurren a purgas mediante vómito postprandial con los dedos o algún instrumento que les pueda producir el vómito, luego, con el paso del tiempo, esto se produce espontáneamente; adicionalmente, se presenta el uso de laxante, edema y diurético, dietas múltiples, ayuno estricto o ejercicio físico.

En episodios de dieta y bulimia hay marcados cambios ponderales en breve tiempo. Sin embargo, la paciente con bulimia nerviosa tiende a mantener su peso corporal dentro de los límites normales. A veces, la menstruación se vuelve irregular.

Además de lo mencionado, es frecuente la aparición de cleptomanía (28% de los casos), automutilación, mayor probabilidad de suicidio, abuso de sustancias como el alcohol, anfetaminas, benzodiacepinas, cocaína y promiscuidad sexual.

Dado que es fácil de ocultar, esta enfermedad puede pasar años sin ser consultada medicamente, sin embargo, esto no significa que presente complicaciones médica, como: erosión del esmalte dental, tumefacción dolorosa de glándulas salivales, callosidades en el dorso de la mano (signo de Rusell) por introducir mano para inducir vómito, arritmia cardiaca, nefropatías, parestesias, retención de líquido, colon irritable, megacolon, alteración hidroelectrolíticas, deshidratación, hipoglicemia, sensación de fatiga, náuseas, cefalea, somnolencia, sensación de hinchazón, calambres de extremidades. También se observa neumonía, faringitis y reflujo gastrointestinal.

La comorbilidad de esta enfermedad comprende: trastornos por ansiedad, dependencia de sustancia, trastorno afectivo bipolar, trastorno de control, impulsividad, trastorno disociativo, historia de abuso sexual en la infancia.

Por otra parte, se deben descartar en casos de diabetes mellitus e hipertiroidismo. También de ciertas depresiones en que hay ingesta y aumento de peso, esquizofrenia, también obesos pueden presentar ingesta voraz pero no se acompañan de los demás signos y síntomas de la bulimia nerviosa.

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad, si no hay complicación médica ni ideación suicida puede ser tratada ambulatoriamente, con psicoterapia y farmacoterapia.

La hospitalización es en raras ocasiones, y las indicaciones para realizar un tratamiento intrahospitalario son: problema médico severo, alteración psiquiátrica y descontrol de hábitos alimenticios.

Se espera que la recuperación se comience a consolidar cuando al menos hayan acontecido al menos 2 meses de abstinencia de comilona y purga para algunos autores, hasta un máximo de 2 episodios de conductas bulímicas en un lapso de 2 semanas de tratamiento.

Ahora bien, la recaída es definida como el regreso a los síntomas desde al menos 2 semanas por un mínimo de 2 meses o al menos 8 episodios de comilonas y purgas en 4 semanas. El riesgo de recaída es importante, pues, casi un tercio de las mujeres que ha presentado remisión de sus síntomas recae en los primeros 4 años.

Por último, la mortalidad atribuible a la bulimia nerviosa es menor que la observada en la anorexia nerviosa, mientras que el suicidio es igual de común para ambos casos.

Revise ejercicio Nº 4

CLASE 10

5. EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico hace referencia al análisis científico del comportamiento de un sujeto, o grupo de sujetos, realizado mediante procedimientos científicos, en donde se administran una serie de test, técnicas, o instrumentos a través de las cuales se pretende la cuantificación de los comportamientos, características o propiedades del sujeto (o sujetos) de estudio.

Es importante considerar que el diagnostico se realiza mediante un proceso, el cual supone un procedimiento científico sujeto a reglas y, por tanto, sujeto a contrastación científica.

Cuando los objetivos y/o la demanda del sujeto en evaluación es de cambio o modificación del comportamiento (como suele suceder en la consulta clínica), el evaluador

debe optar por una variante en el proceso en la que se exige una manipulación experimental. En este caso, debemos referirnos a un proceso más extenso que incluye:

a) Evaluación

b) Intervención, y

c) Valoración psicológica

Aunque la intervención no sea propiamente una tarea del evaluador, éste siempre actúa como planificador de los tratamientos aplicados y, desde luego, de evaluador de los cambios producidos en la persona, convirtiéndose a la vez en valorador del tratamiento.

Es necesario señalar que este proceso es interventivo y requiere de una evaluación previa descriptiva (realizada con métodos observacionales-correlacionales), y será a partir de esos resultados cuando el evaluador se plantee hipótesis funcionales que verificará, esta vez, a través de la manipulación experimental, mediante un determinado tratamiento, de una serie de variables consideradas relevantes al problema (independientes), tratando de comprobar sus efectos sobre esas conductas-problema (o variables dependientes).

Así, el proceso se desarrolla y concluye con nueve momentos o fases:

a) Fase 1: Primera recogida de información con la especificación de la demanda y del problema: En esta etapa el evaluador tiene como objetivos fundamentales, en primer lugar, la delimitación de la demanda del problema por el que se consulta y, en segundo lugar, la recogida de información sobre las condiciones históricas ambientales, personales y, en su caso biológicas (pasadas y actuales) que pudieran ser relevantes al caso. Con el fin de alcanzar tales objetivos, habrá de realizar las siguientes tareas:

- Observación y recogida de información inicial de las conducta problema.
- Observación y recogida de información sobre las condiciones socioambientales actuales y pasadas, y
- Primera exploración de las condiciones personales potencialmente relevantes al caso.

Hay que destacar que los procedimientos de recogida de información utilizados en esta fase son de amplio espectro como, por ejemplo, la entrevista, la autobiografía, listados de conductas, medidas no contaminadas (recogidas de archivos, registros, informes anteriores, entre otros), así como observaciones no sistemáticas.

En este caso, las fuentes de información son los propios sujetos, sus cercanos, así como la persona que ha prescrito la evaluación, así como la propia situación de examen.

Asimismo, hay que hacer notar que el marco referencial teórico del evaluador, sus conocimientos generales sobre psicopatología e intervención y los específicos relativos al problema por el que consulta el sujeto, así como sus habilidades y experiencias guiarán esta fase del proceso.

b) Fase 2: Primera formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables: La demanda sobre un problema requiere una previa contrastación de su existencia (mediante supuestos de cuantificación) pero, además, exige el establecimiento de las condiciones que, teóricamente, pudieran estar asociadas a dicho problema. Tales condiciones corresponderán a variables del ambiente, por ejemplo, refuerzos de las conductas problema reciben, pudieran comprometer condiciones personales, por ejemplo, habilidades o competencias específicas de sujeto, o bien, a variables biológicas del organismo, por ejemplo, condiciones neurológicas, genéticas, entre otras. El establecimiento de tales hipótesis dependerá de la evidencia empírica que, procedente de las teorías sobre el problema, tenga el evaluador.

Los supuestos realizados, mantienen unos altos grados de generalidad, y de ellos, para ser verificados debidamente, deberán ser deducidas predicciones verificables. Esto se puede conseguir al operativizar dichos supuestos mediante técnicas de evaluación. Así, el evaluador habrá de realizar las siguientes tareas:

- Seleccionar los procedimientos de recogida de información para la especificación y medición del problema.
- Seleccionar los procedimientos de recogida de información sobre las variables ambientales que, en el pasado, pudieran haber determinado (o influido en) el problema o, en la actualidad, pudieran estar manteniéndolo.
- Selección de procedimientos de recogida de información de las variables personales (repertorios básicos de conducta) que pudieran estar funcionalmente relacionadas con el problema.
- En su caso, establecimiento de los exámenes biológicos pertinentes.

Todas estas tareas estarán mediatizadas por los conocimientos tecnológicos, habilidades y experiencias del evaluador.

c) Fase 3: Comprobación: En esta etapa se trata de verificar las predicciones establecidas. Para realizar esto, el evaluador tendrá que recolectar la información pertinente a los supuestos emitidos aplicando las técnicas y test seleccionados relativos a la operazionalización de las conductas problemas y las variables supuestamente relevantes referidas al ambiente, la persona (repertorios básicos de conducta) y, en su caso, el organismo (biológicas). En este caso el profesional utilizará distintas fuentes de datos procedentes del sujeto, del contexto (sus cercanos u otros especialistas) y el de la propia situación de exploración. En todo este proceso, los conocimientos, habilidades y experiencias del evaluador relativos a la aplicación de los instrumentos elegidos tendrán una gran importancia.

d) Fase 4: Resultados: Cuando ya se hayan analizado los resultados de las etapas anteriores, que provienen de la exploración, el evaluador estará preparado para suministrar al sujeto (o, en su caso, a sus cercanos o intermediarios) la información relevante a cerca del caso y también para formular nuevos supuestos, con base empírica, sobre el problema que se está tratando. La información que se le entrega a la persona, en este proceso se desarrolla de forma oral.

e) Fase 5: Formulación de hipótesis funcionales: Con la base de los resultados ya obtenidos en la fase anterior, pueden ser planteados una serie de supuestos funcionales explicativos sobre el caso, lo cual exige un segundo momento en el que se establezcan enunciado o predicciones verificables. Como en la primera formulación de hipótesis, se presentan dos objetivos básicos:

- Establecer los supuestos funcionales sobre el caso, lo que conlleva a la selección de conductas-problema a modificar y de las variables relevantes a manipular.

- Deducción de predicciones verificables.

Ahora bien, tres son las tareas a afrontar durante esta dase del proceso experimental:

- Establecimiento de los dispositivos de medida que actuarán como variables dependientes y de los criterios de cambio.

- Selección y medición de la (s) variable (s) independiente (s) a manipular (responsables, supuestamente, de las conductas problema).

- Selección de la (s) técnica (s) de manipulación de la (s) variable (s) independiente (s) o del paquete de tratamiento.

Una vez que se han establecido los supuestos y las predicciones verificables, podrá pasarse a la fase propiamente de intervención.

f) Fase 6: Tratamiento: Recogida de datos pertinentes a las hipótesis y aplicación del tratamiento: Es necesario resaltar que por tratamiento entendemos cualquier forma de intervención psicológica cuyo objetivo sea un cambio de la (s) actividad (es) psicológica (s) del individuo. Claramente, evaluar e intervenir son las dos tareas aplicadas esenciales de un psicólogo (a). Las dos están muy relacionadas, sin embargo, pueden ser realizadas por otro tipo de profesionales que se vinculen con la psicología.

En esta fase, se analizarán los objetivos más propiamente planificadores y evaluativos sin especificar aquellos propiamente interventivos. Es necesario dejar constancia de que a la hora de realizar una intervención psicológica el psicólogo debe aplicar conocimientos de metodología experimental que solo serán mencionados de forma superficial en estos apartados.

En breve, antes de aplicar un tratamiento, un psicólogo debe establecer lo siguiente:

- El diseño de intervención y valoración a través del cual serán contrastadas las hipótesis.
- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y control de posibles variables intervinientes y contaminadoras: consiste en procurar que los datos procedentes de nuestra intervención estén lo más libres posible de errores y sesgos, los cuales pueden ser producidos por el propio sujeto, los aparatos que se hayan utilizado para el tratamiento, de la propia situación experimental y/o de las personas implicadas en el proceso. Aquí lo importante es conseguir una adecuada manipulación experimental, para lo cual habrán de tomarse las cautelas necesarias.
- En algunas ocasiones, la evaluación continua del progreso de tratamiento.

CLASE 11

g) Fase 7: Contrastación de hipótesis y valoración del tratamiento: Nuevamente, esta fase del proceso experimental de evaluación y modificación de conducta es puramente evaluativa y exige lo siguiente:

- Una nueva evaluación de las conductas problema con el fin de comprobar si se ha alcanzado las metas terapéuticas propuestas.

- La constatación de su los datos avalan las hipótesis inicialmente formuladas, concluyendo con la información al sujeto sobre todo ello.

- Si el tratamiento ha sido efectivo.

En esta fase, es necesario, en una primera instancia, realizar una re-evaluación del caso con el fin de comprobar si se han cumplido las predicciones tanto referidas al cambio de las conductas problema como de la influencia del tratamiento sobre las supuestas variables relevantes funcionalmente relacionadas con ellas. Pero, además, parece también necesario comprobar que no se han presentado otros trastornos concurrentes con la mejora de los tratados.

En relación con la valoración de los resultados del tratamiento, cabe destacar la utilización de diferentes tipos de criterios: el criterio experimental y el criterio aplicado clínico o terapéutico, entre los cuales, a menudo, se producen diferencias considerables.

- El criterio experimental se refiere a la significación empírica del cambio observado como resultado de haber aplicado una determinada intervención terapéutica cuando se compara con el nivel previo de introducción de la misma.

- El criterio clínico o terapéutico se relaciona con la importancia subjetiva y social que para el sujeto representan los cambios de conducta operados en él como efecto del tratamiento.

Algunos autores señala que deben utilizarse ambos criterios en conjunto en la valoración de toda la intervención si se desea obtener conclusiones científicamente válidas y no simples impresiones perfectamente modificables por medios de diferente índole.

Concluyendo, la valoración positiva del resultado implica la verificación de las hipótesis explicativas sobre el caso, así como el logro de las metas de cambio. Si no se hubiera obtenido confirmación a los supuestos formulados o se hubieran producido trastornos, se impondría la reconsideración del proceso en sus diferentes niveles de evaluación de la situación problemática, teniendo necesariamente que retornar a la segunda o quinta fase del proceso. Todo esto debería ser informado al individuo y a sus cercanos (si corresponde), ya que éste interviene en esta dase como valorador de su propio cambio.

h) Fase 8: Resultados finales: Informe: El proceso de evaluación finaliza con la entrega de información acerca de los resultados obtenidos al individuo y/o a sus cercanos. En ocasiones, este procedimiento se realiza de forma verbal. Sin embargo, en otras oportunidades, es necesario que el profesional redacte un

informe escrito facilitando la entrega de información necesaria al individuo o a quien la requiera, siempre y cuando corresponda realizar la entrega de esta información.

i) Fase 9: Seguimiento: Implica la realización de una nueva evaluación una vez que haya transcurrido un período de tiempo determinado desde la aplicación del tratamiento.

Los objetivos de esta fase son los mismos de la anterior, ya que implica la comprobación de si se mantienen los resultados del tratamiento, para lo cual será necesaria una nueva recogida de datos de igual forma y manera que en la fase anterior.

Las etapas descritas son:

- Nueva toma de contacto con el individuo como requisito previo para la evaluación del mantenimiento o no de los resultados.
- Realización de una nueva evaluación de las conductas implicadas en el problema utilizando los mismos procedimientos empleados tanto antes como después del tratamiento.
- Posteriormente, los datos registrados han de ser analizados, estableciendo comparaciones con los obtenidos antes e inmediatamente después del tratamiento.
- En el caso de que se hayan estabilizado y mantenido los resultados provocados por el tratamiento aplicado, esto avalará nuestras hipótesis; en caso contrario, será necesario volver a una nueva formulación de supuestos.
- El o los períodos de seguimiento pueden ser más o menos largos y entrañar una o más comprobaciones.

Por último, es necesario señalar que tanto la valoración positiva de los resultados obtenidos durante y tras el tratamiento, como los obtenidos en el seguimiento, en el sentido esperado, resultan ser procedimientos de validación del propio proceso de evaluación. Así, el proceso de evaluación y modificación de conducta, junto con la validación de las hipótesis explicativas y el logro de las metas de cambio, permiten la comprobación empírica del procedimiento de diagnóstico y evaluación.

A modo de apoyo del diagnóstico es necesario que el estudiante tenga presente la realización de una técnica conocida como anamnesis en la cual se pueden recabar antecedentes de la historia clínica de la persona que posee algún tipo de patología ya que entrega al profesional una comprensión del desarrollo personal del individuo a evaluar, el

ambiente en que ha tenido lugar, la significación de las principales figuras en ese ambiente y las técnicas adaptativas del mismo. La pregunta que se pretende resolver al utilizar esta técnica es ¿cómo se convirtió este paciente en la persona que veo ahora?

En definitiva, la anamnesis busca recabar información sobre:

a) Fuente de información: Pueden ser: el paciente, un familiar, amigos, entre otros. Es necesario especificar el nombre y la relación con el paciente, intimidad y duración del conocimiento. Impresión acerca de la confiabilidad del informante.

b) Molestia principal: Se refiere a exactamente la razón por la cual el individuo acude al profesional, preferentemente con las propias palabras del paciente.

c) Enfermedad actual: Antecedentes y desarrollo de los síntomas o cambios de conducta que determinaron que el paciente solicitara asistencia profesional; situaciones de la vida del paciente al momento de ocurrir la enfermedad; personalidad de cuando estaba bien; cómo la enfermedad le ha afectado en sus actividades de la vida diaria y sus relaciones personales; cambio de carácter, intereses, ánimo, actitudes hacia los otros; formas de vestir, hábitos irritabilidad, atención, memoria, lenguaje; ganancias secundarias del paciente.

d) Enfermedades anteriores: Trastornos emocionales o mentales; abarca la psicopatía, tipos de tratamientos, nombre del establecimiento, duración de la enfermedad y efecto del tratamiento; alteraciones neurológicas; historias de traumatismos encéfalo craneanos; enfermedades, operaciones y accidentes (en forma detallada y cronológica).

e) Historia personal: Desde el nacimiento hasta el presente consignado entre paréntesis, el cómo lo relata el individuo en forma espontánea, emociones asociadas a las diversas edades, tensiones y conflictos.

- Primera infancia (hasta los 10 años):

  - Antecedentes del embarazo y parto: Duración del embarazo, parto espontaneo o programado, anormalidades del parto, traumatismos en el parto.

  - Detalles del inicio del caminar, dentición, habla, entre otras. Atrasos o anormalidades asociadas con estas actividades.

  - Hábitos de alimentación: alimentación con leche materna o rellenos, problemas de alimentación.

  - Control de esfínteres y hábitos: Edad de inicio, actitud de los padres, sentimientos relativos a ellos.

- o Manifestaciones de los problemas de conducta: chuparse el dedo, terrores nocturnos, temor a orinarse en la cama, morderse las uñas.

- o Personalidad como niño: Asustadizo, inquieto, hiperactivo, retraído, estudioso, actitud hacia los padres, hermanos.

- o Sueños o fantasías tempranas recurrentes.

- o Historia de la primera escolaridad: Edad de comienzo, reacción en relación a la idea del colegio, adaptación inicial al aprendizaje.

- Segunda infancia (desde la pubertad hasta la adolescencia):

  - o Relaciones sociales: Actitud hacia sus padres, hermanos y compañeros de juego, número y calidad de amigos, si dirigió los grupos o fue pasivo en ello, si tuvo acogida en sus relaciones sociales.

  - o Escolaridad: Hasta dónde alcanzó sus logros, adaptación al colegio, relación con los profesores, rebelde, realización de deportes, pasa tiempos, problemas con algún periodo escolar.

  - o Problemas físicos o emocionales propios de la adolescencia: Abandono del hogar, delincuencia, fumador, ingestión de drogas, obesidad.

  - o Historia psico-sexual: Curiosidad temprana, masturbación infantil, juegos sexuales; información sexual y forma de adquirirla, actitud de los padres hacia el sexo; edad de la menarquia y actitud hacia ella (preparada o no), regularidad, duración, cantidad y presencia de dolor en los ciclos menstruales; cambios psíquicos pre-menstruales, fecha de la última menstruación, entre otras; actividad sexual adolescente, frotamientos, penetración, sueños húmedos y actitud hacia ellos, masturbación; actitud hacia el sexo opuesto: tímido, asustado, opresivo, necesitado de impresionar, seductor, conquistador sexual, ansioso; práctica sexual: problemas sexuales, experiencias homosexuales o heterosexuales.

  - o Antecedentes religiosos: Estrictos, liberales o mixtos, relación entre sus prácticas religiosas anteriores y la actuales.

- Edad adulta:

- Historia ocupacional: Elección de formación ocupacional, ambiciones, conflictos, relaciones con su jefe y compañeros de trabajo, cuántos trabajos ha tenido y por cuánto tiempo, cambios a trabajos de menor nivel, trabajos corrientes, sus sentimientos hacia ellos.

- Actividad social: tiene amigos, es solitario, o muy sociable.

- Sexualidad adulta: Relaciones sexuales premaritales; Sentimientos hacia el matrimonio, adaptación sexual, compatibilidad; síntomas sexuales (frigidez, impotencia); actitud hacia el embarazo y ante el hecho de tener hijos, prácticas anticonceptivas y sentimientos hacia ello.

- Historia militar: Adaptación general, situación de ex militar.

CLASE 12

f) Historia familiar: Posición socio-económica. Funcionamiento general de la familia, relaciones actuales entre el paciente y aquellos que eran su familia. Enfermedades psíquicas familiares, historia familiar de alcoholismo, personalidades anormales, suicidios, epilepsia, entre otras.

g) Historia matrimonial: Duración de la etapa de conocer a su pareja antes del matrimonio. Edad, ocupación y personalidad de la pareja. Matrimonios consanguíneos, matrimonios legales, planificación de la familia y medidas anticonceptivas. Satisfacción o frigidez sexual. Lista cronológica de los hijos y abortos dando la edad y nombres de los primeros; actitud hacia los hijos. Dificultades de cualquier miembro de la familia; dificultades familiares y si fueron o no importantes para el matrimonio.

h) Situación social actual: Nivel socioeconómico familiar, describir el tipo de barrio en donde vive el individuo, el tipo de casa, si es amoblada, privacidad en el vivir, si la familia es numerosa, privacidad de los miembros de la familia entre sí y con otras familias, intereses y recreaciones. Participación en actividades religiosas, políticas o comunitarias. Fuentes de ingreso familiar y dificultades al obtenerlos. Si el paciente perdiera su trabajo o casa, quién puede hacerse cargo de los hijos (si existen).

i) Personalidad pre-mórbida: Es la descripción de la persona antes del comienzo de la enfermedad. Se puede investigar:

- Relaciones sociales: Adaptación a la familia, a los amigos, permanencia a grupos, actividades políticas, artísticas, hobbies, relación con el trabajo, imaginativo, romántico, deseo de ser atendido u oído,

influenciable o voluntarioso, tímido, sociable o tendencia a aislarse, entre otras.

