

Salud Mental Infanto-Juvenil

Ovidia Rodríguez Méndez



Salud Mental Infanto-Juvenil

Ovidia Rodríguez Méndez

Editorial Ciencias Médicas

Salud Mental Infanto-Juvenil

Salud Mental Infanto-Juvenil

Dra. Ovidia Rodríguez Méndez

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-juvenil



La Habana, 2005

Datos CIP- Editorial Ciencias Médicas

Rodríguez Méndez Ovidia

Salud Mental Infanto-Juvenil/ Ovidia
Rodríguez Méndez... [y otros]. La Ha-
bana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

XIV. 294p.

Incluye un índice general. Bibliografía al final del
libro. Está dividido en 40 temas con sus autores.
ISBN 959-212-170-2

1.TRASTORNOS MENTALES 2.SALUD
MENTAL 3.TRASTORNOS MENTALES
DIAGNOSTICADOS EN LA NIÑEZ

WS350

Revisión técnica: Dra. Ovidia Rodríguez Méndez

Edición: Lic. María Elena Espinosa Pérez

Lic. Ana Oliva Agüero

Diseño: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

Composición: Odalys Beltrán del Pino

© Ovidia Rodríguez Méndez, 2005

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2006

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle I No. 202, esquina Línea, Vedado,

Ciudad de La Habana, 10400, Cuba

Correo Electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 55 3375, 832 5338

Autor principal

Ovidia Rodríguez Méndez

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Autores

Ana María Gómez García

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Argelia Pérez Hernández

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Celestino Vasallo Mantilla

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Psiquiatría General. Profesor Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Cristóbal Martínez Gómez

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesor Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Elsa Gutiérrez Baró

Doctora en Ciencias. Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Francisca Cruz Sánchez

Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Guillermo Barreto Ramírez

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Guillermo Barrientos de Llano

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Psiquiatría General. Profesor Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Juana Velásquez Argota

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

María de la Concepción Galeano Ramírez

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Matilde de la C. Molina Cintra

Licenciada en Psicología. Máster en Pedagogía Clínica. Asistente de la Facultad de Psicología de La Universidad de La Habana

Ricardo González Menéndez

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Psiquiatría General. Profesor Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Vivian Ravelo Pérez

Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Yodalia Leiva Marín

Especialista de II Grado en Psiquiatría General. Profesora Titular y Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Prefacio

Constituye un enorme placer escribir estas líneas que sirvan de introducción a esta obra, fruto del trabajo y de la experiencia de un colectivo de autores que se distingue por su profesionalidad, ética y amor a la niñez y a la adolescencia.

El propósito fundamental de este libro es instruir al equipo de salud sobre ese objetivo esencial de su trabajo, la niñez y la adolescencia, capacitarlo para reconocer cuándo existen problemas y conflictos, y mostrarle la manera de afrontar integralmente estas situaciones con los propios recursos de la familia y la comunidad. Pero además, satisfacemos la necesidad de tener un texto de consulta sobre esta temática, instrumento que, en manos de nuestros profesionales, facilitará y contribuirá de manera eficaz a mejorar la promoción de la salud mental, la prevención de los riesgos, la atención y rehabilitación de los trastornos, así como la solución de problemas que, aunque no sean entidades nosológicas, dañan la calidad de vida de niñas, niños y adolescentes.

El paradigma biomédico de enfoque fundamentalmente curativo predominó hasta muy avanzada la mitad del siglo pasado. El desarrollo de la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles imprimió a la medicina una orientación preventiva. Luego, con los más recientes aportes de las ciencias de la salud, se propugna el papel de la promoción de salud como primordial. La reforma de la asistencia psiquiátrica, que se implementa en muchos países, implica la reestructuración de hospitales, la creación de centros para la atención ambulatoria, la reorientación hacia la atención primaria y la organización de la comunidad en función de esta nueva estrategia.

Contrario a la creencia popular, los trastornos de salud mental son comunes durante la niñez y la adolescencia. Ambas etapas son fases del desarrollo en el que es difícil definir límites claros entre fenómenos que son parte de esa evolución normal y otros que no lo son. El predominio de estos desórdenes aún es incierto, pero resulta un problema muy serio en la población escolar. Además, muchas de las entidades de mayor frecuencia en los adultos pueden surgir durante la infancia; un ejemplo es la depresión, identificada cada vez más en la niñez. Especial atención se debe prestar a estas estimaciones altas de morbilidad en niños y adolescentes.