- Actividad intelectual: Observación, memoria, atención, interés por la lectura, tipo de libros o periódicos. Actividades especiales.

- Ánimo: Generalmente optimista y despreocupado, pesimista, ansioso, preocupado. Satisfecho o descontento consigo mismo. Confiado, ánimo fluctuante con o sin causa externa suficiente. Emocionalmente abierto o poco demostrativo.

- Energía: Trabajo sostenido o intermitente, ritmo, iniciativa: resulto o indeciso, ambicioso.

- Hábitos: Para comer, dormir, actitud frente a la salud, interés por la corporalidad.

Para finalizar, se presenta un esquema que contiene preguntas relativas a los ítems de la anamnesis antes expuestos:

ANAMNESIS	
1.- Identificación:	
Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	
Escolaridad:	Curso:
Fecha de la entrevista:	Teléfono de contacto:
2.- Antecedentes Familiares:	
a) Antecedentes del padre:	
Ocupación:	Edad:
Escolaridad:	Trabajo:
b) Antecedentes de la madre:	
Ocupación:	Edad:

Escolaridad:	Trabajo:		
Número de hijos:	Lugar que ocupa el paciente:		
Personas con quien vive:			
Persona responsable:			
3.- Antecedentes escolares:			
Inicio de escolaridad:	Año:	Edad:	Curso:
Repitencias:	Año:	Edad:	Curso:
4.- Antecedentes prenatales:			
Enfermedad de la madre:			
Medicamentos:			
Caídas:	Síntomas de aborto (mes):		
Estado nutricional:			
Estado emocional:			
4.1.- Antecedentes perinatales (parto):			
Tipo:	Peso:	Talla:	APGAR:
Problemas durante el parto (¿Cuáles?):			
5.- Antecedentes postnatales:			
Tratamientos posteriores al parto:			
Enfermedades importantes:			
Encefalitis:	Meningitis:	Poliomielitis:	Tuberculosis:	Hepatitis:
Operaciones, hospitalizaciones (tiempo):			
Ha sufrido:			
Pérdida de consciencia:			

Problemas de visión:	¿Cuál?:	¿Usa anteojos?:
Problemas de audición:	¿Cuál?:	
6.- Desarrollo Psicomotor:		
¿A qué edad controló la cabeza?:	¿A qué edad se sentó?:	
¿A qué edad se paró?:	¿A qué edad caminó?:	
¿A qué edad controló esfínter?:		
7.- Trastornos del control de esfínter:		
Pérdida del control diario o nocturno del esfínter vesical:		
Pérdida del control diario o nocturno del esfínter anal:		
8.- Desarrollo del lenguaje:		
¿A qué edad dijo las primeras palabras?:	¿A qué edad dijo frases?:	
¿A qué edad dijo oraciones?:	¿A qué edad habló espontáneamente?:	
¿A qué edad comprendió instrucciones?:	¿A qué edad comprendió el “no”?:	
9.- Trastornos del lenguaje		
Tartamudez:	Vocabulario escaso:	Alteración gramatical:
10.- Alimentación:		
¿Fue amamantado?:	¿Cuánto tiempo?:	¿A qué edad comió sólidos?:
¿Cómo era su apetito?:	¿Cómo es su apetito?	
¿Presentó vómitos o reflujo?:	¿Tiene problemas de peso?:	
11.- Trastornos alimenticios:		
Anorexia:	Bulimia:	Fobia a alimentos específicos:	Vómitos:
12.- Trastornos del sueño:		

Insomnio:	Pesadillas:	Temores nocturnos:	Sonambulismo:	Hipersomnia:

13.- Antecedentes de salud:			
Vacunas:		Enfermedades infecciosas (pestes):	
Enfermedades Broncopulmonares:		Enfermedades cardíacas:	
Enfermedades renales:		Enfermedades alérgicas:	
Enfermedades neuropsiquiátricas:			
Epilepsia:	Convulsiones febriles:	Traumatismos encéfalo craneano:	
Antecedentes neuropsiquiátricos en familiares:			
Alcoholismo:	Epilepsia:	Psicosis:	Retardo mental:
Trastornos del lenguaje:		Trastornos del aprendizaje:	
14.- Genograma:			
15.- Comentarios:			

Hay que destacar que en la primera entrevista que se tiene con el individuo, o al momento de realizar el diagnóstico, no es necesario realizar todas las preguntas que aquí han sido expuestas, sino más bien, realizar las que apunten a obtener una cantidad mayor de información para comprender los contextos y la globalidad de los casos.

Revise ejercicio Nº 5

RAMO: PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

UNIDAD III

LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

CLASE 01

1. DESARROLLO NORMAL EN LA INFANCIA

El desarrollo normal de la infancia, se caracteriza básicamente por diferentes hitos, los cuales se van presentando en los individuos a medida crecen y se desarrollan. Estos hitos serán mencionados a continuación de acuerdo una clasificación general que realiza la mayoría de los autores que se refieren al desarrollo humano.

1.1 Etapa prenatal

El desarrollo del ser humano comienza con la fertilización de un ovulo, el cual pasa a tomar el nombre de cigoto, conteniendo toda la información genética que necesita un nuevo organismo. Cuando el cigoto se implanta en el útero comienza el periodo germinal, la que tiene una duración de dos semanas, en donde se produce una acelerada división celular.

Luego se inicia el periodo embrionario, con una duración de dos meses en donde se produce un gran crecimiento estructural, en éste se pueden diferenciar claramente tres estructuras: el saco amniótico, en donde se alberga el embrión; placenta, tejido que filtra los nutrientes y desechos que rodea las paredes del útero y el cordón umbilical, el cual consta de dos arterias y una vena que conectan a la madre y el hijo. En este periodo el embrión desarrolla los principales órganos de su cuerpo, a la cuarta semana comienzan los primeros latidos de su corazón y el funcionamiento del sistema nervioso. Al mismo tiempo se desarrollan las piernas, brazos, manos, pies y al finalizar el primer mes, los ojos ya pueden ser visibles en el rostro del pequeño embrión, que cambia casi todos los días durante este periodo.

El periodo fetal, comienza desde el tercer mes y finaliza con el nacimiento del bebe. En este periodo los órganos terminan su maduración, el feto comienza con sus primeros movimientos, como patadas, voltea la cabeza, se agita, abre la boca, frunce el ceño, entre otras cosas. Al cuarto mes la cabeza alcanza una proporción adecuada con el cuerpo. Al sexto mes ya mide 30 centímetros, puede abrir los ojos y el cerebro, que ha aumentado seis veces su tamaño, comienza a funcionar, lo que le permite al feto controlar funciones como la respiración y el sueño.

Pasadas las veinticuatro semanas, el feto alcanza la edad de viabilidad, esto significa que tiene un 50% de probabilidades de sobrevivir fuera del útero, con cuidados intensivos, aunque más de la mitad de los fetos nacidos, presenta defectos serios. Por su parte, quienes nacen antes de este periodo tienen un 15% de probabilidades de sobrevivir, además de no tener un pronóstico favorable, ya que los tratamientos de los niños prematuros, es muy costoso.

Al noveno mes alanza la maduración de la audición y comienza su preparación para el parto, poniendo su cabeza hacia abajo.

El proceso de parto se divide en tres etapas:

a) Trabajo inicial de parto: aquí comienza la dilatación de la abertura cervical del útero, con el fin de preparar la salida del intensificando bebe. Comienza con pequeñas contracciones, las cuales cada vez son más frecuentes e intensas. Esta etapa tiene una duración, promedio, entre 12 a 15 horas en madres primerizas y de 6 a 8 horas para madres con hijos. Aquí también se libera un tapón mucoso de la cérvix que puede producir un poco de sangramiento y también se puede romper el saco amniótico.
b) Trabajo de parto y parto: este periodo comienza con contracciones más frecuentes y dolorosas que en el anterior, tiene una duración que va desde los 10 a 40 minutos y finaliza con el nacimiento del bebe. La primera parte que sale es la corona de la cabeza, el bebe nace boca abajo, pero una vez que sale en su totalidad, el niño se voltea para que el resto del cuerpo salga con la menor resistencia posible.
c) Expulsión de secundinas: ocurre 20 minutos después del parto, aquí se expulsa el cordón umbilical, la placenta y otros tejidos, es un proceso indoloro, en el cual se revisan las secundinas con el fin de descartar cualquier tipo de problemas con el recién nacido.

Tendencias del desarrollo

Durante el periodo prenatal y en la niñez, el desarrollo físico y motriz, sigue un patrón común, el cual se divide en tres periodos:

a) Tendencia cefalocaudal: es decir que el crecimiento comienza en la cabeza y finaliza en la cola (arriba-abajo). Por esta razón el feto tiene la cabeza más grande. Con respecto a la motricidad, esta tendencia hace que los niños controlen primero movimientos oculares que el de sus extremidades.
b) Tendencia proximodistal: es el crecimiento de la parte media del cuerpo hacia afuera (o de lo próximo a lo lejano), desarrollándose en primer lugar la parte interna de los brazos y luego la parte superior de las piernas, esto explica que los bebes usen toda su mano para tomar objetos y posteriormente hagan movimientos más finos con sus dedos.
c) Tendencia de lo general a lo especifico: en un comienzo las reacciones de los bebes a los estímulos, son generalizados y gruesos (ej. Ante un pinchazo, mueven todo su cuerpo), pero estos se vuelven más específicos en la niñez temprana, es decir solo realizan movimientos específicos que requiere la actividad que realizan.

Revise ejercicio Nº 1

1.2 Infancia y etapa de los primeros pasos (nacimiento hasta 3 años)

Dentro del desarrollo del niño se pueden distinguir cuatro aspectos: motricidad gruesa, motricidad fina, desarrollo sensorial, lenguaje y social. Desde el nacimiento hasta los dos años, según lo plateado por Piaget, los niños se encuentran en la etapa sensorio-motriz, la cual se subdivide en 6 etapas:

a) Uso de reflejos (nacimiento hasta el 1 mes), los bebes presentan una serie de reflejos primitivos, como:

- Reflejos de búsqueda: este se presenta cuando el bebe es amamantado, buscando el pezón de la madre cuando se pone este en frente.
- Reflejo pensil palmar: el pequeño cierra su mano, con la que toma el pulgar de la madre.
- Reflejo pensil plantar: el bebe flexiona la parte delantera del pie.
- Reflejo tónico-asimétrico del cuello: la pierna derecha se extiende cuando el pequeño mira hacia la derecha, por su parte el brazo y la pierna izquierda se flexionan hacia adentro y al revés.
- Reflejo de la marcha: los bebes al ser tomados del tronco dan pasos rápidos, al ser puestos en una superficie plana.
- Reflejo postural: al estimular la planta del pie, las piernas se estiran.
- Reflejo de Moro: el pequeño extiende y luego contrae los brazos hacia su cuerpo, este se presenta cuando el bebe es asustado por algún tipo de estímulo.
- Reflejo de Badinski: cuando se roza la planta del pie, los dedos se abren en forma de abanico.

Estos reflejos son examinados por los médicos, con el fin de descartar cualquier tipo de problema en el sistema nervioso central, del tronco nervioso o de los nervios periféricos. Además de lo anterior, se evalúan:

a) Reacciones circulares primarias (desde el primer mes hasta los 4 meses), los reflejos primitivos comienzan a desaparecer, ya que los niños tienen mayor control de sus manos y pies, los músculos del cuello ya son lo suficientemente

fuertes para sostener la cabeza, también alcanza mayor control ocular, lo que le permite seguir objetos con la mirada. Los bebes a su vez comienzan a repetir conductas placenteras que realizaron al azar, como por ejemplo chupar su pulgar

b) Reacciones circulares secundarios (desde los 4 a los 8 meses), el bebe comienza a tomar objetos con la palma de su mano, la cual se ayuda con la contracción de la muñeca, ya que sus movimientos son intencionales, aunque no dirigidos hacia una meta y ya es capaz de sentarse solo por más de 30 segundos.

c) Coordinación de esquemas secundarios (desde los 8 a los 12 meses), las conductas aprendidas anteriormente por el pequeño, son utilizadas para alcanzar sus metas, para ello utiliza esquemas como por ejemplo observar un objeto, para luego tomarlo, logra sentarse solo por largos intervalos de tiempo, puede mantenerse de pie apoyado de un mueble, también puede dar pasos de la mano de un adulto.

d) Reacciones circulares terciarias (desde los 12 a los 18 meses), los niños comienzan a tener mejor equilibrio, lo que les permite ponerse de pie, comenzar a dar sus primeros pasos y a explorar su entorno, realiza pruebas del tipo ensayo y error para resolver los problemas que se le presentan.

e) Combinaciones mentales (desde los 18 a los 24 meses), los niños ya poseen un pensamiento simbólico, lo que ya nos los limita al ensayo y error para resolver problemas, ya que ahora se pueden anticipar a las consecuencias de sus actos.

1.3 Niñez temprana

La niñez temprana es considerada una de las etapas principales dentro del desarrollo humano, en cuanto a competencia social, valores y vínculos se refiere. Además, esta etapa se caracteriza por ser una de las primeras etapas en donde es posible observar cambios significativos en los infantes en cuanto a habilidades comunicacionales y desarrollo del pensamiento. Dado esto, se hace necesario describir esta etapa como sigue a continuación.

1.3.1 Desarrollo cognitivo

Los niños a la edad de 2 a 4 años, tienen un pensamiento simbólico, lo que indica que su comprensión del entorno es más fácil a través de representaciones, lo cual les facilita la adquisición del lenguaje. El niño en esta etapa posee un pensamiento concreto, ya que define los objetos según su utilidad inmediata, además éste es egocéntrico, autorreferente de lo que deriva el animismo, otorgarle características humanas a objetos inertes. El pensamiento simbólico es muy importante para el aprendizaje del niño, ya que le permite

socializar con su entorno, a través de la adquisición de signos que son característicos de su cultura.

1.3.2 Desarrollo del lenguaje

Antes de que un niño adquiera el lenguaje utiliza sonidos, que son propios del lenguaje prelingüístico, para comunicar sus sentimientos o necesidades, luego esto pasa al llanto, balbuceos, pronto pasan a la imitación casual, para posteriormente utilizar la imitación intencional. Los bebes dicen sus primeras palabras al finalizar su primer año de vida y las primeras frases son dichas aproximadamente después de 8 meses de haber dado sus primeros pasos. Cuando están próximos a llegar a los dos años, gesticulan menos al hablar, sus frases se componen en un principio de dos palabras y su capacidad de aprender palabras aumenta cada día. Aquí el pequeño ya comprende y su lenguaje llegado los 36 meses es mas entendible, aunque aun comete algunos errores.

Cuando los niños alcanzan los dos años y medio desarrollan el autoconcepto, esto quiere decir que adquieren conciencia del yo, teniendo una imagen mental de sus propias capacidades y características propias. Hacia los cuatro años más o menos se logran auto definir, a través de comportamientos concretos y características físicas externas, que son siempre positivas, pero se alejan de la realidad.

Los pequeños presentan un cambio significativo que va desde los 5 a los 7 años, en el proceso del desarrollo de la autodefinición, el cual se presenta en tres etapas, según el planteamiento neopiajetano:

a) Representaciones únicas: el niño se autodefine a través de características individuales, de todo o nada, que no se relacionan entre sí, es decir en esta etapa los pequeños no imaginan que pueden tener dos emociones al mismo tiempo, a su vez no existe una conexión entre el yo real y el yo ideal.

b) Mapeos representacionales: el niño es capaz de realizar conexiones lógicas de los aspectos del yo, pero aun se pueden ver características de todo o nada.

c) Sistemas de representaciones: esta ocurre en la niñez intermedia, cuando los niños comienzan a con la integración de rasgos específicos del yo, el cual posee varias dimensiones, se comienzan a controlar las ideas del todo o nada, ahora el niño puede ser bueno en deportes, pero malo en matemática.

Revise ejercicio Nº 2

1.3.3 Autoestima

Desde la perspectiva neopiajetana, esta se define como la capacidad cognoscitiva que tienen los niños, la cual va en incremento, para describirse y definirse. Por lo general en niños de corta edad no se posee una capacidad de auto valía real, por lo tanto esta se ve influenciada por la opinión que tiene los adultos de éste, que en muchos casos es un poco sesgada, ya que pueden sobrevalorar las capacidades del pequeño. La autoestima en esta etapa del desarrollo, se plantea bajo los parámetros del todo o nada. Cuando los niños presentan una autoestima elevada, se sienten motivados a realizar cualquier actividad, es por ello que hay que tener cuidado con las críticas que se le hacen, ya que el niño se puede sentir censurado, lo que trae como consecuencias el sentimiento de incapacidad al momento de realizar nuevamente la actividad que ha sido criticada.

1.3.4 Distinción de género

En esta etapa se tiene conciencia de la diferencia de ser hombre o mujer, cada cual se identifica con las características propias de cada género, lo cual es muy importante en el auto concepto. Una de las primeras diferencias que se puede apreciar en la conducta de los menores, es en la elección de los juguetes y compañeros de juego. Otra diferencia conductual, en los niños ya de edad preescolar en adelante es que los varones tiene conductas físicas y verbales, más agresivas que la niñas, en cambio éstas últimas son más empáticas, sociales y tienden a buscar más la aprobación de los adultos que los varones.

La distinción o perspectiva de género esta relacionadas a 3 aspectos fundamentales:

a) Roles de género: son las conductas, intereses, actitudes y habilidades que se consideran pertinentes en una cultura, para mujeres y hombres
b) Tipificación de género: es el proceso en el cual los niños al socializar con el resto, en el cual los niños aprenden patrones de comportamiento adecuados a su género.
c) Estereotipos de género: ideas preconcebidas que se tienen sobre el comportamiento del papel de una mujer o de un hombre en una cultura determinada.

CLASE 02

1.3.5 Juego

El juego es un ámbito muy importante en el desarrollo normativo de los niños, ya que a través de este estimulan sus sentidos, dominan mejor su cuerpo, pues controlan y coordinan sus movimientos y la vista, aprenden a utilizar su musculatura y van adquiriendo nuevas habilidades.

1.3.6 Tipos de juego

Existen diferentes tipos de juegos, los que se clasifican según su función (contenido) y dimensión social (individual o grupal). Este a su vez va cambiado a medida que el niño crece:

a) Juego funcional: es el que posee el nivel cognoscitivo más elemental. Consiste en movimientos musculares repetitivos (por ejemplo, rodar), a medida que las habilidades mejoran, los juegos consisten en saltar, lanzar objetos apuntando a un blanco, etc.

b) Juego constructivo: corresponde al segundo nivel cognoscitivo, en el cual se integran objetos al juego, con el fin de crear cosas, este comienza a los dos años y culmina más o menos a los seis años, donde es un poco más elaborado.

c) Juego pretendido: también se conoce como fantasioso, dramático o imaginativo, corresponde al tercer nivel cognoscitivo, consiste en situaciones o personas imaginarias integradas al juego.

d) Juegos formales con regla: corresponde al cuarto nivel cognoscitivo, el cual es más organizado y elaborado (canicas).

1.4 Niñez intermedia

En esta etapa de desarrollo, el crecimiento se torna más lento, a esta edad los niños necesitan en promedio 2400 calorías diarias. A los seis años, comienzan a mudar sus dientes de leches por los permanentes, los cuales son reemplazados por los permanentes a un ritmo de 4 dientes por año.

En la edad intermedia las niñas son superiores en movimientos precisos que los niños (6 años). Ya pueden equilibrase en un pie, caminar en barras de equilibrio y tienen mejor destreza en su motricidad fina, practican gran cantidad de juegos, sus destrezas físicas cada vez son mejores, las niñas pueden lanzar balones alcanzando una distancia de 12 metros y los niños a una distancia de 21 metros. En general se puede ver que la destreza motriz, ha aumentado considerablemente en esta etapa del desarrollo.

1.4.1Desarrollo cognoscitivo

Según lo planteado por Piaget, a los 7 años, los niños se encuentran en la etapa de operaciones concretas, ya que poseen la capacidad mental, para resolver problemas concretos de l vida real. Su pensamientos es más bien lógico, pues ven el problema desde diferentes aristas, aunque su pensamiento está asociado al aquí y el ahora. En esta etapa los niños tienen mayor capacidad para ubicarse en el tiempo y en el espacio, ya que memorizan

fácilmente un trayecto y saben cuánto demoraran aproximadamente, a medida que van creciendo mejora cada vez más su sentido de la orientación.

El pensamiento lógico de esta edad, se basa mucho en la capacidad de los niños para categorizar, la cual incluye la seriación (series), frecuencia e inclusión. Esto les ayuda a ordenar objetos según parecido o cantidad. A la edad de 8 años les es más fácil identificarlos.

En esta etapa, según lo dicho por Piaget, los niños comienzan a utilizar el pensamiento deductivo, ya que a partir de lo que ven en su entorno próximo, sacan conclusiones, que le ayudan en su aprendizaje (mi perro ladra, por ende el perro de mi primo y el de mi vecino también lo hacen).

1.4.2 Lenguaje

En esta etapa el lenguaje sigue desarrollándose, ya que los niños se encuentran capacitados para expresarse y entenderlo de forma verbal y escrita. En esta etapa el vocabulario de los niños se va incrementando, comienzan a entender los diferentes tiempos verbales y que una palabra puede tener más de un significado. A la edad de 9 años, ya manejan de mejor forma la sintaxis, por lo que su lenguaje se vuelve cada vez más correcto y elaborado.

Por otra parte dominan mucho mejor la pragmática (uso práctico del lenguaje), esto les permite participar correctamente en una conversación, ya que respetan los tiempos de habla y logran reactivar la comunicación, cuando esta ha sido interrumpida.

Además, logran relatar relatos breves de libros o programas de televisión, con descripciones claras de los motivos y vínculos que existen en la historia.

1.4.3 Lectura y escritura

El aprender a leer y a escribir, hace que los niños adquieran nuevas habilidades que le facilita la comunicación. En una primera instancia los niños deben interpretar lo escrito y verbalizarlo, tanto en su significado como en su fonética.

Uno de los primeros pasos para que el niño entienda lo que lee, es la decodificación, aquí como mencionábamos anteriormente, el niño debe traducir del lenguaje escrito al fonético, para lo cual debe conocer el alfabeto, con su respectivo código fonético. Una vez que ya posee mayor dominio en el tema, el utiliza otro método llamado recuperación visual, en la cual con solo mirar la palabra, puede reconocer su significado.

Por otra parte la escritura va muy de la mano con la capacidad de leer. En un principio los niños asocian números, letras y fonemas con el fin de lograr expresar sus propias ideas, proceso que en un comienzo es un poco difícil, porque su ortografía es inventiva, lo que la hace incomprensible hasta para ellos mismos. Además, la escritura en sí, exige un poco mas

de esfuerza, porque los niños deben aprender reglar ortográficas, de puntuación, mayúsculas, etc.

1.5 Inicio de la etapa escolar

Esta etapa siempre comienza con una mezcla entre ansiedad y entusiasmo, es una etapa importante en la vida de todo niño, ya que su desempeño se relaciona estrechamente su autoconfianza. Cuanto mejor se sienta el niño en el inicio de su etapa escolar, será más participativo en las clases, lo cual lo determina con un patrón de conducta en los años posteriores.

Para que los niños tengan un buen rendimiento escolar, es importante el apoyo de los padres, es tarea de ellos crear hábitos en sus hijos, establecer horarios para las comidas, estudio y ocio, solo así se podrá transmitir a los niños el sentido de la responsabilidad.

1.5.1 Desarrollo psicosocial

En la niñez intermedia, se sigue desarrollo el yo, pero ahora el niño tiene un mayor control de sus emociones, por ende desarrollan un autoconcepto más complejo. Ahora los juicios sobre sí mismo, son más realistas, equilibrados, completos y más conscientes.

Alrededor de los siete u ocho años llegan a la tercera etapa neopiegetana del desarrollo del auto concepto, sistemas representacionales, ahora existe un equilibrio, amplitud e integración de la forma en que se evalúan los diferentes aspectos del yo. Los niños ya pueden evaluarse como buenos en un área específica, pero también se dan cuenta en que otra son deficientes.

1.6 Adolescencia

Este es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, el cual tiene una connotación psicosocial, en el cual se producen varios cambios, físicos, cognoscitivos y psicosociales. Este se relaciona mucho con la cultura y las costumbres en la que la persona crece.

Una etapa que marca este periodo es la pubertad, en el que ocurre la madurez sexual y capacidad de reproducción. Es un periodo más bien largo, porque suele empezar a los 11 años y finalizar a los 21 años.

Hoy en día, las personas tardan mucho más tiempo en asumir un rol más adulto, ya que se exige cierto grado de educación, para adquirir una responsabilidad mayor, en la mayoría de los casos. Psicológicamente hablando se considera a una persona adulta, cuando esta ha adquirido una madurez cognoscitiva, la cual coincide con la capacidad de pesar en formas más abstracta.

La adolescencia temprana es un periodo que va de los 11 a los 14 años, en la cual se presentan mayores riesgos que antes, como por ejemplo el embarazo adolescente, elevados

índices de mortalidad, por suicidio y/o homicidio, los cuales son consecuencia de actos como el consumo de alcohol y drogas, actividad sexual, pertenecer a pandillas y manejar motocicletas o autos, de manera irresponsable. Es por ello que es necesario contar con el apoyo de un adulto, que acompañe a los jóvenes en este vertiginoso proceso.

1.7 Inicio de la pubertad

Esta etapa comienza con un acelerado crecimiento de las hormonas sexuales. Entre los 5 y los 9 años de edad, la glándula suprarrenal comienza a segregar mayores cantidades de andrógenos, la que cumple un rol fundamental ene l crecimiento del vello púbico, de axilas y en el rostro, dos años más tarde. En este último periodo, en las niñas los ovarios comienzan un aumento en la producción de estrógeno en los ovarios, lo cual estimula el crecimiento de los órganos reproductores y del busto. En los chicos los testículos aumentan su producción de andrógenos, principalmente de testosterona, que estimula el crecimiento de la masa muscular, pelo corporal y genitales masculinos. El momento para que se inicie este periodo, tiene una directa relación con que se alcance un peso determinado en la persona.

Es necesario precisar que el proceso de la pubertad comienza primero en las niñas y posteriormente en los niños, con un desfase aproximado de 2 a 3 años. Uno de los primeros cambios visibles en ambos géneros, es el estirón en la estatura (entre los 11 y los 13 años, las niñas son más altas y más fuertes que los niños), se engruesa la voz y se incrementa la masa muscular. Cuando maduran los órganos reproductores, en las niñas, comienza el periodo menstrual y por ende el de ovulación y en los niños comienza la producción de esperma.

1.7.1 Características sexuales primarias y secundarias

a) Características sexuales primarias: son los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres son los ovarios, el útero, las trompas de Falopio y la vagina, en los hombres son el escroto, el pene, los testículos, las vesícula seminal y la próstata. Durante el periodo de la pubertad estos órganos crecen y maduran.

b) Características sexuales secundarias: estas no se relacionan directamente con los órganos reproductores. Dentro de los cambios en las niñas encontramos, el crecimiento del busto, vello axilar y púbico, cambio en la voz y piel, se enancha y se torna más profunda la pelvis y el incremento muscular. En los varones aumenta la masa muscular, vello púbico, facial y axilar, cambios en la voz y en la piel y se ensanchan los hombros.

1.8 Madurez sexual

Alrededor de los 13 años, los varones comienzan con la producción de esperma y ocurre la espermarquia, primera eyaculación en los chicos, la cual frecuentemente ocurre en

los sueños húmedos, en donde ocurre una emisión involuntaria de esperma, mientras el adolescente duerme.

En las niñas ocurre la menarquía, es cuando tienen su primera menstruación, lo que indica que se inicio el proceso de ovulación mensual, que puede ocurrir desde los 10 a los 16 años de edad.

1.8.1 Desarrollo cognoscitivo

Según Piaget, en esta etapa se alcanza un nivel superior de desarrollo cognitivo, etapa de operaciones formales, alcanzan aun más la capacidad de pensar de manera abstracta, lo que les permite manejar la información de manera más flexible. Esta madurez del pensamiento les permite aprender algebra y calculo. Tienen una visión distinta del lenguaje lo que les permite tener una comprensión más rica del entorno. Su pensamiento, definitivamente, ya no se basa solo en el aquí y en el ahora. Logran realizar hipótesis ya que utilizan el razonamiento hipotético deductivo (se ha alcanzado la etapa de las operaciones formales). Si bien se ha alcanzado una forma de pensamiento más elaborada, aun existe un grado de inmadurez y torpeza en utilizar esta nueva herramienta. El psicólogo Elkind, distingue 6 formas características en que manifiesta la inmadurez:

a) Idealismo y actitud crítica: se dan cuenta de la brecha que existe entre el mundo real y el ideal, por lo que es una etapa que se basa en el idealismo, lo cual los hace pensar que ello tomarían mejores decisiones que los adultos, a quienes hacen responsables de lo que sucede, teniendo una visión muy crítica de todo lo que pasa.

b) Actitud polémica: constantemente buscan la oportunidad en donde poder utilizar su nueva forma de pensar, que ha sido recién descubierta, asumiendo en muchos casos una actitud polémica al momento de elaborar sus argumentos.

c) Indecisión: ahora tienen la capacidad para considerar mentalmente varias opciones, pero no cuentan con la madurez necesaria al momento de decidir.

d) Audiencia imaginaria: esta se encuentra ligada a los aspectos de la autoconciencia, en donde el adolescente crea un observador imaginario en su mente, el cual se preocupa tanto como el adolescente mismo, de lo que este ultimo hace. Estas ideas se presentan con mayor frecuencia al inicio de la adolescencia y permanecen hasta la edad adulta, aunque en menor grado.

e) Fabula personal: es la convicción que tiene el adolescente, de que lo que le ocurre a él es único y especial, por lo que él está exento de las reglas que rigen al resto del mundo, por ejemplo, las drogas atrapan a los otros, no a mí.

CLASE 03

1.8.2 Razonamiento moral

En una primera instancia la moral es regulada por las consecuencias físicas que puedan tener los actos de alguna persona, pero luego, pero luego esta se torna más reflexiva en la medida que su nivel de pensamiento es más alto y es superada la etapa de egocentrismo.

Kohlberg identifico 3 niveles (cada uno de estos divido en dos etapas) del desarrollo moral:

a) Nivel I: Moralidad preconvencional. Los actos de las personas son regulados por factores externos, es decir obedecen las reglas para evitar castigos o recibir recompensas según sea su interés (este nivel es característico de los niños entre 4 y 10 años)

b) Nivel II: Moralidad convencional o de conformidad con el papel convencional. Aquí ya se ha conformado la idea de autoridad, tienen como objetivo complacer a los demás y mantener un orden social (este se alcanza después de los 10 años y en algunos casos, se conserva hasta la edad adulta, sin pasar al siguiente nivel)

c) Nivel III: Moralidad posconvencional o de principios morales autónomos. Se internalizan propios juicios morales, en los cuales se basa la conducta en los que se cree está bien y lo que no (esta es alcanzada en la adolescencia tardía o edad adulta temprana)

Posteriormente se añadió un periodo de transición entre el nivel II y III, en el cual las personas aun no alcanzan un nivel maduro de en su forma de pensar, pero ya no se rigen por las normas sino más bien por lo que sienten.

Los adolescentes se encuentran en el nivel II de moralidad, ya que aun actúan con el fin de complacer a los demás y respetar las normas sociales con el fin de ser considerados buenas personas.

Revise ejercicio Nº 3

1.8.3 Aspectos educativos

El periodo escolar, en esta etapa del desarrollo, permite a los adolescentes adquirir nuevas habilidades y moldear otras. Esta ofrece una gama de posibilidades, lo que ayuda en el desarrollo cognoscitivo, psicosocial y físico de la persona, pues es aquí en donde

comienza en gran medida su vida social, actividades extracurriculares y conocimiento básico requerido en la vida.

Variables como el nivel socioeconómico, calidad del entorno hogareño y compromiso de los padres, siguen influyendo fuertemente en el desempeño y aprovechamiento escolar. A su vez, que al alumno le guste ir al colegio, favorece su rendimiento escolar, al igual que la calidad del establecimiento educacional, el nivel de participación que permita éste por parte de los alumnos y el compromiso de los profesores.

1.8.4 Desarrollo psicosocial

Erikson, plantea que en esta etapa de la vida los adolescentes se enfrentan a una crisis de identidad versus la confusión de la identidad, en la cual se busca saber quién es, cual es su papel o rol social, todo este cuestionamiento lo hace con el fin de llegar a ser un adulto que pueda desenvolverse de buena forma en la sociedad. En esta crisis el adolescente actúa de forma rebelde o caótica, se vuelven intolerantes antes las diferencias, adoptan un rol de exclusividad y evitar resolver conflictos todo esto no son más que defensas, en contra de la confusión de identidad. Esta crisis finaliza cuando los adolescentes logran encontrar su identidad, la cual consta de tres aspectos importantes:

a) La elección de la ocupación
b) La adopción de los valores en que creerán y a los que ceñirán su vida
c) El desarrollo de una identidad sexual satisfactoria

Durante la adolescencia, algunos jóvenes buscan compromisos con los cuales ser responsables, esto les ayuda a resolver la crisis de identidad, por la cual están pasando, lo que les permite desarrollando la virtud de fidelidad, lealtad y sentido de pertenencia, es decir una persona logra encontrar su propia identidad, cuando son capaces de elegir los valores y personas a quienes les serán fieles, en lugar de aceptar las elecciones de sus padres.

1.8.5 Sexualidad

Aceptarse como un ser sexual, es parte de la identidad, lo cual significa reconocer la excitación sexual y formar lazos amorosos. Esto influye en la imagen personal y en la forma de relacionarse con el resto.

Por otra parte en esta etapa la orientación sexual se vuelve un asunto apremiante, ver si la persona es heterosexual, homosexual o bisexual, es un aspecto de importancia psicosocial en la vida del adolescente, ya que por lo general es a esta edad cuando se inicia una vida sexual activa (una edad aproximada son los 17 años).

El inicio sexual a una edad temprana, presenta riesgo, como el embarazo y el contraer algún tipo de enfermedad venérea. Entre los factores de riesgo se encuentran jóvenes mal informados o desinformado, vivir en comunidades con un nivel socioeconómico bajo, consumo de sustancias, comportamiento antisocial, entre otros. Un factor protector es la supervisión de los padres y mantener una buena comunicación padre-hijo.

Factores asociados con relaciones sexuales tempranas

	Factores asociados a la edad temprana	Factores asociados a la edad tardía
Ritmo de pubertad	Precoz	Tardía
Estilo de personalidad y comportamiento	Arriesgado, impulsivo Síntomas depresivos, antisocial o delictivo	Valores tradicionales, orientación religiosa. Comportamiento prosocial o convencional
Consumo de sustancias	Consumo de drogas, alcohol, tabaco	Ninguno
Educación	Menos años de escolaridad	Mas años de escolaridad; valoración del aprovechamiento académico
Estructura de la familia	Familia monoparental	Familia formada por ambos padres
Nivel socioeconómico	bajo	Medio-alto

1.8.6 Relaciones con la familia, los pares y la sociedad adulta

Los adolescentes pasan la mayor cantidad del tiempo junto a sus pares y menos con la familia, buscando compañía e intimidad entre sus pares, pero aun así, la mayoría de ellos se mantienen unidos a sus padres, aunque no lo reconozcan, ya que ven en ellos una base segura, que los respalda.

Los adolescentes necesitan pasar más tiempo a solas, pues necesitan alejarse de las exigencias que imponen las relaciones sociales, reflexionar sobre aspectos de su identidad y buscar un poco de estabilidad emocional. Por otra parte, cuando entablan conversaciones en la familia, plantean su opinión con mayor facilidad y frecuencia que antes.

2. DESARROLLO PATOLÓGICO EN LA INFANCIA

No existe un común acuerdo desde las diferentes corrientes de la psicología respecto a la presencia de psicopatología en la infancia, a excepción de los trastornos denominados como generales del desarrollo, existen teorías que plantean que en la niñez la conductas disfuncionales podrían atribuirse a trastornos vinculares, vale decir al establecimiento de un estilo de apego inseguro. El apego representa el primer vínculo que establece el lactante, en

este caso con sus figuras primaras, como sus padres, abuelos u otros cuidadores. Para poder entenderlo de mejor forma, es necesario realizar algunas distinciones de conceptos que generalmente se utilizan en psicología:

a) Vínculo afectivo: Se refiere a la relación entre personas donde hay expresión y vivencia de afectos entre ellas.

b) Conducta de apego: Comportamientos que permiten que una persona alcance proximidad y cercanía respecto a otro sujeto diferenciado y preferido.

c) Vínculo de apego: Comprende una relación afectiva duradera y estable en el tiempo, que pone en marcha conductas de apego, una vez que se han activado las claves de amenaza, para restablecer el equilibrio en el sujeto.

d) Sistema de apego: Comprende un sistema motivacional que es de carácter innato que incorpora tendencias tanto conductuales como emocionales. La conducta de apego representa los estímulos y el vínculo de apego el afecto dentro de este sistema, que se activa frente a ciertas claves de amenaza y busca la proximidad o cercanía entre el niño y un adulto preferido y diferenciado.

e) Estrategia de apego: Comprende la activación del sistema de apego y la respuesta del cuidador o la figura primaria frente a éste. La estrategia utilizada determinará el patrón de apego.

El apego entonces se refiere a un vínculo afectivo, selectivo y estable a través del tiempo, que se activa cuando el niño percibe una amenaza, que no depende de las características temperamentales del niño, y que le permite a éste obtener seguridad y confort por una parte, y explorar el ambiente por otro. El vínculo propiamente tal se construye gradualmente y alrededor del año de vida, es posible observar un patrón de apego determinado, que se forma mediante la interacción de conductas de apego y las respuestas a éstas emitidas por el cuidador.

En una primera instancia se pondrá en marcha la estrategia primaria de apego, que establece el patrón de apego seguro, vale decir frente a la activación del sistema de apego del niño el cuidador emite una respuesta sensible. Sin embargo, cuando esta estrategia falla se pone en marcha una secundaria que sigue constituyéndose como una estrategia de apego organizado, pero genera un patrón de apego inseguro, que se establece como se señala a continuación:

f) Patrón de apego Ambivalente: Implica que frente a la activación del sistema de apego del niño, el cuidador entrega una respuesta que denota intermitencia o ambivalencia, sin lograr que el niño se calme o restablezca su equilibrio. Lo cual repercutirá en el menor, quien desarrollará una ansiedad marcada y un tono emocional de rabia y tristeza, presentando distancia emocional.

g) Patrón de apego Evitativo: Cuando el niño activa su sistema de apego el cuidador emite una respuesta que denota evitación o rechazo, mostrándose insensible frente a la necesidad de seguridad y confort del niño, quien mostrará una sensación de independencia, pareciendo no necesitar de una "base segura" desde la cual explorar el mundo y evitando el contacto cuando se reencuentra con su cuidador.

Por último, existe un tercer grupo que fracasa al momento de utilizar una estrategia de apego, y corresponde al patrón de apego desorganizado, en la cual se registra una respuesta caótica y de miedo de parte del cuidador, lo que provocará que cuando el niño se sienta de amenazado se activen sistemas contradictorios, como es el sistema del miedo y del apego. Esto se traducirá en comportamientos en apariencia opuestos, confusos y contradictorios que se expresan al mismo tiempo. Por ejemplo: autolesionarse cuando intentan calmarse.

Además, al momento de evaluar el motivo por el cual se desarrollan cierto tipo de patologías en la infancia y adolescencia, es necesario considerar cómo se ha desarrollado los periodos previos al nacimiento, es decir, qué ha sucedido durante el periodo de gestación.

Es así como en el periodo prenatal, pueden presentarse durante el embarazo algunas anomalías o problemas causados por teratógenos (agentes tóxicos de cualquier tipo que causan anomalías o defectos congénitos), a los que la madre se expone, en algunos casos antes de enterarse de que está embarazada.

Los teratógenos tienen efectos negativos, sólo cuando la madre se expone a estos después de la implantación, ya que antes el organismo tiene la capacidad de eliminar los efectos de la sustancia, pero no así en el periodo germinal, ya que los efectos nocivos pueden traspasar la placenta causando malformación.

Además de lo anterior, se hace necesario considerar otros factores que se desarrollarán a continuación.

CLASE 04

2.1 Enfermedades de la madre

No todas las enfermedades de la madre afectan al feto, en general las bacterias tienen efectos negativos, ya que no tiene la capacidad de traspasar la placenta, no así organismos pequeños como los virus como la rubeola o sarampión, resfriado influenza y herpes simples.

La madre puede contagiar al niño a través de tres rutas:

a) En forma directa a través de placenta
b) Indirectamente a través del liquido amniótico
c) Durante el trabajo de parto y el parto

En el siguiente cuadro se enumeran las diferentes enfermedades de la madre y sus efectos en el niño:

a) Síndrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA): es una enfermedad incurable que ataca el sistema inmunológico, se puede transmitir traspasando la placenta y después de nacido a través de la leche materna.

b) Diabetes: puede generar numerosas malformaciones físicas, parto con producto muerto y que el feto alcance un tamaño mayor al normal, lo que produce problemas en el parto.

c) Gonorrea: puede producir ceguera si la madre la transmite en el parto. Herper simple: la transmisión hacia el niño es más común en el momento del parto, la cual puede producir ceguera, problemas neurológicos, retraso mental y muerte.

d) Hipertensión: puede causar abortos espontáneos.

e) Influenza: en el inicio del embarazo, puede producir un aborto espontaneo y hacia el termino un trabajo prematuro de parto.

f) Factor Rh: la incompatibilidad de grupo sanguíneo entre la madre y el hijo, es una enfermedad, que puede causar defectos congénitos y la muerte. En algunos casos no afecta al hijo, pero si a la siguiente generación.

g) Toxemia gravídica: puede causar daño o muerte al cerebro del niño.

h) Rubéola: si el virus se contrae en las primeras 16 semanas de gestación, después de implantación, se recomienda interrumpir el embarazo, porque existen un alto porcentaje de daño al embrión o feto.

i) Sífilis: se transmite generalmente hacia el término del embarazo o en el momento del parto. Puede causar ceguera, úlceras, lesiones cutáneas, trabajo prematuro de parto y aborto espontáneo.

Revise ejercicio Nº 4

2.2 Medicamentos y productos químicos

Al igual que las enfermedades existen algunos medicamentos o sustancia que pueden producir malformaciones o algún otro tipo de daño en el niño o feto. En la siguiente tabla se mencionan algunas de ellas:

a) Alcohol: el consumo de la madre puede causar el síndrome de alcoholismo fetal, el cual consiste en un bebe pequeño y bajo peso, retraso mental.

b) Anfetaminas: pueden causar parto con producto muerto o bebe prematuro.

c) Cocaína: problemas duraderos a nivel físico y psicológicos, parto con producto muerto o bebe prematuro.

d) Mercurio, plomo y otros contaminantes: pueden ocasionar retraso mental profundo y deterioro neurológico al niño en el desarrollo.

e) Narcóticos: algunos como la heroína, codeína, dilaudida, morfina y metadona, reducen la respiración fetal. En los niños nacidos de madre consumidoras, se presenta el síndrome de abstinencia: irritabilidad extrema, llanto, vómitos, temblores, tiene poco apetito y problemas para dormir.

f) Medicamentos que no requieren receta medica: en dosis altas la aspirina puede producir sangrado excesivo y otro problemas, ya que no se eliminan del sistema del feto con la misma facilidad que en la madre.

g) Tabaco: ocasiona defectos en el momento del parto y defectos congénitos.

c) Tranquilizantes y somníferos: pueden hacer que el niño nazca sedado y aumenta el riesgo de apnea y anoxia.

Además de lo anteriormente señalado, es necesario presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos. Aunque la mayor parte de los sujetos de con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Al evaluar a un niño o a un adolescente, el profesional debe tener en cuenta los diagnósticos incluidos en manuales clínicos los cuales presentan criterios diagnósticos relevantes.

Dentro de las principales patologías que se desarrollan y diagnostican durante la infancia, encontramos:

a) Retraso mental: Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un coeficiente intelectual de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. En el DSM-IV se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada.

b) Trastornos del aprendizaje: Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a sus edad. Los trastornos específicos incluidos dentro del aprendizaje son: trastorno de lectura, trastorno de cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

c) Trastorno de las habilidades motoras: Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

d) Trastornos de la comunicación: Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

f) Trastornos generalizados del desarrollo: Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

g) Trastorno de tics: Son caracterizado por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastornos de la Tourette, trastornos de tics motores o vocales crónicos, trastornos de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

h) Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador: Aquí se incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación de síntomas predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamiento perturbadores: el trastorno disocial se caracteriza por un patrón de comportamiento que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto: el trastorno negativista desafiante posee como principales características un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. También se incluye trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

i) Trastornos de la ingestión de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: Estos trastornos presentan características tales como: alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación, y trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Es necesario destacar que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se incluyen en los trastornos de la conducta alimentaria.

k) Trastornos de la eliminación: Se incluye la encopresis, caracterizado por la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, correspondiente a la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

l) Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en lo anteriormente señalado. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El trastorno de movimientos estereotipados se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos específicos de esta clasificación.

CLASE 05

3. LOS PADRES FRENTE A LAS DIFICULTADES DE LOS HIJOS

La familia es la primera institución que ejerce influencia en el niño, ya que transmite valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria. Asimismo, es la primera institución educativa y socializadora del niño, “pues desde que nace comienza a vivir la influencia formativa del ambiente familiar” (Guevara, 1996, p. 7).

3.1 Características de la familia con discapacidad

La configuración, el origen, funcionamiento y estructura de la familia son factores a considerar cuando se evalúa la influencia de ésta en la persona con discapacidad. A continuación revisaremos cuatro características importantes a considerar.

a) Nivel socio-económico: Muchos educadores consideran el nivel socioeconómico como un factor que afecta al rendimiento escolar. Sin embargo, según estudios realizados, el nivel socioeconómico, típicamente definido (por ingresos, educación y ocupación de los padres), está débilmente correlacionado con el rendimiento escolar. La mayor influencia en el rendimiento escolar (a través de los límites socioeconómicos) es la atmósfera que exista en el hogar.

b) Estructura de la familia: La discapacidad es un estresor para la familia, y en muchos casos la presencia de un hijo con discapacidad es un factor precipitante de ruptura conyugal y una importante fuente de conflicto, en el cual la imputación del origen y el culpamiento mutuo parecen ser procesos inevitables por los que pasan los padres. En este sentido es innegable que muchos niños con discapacidad tienen que afrontar también las limitaciones de la ruptura familiar y crecer en familias uniparentales. También existen investigaciones que demuestran que cuando la pareja confronta exitosamente el estresor de la discapacidad, el niño con discapacidad viene a ser un factor de unión, un vínculo entre los esposos que les lleva a luchar juntos y confrontar como pareja las demandas de la condición.

c) Género del hijo: Investigaciones realizadas han encontrado que los niños están más desfavorablemente afectados por la madre que las niñas. Las madres creen que las niñas son más vulnerables y requieren más atención que el niño; esto se debe a que las madres perciben a sus hijos e hijas con necesidades diferentes de apoyo. Al parecer el género del hijo influye en la atención y apoyo que la madre le brinde. Esto puede deberse a la cultura de la familia, ya que existen familias que consideran que la madre es la responsable de vigilar la educación del hijo, y que los hijos varones deben ser más independientes que las niñas, y una manera de lograrlo es no prestarles tanta atención. Sin embargo, lo ideal es que, tanto el padre como la madre, estén atentos en la educación del hijo y de la hija.

d) Grupos étnicos: El desempeño académico de los niños que pertenecen a diferentes grupos étnicos difiere notablemente. Se han identificado factores que explican estas diferencias en el desempeño académico, los cuales son:

- Diferencias motivacionales en el deseo del individuo para mejorar su estilo de vida.

- Diferencias en la educación de los padres y el estatus socioeconómico.

- Diferencias en las expectativas de los padres del aprovechamiento del niño.

- Diferencias de la congruencia entre la práctica cultural de la casa y la práctica cultural de la

- Opresión de la sociedad sobre los grupos minoritarios

Revise ejercicio Nº 5

3.2 El papel de los padres en la promoción del éxito escolar de los hijos

a) Tipos de participación: La participación de los padres en la educación del hijo, ha sido definida de diversas maneras. Por ejemplo, como "la asistencia a eventos escolares (Stevenson y Baker, 1987), la realización de lecturas en casa por padre-hijo (Morrow, 1989), ayudar al hijo con su tarea" (Walberg, 1984) (citado por Grolnick, et al., 1997, p. 538). Lewis (1992) define la participación de los padres como "aquellas actividades que apoyan a la escuela o a la educación del hijo". Georgiou (1996) se refieren a la participación de los padres como "las visitas impersonales que los padres realizan a la escuela en un año escolar, para informarse sobre el rendimiento del hijo o de la administración escolar" (p. 33). Estas definiciones de participación de los padres en la educación del hijo abarcan diversos aspectos que afectan el desarrollo del niño. Grolnick y Slowiaczek (1994) describen tres tipos de participación en la educación del niño: El conductual, el cognitivo-intelectual y el personal.

b) ¿Por qué los padres no participan? A pesar de los beneficios que obtienen alumnos, padres y maestros, cuando los padres participan en la educación del hijo, existen obstáculos que no permiten que la participación se lleve a cabo. Uno de éstos, son las actitudes de los maestros respecto a la participación de los padres en la escuela. En entrevistas, algunos docentes y directores de escuelas mencionan que la intervención en lo académico del padre de familia solo entorpecería la labor del maestro. Otros, afirmaron que los padres sí pueden participar, pero solo en cuestiones sociales o en recaudación de fondos para mantenimiento de las escuelas, pero en lo académico no, porque no tienen la formación de un docente en lo pedagógico y didáctico. Aunque existe este tipo de opiniones, la mayoría de los maestros reconocen la importancia de la participación de los padres. Algunos autores afirman que cuando los maestros hacen de esta participación una práctica regular, los padres se vuelven más positivos con ellos mismos, ya que se sienten más seguros de sus habilidades

para ayudar, además de cambiar sus actitudes hacia la escuela puesto que están más dispuestos a participar.

También es importante que los maestros conozcan la cultura de la familia, así como su nivel socioeconómico, para saber cómo obtener la participación de los padres en la educación.

Lewis (1992) menciona cinco maneras en que las escuelas intentan fomentar la participación de los padres en la educación:

- Consideran las obligaciones básicas de la familia, y
- de la escuela,
- involucran a los padres en la escuela (para que ayuden a los maestros y a los niños voluntariamente),
- involucran a los padres en las actividades de aprendizaje (los maestros deben guiar a los padres para que éstos puedan ayudar a su hijo en las tareas), e
- involucran a los padres en la toma de decisiones y en la administración de la escuela (invitarlos a participar en la elaboración de normas de la escuela y en la formación de grupos de consejo de padres de familia).

En cada una de estas maneras se debe mantener una comunicación recíproca entre padres y maestros, ya sea por llamadas telefónicas, cartas que se les envíen a los padres, o por notas enviadas por medio del hijo. Todo esto con el fin de mantener e incrementar el interés de los padres en la educación del hijo. De esta manera, los padres podrán darse cuenta de que su participación es importante para los hijos.

3.3 Formación para padres

Muchos profesionales opinan que el cambio en el niño puede lograrse más fácilmente si se realizan cambios en el modo en el que los padres tratan a sus hijos. Este punto de vista es coherente con la observación de que a menudo es una percepción de los padres, y no un problema de conducta real del niño, lo que hace que éste sea enviado a un terapeuta.

Los métodos de formación para padres han estado aplicándose a una gran variedad de trastornos de la niñez y la adolescencia. Existe una serie de enfoques que han ido apareciendo, y en todas partes se ven libros de éxito en las estanterías de las librerías. Sin embargo, en lo que respecta a la aplicación y la investigación sistemática, la mayor parte del trabajo proviene del enfoque conductista y del aprendizaje social.

La formación conductista para padres ha recibido una gran cantidad de atención tanto por parte de la práctica clínica como de la investigación, habiendo aparecido una serie de análisis y estudios. Inicialmente, los esfuerzos se centraron en enseñar a los padres a manejar las consecuencias, o contingencias, que aplicaban al comportamiento del niño. Entre otros planteamientos más recientes se encuentran una amplia variedad de técnicas tales como las técnicas de comunicación verbal y la expresión de emociones. Además, los investigadores han descubierto que existe una relación entre estresores como, por ejemplo, las dificultades socioeconómicas, las familias monoparentales, el aislamiento social y la depresión maternal y peores resultados en la formación de los padres.

Esto ha hecho que se examine una serie de modificaciones aplicadas a los programas existentes. Por otra parte, la formación para padres suele utilizarse como parte de un enfoque multifacético del tratamiento. Entre otros componentes figuran el trabajo terapéutico adicional con los padres, el trabajo directo con el niño o el trabajo con el profesor en el colegio.

4. ELEMENTOS INDICADORES EN SALUD MENTAL

El principal elemento indicador dentro de la evaluación de la salud mental de cualquier individuo, independiente de la edad que éste posea, es y será siempre la conducta.

A través de la conducta, el profesional de la salud mental, será capaz de evaluar el grado de adaptación o desadaptación de la persona, incluyendo el desarrollo normal esperado para la edad del individuo que se está evaluando.

Es por lo ya mencionado, que deben conocerse a cabalidad una serie de elementos relacionados con la conducta de los niños, en este apartado en particular, que tendrán incidencia positiva y/o negativa en el desarrollo esperado de la persona.

4.1 Las características del niño

Durante el período de la infancia, el individuo posee (al menos) los siguientes atributos:

a) Percibe su experiencia como si fuera la realidad, es decir, su experiencia es su realidad. De lo expuesto, se obtienen que él, mejor que nadie, es capaz de aprehender lo que es para él la realidad, puesto que ningún otro individuo es capaz de sumergirse totalmente en su marco de referencia interno.

b) Posee una tendencia innata a actualizar las potencialidades de su organismo.

c) Reacciona ante la realidad (su realidad) en función de esta tendencia fundamental a la actualización. Su conducta representa un esfuerzo constante y

orientado (goaldirected) del organismo para satisfacer sus necesidades de actualización tal como él las percibe, y en la realidad que él percibe.

d) En su interacción con la realidad (con su medio) la persona se comporta como un todo organizado, es decir, como una gestalt o estructura.

e) Su experiencia va acompañada de un proceso continuo de valoración. Esta valoración puede llamarse organísmica al ser la tendencia actualizante la que sirve de criterio. Concede un valor positivo a las experiencias que percibe como favorables para la preservación y revaloración del organismo; y concede un valor negativo a las experiencias que percibe como contrarias a eso mismo (a la totalidad de su ser).

f) Tiende a buscar las experiencias que percibe como positivas y a evitar las experiencias que percibe como negativas.

4.2 El desarrollo del yo

a) Dada la tendencia a la diferenciación que constituye un aspecto de la tendencia a la actualización, una cierta parte de la experiencia se diferencia y se simboliza en la conciencia. Tal parte simbolizada corresponde a la conciencia de existir y de actuar en tanto que individuo y puede describirse como la experiencia del yo.

b) A consecuencia de la interacción entre el organismo y el medio, esta conciencia de existir aumenta y se organiza cada vez más para formar la noción del yo que, como objeto de la precepción, forma parte del campo de la experiencia total.

4.3 La necesidad de consideración positiva

A medida que la noción del yo se desarrolla y se exterioriza, se desarrolla también lo que se denomina necesidad de consideración positiva. Esta necesidad es universal, ya que existe en todo ser humano y se deja sentir de un modo continuo y penetrante.

a) Al esforzarse por satisfacer esta necesidad, el individuo tiene necesariamente que basarse en inferencias relativas al campo de experiencia de los demás. De esto se sigue que tal satisfacción es, con frecuencia ambigua.

b) La satisfacción de esta necesidad se refiere a una variedad de experiencias enorme.

c) El proceso de satisfacción de la necesidad de consideración positiva es bilateral. El sujeto que se da cuenta de que satisface esta necesidad en los demás, satisface, por lo mismo, su propia necesidad.

d) Los efectos de esta satisfacción son poderosos en el sentido de que la consideración positiva manifestada por cualquier persona se comunica, en el que es objeto de tal consideración, al conjunto de la que él siente por esa persona (complejo de consideración). De aquí se sigue que la consideración positiva de personas por las que el sujeto siente una consideración también particularmente positiva (personas-criterio), puede convertirse en una fuerza directiva y reguladora más fuerte que el proceso de valoración organísmico. Es decir, el sujeto puede llegar a preferir las direcciones que proceden de esas personas a las que proceden de experiencias susceptibles de satisfacer su tendencia a la actualización.

4.4 Desarrollo de la necesidad de consideración positiva de sí mismo

a) Las satisfacciones (o en su defecto, las frustraciones) que acompañan las experiencias relativas al yo, pueden ser sentidas independientemente de toda manifestación de consideración positiva por los demás. La consideración positiva sentida así se designa con el nombre de consideración positiva de sí mismo.

b) La necesidad de consideración de sí mismo, tal como nosotros la concebimos, es una necesidad adquirida que resulta de la asociación de experiencias relativas al yo, con satisfacción o con frustración de la necesidad de consideración positiva.

c) El individuo llega a sentir la presencia o la ausencia de consideración positiva, independientemente de las valoraciones de los demás. Se convierte en su propia persona-criterio (“his own significant social other”).

d) El fenómeno de generalización (complejo de consideración) que se ve en relación con la consideración positiva, también se ve en relación con la consideración positiva de sí mismo. Es decir, la consideración positiva de sí mismo que acompaña a una experiencia determinada en relación con el yo, tiende a comunicarse al conjunto de las experiencias que se relacionan con el yo, es decir, con la imagen del yo.

CLASE 06

4.5 Desarrollo de un modo de valoración condicional

a) Cuando las experiencias de sí mismo de un sujeto dado son juzgadas por ciertas personas-criterio como dignas, o no dignas, de consideración positiva, la consideración positiva del sujeto respecto de sí mismo se hace igualmente selectiva.

b) Cuando una experiencia relativa al yo es buscada, o evitada, únicamente porque es percibida como más, o menos, digna de consideración de sí mismo, decimos que ese individuo ha adquirido un modo de valoración condicional.

c) Si el individuo tuviera una actitud de consideración positiva incondicional hacia sí mismo, no estaría sujeto a esta alteración de la función de valoración. Es decir, su necesidad de consideración de sí mismo y de consideración positiva estarían de acuerdo siempre con la valoración autónoma organísmica. El funcionamiento psíquico de este individuo hipotético sería óptimo. Tal modo de funcionamiento puede concebirse en principio. Importa, pues tenerlo en cuenta para las necesidades de la teoría. Pero es poco probable que, de hecho, pueda existir.

4.6 Desarrollo del desacuerdo entre el yo y la experiencia

a) A causa de la necesidad de consideración positiva de sí mismo, el individuo percibe su experiencia en función de las condiciones a las que ha llegado a someterse. Percibe de modo selectivo.

- Las experiencias que se conforman con esas condiciones son percibidas y simbolizadas correctamente en la conciencia.

- Las experiencias contrarias a estas condiciones, son percibidas de modo selectivo. O son deformadas para hacerlas adecuadas a tales condiciones o interceptadas a la conciencia.

b) De aquí se sigue que la experiencia lleva consigo elementos no identificados y que se refieren al yo. Por eso, no todas las experiencias se simbolizan correctamente en la conciencia, ni se incorporan a la noción de yo.

c) A partir del primer caso de percepción selectiva, se establece cierto estado de incongruencia o de desacuerdo entre el yo y la experiencia y aparece cierto grado de vulnerabilidad y mal funcionamiento psíquico.

4.7 Desarrollo de contradicciones en la conducta

El conflicto entre el yo y la experiencia tal como acabamos de esbozarlo, da lugar a un conflicto análogo al nivel de la conducta.

a) Ciertas conductas son conformes a la noción del yo. Mantienen, actualizan y revalorizan el yo. Estas conductas están correctamente simbolizadas en la conciencia.

b) Ciertas conductas tratan de mantener, actualizar y revalorizar sectores de la experiencia que no están representados en la estructura del yo. Estas conductas no están reconocidas por el sujeto como en relación con el yo, o son deformadas para hacerlas conformes al yo.

4.8 La experiencia de amenaza y el proceso de defensa

a) Las experiencias no conformes a la estructura del yo o a las condiciones que rigen el proceso de valoración, son reconocidas al nivel de la subcepción como amenazadoras.

b) Si la experiencia amenazadora fuera simbolizada de modo correcto, la noción del yo perdería su carácter unificado, las condiciones de valoración no serían respetadas y la necesidad de consideración de sí mismo quedaría frustrada. Un estado de angustia se apoderaría del individuo. Esto es lo que define, en esencia, la amenaza.

c) El proceso de defensa es la reacción que impide que se produzcan estos acontecimientos perturbadores.

- El proceso de defensa consiste en la precepción selectiva, en la deformación de la experiencia y/o en la interrupción parcial o total de ciertas experiencias. Este proceso trata de defender el estado de acuerdo entre la experiencia total, por una parte, y la estructura del yo y las condiciones impuestas a la valoración, por otra.

d) Las consecuencias generales del proceso de defensa son las siguientes: Rigidez perceptual, causada por la necesidad de deformar ciertos datos de la experiencia; simbolización incorrecta, causada por la deformación y por la omisión de ciertos datos; ausencia de discriminación o discriminación perceptual insuficiente (intensionality).

4.9 El proceso de derrumbamiento y desorganización psíquica

La teoría de la personalidad, formulada hasta aquí, se aplica en grados diferentes a todo individuo. En cambio, los dos apartados que siguen tratan de procesos que no se observan más que en las condiciones siguientes:

a) Si existe un estado de desacuerdo claro entre el yo y la experiencia y si, como consecuencia de alguna experiencia crítica, este desacuerdo queda desvelado de modo repentino e innegable: el proceso de defensa no tendrá ninguna fuerza.

b) El sujeto siente este estado de desacuerdo al nivel de la subcepción y se vuelve ansioso. La intensidad de la angustia es proporcional a la amplitud del sector del yo afectado por la amenaza.

c) Como el proceso de defensa no tiene fuerza, la experiencia queda correctamente simbolizada. Ante el choc de esta toma de conciencia, se produce un estado de desorganización psíquica.

d) En este estado de desorganización, el individuo suele manifestar un comportamiento extraño e inestable, determinado unas veces por experiencias que forman parte de la estructura del yo y, otras, por experiencias que no forman parte. En ciertos momentos, la conducta está determinada por el organismo, expresando abiertamente las experiencias previamente deformadas o negadas por el proceso de defensa; en otros momentos, el yo obtiene fuerzas temporalmente e impone al organismo una conducta conforme a la estructura del yo. En condiciones de desorganización, la tensión y el conflicto entre la estructura del yo (con sus lagunas y deformaciones experienciales) y las experiencias incorrectamente simbolizadas o no asimiladas a la estructura del yo, llevan a una lucha constante que se traduce en un comportamiento incongruente, inestable, análogo al que se indica con la noción de personalidad múltiple.

4.10 El proceso de reintegración

En las situaciones discretas en el desarrollo de contradicciones en la conducta y la experiencia de amenaza y el proceso de defensa e inclusive en el proceso de derrumbamiento y desorganización psíquica (aunque con menos posibilidad), puede producirse un proceso de reintegración que conduzca a un restablecimiento del acuerdo entre el yo y la experiencia. Un proceso como este incluye:

a) Para que el proceso de defensa pueda deshacerse, para que una experiencia que el sujeto suele sentir como amenazadora pueda ser simbolizada correctamente y asimilarse a la estructura del yo, hace falta que:

- El sujeto valore su experiencia de modo menos condicional

- El nivel de consideración positiva incondicional de sí mismo aumente.

b) La consideración positiva incondicional manifestada, y efectivamente comunicada, al cliente por una persona-criterio, represente uno de los medios de realizar estas condiciones:

- La comunicación de esta consideración positiva incondicional se realiza mediante la comprensión empática.

- La percepción, por parte del sujeto, de esta consideración positiva produce la reducción en incluso la abolición de las condiciones que afectan su función de valoración.

- Esta percepción produce igualmente un aumento de la consideración positiva incondicional de sí mismo.

- Si se dan las primeras dos condiciones de este punto (b), el nivel de angustia disminuye, el proceso de defensa se deshace y las experiencias generalmente sentidas como amenazadoras se vuelven susceptibles de ser simbolizadas correctamente y asimiladas a la estructura del yo.

c) Cuando se da lo señalado en los puntos a y b, el sujeto es menos sensible a las experiencias amenazadoras; la conducta de defensa es menos frecuente; el acuerdo entre el yo y la experiencia aumenta; también aumenta la consideración positiva de los demás y la consideración de sí mismo; la conducta se basa cada vez más en un proceso de valoración organísmica y el individuo funciona cada vez mejor.

Revise ejercicio Nº 6

5. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Consideradas como etapas fundamentales en el desarrollo cognitivo y social de las personas, la infancia y la adolescencia vienen a distinguir una serie de acontecimientos vitales que diferencian a un individuo de otro, dependiendo de la forma en la que se han desarrollado. Es por esto, que es imprescindible hacer un alto en estas etapas del desarrollo y conocer en detalle los acontecimientos que suelen darse en estas etapas y así comprender de una mejor forma las formas de comportamiento de las mismas y lo que es esperado en cada una de ellas.

5.1 Infancia

El desarrollo cognoscitivo en la primera infancia es central ya que en esa etapa, el niño comienza a experimentar cambios en su manera de pensar y resolver los problemas. Desarrolla de manera gradual el uso del lenguaje y la habilidad para pensar en forma simbólica. La aparición del lenguaje nos da un indicio que este niño está comenzando a razonar, aunque tiene ciertas limitaciones.

En esta etapa la socialización ocurre a través de la identificación con el padre del mismo sexo aprendiendo los papeles de género, los comportamientos y las actitudes aceptadas por la sociedad y las reglas. Los infantes, pueden interpretar los problemas emocionales de otras personas, entender los diferentes puntos de vista. También desarrollan el autoconcepto y la imaginación.

La actitud que toman los padres hacia sus hijos es muy importante ya que pueden tener consecuencias que se manifiesten en un retraso o aceleramiento en el desarrollo. Un ejemplo de esto son las investigaciones realizadas por Diana Baumrind sobre las actitudes de los padres y las consecuencias en sus hijos, las cuales dieron como resultado que tanto los padres autoritarios como los permisivos retrasan el desarrollo de sus hijos ya que fomentan la dependencia, el miedo, la inseguridad y en ocasiones la delincuencia.

En definitiva, en la infancia, que va desde los 3 y 6 años, el niño se vuelve más competente en el conocimiento, inteligencia, lenguaje y aprendizaje. Aprende a utilizar símbolos en el pensamiento y en las acciones, y es capaz de manejar conceptos como edad, tiempo y espacio en forma más eficiente. La destreza creciente en el lenguaje y las ideas, ayudan al niño a formar su propia opinión del mundo.

Además de lo recientemente señalado, se producen otras etapas que van moldeando la personalidad del niño, las cuales se explicarán a continuación.

5.1.1 Etapa de Autoafirmación: Conciencia del “Yo”

La primera conciencia del “yo” es aproximadamente a los 2 años. Es una conciencia sensorio-motriz, un saber qué hacer, qué usar. Por lo tanto, la primera conciencia del “yo” se constituye como un esquema corporal. Este esquema corporal cambia con la aparición de la función simbólica, ya que a partir de ahí el niño no solo tiene una conciencia motriz, sino también de imagen de sí mismo, vale decir una imagen corporal.

Sobre la base de esto, comienza a perfilarse la conciencia del “yo”, que equivale a darse cuenta de que es un individuo diferente de los demás (2 años). A esta etapa de configuración de la conciencia del “yo”, se la llama etapa de autoafirmación**.** Aquí se comienza a observar en el niño conductas como:

a) *actitudes* voluntarias y obstinadas,

b) deseo de imponer sus gustos y caprichos,

c) referencias a sí mismo en primera persona.

5.1.2 Identidad Sexual

a) Diferencias sexuales: Son diferencias biológicas presente entre los sexos.

b) Diferencias género: Son las diferencias psicológicas entre los sexos.

c) Papeles de género: Comportamiento y actitudes que una cultura considera apropiado para hombre y mujer.

d) Tipificación de género: Es el proceso por el cual una persona aprende el papel de género.

5.1.3 Diferencias sexuales y de género

La primera diferenciación que hacen los niños respecto de las mujeres son por las diferencias anatómicas.

De acuerdo con las investigaciones, son pocas las verdaderas diferencias entre hombres y mujeres. Sólo se han encontrado tres características marcadamente distintas entre los sexos en el ámbito cognoscitivo, conforme de las diferencias corporales. Estas serían:

a) Capacidad verbal;

b) Capacidad matemática;

c) Capacidad espacial.

Sin embargo dentro de estas áreas cognoscitivas hay diferencias en capacidades específicas, por ejemplo, los hombres son mejores para el álgebra, pero las mujeres lo son para la aritmética y geometría.

También existen diferencias investigadas en cuanto al comportamiento:

a) Los hombres tienden a jugar en forma más violenta, se tratan con más rudeza, e intentan establecer dominio sobre otros niños.

b) Las niñas establecen con más frecuencia reglas para el juego, logrando así evitar conflictos.

c) Los niños hombres se oponen y desafían más a sus padres, mientras que las mujeres en la casa son más cooperadoras.

d) Los niños tienen más cuidado en evitar un comportamiento afeminado que las mujeres uno masculino.

Por lo tanto, hay diferencias pero no necesariamente son innatas.

CLASE 07

5.1.4 Papeles de género y tipificación

Los niños asimilan desde muy pequeños los papeles de género de su cultura. Por ejemplo, en la mayoría de las culturas se espera que las mujeres críen a sus hijos, que sean sumisas y dependientes, y los hombres dominantes, agresivos, activos, independientes y competitivos.

Un estereotipo firme de género en la primera infancia puede ayudar a los niños a desarrollar la identidad de género, vale decir, el conocimiento del propio sexo y del otro.

Los papeles de género varían de cultura a cultura, pero en la mayoría de las sociedades los hombres son más agresivos, competitivos y poderosos que las mujeres, y es difícil cambiar de patrón. Sin embargo las actitudes y papeles están cambiando, la actitud igualitaria está prevaleciendo más, especialmente entre los más jóvenes.

5.1.5 Cuatro teorías que explican el desarrollo de la identidad sexual:

a) Teoría Psicoanálitica: los niños salen del complejo de Edipo o de Electra, habiéndose identificado con el padre de su mismo sexo.

b) Teoría del Aprendizaje Social: sostiene que los niños observan a modelos de su mismo sexo, se les recompensa por imitarlos.

c) Teoría del Desarrollo Cognoscitivo: aquí el aprendizaje comienza a los 2 años. Esta teoría sostiene que la identidad de género está relacionada con el desarrollo cognoscitivo. Esta teoría no busca explicaciones en otras fuerzas influyentes.

d) Teoría del Esquema de Género**:** esta teoría combina aspectos de la teoría del desarrollo cognoscitivo y del aprendizaje social. Sostiene que los niños ajustan su autoconcepto al esquema de género de la cultura. Un patrón de comportamiento para hombres y mujeres socialmente organizado. Según esta teoría el esquema de género de una cultura o un individuo puede ser cambiado.

5.1.6 El juego en el niño

Los niños crecen a través del juego, coordinan lo que ven con lo que hacen, y adquieren dominio de su cuerpo. Descubren como es el mundo y cómo son ellos.

A través del juego imitan diferentes papeles (roles) de adultos, y manejan emociones conflictivas y complejas al representar situaciones de vida real. Los juegos también les permiten dominar una nueva actividad, por ejemplo: aquellos que gratifican sus sentidos como son el jugar con agua y lodo. Al final de los años preescolares se deleitan con aquellos juegos que tienen hábitos y reglas.

5.1.7 Secuencia temporal del jugar en el niño

El niño primero juega solo, después junto a otros niños pero no con ellos. Más tarde, cuando ya interactúa con los demás, pasa al juego cooperativo.

5.1.8 Conceptos teóricos acerca del juego

Los niños tienen muchos estilos de juego, y juegan a diferentes cosas. Es por ello que los investigadores en esta materia han clasificado el juego desde dos perspectivas:

a) Como fenómeno social: Juego social: aquí los niños interactúan con otros, se le puede considerar como una medida de socialización.

b) Como un aspecto del aprendizaje: Juego cognoscitivo: se le considera como una medida o reflejo del desarrollo cognoscitivo del niño.

A medida que los niños crecen el juego tiende a ser más social y colaborador. Los niños que ven mucha televisión y son hijos únicos, tienden a jugar más solos. Además la televisión suprime la imaginación, puesto que se asimilan los estímulos en forma pasiva en vez de generar ideas propias.

Sin embargo, no todos los juegos no sociales son inmaduros, los niños necesitan estar solos para concentrarse en tareas y problemas. Además hay niños que por temperamento disfrutan más de las actividades no sociales que las de grupo.

5.1.9 El juego simulado

Este puede ejemplificarse con la siguiente situación: una niña de dos años le habla a su muñeca como si le estuviese hablando a un bebé. A este fenómeno se le denomina de distintas maneras, ya sea juego simulado o de fantasía o juego dramático o imaginativo.

Este juego influye en el desarrollo cognoscitivo y en la personalidad en general. Marca de cierta manera el comienzo del estado preoperacional. Este juego surge en el 2º año de vida cuando el juego sensorio-motor empieza a disminuir.

A los cuatro años comienzan los juegos de reglas. A través de este juego van a aprender cómo entender el punto de vista de los demás, van a desarrollar habilidades sociales, y les permitirá también aumentar su creatividad.

5.1.10 Teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo en la primera Infancia, "etapa preoperacional"

En el periodo sensorio motriz, los niños adquieren conocimientos del mundo a través de los sentidos y de las actividades motrices. Salen a los dos años de esta etapa y entran a la preoperacional, en donde serán capaces de pensar haciendo uso de símbolos pero estarán limitados aún por su incapacidad para usar la lógica.

En la última sub etapa (sexta) del período sensorio motriz, los niños ya están capacitados para el pensamiento, trabajan con ideas y solucionan problemas por medio de la representación mental. Sin embargo no pueden ir más allá de la información que reciben por los sentidos y por las actividades motrices.

En la etapa preoperacional pueden pensar, es decir, hacer uso de representaciones mentales para objetos, personas o eventos que no están físicamente presentes. Cuando llegan al periodo de operaciones concretas (6 a 12 años), serán capaces de usar la lógica para dichas representaciones mentales.

Es decir, según los descubrimientos de Jean Piaget, que más tarde han sido corroborados a través de múltiples investigaciones empíricas con niños, durante la primera infancia (2 o 3 años hasta los 6 o 7) existirían una serie de conquistas cognitivas creadas sobre la base de las adquisiciones anteriores. Desde la aparición del lenguaje (Función simbólica), comienza un período que se extiende hasta alrededor de los 4 años de edad, en donde se desarrolla un pensamiento simbólico o preconceptual. Para ejemplificar este logro, pensemos en un niño que dice cuando hace mucho calor: "quiero comer un helado", y no hay físicamente nada que pudiera haber provocado su deseo, es decir no hay señales sensoriales ni motrices. Aquí diríamos que el niño recuerda el helado (tiene una representación mental que incluye frialdad refrescante y buen sabor), y lo escoge a propósito.

Esta sería la función simbólica se refiere a la ausencia de señales motrices y sensoriales, siendo más bien una habilidad para usar representaciones mentales a las que consciente o inconscientemente, el niño les ha añadido significado. A través de esta función el niño puede hacer que una cosa represente algo más.

Por lo tanto, Piaget decía que si no había señales sensoriales, debía haber señales mentales, las cuales pueden ser símbolo o signo, entendiendo el primero como una representación mental personal (idiosincrática) de una experiencia personal, por ejemplo el helado incluye lo frío, lo rico que el niño recordaba, y esa sería la representación sensorial del helado y no las palabras lo que hace que el niño quiera helado, mientras que el segundo se entiende como algo más abstracto, que puede ser una palabra o número. Los signos se acuerdan en base a representaciones convencionales y no personales.

Al principio los niños piensan casi todo en símbolos, después se ayudan de signos para facilitar así la comunicación.

Para Piaget (1951), los significados eran signos o símbolos, los cuales tienen sentido para un niño debido a la experiencia con los objetos o eventos reales que ellos representan, por ejemplo, un helado para un niño significa una cosa determinada y para otro que nunca lo ha probado no significa nada.

El autor llamó "significantes" a los objetos o eventos del mundo real que estaban representados por un significado.

Según Papalia y Wendkos Olds (1992), la función simbólica se manifestaba a través de 3 formas:

a) Imitación diferida: imitación de la acción que el niño ha visto y que realizó después de un tiempo, p/ej afeitarse como lo hizo en la mañana el Papá. El niño se forma y guarda un símbolo mental de esa acción y posteriormente cuando no lo ve, evoca el símbolo y copia el comportamiento.

b) Juego simbólico: el niño hace que un objeto represente algo más, p/ej usa un pedazo de madera como si fuese la afeitadora pero se ríe como sabiendo que no es.

c) Lenguaje: es lo más obvio de la función simbólica, usan el lenguaje para representar eventos u objetos no presentes, otorgándoles a las palabras un carácter simbólico, p/ej cuando el niño dijo helado y este no estaba presente.

Según otros autores, a través del lenguaje el niño da un indicio de que comienza a razonar con éxito siempre y cuando no implique ir más allá de los acontecimientos pasados. Por otra parte, los mismos autores señalados en el párrafo anterior, señalan que los niños pueden dar y seguir órdenes sencillas y nombrar cosas familiares, pueden definir palabras sencillas y conocen algunos antónimos, conjunciones, preposiciones y artículos, pero aún generalizan demasiado las reglas de lingüística. Según Faw (1981), el vocabulario del niño

en esta etapa puede consistir tanto de las palabras que conoce el niño y aquellas que oyen y repiten aún sin reconocer el significado.

Por lo tanto, con la función simbólica las conductas se modifican tanto en su aspecto afectivo como intelectual. Gracias al lenguaje se adquiere la capacidad de reconstruir las acciones pasadas en forma de relato y de anticipar acciones futuras por medio de representaciones verbales. El niño ya no sólo se enfrenta a un universo físico, sino que a un mundo de representaciones mentales.

Aparecen las experiencias mentales (en contraste con las experiencias puramente prácticas del período anterior).

Faw (1981) realizó una descripción de las características de los conceptos que tienen los niños en el etapa preescolar. Los cuales son:

a) Simplismo: significa inhabilidad para atender simultáneamente a más de unas pocas dimensiones.

b) Idiosincrático: significa que algunos conceptos del niño son únicos y difícilmente son entendidos por la sociedad. Según Ginsburg y Opper (1982) los conceptos de los niños, son preconceptos, a veces son demasiados generales o demasiados específicos.

c) Irrealismo: significa que los niños usan los conceptos que aprueba la sociedad, pero los tienen muy pobremente definidos y en ocasiones pueden distorsionar su significado.

d) Absolutismo: significa que el niño en la etapa preescolar, maneja conceptos de manera absoluta, el cree que un objeto o un hecho representa un concepto y que este no puede representar otro al mismo tiempo.

El preescolar, es inaccesible ya que puede actuar espontáneamente, como si sus acciones fueran guiadas por un concepto, pero después es imposible que describan el concepto que utilizaron.

CLASE 08

5.1.11 ¿Qué limitaciones tiene el período pre-operacional?

Aún cuando se posibilita un mayor intercambio entre individuos, el niño sigue centrado en si como una prolongación del egocentrismo anterior. En un principio los intercambios con los pares están ligados a la acción. Los niños hablan como para sí mismos (monólogo colectivo), donde más que intercambiar pensamientos se excitan mutuamente a la acción (Ejemplo: Juego sin reglas comunes). Hasta los siete años aproximadamente los niños no

logran discutir entre sí, sino que confrontan afirmaciones contrarias (no logran ponerse en el lugar del interlocutor).

Esta es la fase de los: "¿por qué?". Estas preguntas intentan averiguar la "razón de ser" de las cosas, una razón que es a la vez causalista y finalista. El tipo de preguntas que hace el niño demuestra el carácter todavía egocéntrico de su pensamiento pero ahora en el terreno de la representación. A esta edad el pensamiento del niño es aún tan egocéntrico que no se da cuenta de que su amigo tiene una perspectiva diferente a la de él.

El egocentrismo no es igual a egoísmo, simplemente quiere decir que el niño tiene una limitación intelectual que le impide imaginar otro punto de vista y la experiencia de otra persona. Por ejemplo le impide al niño pensar que el otro lo está viendo cuando él se cubre los ojos, o también no puede entender porqué el compañero no quiere jugar con él y prefiere leer.

Para Papalia y Wendkos Olds (1992), los niños no son tan egocéntricos como Piaget pensaba, ya que varios experimentos muestran lo contrario; un niño de cuatro años cambia la manera de hablar cuando se dirige a uno de dos años utilizando enunciados sencillos e inclusive ante de los dos años los niños muestran juguetes a un adulto volteando el frente del juguete hacia la otra persona. Por otra parte, Faw (1981) describe al niño egocéntrico, como aquel que ve al mundo a través de sus ojos.

Durante ese período los niños tienden a centrarse o a enfocar su atención en un solo aspecto de la situación. Como resultado se observa un tipo de pensamiento ilógico pues no logran pensar en varios aspectos de una situación al mismo tiempo. Piaget explica este fenómeno con un ejemplo que se ha hecho clásico: él le muestra a dos niños dos vasos iguales con la misma cantidad de agua, después ayudado por estos niños vertió el agua en un vaso más angosto y largo, y otro en un vaso más corto y ancho. Cuando se les preguntó cuál de los dos vasos tenía más agua, el niño dijo que en el largo porque el vaso largo tiene más agua, y el otro dijo en el ancho hay más agua porque es más grande. Este mismo autor plantea que los niños no son capaces de pensar en forma lógica porque su pensamiento está ligado a la percepción.

Este ejemplo muestra que los niños no pueden considerar la altura y el ancho al mismo tiempo, no entienden que a mayor altura menos ancho y viceversa. El mismo ejemplo lo usó también Piaget para analizar el desarrollo de la conservación, que vendría a ser la conciencia de que dos cosas que son iguales en cantidad permanecen iguales si se altera su forma, siempre y cuando no se les añada algo. Esta noción los niños la adquieren en la etapa de operaciones concretas.

Junto a la centralización observamos falta de reversibilidad o irreversibilidad en su pensamiento. Es decir, el niño aún no es capaz de invertir mentalmente el estado de las cosas, no puede retroceder los pasos en el pensamiento (Faw, 1981), no entiende que se puede verter agua de un vaso a otro y viceversa, no puede imaginarse restituyendo el estado

original del agua vertiéndola de nuevo al vaso donde estaba (Papalia y Wendkos Olds, 1992).

El niño afirma constantemente sin necesidad de corroborar o probar sus afirmaciones. Esto también expresa su carácter aún egocéntrico y la indiferenciación entre el propio punto de vista y el de los demás. Hasta los 7 años el niño es pre-lógico y suple la lógica por el mecanismo de la intuición. La intuición se refiere a una simple interiorización y prolongación de los esquemas sensorio-motores en forma de imágenes representativas y experiencias mentales sin una coordinación propiamente racional.

Ejemplo:

Si presentamos al niño una cantidad de fichas de un color determinado alineadas con pequeños intervalos y le pedimos que tome otras tantas de otro color:

A los 4-5 años: Construirán una hilera de igual longitud pero sin preocuparse del número de elementos ni la correspondencia entre los elementos. Se da una valoración de la cantidad por el espacio ocupado, por las cualidades perceptivas globales, sin ocuparse del análisis de las relaciones.

A los 5-6 años: El niño se preocupa de la correspondencia de cada ficha (de tal correspondencia término a término concluye la igualdad). Sin embargo si a los ojos del niño separamos un poco las fichas de los extremos de una hilera, él estimará que ya no son iguales. Entonces existe equivalencia mientras hay correspondencia visual, pero aún no lógica, pues no hay una operación racional sino sólo intuición (sometida a la percepción) que en este caso es articulada y ya no global.

Otra limitación del pensamiento a esta edad, es el razonamiento transductivo. Existen dos tipos fundamentales de pensamiento lógico: deducción e inducción. Deducción va de lo general a lo particular, por ejemplo "todas las personas son animales, yo soy persona, por lo tanto yo soy animal". En cambio la inducción va de lo particular a lo general, por ejemplo, las diferentes investigaciones particulares han demostrado que los glóbulos rojos de caballos, delfines, ostras, entre otras, carecen de núcleo. Por lo tanto sería un razonamiento que permite sacar una regla general con base a un o más ejemplos determinados.

Los niños en la etapa preoperacional no razonan de ninguna de estas dos formas, van de un evento particular a otro particular sin tener en cuenta lo general. Esta clase de razonamiento se llama "transducción", no incluye lógica abstracta y cuando se utiliza para formar principios generales resulta un error. Es por ello que el razonamiento transductivo puede atribuir relaciones causa efecto a eventos no relacionados, p/ej desear cosas malas a una hermana, esta se enferma, el niño piensa entonces que él es el culpable. Es decir, se asume equivocadamente que el acontecimiento de dos eventos al mismo tiempo significa que uno ha causado el otro, siendo que es sólo una coincidencia.

Faw (1981) amplia un poco más incluyendo todas las limitaciones se señalan anteriormente incrementando 4 categorías, las cuales son: animismo, realismo, concreción y dominancia perceptual.

5.1.12 Logros de la etapa preoperacional

Con respecto a los logros en esta etapa, vemos que con la aparición de los símbolos el niño: puede utilizar recuerdos y pensar de manera más creativa y nueva. Si bien su pensamiento aún no es lógico, tiene una lógica parcial o semilógica. Comienza entonces a realizar:

a) Comprensión de identidades: las cosas permanecen iguales a pesar que cambien de tamaño, forma o apariencia. Un niño se da cuenta, que seguirá siendo niño aunque se ponga ropa femenina. Craig (1994) llamó a esto distinción de la ficción y realidad, porque ya el niño distingue lo que es y lo que no es; por ejemplo: una piedra con forma de esponja, el niño ya en esta etapa puede darse cuenta que es una piedra pero con forma de esponja y no sentirse confundido.

b) Comprensión de funciones: entiende de manera general las diferencias entre eventos. Por ejemplo, sabe que si pone un CD en el aparato podrá ver una película, o si aprieta el interruptor se prende la luz. El niño no capta por completo que un evento origina el otro, pero sabe que están relacionados..

El logro en esta etapa, es decir la habilidad para reconocer que ciertas cosas permanecen iguales a pesar de que cambian de cierta manera, y que ciertos eventos originen regularmente otros, hace el mundo para los niños más predecible y ordenado, lo cual les permite darle un mejor sentido a la vida.

Revise ejercicio Nº 7

5.2 Adolescencia

El ministerio de salud de nuestro país, ha desarrollado manuales referido a la intervención con la población adolescente. A continuación se presenta parte importante de cómo son vistos en la actualidad los adolescentes desde la mirada de las instituciones de salud.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital individual caracterizada por vertiginosos cambios corporales, psicológicos y sociales en una persona que logra con ellos las características de maduración biopsicosocial requerida en la vida adulta.

Esta serie de cambios desafía la organización social, escolar, familiar e individual del comportamiento por lo que requiere de una serie de procesos adaptativos en los niveles involucrados. Existe consenso que esta etapa es un período crítico en tanto define las destrezas y vulnerabilidades para enfrentar la vida adulta. Es así como, se estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto obedecen a conductas iniciadas en la adolescencia.

Es posible clasificar la adolescencia esquemáticamente en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social, que es necesario tener presentes porque modulan la forma de aproximación, de acogida y en general la relación profesional de salud - adolescente.

Estas tres sub-etapas son:

a) Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años

b) Adolescencia media: entre los 14 y 16 años

c) Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años.

La adolescencia ocurre en una constelación de relaciones interpersonales de alta significación afectiva. La familia, es en la gran mayoría de las personas, el sistema de pertenencia e identidad primario de relaciones. Considerando esta variable y el modelo de salud familiar que la atención primaria de salud desarrolla es que resulta necesario detallar las características de la crisis normativa de la familia con hijos y/o hijas adolescentes:

a) Crisis normativa en familias con hijos y/o hijas adolescentes.

Ante la irrupción paulatina o dramática de los cambios puberales de uno/a o más hijos/as, la familia pone a prueba sus mecanismos de adaptación de acuerdo a su flexibilidad y la disponibilidad de variados mecanismos homeostáticos. Es necesario considerar también que la madre – padre /cuidadores, se encuentran por lo general en una etapa de su desarrollo vital que implica una revisión de lo realizado hasta el momento en diversos ámbitos de acción, con la consiguiente urgencia por alcanzar metas no cumplidas, la resignación frente a otras y el permanente estrés por mantener un nivel de vida aceptable – con la variedad de definiciones que ese concepto posee. Si se agregan a esto las presiones que al mismo tiempo está experimentando el sistema pareja, se encuentran dados una serie de factores estresantes que requieren una fluida y cuidada reorganización en las relaciones internas de los miembros de la familia. Esta crisis normativa implica la negociación de nuevos límites conductuales para los/las hijos/as, equilibrando sus necesidades de libertad y el modo en cómo éstos administran los privilegios ganados; pone a prueba la capacidad y decisión del padre – madre/cuidadores para actuar como guías y protectores en la exploración del mundo de los/las púberes. Si existen desacuerdos en el estilo de crianza de los y las adultos/as a cargo, en este período esas incongruencias se harán más intensas y explícitas.

Para algunos, el logro, y/o los obstáculos, que experimenta tanto el/la adolescente como su familia en busca de la individuación es el origen de la mayoría de los cuadros clínicos del período juvenil e inclusive de la adultez joven. Las dificultades en la individuación pueden asumir diversas modalidades, existen sistemas familiares que "infantilizan", manteniendo un escaso rango de comportamientos posibles para los hijos e hijas adolescentes; otros que "adultifican", traspasando funciones del sistema parental (madre-padre/cuidadores) a los hijos e hijas, tales como el cuidado de los/las hermanos/as menores, la generación de recursos, entre otros; y aquellos más complejos aún, que oscilan constantemente entre una posición y la otra.

La negociación de los límites familiares resulta satisfactoria para todas las partes si se conservan las funciones de cada subsistema, esto es que la madre – padre/cuidadores continúen con su labor de apego afectivo, cuidado, guía y fuente de seguridad y los/las adolescentes vayan mostrando señales de ser capaces de tomar decisiones que les permiten continuar con su desarrollo.

5.2.1 Relaciones sociales en la adolescencia

Las características del desarrollo psicosocial de los/las adolescentes presenta señales distintivas importantes de reconocer tanto para el diseño de estrategias de atención, como para acciones preventivas con grupos relacionados con adolescentes: profesores, padre – madre/ cuidadores.

De acuerdo a diversos estudios revisados, los/las adolescentes pasan alrededor del doble de tiempo, con sus amigos en lugar de su familia, la relación cercana con ellos en tanto factor protector se asocia a desarrollo de habilidades sociales, participación, autoconfianza, entre otros. Dependiendo de las características del grupo, este puede operar también como un factor de riesgo para consumo de estimulantes y otras.

a) Si bien las tecnologías de información y comunicación forman parte de los hábitos cotidianos de la mayoría de los/las adolescentes, siendo internet la preferida por los varones y el teléfono celular por las mujeres, según estudios europeos, estas formas de comunicación han sido asociadas más bien a bajo rendimiento escolar, déficits de habilidades sociales, aumento de peso y aislamiento social. Sin embargo, cuando la comunicación es sostenida entre pares conocidos, la asociación es diferente: mejoran las relaciones sociales, el rendimiento y las habilidades comunicacionales.

b) Un aspecto importante de la adolescencia difícil de aceptar por el mundo adulto es la territorialidad: la búsqueda de lo propio, único y distintivo como reflejo de sí mismo, expresiones de esta territorialidad se encuentran en:

- La lucha por el espacio (y privacidad) propios dentro de la casa.

- La búsqueda de momentos propios: la preferencia por las actividades nocturnas tendría su origen en que es un mundo con un horario paralelo al adulto, sin puntos de intersección.

- La búsqueda de símbolos, lenguajes y personificaciones propios: desde allí la escritura del propio nombre en muebles, muros, mochilas y otros, las marcas de grupos y eventos de significación personal.

- La codificación diferente del lenguaje y el límite que éste impone a los adultos.

c) Dentro de la búsqueda de espacios y códigos propios, algunos/as adolescentes forman parte de agrupaciones que representan formas alternativas de comportamiento. Actualmente se les conoce como "tribus urbanas". Presentan una estética y emocionalidad particular que en su origen llevan un mensaje de reclamo frente a ciertos contenidos de la cultura oficial. La participación en estos grupos ofrece fuentes de identificación y de pertenencia y por tanto de diferenciación del mundo adulto y de otros grupos de adolescentes.

CLASE 09

5.2.2 Intereses de los y las adolescentes

Las descripciones de los/las adolescentes que surgen desde la consideración de éstos/as como personas con opinión, derechos y deberes son significativamente diferentes de la imagen pública de éstos/as como grupo. Los/las adolescentes, son personas participativas, 50% de ellos/ellas está involucrado en alguna organización deportiva, religiosa u otra; valoran positivamente la educación y el trabajo, les agrada asociarse y se preocupan por los obstáculos económicos que puedan interponerse en sus planes de estudio. Estas mismas investigaciones señalan que se preocupan por su autocuidado, para lo cual identifican el deporte, la alimentación saludable y la expresión artística como actividades útiles para ellos. Asimismo, identifican claramente cuáles son las conductas de riesgo para su desarrollo: uso y abuso de sustancias, iniciación sexual precoz, conducta sexual desprotegida, conductas antisociales y deserción escolar, las mujeres agregan además los malos hábitos alimentarios.

Otros estudios muestran que los/las adolescentes chilenos/as, muestran altos niveles de aspiraciones y expectativas de logro educacional, las que van decreciendo en el tiempo de acuerdo a su autopercepción y condiciones socioeconómicas familiares.

En el trabajo comunitario con adolescentes se ha encontrado además que este grupo aprende a promover aspectos positivos de su propio desarrollo y el de otros, e internalizan valores de colaboración.

5.2.3 Salud mental y sexualidad

La salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad” y por tanto va más allá de la ausencia de enfermedad, disfunción o mala salud. Es así como es necesario un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Esta definición, que ha sido elaborada por varios organismos de las Naciones Unidas, incluida la OMS, tiene varias implicaciones importantes para el empoderamiento y los resultados positivos en salud sexual. En primer término indica que el bienestar es parte integral de la salud sexual. La definición también señala que la salud sexual de una persona depende de su voluntad y su control sobre la toma de decisiones y está libre de coacción. Implica además que la salud sexual requiere de relaciones positivas y experiencias placenteras.

Los sentimientos y deseos sexuales son tan normales en las adolescentes mujeres como en los adolescentes hombres. Sin embargo, los roles vinculados con el sexo prescriben que es aceptable que los varones actúen conforme a sus deseos sexuales, mientras que se espera que las mujeres los repriman. Se permite, y a menudo se alienta, a los adolescentes a explorar, mientras que las mujeres deben abstenerse para seguir siendo virginales y puras.

En la mayoría de los países, los roles de cada sexo prescriben que las adolescentes anhelen el amor, las relaciones y el romance, mientras que se alienta a los adolescentes a experimentar sexualmente sin nexos emocionales o afectivos. Sin embargo, los roles según el sexo no consiente que los adolescentes anhelen el amor y el romance, ni toleran que las mujeres experimenten con su sexualidad. Esta paradoja es la causa de conflictos y conmociones emocionales, tanto para las mujeres como para los adolescentes y puede ser nociva para su bienestar y su salud sexual.

Las presiones sociales para aceptar los roles propios de cada sexo sirven para silenciar a las adolescentes y sus cuerpos. Al negar el deseo sexual y la sexualidad, las mujeres ponen un obstáculo en la senda del desarrollo psíquico, la salud y la capacidad de entablar relaciones auténticas. La sexualidad saludable abarca el deseo, pero los mensajes de la familia, la cultura y la sociedad no son tolerantes a sentimientos de ese tipo. Por consiguiente, las adolescentes se sienten culpables y cuidan sus sentimientos y deseos y pasan por alto sus cuerpos: silencian sus cuerpos.

En una de sus investigaciones, Tolman analiza la sexualidad, los sentimientos y el deseo de las adolescentes y observa que las jóvenes aprenden a desatender sus

sentimientos sexuales, lo cual puede tener consecuencias negativas para su salud. La adolescente puede descuidar sus sentimientos sexuales a tal punto de silenciar su cuerpo: “su cuerpo está inerte, no participa y desaparece”. Según la investigación, las adolescentes revelan que, en su primera experiencia sexual, “el acto sexual simplemente sucedió” lo que implica que no estaban involucradas, no tenían ningún control de la situación y fueron sólo objetos del acto. Implica una falta de toma activa de decisiones y una falta de control: la ausencia de empoderamiento y la ausencia de salud sexual.

6. TRASTORNOS GENERALES

En este apartado se desarrollarán algunos de los trastornos principales que se generan durante la infancia y la adolescencia. Se darán a conocer características generales de cada uno de ellos, además de criterios diagnósticos y tratamientos a seguir.

Dado que dentro de la literatura existente en este ámbito, se han tomado en cuenta los trastornos más comunes que se generan en esta etapa de la vida, no así la totalidad de los trastornos psicológicos que podrían llegar a desarrollarse.

6.1 Trastorno obsesivo compulsivo

Una clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente, considera al Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) dentro de la categoría de las alteraciones neuróticas de predominio obsesivo y las describe como: “rasgos y mecanismos pertenecientes al registro obsesivo”, comprendiendo especialmente:

a) Síntomas dominados por la actividad compulsiva, ideas obsesivas y/o rituales conjuradores;

b) Conductas y modalidades relacionales dominados por la vacilación, la duda, la necesidad de verificación y ambivalencia.

Los criterios actuales para definir el TOC son más descriptivos que teóricos. El DSM-IV separa obsesiones de compulsiones y enfatiza que una o ambas contribuyen a un deterioro del funcionamiento en la persona, consumiendo bastante tiempo o produciendo interferencia con su rutina normal, que en el caso de los niños afecta el desempeño escolar y las actividades sociales, los cuales son fundamentales para su desarrollo.

Como parte fundamental del diagnóstico, se considera que debe haber una intensa angustia del paciente frente a su sintomatología.

Las últimas clasificaciones abandonan el criterio excluyente con otras patologías, así el TOC, no excluye la presencia de un trastorno depresivo mayor u otro. También se puede

considerar comórbido con otros desórdenes como el síndrome de Gilles de la Tourette, tics crónicos, entre otros.

Para algunos autores, el reconocimiento por parte de los pacientes de las obsesiones como sin sentido o ilógicas no es tan claro, especialmente en los casis graves, así como tampoco la resistencia al síntoma que también se describe en la mayoría de estos pacientes. Esto es particularmente evidente en los niños en que el pensamiento depende del grado de desarrollo cognitivo que han alcanzado.

En el caso de los niños, la medición y cuantificación de los procesos mentales, el DSM IV ha agregado que los niños no requieren reconocer que sus pensamientos obsesivos o conductas compulsivas son excesivas o irracionales. Normalmente los niños presentan en su desarrollo una constelación de conductas repetitivas, por lo que es necesario delimitar claramente cuando estas conductas y pensamientos tienen el carácter de síntomas patológicos y constituyen un trastorno.

En las primeras etapas del desarrollo que son fundamentalmente psicomotoras, se puede observar fenómenos como las relaciones circulares. Para Jean Piaget, epistemólogo, biólogo y psicólogo suizo que dedicó gran parte de su vida estudiando el desarrollo humano, se trataría de actos facilitadores del conocimiento de lo real, provenientes de la constitución biológica, pero desencadenados por la estimulación del medio y que el niño realizaría sin un control voluntario.

Posteriormente en el juego del niño existen imitaciones, repeticiones que son de suma importancia en la construcción de su propia realidad siendo muy placenteras y gratificantes. Aparecen una serie de rituales en la etapa pre-escolar que pueden ser bastante complejos. Estos rituales pueden ser:

a) Colocarse a una determinada ropa o presentar una manera especial de ponérsela, no aceptando otras posibilidades.

b) Rituales de aseo como revisarse minuciosamente algunas partes del cuerpo especialmente los espacios interdigitales de los pies, el ombligo, entre otros.

c) Rituales al acostarse con solicitudes exigentes o “formas” diferentes para acostumbrarse y finalmente dormirse, por ejemplo, escuchar cuentos, rezar, despedirse una determinada cantidad de veces de sus padres, aferrarse a algún objeto, entre otras.

Al inicio de la pubertad, es frecuente y normal que el niño también realice actos repetitivos como saltar las uniones de las veredas, saltar las sombras de los transeúntes, fijarse en las patentes de los automóviles que pasan por un lugar o contarlos, contar los escalones de las escalas, entre otras.

Estos rituales normales hay que distinguirlos de los patológicos. Toro, propone la siguiente diferenciación:

a) El ritual obsesivo-compulsivo va acompañado de ansiedad; el ritual normal es experimentado como placentero, como experiencia lúdica.

b) La interrupción del ritual obsesivo produce irritabilidad y desencadena la agresividad del niño; la interrupción del ritual normal no la provoca.

c) El ritual obsesivo interfiere en la organización de la vida cotidiana y en el funcionamiento corriente del niño, e incluso, en su desarrollo general; el ritual normal carece de consecuencias negativas.

d) El ritual obsesivo suele ser finalista, en el sentido de suprimir o mitigar, mediante su práctica, sentimientos, actos o cualquier fenómeno negativo; el ritual normal sólo tiene finalidad lúdica o práctica.

e) El ritual obsesivo suele ser juzgado como perturbador por padres y profesores; el ritual normal no se percibe de esta forma.

Como edad de inicio de este trastorno, de acuerdo a estudios realizados en los últimos 40 - 50 años, se ha definido que el promedio de edad de comienzo es en la adolescencia tardía o inicio de la segunda década, sin embargo, 1 de cada 3 adultos que presentan la patología, han comenzado con el trastorno en la etapa de la infancia o de la adolescencia, incluso, se han encontrado casos aislados en donde la enfermedad comienza muy tempranamente (2 años). En otras investigaciones realizadas, se ha podido concluir que la edad de comienzo más frecuente para este trastorno es entre los 10 y 12 años. La evolución de los casos más precoces, en general se describe con un carácter crónico con exacerbaciones periódicas.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, los niños más pequeños pueden presentar una constelación de conductas compulsivas cambiantes, luego rituales antes de instalarse el cuadro. Las compulsiones pueden ocurrir en ausencia de ideas obsesivas, sin manifestar mayor angustia pero percibido como perturbador por los adultos que lo rodean. Los síntomas tienden a mostrar un curso variable a través del tiempo y según los lugares, siendo más frecuente que los presenten en la casa, aumentando en circunstancias que les generen estrés: entrada a clases, periodo de exámenes, problemas familiares, entre otros.

Dada la rareza de algunas síntomas, el niño mayor tiende a ocultarlos, consultando muchas veces por sintomatología ansiosa, depresiva, ansiedad de separación, rechazo escolar, problemas de concentración, entre otros.

Todas las alteraciones tienen gradiente de severidad, pudiendo en muchos casos interferir en la vida social relacional y la capacidad de concentración, lo que conlleva en algunos casos a alteraciones del desarrollo emocional-social.

La presentación clínica del TOC en niños y adolescentes puede ser muy similar a la presentada por los adultos, incluso se han realizado varios estudios con muestras clínicas que así lo demuestran. Los síntomas generalmente no son únicos, sino que se dan en

combinación con otros y es habitual que el paciente los vaya refiriendo en la medida que se alcanza un vínculo terapéutico adecuado, y no es raro también que los padres se atrevan a referir en el transcurso de los tratamientos de sus hijos que ellos presentan sintomatología similar.

Los rituales compulsivos de limpieza, rituales en general y las comprobaciones, son al igual que en los adultos, los más frecuentes.

La ideación obsesiva es más difícil de determinar y aparece más tardíamente que las compulsiones en los niños más pequeños, debido al nivel cognitivo que presentan.

A edades superiores se da la compulsión junto a la ideación obsesiva. Al parecer menos frecuente es la ideación obsesiva pura, presentando una frecuencia inferior al 5% en las poblaciones clínicas que se han estudiado.

Asimismo, se han encontrado y descrito ciertos patrones de síntomas de acuerdo al sexo, por ejemplo, los rituales de limpieza son más frecuentes en mujeres y las obsesiones "puras, sin compulsión, serían más frecuentes en hombres".

Por otra parte, se ha encontrado que existen una serie de trastornos que se asocian al TOC, dentro de los más comunes podemos encontrar:

a) Depresión mayor

b) Distimia

c) Esquizofrenia

d) Trastornos ansiosos (fobia y ansiedad de separación)

e) Trastorno de déficit de atención

f) Trastorno de conducta disocial

g) Trastorno de alimentación

h) Abuso de sustancias

En cuanto al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, por las características propias que poseen las personas en desarrollo, se postula para los niños y adolescentes un tratamiento multimodal que contemple:

a) Farmacoterapia

b) Instrucción conductual

c) Terapia Familiar

d) Terapia individual y/o grupal

e) Apoyo y rehabilitación escolar

CLASE 10

6.2 Abuso de alcohol y drogas

Existe evidencia que durante el último tiempo ha aumentado el uso y abuso de sustancias psicoactivas en niñas y adolescentes.

La experimentación con el alcohol se expande en los jóvenes y también, cada vez más, entre las jóvenes adolescentes que obtienen de esta manera una "ventaja" poco saludable de las mayores libertades y del menor control parental conseguido a partir de luchas feministas que reclaman igualdad de género.

En general, en la mayoría de los países occidentales, las niñas y adolescentes han obtenido también una creciente igualdad para sus "salidas" diurnas y nocturnas con o sin el consentimiento de sus padres o adulto responsable, pero con la tolerancia parental y una gran presión de la nueva cultura que se genera a partir de estos comportamientos.

Todo lo anterior ha desencadenado que en varios países de América Latina se desarrollen discusiones y se emitan algunas tímidas leyes u ordenanzas de control de permanencia de los menores en las discotecas o en las calles, siendo en países como Estados Unidos, lugares en donde se dan verdaderas especies de toques de queda para controlar a los jóvenes menores de edad, consiguiendo así una gran disminución de las consecuencias adversas de las experimentaciones tempranas con el alcohol y las drogas.

En cuanto a la génesis del abuso y dependencia de drogas ya no existen dudas en la actualidad acerca de que el componente genético marque la severidad de la dependencia y en consecuencia estemos, como de antemano, ante dos poblaciones diferentes, o con distinto nivel de vulnerabilidad en función de la distinta capacidad en que se puedan metabolizar las sustancias. Esto significa que está comprobado que influyen factores de vulnerabilidad o predisposición biológica además de los psicosociales y comunitarios. Se puede indicar entonces que en la génesis de los trastornos de adicción a sustancias psicoactivas intervienen:

a) Factores biológicos.

b) Factores psicológicos.

c) Factores comunitarios: el barrio en que se vive es el indicador más claro acerca de qué tipo de drogas se pueden consumir y el probable patrón de consumo.

d) Factores sociales: en el sentido de la influencia de la sociedad más amplia que actúa sobre la comunidad en la que vive el sujeto.

En función de la evidencia existente, algunos autores proponen también en la actualidad diferenciar los factores de riesgo para el abuso de alcohol, y, posiblemente, de otras drogas de aquellos que conducirán a la dependencia y que estarían marcado, en este último grupo, por una carga genética imprescindible que, sin embargo, debe interaccionar con los factores ambientales para activarse o mantenerse inactiva. Materazzi, quien señalaba que la apertura hacia la participación social es un componente fundamental de la definición posible de salud mental, en este caso esta mayor apertura de las adolescentes hacia lo social no puede ser adecuadamente incorporada o integrada a la personalidad por falta tal vez de ayuda parental y social. Las conduce hacia actividades y comportamientos autodestructivos que son protegidos por sectores sociales que lucran con ellos. Divulgados, inducidos y defendidos por amplios sectores de los medios masivos de comunicación que tienen como clientes a esto sectores que lucran con las drogas legales o son ganados por la ideología de pseudolibertad que forma parte del marketing de las compañías fabricantes de drogas legales y, por supuesto, de los distribuidores o dealers de drogas ilegales que promueven la salida del control parental y familiar.

En cuanto a la prevención, es necesario considerar que aunque se ha gastado una enorme cantidad de recursos buscando diversos modelos de prevención que pudieran ser aplicables para los problemas relacionados con sustancias, la mayoría o todos han demostrado que tienen una validez limitada y que, como los tratamientos, los programas que funcionan deben ser diseñados y ejecutados de acuerdo con la comunidad y las instituciones con las que se trabajará buscando implicarlos en la mayor medida posible en una alianza de trabajo.

Adger, describe algunos de los modelos más difundidos en cuanto a la prevención del abuso de alcohol y drogas señalando que una de las consecuencias más compartidas es que las campañas o programas basados exclusivamente en la información demostraron, en algunas evaluaciones un bajo rendimiento. Otra observación muy inquietante que hace es que si bien bajó la prevalencia del abuso y la dependencia de algunas drogas ilegales en adolescentes, y en niños, la referente a tabaco sigue aumentando, siendo de la llamada cultura occidental.

Todo esto no significa, como afirman en la actualidad algunos profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, que la información no deba ser dada o proporcionada en estos programas. Lo que significa es que no basta para producir los cambios actitudinales, comportamentales y hasta de los sistemas de representación de los niños y adolescentes con psicopatología más severa. Y tampoco alcanzan contra los inmensos recursos de marketing, directo e indirecto, de los que ofertan las drogas legales e ilegales, para paliar el sufrimiento mental y la angustia de niños y adolescentes depresivos o con otros trastornos. Demuestra asimismo que la intensidad de acción de los factores adversos, de los factores de riesgo comunitarios y sociales en sentido más amplio, son más

poderosos, por cobertura, por su capacidad de penetración, que los factores de protección que ofrecen nuestras instituciones, comunidades y sociedades.

Sin embargo, esto no puede producir paralización. Es necesario continuar buscando que aumente la conciencia en todos los niveles de las comunidades y la sociedad para que la balanza se incline definitivamente del lado de la salud, de las satisfacciones, posibles y de la libertad. Hay que indicar que aunque el análisis se centra en las medidas de tratamiento y prevención, éstas deben articularse en un trípode indisociable con las medidas de control social (lo cual requiere la existencia de instituciones de vigilancia de las normas y de aplicación de las sanciones) del tráfico, circulación y venta de las sustancias psicoactivas, especialmente de aquellas que, lamentablemente, en muchos casos llegan a los menores que son una población más vulnerable que la adulta.

Este aspecto se refiere a las medidas de reducción de la oferta de sustancias, en tanto que las otras a las cuales no venimos refiriendo hacen alusión a las reducción de las demanda de las sustancias psicoactivas o drogas.

Algunos de los modelos mencionados pos Adger y por Houston y Wiener son los siguientes:

a) Modelo biopsicosocial: El que parte del modelo biopsicosocial intenta acciones que apuntan a varios niveles. El modelo enfatiza las dificultades, de origen múltiple para enfrentar situaciones de estrés, y se busca mejorar las aptitudes de los niños y adolescentes y, en lo posible, mejorar las condiciones institucionales, comunitarias y sociales en las que se debe dar su desarrollo.

b) Modelo de estrés social: Enfatiza estos aspectos y en los valores individuales y familiares para dar respuesta a las circunstancias conflictivas.

c) Estrategias orientadas al individuo: Están principalmente enfocadas a:

- Dar información sobre las drogas y sus consecuencias.
- Modificar las percepciones de invulnerabilidad que tienen muchos niños y adolescentes.
- Enseñar técnicas y aptitudes para reducir el estrés y enfrentar situaciones sociales conflictivas.
- Satisfacer las necesidades y deseos sociales de los niños y adolescentes, dentro de lo posible. Y este es el campo de los políticos y representantes de la sociedad. De un ámbito en el cual no siempre los profesionales tienen suficientes condiciones para influir y para disminuir los efectos destructivos en toda la sociedad de la excesiva acumulación de la riqueza por sectores cada vez más reducidos que llevan al cierre o reducción de las perspectivas de satisfacción posibles para millones de

niños y adolescentes que crecen y crecerán, si no se producen cambios urgentes, en la marginalidad y el desempleo.

- Estrategias orientadas al grupo de pares. Se busca que el liderazgo de los grupos de prevención recaiga en pares o en “casi pares”, con lo cual se pretende salvar la desconfianza, y hasta hostilidad, que muchos niños y adolescentes manifiestan hacia los adultos. Las bases teóricas son limitadas como sus efectos, aunque los voluntarios de “pares” pueden ayudar en programas más amplios.

- Diagnosticar precozmente las conductas antisociales y las otras conductas de riesgo (como autodestructivas, depresión, trastornos por angustia, trastornos del aprendizaje, incluyendo el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad) porque todos ellos se asocian con detención del desarrollo y mayores riesgos de abusar y depender de las drogas.

- Dentro del conocido esquema de las tres formas de la prevención:

    - Primaria: trabajar para que una población no use o no abuse de las drogas.

    - Secundaria: destinada al diagnóstico precoz de quienes ya usan o abusan de las sustancias y tienen trastornos relacionados con las mismas y otros trastornos psicopatológicos.

    - Terciaria: que es la rehabilitación de los dependientes, o la habilitación para la inserción social de quienes nunca logran insertarse en ella, se debe insistir en todas las formas y niveles. Parece sin embargo que habría más elementos para la prevención secundaria que para la primaria, que sigue siendo poco específica y poco eficiente, en tanto que la terciaria, aunque irrenunciable, a veces llega tan tarde en materia de destrucción y costos humanos y sociales que más que prevención es apenas lo que ahora se usa en llamar una “reducción de daños”, algunos irreparables, otros tal vez reversibles si existiera más voluntad política y social para destinar recursos para los tratamientos y programas de prevención basados en las investigaciones en cada comunidad.

6.3 Síndrome de déficit de atención

Este trastorno es uno de los que preocupa en mayor medida a los profesionales del área de la salud mental infantil en todo el mundo. Por su alta frecuencia agrupa la mayor cantidad de investigaciones en la especialidad.

Es un cuadro que está presente por lo general desde los primeros años de vida y que se prolonga en un alto porcentaje de pacientes hasta la edad adulta. Actualmente se acepta que está determinado por determinado por causas biológicas a las cuales se asocian factores ambientales. Se manifiesta de preferencia en el sexo masculino y se caracteriza porque afecta patrones conductuales y genera mal rendimiento escolar.

Con mucha frecuencia escuchamos polémicas respecto al porqué hoy en día hay tantos niños en tratamiento, y tanta demanda de parte de los colegios y de los padres ¿Es una moda? ¿Antes no se conocía?

Es probable que no exista una respuesta definitiva al respecto, pero es posible señalar algunos factores que pueden explicar que hoy exista un mayor número de niños a los cuales se les diagnostica el trastorno:

a) Se piensa que el trastorno se debería a una disfunción en algunas estructuras del sistema nervioso, las cuales se producirían por pequeñas alteraciones durante los períodos de gestación perinatal.

   El desarrollo actual de la tecnología médica, ha permitido que en la mayoría de los países latinoamericanos se estén aplicando programas de detección precoz de patologías tanto del embarazo, parto, como del período de recién nacido, permitiendo que niños que antiguamente no eran viables o que quedaban con graves daños, nazcan y se desarrollen sin graves problemas, pero desarrollando probablemente estas pequeñas alteraciones funcionales.

b) El incremento en el consumo de drogas en madres jóvenes, ligado por lo general a uso de alcohol, se ha señalado podría estar incidiendo en provocar alteraciones que se expresen en los hijos en los trastornos de atención.

c) El progresivo desarrollo económico que van alcanzando muchos países de Latinoamérica, determina que los sistemas educacionales estén cada vez más presionados a preparar individuos con mayores niveles de instrucción a objeto de incorporarse a un campo laboral mucho más exigente. Por tanto, en cuanto a un niño presenta dificultades conductuales o de rendimiento, es derivado para su tratamiento.

d) Por otra parte, es necesario señalar que en la mayoría de las escuelas, es especial de sectores de bajos recursos, los profesores deben atender a un alto número de alumnos por curso que en algunos casos llegan a 40 ó 50. Esto hace que difícilmente puedan tener un manejo adecuado cuando un niño se sale de los márgenes habituales.

Este cuadro clínico se caracteriza por la presencia de niños con un corto período de atención generalmente asociado a impulsividad e hiperactividad. Muchos de estos síntomas pueden persistir hasta la edad adulta, tal como se había señalado con anterioridad.

Por tratarse de un cuadro de alta complejidad, han existido varios cambios en su denominación y en la terminología utilizada.

En una primera etapa se asoció a factores orgánicos y Strauss en 1947 habló de "síndrome de daño cerebral mínimo", por cuanto muchos de los síntomas se encontraban en niños con retardo mental y/o daño orgánico cerebral. Sin embargo, en la mayoría de estos niños no fue posible comprobar un daño, motivo por el cual se empezó a hablar de una "disfunción cerebral mínima" en 1962. Este término fue criticado por estimar que ponía énfasis en una alteración de la corteza cerebral, lo cual se cuestiona; y por otra parte la palabra mínima se pensó que inducía a error, y a creer que el cuadro no requería mayor preocupación.

Entre los años 1962 y 1968 las clasificaciones CIE 9 y DSM II se refieren a un "síndrome hiperquinético" y se excluyó a los niños en Estados Unidos con daño orgánico y retardo mental.

Hacia 1980 se empieza a enfatizar el problema de atención y la falta de autocontrol. El DSM III habla de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Los síntomas principales son falta de concentración, impulsividad e inquietud excesiva. El DSM III-R plantea el diagnóstico de un déficit de atención con hiperactividad, desechando la hipoactividad.

El DSM IV admite tres variedades con implicaciones diferentes según el predominio en el déficit de atención, en la impulsividad/hiperactividad o en ambas áreas en forma mixta. Los criterios para el diagnóstico del trastorno son casi idénticos entre el CIE 10 y el DSM IV, pero el CIE 10 define categorías más estrictas.

En cuanto a los síntomas, en la actualidad el diagnóstico es asignado a niños o adultos que presentan ciertas características conductuales mantenidas durante un cierto período de tiempo.

CLASE 11

Las conductas más comunes se agrupan en tres categorías:

a) Desatención: Las personas con desatención tienen una gran dificultad para mantener su mente en una sola cosa y pueden aburrirse con una tarea en pocos minutos. Pueden dar esfuerzos y atención automática a tareas que les son muy motivantes o los entretienen. No obstante se les dificulta el focalizar en forma deliberada y consciente su atención en una tarea o aprendizaje.

b) Hiperactividad: Las personas que tienen hiperactividad parecen estar siempre en movimiento. Sentarse durante una clase puede ser una tarea casi imposible. Los niños hiperactivos se paran de su asiento y caminan alrededor de la clase. Mueven constantemente sus pies, tocan todo o golpean ruidosamente sus

lápices. Los adolescentes y adultos se ven inquietos, impacientes, hacen varias cosas a la vez y fluctúan entre una actividad y la siguiente.

c) Impulsividad: Las personas impulsivas parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o pensar antes de actuar. Como resultado pueden hacer comentarios inadecuados, correr por una calle sin mirar, no esperar su turno en los juegos o quitar un juguete a otro niño.

Para asegurar que un niño tiene un déficit de atención es importante considerar algunos aspectos: ¿Son conductas excesivas, prolongadas en el tiempo y problemáticas? ¿Ocurren más a menudo que en otra gente de su edad? ¿Son un problema permanente o responden a una situación transitoria? ¿Ocurren en distintos lugares o sólo en un lugar específico como el colegio?

El DSM IV nos entrega una serie de criterios para efectuar el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los cuales se presentan a continuación:

A. (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo está “en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo irrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o en el trabajo, o en la casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

La edad de consulta más frecuente de este trastorno es entre los 6 y los 11 años. Éste es considerado el grupo que más se conoce y la demanda de consulta se produce por las dificultades para estudiar, su mal rendimiento escolar y sus problemas de conducta.

La mayoría de los niños presentan ciertas características como sentimiento de disconformidad, baja autoestima, sentimientos de culpa, cambios inesperados de humor e inadecuación social. Estos sentimientos derivan generalmente de que constantemente el niño o joven está siendo sometido a críticas, burlas y castigos tanto en el ambiente familiar como en el escolar.

Se ha descrito en algunas investigaciones que estos niños son propensos al consumo precoz de tabaco en la adolescencia. El trastorno ha sido vinculado al inicio del trastorno bipolar del cual sería precursor. Además se ha demostrado, en algunos casos, su asociación al síndrome de Gilles de la Tourette. Por último, el trastorno está vinculado al abuso de sustancias, incluido el alcohol en la edad adulta, y a la agresividad y desadaptación social.

Es posible que entre un 25 y 30% se encuentre un trastorno específico del aprendizaje, aunque en muchos casos los niños tengan inteligencia superior. Asimismo, muchos de estos niños tienen trastornos en el lenguaje, de predominio sobre el área expresiva.

Por otra parte, cerca de un 50% de los casos presentan al menos una alteración psiquiátrica adicional. El trastorno oposicional desafiante y los trastornos de conducta se presentan con frecuencia. Se describe que al menos un 25% de los casos tiene baja autoestima, asociado al menos a un episodio de depresión mayor durante sus años escolares y también con frecuencia sufren de trastorno de ansiedad con miedos y rabietas.

Es evidente que no todos los niños con trastorno por déficit de atención tienen comorbilidad. Por otra parte, no todos los pacientes que tienen síndrome de Latourette, trastorno oposicional desafiante, trastorno de conducta, ansiedad o depresión tienen trastorno por déficit de atención. Sin embargo, la presencia de estos desórdenes o la posibilidad que se den en conjunto por déficit de atención debe ser evaluado por un especialista que tenga entrenamiento en psicopatología.

En cuanto al diagnóstico diferencial, es posible señalar que los sinomas del trastorno por déficit de atención pueden confundirse con una serie de patologías que hay que tener presente:

a) La actividad de un niño normal cuyos padres son inexpertos y aprensivos. Hay niños que pueden ponerse hiperactivos por estar en ambientes un poco desestructurados o desorganizados. Sin embargo, el trastorno no es permanente como en el caso del niño con déficit de atención.

b) Los trastornos del aprendizaje sin hiperactividad, pueden también generar confusiones, por cuanto estos niños pueden aburrirse en el colegio al no recibir ayuda ni progresar en el aprendizaje. En estos casos un detenido estudio y evaluación de sus problemas y un examen psicopedagógico ayudarán al diagnóstico.

c) Los trastornos de conducta sin déficit de atención pueden a veces tener un cierto grado de desconcentración e inquietud en la escuela por desmotivación. Sin embargo, el hecho de que han empezado tardíamente en la vida ayuda a diferenciarlos.

d) Los estados depresivos pueden llevar a una baja en el rendimiento escolar, irritabilidad, problemas de concentración y dificultades con sus pares.

e) La angustia puede exteriorizarse como hiperactividad.

f) El uso de fármacos (antihitamínicos, broncodilatadores, teofilina, entre otras) puede producir hiperactividad.

g) Problemas visuales o auditivos pueden afectar en forma secundaria la atención y la memoria.

h) Es necesario señalar una serie de condiciones, que hay que tener presentes, como crisis de ausencia, intoxicación por plomo, trastornos generalizados del desarrollo (autismo) y maltrato físico o psicológico que pueden producir dificultades en la concentración e hiperactividad.

Revise ejercicio Nº 8

6.4 Trastorno de estrés post traumático (TEPT)

DSM IV- R define el Trastorno de estrés post traumático (TEPT) como una situación en la que la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida, o cualquier otra amenaza para su integridad física o es testigo de un acontecimiento en el que se producen: muertes, heridas o amenaza para la vida de otra persona. O bien conoce a través de terceros acontecimientos que implican muerte inesperada o violenta, daño seno, amenaza o peligro de muerte o heridas graves.

La respuesta de la persona a esta situación incluye, desesperanza, temor, horror y en los niños conducta desestructurada o agitada, impulsividad, conducta autodestructiva, molestias somáticas, sentimientos de culpa o vergüenza. Se entiende al estrés como una respuesta adaptativa, coordinada, del organismo ante estresores, de cualquier clase, que activa sistemas que originan cambios de conducta y cambios somáticos, que aumentan la habilidad del organismo para ajustar la homeostasis y aumentar las oportunidades de supervivencia.

El evento desencadenante se conoce como estresor, según su intensidad puede ser: grave o leve y según su persistencia en el tiempo puede ser agudo o crónico. Ante el estrés el organismo genera una respuesta adaptativa (respuesta al estrés), que consiste en vigilancia, enfoque de la atención, supresión de las funciones vegetativas (alimentación, reproducción) adaptación física: aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, inhibición del sistema reproductivo y del crecimiento.

6.4.1 Factores de riesgo

La respuesta del niño al estrés está condicionada:

a) Genotípicamente y determina la capacidad del niño para sobreponerse a estímulos ambientales nocivos, y se asocia a fenotipos determinados (rasgos de personalidad) que lo ayudan a afrontar el estrés.

b) Dinámica traumatogénica del estrés o sea todas las condiciones personales y sociales que median en la respuesta al estrés (sentimientos de impotencia, vergüenza, estigma y traición)

c) Factores sociodemográficos como:

- Edad: El estrés a muy temprana edad se relaciona con daño más profundo afectando los procesos de neurogénesis, sobreproducción sináptica, poda sináptica y mielimización en un periodo crítico del desarrollo del sistema nervioso central.
- Sexo: Se observa mayor frecuencia en sexo femenino que en masculino
- Estatus socioeconómico: asociado a menos apoyo sicosocial
- Otros eventos de la vida (positivos y negativos) que condicionan mayor respuesta desadaptativa
- Cultura: Las personas que han emigrado recientemente a zonas con mayores disturbios sociales suelen presentar mayor incidencia de trastornos por estrés.

d) Co-morbilidad siquiátrica: los pacientes con otra patología psiquiátrica tienen menos capacidad de afrontar el estrés

e) Las estrategias de afronte: la forma individual de reconocer, reaccionar y manejarse ante el estrés. Se relaciona con creencias causales, sentimientos de control y con la capacidad de evaluación de la situación ya que si el estresor es percibido como manejable prevalecen las estrategias de solución de problemas pero si es percibido como no tolerable el efecto negativo producirá estrategias de solución de problemas con predominio emotivo.

f) Rasgos de personalidad: Rasgo evitativo de dolor (tendencia a preocuparse, pesimismo, miedo a la incertidumbre) que es determinado genéticamente y se debe a desregulación serotoninérgica. Rasgos compulsivos (rigidez, reflexividad, reserva, orden), auto dirección: dificultad para definir Los objetivos, predispone a conducta evitativa, siente que pierde el control y les es difícil adaptarse a situaciones difíciles.

g) Factores familiares: (sicopatología y funcionamiento parental, estado civil, y educación) La respuesta de los padres ante el evento traumático influencia particularmente a los niños que no comprenden lo que sucede. Un aspecto importante que afecta la respuesta al estrés es la calidad del apego entre más inseguro, más distorsionada es la visión que la persona tiene de sí misma y de los demás.

Cabe destacar que el estresor puede ser súbito, como por ejemplo, un incidente, un trauma agudo o crónico (abuso físico o sexual). Además, los niños también sufren por la exposición indirecta (muerte o lesión de un ser amado) como en situaciones de desastres guerra o violencia social.

h) Factores sicodinámicos*:* la hipótesis psicodinámica señala que el trauma reactiva un conflicto psicológico que se encontraba quiescente, esta reactivación del conflicto infantil trae consigo la regresión y el uso de mecanismos de defensa como la represión, negación, la reacción formativa, proyección, minimización.

i) Factores cognitivos: esta teoría establece que la persona afectada no puede racionalizar o procesar el trauma, continua experimentando el estrés e intenta evitarlo a través del uso de técnicas de evitación consistente con su habilidad para lidiar con el evento en forma cognitiva experimentan periodos alternantes de conocimiento y bloqueo del evento el intento del cerebro por procesar toda la información provocada por el trauma produce estos periodos alternos. La teoría conductual supone dos fases en la primera el trauma (estimulo acondicionado) que produce una respuesta de miedo es apareada con un estimulo condicionado (recuerdos físicos o mentales del trauma) segunda fase a través de aprendizaje el estimulo Acondicionado provoca respuesta de miedo independientemente del estímulo Acondicionado y la persona desarrolla una conducta de evitación para ambos estímulos.

CLASE 12

6.4.2 Diagnóstico

Criterios del DSM IVR para el TEPT:

A.-La persona ha sido expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza, □ un horror intenso nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse por comportamientos des estructurad os o agitados.

B.-El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una o más de Las siguientes formas:

1. Recuerdos recurrentes o intrusitos del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones nota. En los niños pequeños esto puede expresarse por en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2, Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar nota. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. La persona actúa o tiene la sensación de que el evento está ocurriendo (sensación de estar reviviendo, flash back, alucinaciones, ilusiones, episodios disociativos) nota. Los niños pueden re escenificar el evento traumático específico,

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento.

5. Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento.

C- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de La reactividad general del individuo tal como Lo indican tres o más de los siguientes:

1, Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el evento.

2. Esfuerzos por evitar actividades, personas o lugares que recuerden el trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento

4. Reducción acusada del integres en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva

7. Sensación de un futuro limitado

D- Síntomas persistentes de activación como indican dos o más de los siguientes.

1. Dificultades para mantener o conciliar el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultad para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuesta exagerada de sobresalto

E-Estas alteraciones de Los criterios BCD se prolongan por más de un mes (2)

Reexperiencia: Los pacientes re-experimentan el evento traumático aun con pensamientos desagradables, en la forma de memorias, flash back y sueños.

Las pesadillas infantiles pueden asociarse al tema del trauma particular o generalizarse a otros miedos. El juego traumático es una forma específica de reexperimentar en los niños muy pequeños. Los niños mayores incorporan aspectos del trauma en sus vidas

realizando acciones fantaseadas de intervención o venganza las cuales son comunes. Los adolescentes deben considerarse en riesgo de acting out impulsivos secundarios a la angustia y fantasías de venganza, comportamientos relacionados con respecto al trauma son: acting out sexual, abuso de sustancias, delincuencia, Los niños generalmente muestran poco interés a situaciones previamente agradables. Conductas regresivas tales como: enuresis y miedo a dormir solo.

6.4.3 Curso y pronóstico

El retraso en la aparición de los síntomas puede ser tan corto como una semana o tan largo como 30 años. Los síntomas pueden fluctuar en el tiempo y pueden ser más intensos en periodos de estrés. Sin tratamiento se recupera el 30% y el 10% continua con síntomas leves y 20% moderados. Mientras que otros se mantiene sin cambios o empeoran. Después de un año cerca del 50% se ha recuperado.

El rápido inicio de los síntomas es de buen pronóstico, así como la corta duración (menos de ó meses) buen funcionamiento premorbido, fuerte soporte social y ausencia de otro trastorno siquiátrica o enfermedad médica o abuso de sustancias.

En general los más jóvenes tienen mayor problema. Por ejemplo, cerca de 80% de los niños que sufren quemaduras muestran síntomas de EPT uno o dos años después del traumas, solo 30% de adultos con el mismo trauma tienen EPT un año después. Presumiblemente los niños no poseen mecanismos de coping adecuados para lidiar con las lesiones físicas y emocionales del trauma.

Los niños con experiencias traumáticas tienen mayor riesgo de presentar posteriormente problemas de conducta, trastornos depresivos, trastornos de personalidad, abuso de sustancias, intentos suicidas, embarazo no deseado, síndromes de dolor crónico como: dolor abdominal, cefalea, dolor lumbar, fibromialgia, dolor pélvico, se han asociado a historia de abuso sexual o físico en la infancia, también se asocia con disminución de su IQ cuando el estrés post traumático es de larga duración.

6.4.4 Tratamiento

La mejor conducta es dar apoyo, animarlo a discutir el evento, y educación acerca de una variedad de mecanismos de afrontamiento (relajación) puede ser de ayuda el uso de tranquilizantes o hipnóticos. Cuando un paciente sufre de EPT por un evento en el pasado lo mejor es hacer énfasis acerca del trastorno y su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

a) Farmacoterapia: Los IRSS corno fluoxetina se consideran los medicamentos de elección. La imipramina y amitriptihna pueden ser utilizados al igual que la carbamacepina y el valproato.

b) Psicoterapia: en la que la reconstrucción del hecho es asociado a abreacion y catarsis.

c) Terapia cognitiva, conductual, e hipnosis. Se usan con frecuencia y con éxito.

d) Inmediatamente después del trauma: intervención en crisis: apoyo, educación, y desarrollo de mecanismos de afrontamiento y aceptación del evento. Cuando ya se ha establecido el EPT se puede seguir dos acercamientos mayores: terapia de exposición en la que el paciente reexperimenta el evento a través de imaginación o por exposición en vivo. La exposición puede ser intensa o gradual (desensibilización sistemática) el segundo acercamiento es enseñar aJ paciente métodos de manejo del estrés como relajación y técnicas cognitivas para manejar el estrés.

e) Terapia familiar; es multidisciplinaria se centra en la psicoeducación acerca del trauma, fortalecimiento de conductas que eviten la victimización, que aumenten las habilidades para resolver problemas, mejore las habilidades de comunicación entre los miembros de la familia, permita establecer rutinas familiares específicas para reforzar la conducta del niño y establecer límites parentales, aumente la interrelación.

7. DISCAPACIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

La salud, como derecho fundamental de toda persona, adquiere una connotación especial cuando esa persona tiene una discapacidad, puesto que ésta repercute en el estado de salud y obliga a abordar sus cuidados con especial profesionalidad y cercanía.

Por otra parte, la discapacidad intelectual es un factor más a tener en cuenta, tanto por las dificultades inherentes a ella misma y los problemas de la persona para cuidarse de sí misma, como por la frecuencia con que se ha de prescribir medicación psicótropa.

Podemos afirmar que, como grupo, las personas con discapacidad (sensorial, física, intelectual o mental) ciertamente tienen mayor número de problemas de salud; y eso obliga a la sociedad a dirigir la atención y los recursos para intentar prevenirlos, solucionarlos o, al menos, aliviarlos.

Poco a poco nos vamos acostumbrando a distinguir cuadros específicos y concretos, conforme conocemos la causa o etiología de la discapacidad intelectual. Si la causa orgánica de esa discapacidad afecta a otros órganos, además del cerebro, es lógico que vaya apareciendo a lo largo de la vida una mayor o menor constelación de cuadro.

Con independencia de la salud y patología circunscrita a un síndrome concreto, es preciso considerar aquellos rasgos de salud que pueden verse afectados de modo general por el simple hecho de estar más asociados a este tipo de discapacidad. Y, por otra parte, es

preciso saber si la propia discapacidad intelectual modifica el modo en que la persona manifiesta (o deja de manifestar, que es más grave) su dolencia.

En muchas oportunidades se dan problemas que pueden pasar desapercibidos si no son tenidos en cuenta y que ocasionan graves limitaciones. Cabe destacar también que, en algunas oportunidades, estas limitaciones pueden no ser comunicadas de forma verbal y, en cambio, lo son en forma conductual, es decir, en forma de modificaciones graves de conducta que, por una parte, alteran seriamente la vida diaria del individuo y de quienes con él conviven, y por otra hacen pensar en diagnósticos mucho más serios aunque falsos (por ejemplo, demencia, psicosis, depresión), con lo cual se inicia el tratamiento de una enfermedad que no existe y no se trata la que existe.

Posee una gran importancia el hecho de reconocer que las personas con discapacidad intelectual, tanto más cuanto mayor edad van teniendo, no sólo están expuestas al mismo tipo de problemas médicos que el resto de la población (insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes tipo II, cáncer, hipertrofia de próstata, etc.), sino que es en ellas relativamente frecuente la aparición progresiva de pérdidas sensoriales de vista o de oído, la presencia de problemas osteo-articulares que se combina con el escaso ejercicio físico que realizan, la osteoporosis con el mayor riesgo de fracturas, la patología tiroidea, las crisis epilépticas, el estreñimiento o la incontinencia urinaria.

Pero, además, no suelen presentar sus quejas de manera espontánea que llamen la atención sobre su proceso patológico, y es así como toleran importantes trastornos sensoriales, el dolor torácico, la disnea, la dispepsia o los problemas relacionados con la micción sin prácticamente quejarse, o expresándolo con síntomas de manera enteramente atípica: mediante el aumento de la irritabilidad, la inactividad, la pérdida de apetito, los problemas de sueño.

7.1 Formas de tratamiento

Las formas de tratamiento de la psicopatología y discapacidad dependerán absolutamente de la perspectiva teórica que elija el profesional de la salud mental, ya que de acuerdo a esto será el tipo de terapia que éste utilice.

Es así como un profesional que utilice una perspectiva conductual o de aprendizaje social ofrecerá tratamientos orientados hacia la acción y centrados en los problemas del presente, ya que partirá de la base de que la terapia es un proceso de aprendizaje regido por principios comunes a todas las situaciones de aprendizaje.

Además de la perspectiva teórica del profesional, es necesario categorizar la forma de tratamiento, es decir, el modo en el que se prestan los servicios.

Por ejemplo, los terapeutas que trabajan desde el punto de vista de distintas perspectivas teóricas son partidarios de incluir a la familia en el tratamiento. Por

consiguiente, trabajar con la familia sería una forma de tratamiento que utilizaría el terapeuta desde distintas perspectivas.

Asimismo, también puede tratarse al niño de distintas formas. En efecto, sobre todo a medida que los trastornos del niño y del adolescente se consideran cada vez más como la combinación de una serie de factores, hay muchos terapeutas que suelen emplear distintas formas de tratamiento, e incluso en un caso en particular de una combinación de dichas formas.

Los terapeutas pueden ver al joven en sesiones individuales, estas sesiones pueden asemejarse a los intercambios verbales de las sesiones con adultos, o, sobre todo en el caso de los niños pequeños, convertirse en sesiones en las que el juego sea el principal modo de interacción entre el terapeuta y el niño.

También es necesario considerar que puede ocurrir que los terapeutas pasen relativamente poco tiempo con el niño, centrándose, en su ligar, en enseñar a los padres a trabajar con su hijo. La formación que se les da a los padres tiene el valor añadido de proporcionar una serie de técnicas parentales generales que pueden ser de utilidad en otras situaciones o con otros niños. A veces, varios miembros de la familia asisten a tratamientos individuales y separados.

Otra posibilidad es que el profesional decida trabajar con la familia como una unidad. Tampoco es raro encontrar casos en que se ve en consulta a otros adultos que desempeñan un papel importante y que trabajan con el niño, como por ejemplo, un profesor.

Igualmente, pueden aplicarse distintas formas de tratamiento en grupo, en lugar de hacerlo individualmente. Asimismo, en el tratamiento de niños y adolescentes también puede emplearse la medicación.

Las técnicas que se mencionan no son más que algunas de las formas de tratamiento que se emplean cuando se trabaja con niños y adolescentes.

A continuación se procederá a realizar un breve repaso por algunas de las formas de tratamiento más frecuentes.

7.1.1 Psicoterapia individual y de grupo

La idea tradicional que se tiene de la psicoterapia son las sesiones individuales verbales. En el caso de los adultos, ésta es la forma de tratamiento más frecuente, si bien los terapeutas también han ofrecido la terapia en grupo basándose en las diferentes perspectivas teóricas. Pueden utilizarse los mismos supuestos y métodos que se emplean en las terapias individuales, pero con un formato de grupo. Asimismo, aunque el formato de grupo pueda preferirse por cuestiones prácticas, o a fin de proporcionar tratamiento a un mayor número de niños y adolescentes, hay otras razones que apoyan esta elección.

Los grupos ofrecen la oportunidad de tener unas experiencias de socialización que no existen en el modo individual. Del mismo modo, el tratamiento en grupo puede resultar mucho más atractivo para el niño o el adolescente, ya que parece menos amenazador y demuestra que sus iguales también tienen problemas, además de proporcionar a menudo la posibilidad de realizar actividades que es poco probable que surjan en la sesiones individuales con un terapeuta adulto.

Ya sea en un formato individual o de grupo, los tratamientos que se describen como formas verbales de psicoterapia constituyen la forma de intervención primordial, particularmente cuando se trata de niños mayores y de adolescentes. No obstante, la necesidad de modificar los métodos de tratamiento para adaptarlos al nivel cognitivo y emocional del desarrollo del niño es un factor cuya consecuencia ha sido la aparición de formas de tratamiento no verbales para trabajar con niños.

7.1.2 Terapia mediante juegos

Una forma frecuentemente utilizada es el juego como vehículo terapéutico, lo cual es consecuente con la importancia que éste tiene en el desarrollo de los niños.

El juego como una forma de terapia constituye para muchos terapeutas una solución frente a las menores habilidades verbales que tiene el niño. En lugar de basarse exclusivamente en interacciones verbales abstractas, el terapeuta emplea el juego para ayudar a definir la comunicación. La mayoría de los terapeutas utilizan el juego como medio de comunicación durante sus sesiones terapéuticas. No obstante, la terapia mediante juegos también se presenta como un enfoque más estructurado y definido del tratamiento.

Las dos perspectivas más conocidas de la terapia mediante juegos han surgido de la perspectiva psicodinámica y de la perspectiva centrada en el cliente.

La terapia mediante juegos fue el centro de una polémica que se produjo entre dos de los primeros especialistas más importantes en terapia de niños desde una perspectiva psicoanalítica.

Los primeros analistas coincidían en que era necesario modificar las técnicas analíticas a fin de tratar al niño con eficacia. Esto condujo a la utilización del juego como un mecanismo para que los niños expresaran lo que pensaban y sentían. Sin embargo, uno de los puntos de la polémica que se había suscitado era el de considerar, o no, el juego de los niños como un equivalente de la asociación libre verbal del adulto. Por otro lado, tampoco había un acuerdo con respecto a las interpretaciones psicoanalíticas de los juegos del niño.

Una de las primeras terapeutas que hizo hincapié en la importancia del juego como parte del tratamiento del niño fue Melanie Klein (1932), quien obtuvo una muy buena acogida y aceptación por parte del resto de sus colegas en aquel entonces.

Klein denominaba terapia mediante juego a los procesos mediante los cuales los juegos del niño se utilizaban como base de interpretación psicoanalítica, al igual que la asociación libre verbal se emplea en el psicoanálisis de adultos.

En el lado contrario estaba Anna Freud, quien estaba en desacuerdo con la importancia y la trascendencia que ésta y otros pensaban que tenía el juego, considerando el juego tan solo como posible medio de expresión. Asimismo, Anna Freud era de la opinión de que si bien el niño expresaba sus emociones y pensamientos a través del juego. Éstos no podían igualarse a nivel cognitivo a la producción intencionada de las asociaciones libres de los adultos.

Además estas dos mujeres tampoco estaban de acuerdo con respecto a la interpretación del material resultante de estos juegos. Klein ponía mucho énfasis en la interpretación simbólica del juego, otorgándole un papel destacado a lo largo de todo el proceso psicoanalítico. Por el contrario, Anna Freud daba menos importancia al papel de la interpretación, y no siempre lo veía como un conflicto simbólico. Por ejemplo, ésta no compartía la opinión de Klein según la cual un niño que abriera el bolso de una señora estaba expresando simbólicamente la curiosidad que sentía por el contenido del útero de su madre, sino que más bien el niño estaría respondiendo a una experiencia que tuvo el día anterior cuando alguien le llevó un regalo en un recipiente similar.

La postura psicoanalítica actual está más en la dirección de las opiniones que Anna Freud tenía con respecto al juego y a otros temas.

En efecto, por el término terapia mediante juegos tal y como se utiliza en la actualidad se entiende el tratamiento que se le da al niño en el juego que es la principal forma de expresión (independientemente de la orientación del terapeuta) y no la definición más bien limitada de Melanie Klein.

Otra de las principales influencias que ha afectado la evolución de la terapia mediante juegos fue el trabajo de Virginia Axline, quien desarrolló su enfoque a partir de la perspectiva centrada en el cliente asociada a Carl Rogers. Los principios esbozados por Axline en 1947, siguen siendo las pautas de la terapia mediante juegos centrada en el cliente que se aplica actualmente.

Los principios del enfoque centrado en el cliente son los mismos para adultos que para niños de distintas edades. El terapeuta realiza ajustes en el estilo de comunicación con el fin de crear un entorno terapéutico adecuado, de aceptación, permisivo y no directivo. La utilización del juego con niños contribuye a crear dicho ambiente.

7.1.3 Tratamiento en centros de internamiento

El tratamiento en centros de internamiento constituye una forma de intervención para casos de trastornos graves de la conducta, ya que éstos pueden ser tan difíciles de tratar que

trabajar con el niño o el adolescente como paciente externo no proporcionaría suficiente contacto o control. Igualmente, puede existir el peligro de que los niños se hagan daño a sí mismos o a otros, siendo, por tanto, necesaria una supervisión más de cerca. Por otro lado, también puede alearse al niño de su casa debido a que la situación familiar sea extremadamente problemática, lo que nos indicaría que una intervención eficaz en el seno del hogar no podría llevarse a cabo.

Lamentablemente, la falta de disponibilidad de otro tipo de acomodación puede tener como consecuencia el internamiento del niño en una institución, a pesar de que las intervenciones en entornos menos restrictivos, como grupos o familias adoptivas, pueden ser eficaces.

El tratamiento en régimen de internado puede aplicarse en hogares para grupos, en las unidades de psiquiatría infantil de los hospitales, en unidades en entornos no médicos y en las instalaciones para jóvenes que forman parte del sistema judicial y legal. El tratamiento proporcionado en estos lugares suele incluir toda una serie de servicios como son las intervenciones terapéuticas, educativas y vocacionales. Debido a que los programas difieren tanto en sus contenidos, ha sido difícil evaluarlos, y, por tanto, se sabe menos de lo que se quisiera respecto a la efectividad de los mismos.

7.1.4 Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos, es decir, la medicación, forman parte de las intervenciones empleadas en una gran variedad de trastornos de la conducta del niño y del adolescente. La diferencia entre éstos y las formas de tratamiento que acabamos de explicar es que el empleo de medicación está más estrechamente relacionado con una sola perspectiva, la influencia de los factores biológicos. No obstante, los agentes psicofarmacológicos a menudo se emplean combinándolos con otras formas de tratamiento. Los medicamentos que afectan al estado de ánimo, a los procesos mentales o a la conducta pública se conocen como psicotrópicos o psicoactivos, empleándose a menudo en estos casos el término tratamiento psicofarmacológico.

Los fármacos psicotrópicos producen sus efectos terapéuticos al influir en los procesos de neurotransmisión. Autores como Poling, Gladow y Cleary, durante 1991, describieron algunas de las formas en que estos medicamentos pueden afectar a la neurotransmisión:

a) Alterando la producción del organismo de un neurotransmisor.
b) Interfiriendo en el almacenaje de un neurotransmisor.
c) Alterando la liberación de un neurotransmisor.
d) Interfiriendo en la inactivación o recaptación de un neurotransmisor
e) Interactuando con los receptores específicos de un neurotransmisor.

Hay quienes creen que los fármacos psicoactivos tienen un mecanismo específico y claramente definido que hace que actúen, mientras otros opinan que los motivos exactos de su eficacia son desconocidos.

La acción de ciertos fármacos en la producción de efectos antipsicóticos es un ejemplo de un mecanismo de acción que se ha especificado.

Podríamos utilizar la analogía de una cerradura y una llave para describir cómo actúan estos fármacos, impidiendo que la dopamina de los neurotransmisores llegue a los receptores. Las moléculas de los fármacos neurolépticos (antipsicóticos) y la dopamina son llaves similares pero no idénticas. La llave de la dopamina encaja perfectamente en la cerradura del receptor, y puede abrirla y afectar a la transmisión que llega a la neurona en la que se sitúa el receptor. De este modo, se evita que las moléculas de dopamina se combinen con los receptores, lo cual afecta a la neurotransmisión. El bloqueo de las funciones de la dopamina es, pues, un mecanismo mediante el cual se cree que ciertos agentes antipsicóticos ejercen su acción terapéutica.

La utilización de fármacos psicoactivos, el respaldo a su eficacia y a sus supuestos mecanismos de acción se estudiarán más adelante cuando hablemos de los distintos trastornos.

Tipo	Nombre genérico	Selección de denominaciones (marcas) comerciales
Antidepresivo		
Tricíclicos	Imipramina	Tofranil
	Amitriptilina	Elavil, Endep
	Desipramina	Norpramin
	Nortriptilina	Pamelor
Otros	Fluxetina	Prozac
Antimaniacos	Carbonato de litio	Eskalith
Antipsicóticos (neurolépticos)		
Fenotiacinas	Clorpromacina	Thorazine
	Tioridacina	Mellaril
Tioxantinas	Tiotixeno	Navane

Butrofenos	Haloperidol	Haldol
Estimulantes	Metilfenidato Dextroanfetamina Pemolina	Ritalín Dexedrina Cylert
<u>Tranquilizantes (ansiolíticos)</u> Benzodiacepinas	Alprazolán Clordiacepóxido Diacepán	Xanax Librium Valium
<u>Varios</u>	Clonidina Fenfluramina Naltrexona Propanolol	Catapres Pondimin Trexan Inderol

Revise ejercicio Nº 9