Estas son problemáticas habituales en pacientes que asisten a los escenarios de atención primaria. Es importante valorar su magnitud, debido al potencial por identificar de personas con estas afecciones y proporcionar el cuidado necesario a ese nivel. Los diagnósticos más comunes son trastornos en el aprendizaje, ansiedad, depresión y consumo de drogas. Estas entidades pueden presentarse solas o combinadas e incluso concomitar con una o varias enfermedades físicas. En este volumen se describen los principios de la psiquiatría social y comunitaria; se analiza cómo influyen los factores psicosociales, la violencia y los desastres en la salud mental; se hace énfasis en la promoción de ésta y en el desarrollo psicológico, y se trata la importancia que tienen la separación y el divorcio como factores de riesgo. Por su importancia se estudian exhaustivamente, los trastornos del aprendizaje, de adaptación, neuróticos y de personalidad, del control esfinteriano y de la conducta alimentaria, entre otros. Asimismo, se destaca la importancia que tienen en el desarrollo de las relaciones interpersonales entidades como la depresión subclínica en la adolescencia, la timidez, el retraso mental, el autismo, la esquizofrenia, la conducta suicida y las adicciones. También, se dan a conocer nociones de terapia, psicoterapia de grupo y manejo de las urgencias psiquiátricas.

Por su contenido, este texto se convierte en un valioso recurso que proveerá a los estudiantes, los especialistas y al equipo de salud los conocimientos imprescindibles para lograr la eficacia de sus funciones, tanto en la prevención y el tratamiento de enfermedades, como en la promoción de la salud mental en la comunidad, lo cual constituye su tarea primordial.

Dr. Cristóbal Martínez Gómez

Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil

La Habana, 2005

Índice

- Tema 1. Principios elementales de psiquiatría social / 1
 - Psiquiatría y psiquiatría social / 1
 - Lo social y la psiquiatría / 3
 - Reestructuración y reorientación de la psiquiatría en América Latina / 14
 - Definición de psiquiatría social / 15
 - Factores integrantes de la Psiquiatría social / 17
 - Campo de la salud / 18
 - Equipo interdisciplinario / 19
 - Psiquiatría pública / 20
 - Psiquiatría transcultural / 22
 - Psicología social de la salud / 23
 - Psiquiatría preventiva / 23
- Tema 2. Psiquiatría comunitaria / 25
 - Modelo de atención psiquiátrica comunitaria / 28
 - Acciones de salud / 31
 - Diagnóstico comunitario de salud mental / 34
- Tema 3. Factores psicosociales y salud mental / 40
 - Factores psicosociales / 41
 - Factores de riesgo / 43
- Tema 4. Factores psicosociales y grupos vulnerables / 45
 - Consecuencias / 48
 - Respuestas / 49
- Tema 5. Factores psicosociales, violencia y salud mental / 52
 - Factores psicosociales / 55
 - Respuestas / 59
 - Conclusiones / 61
- Tema 6. Factores psicosociales, familia y salud mental / 62
 - Funciones de la familia / 64
 - Ciclo vital / 65
 - Aspectos psicosociales / 66
 - Otras características / 69
 - Enfermedad mental y familia / 70
 - Conclusiones / 72
- Tema 7. Desastres y salud mental / 74
 - Desastres según su impacto en la salud mental / 76
 - Fases de los desastres y salud mental / 78
 - Fase precrítica / 78
 - Fase de crisis o de impacto / 79
 - Fase poscrítica / 79
 - Fase de recuperación / 80
 - Aproximación a las intervenciones en salud mental y desastres / 81
 - Reacciones y manifestaciones psíquicas ante un desastre / 85
- Tema 8. Promoción de salud mental / 88
 - Enfoque de resiliencia / 88
 - Perfil de un niño o adolescente resiliente / 91
 - Acciones para promover la resiliencia / 91
- Tema 9. Desarrollo psicológico de niños y adolescentes / 96
 - Desarrollo psicológico del niño de 0 a 5 años / 97
 - Características del desarrollo emocional de 0 a 5 años / 99
 - Periodo de 0 a 2 meses / 99
 - Periodo de 2 a 6 meses / 100
 - Periodo de 6 a 12 meses / 100
 - Periodo de 12 a 18 meses / 100
 - Periodo de 18 a 24 meses / 101
 - Periodo de 2 a 5 años / 101
 - Indicadores del desarrollo psicológico según la edad / 102

- Características generales de la entrevista psicológica a niños y a adolescentes / 113
- Tema 10. Violencia y perretas en la niñez / 115
- ¿Cuándo son agresivos nuestros hijos? / 115
 - Perretas / 115
 - ¿Qué hacer ante las perretas? / 116
 - ¿Por qué el comportamiento agresivo de nuestros hijos? / 116
 - ¿Cuándo y cómo debemos utilizar el castigo? / 117
 - Prevención de la violencia / 117
 - ¿Cómo? / 118
 - ¿Cómo educar a los hijos sin gritarles ni golpearles? / 118
 - ¿Cómo educar mejor a su hijo? / 119
 - Recomendaciones para un desarrollo emocional adecuado de su hijo / 120
- Tema 11. Separación y divorcio de los padres / 122
- Tema 12. Trastornos del aprendizaje / 123
- Dislexia / 124
 - Patogenia / 124
 - Diagnóstico / 124
 - Diagnóstico diferencial / 125
 - Tratamiento / 125
 - Disgrafía / 125
 - Patogenia / 125
 - Diagnóstico / 126
 - Diagnóstico diferencial / 126
 - Tratamiento / 126
 - Discalculia / 127
 - Patogenia / 127
 - Diagnóstico / 127
 - Diagnóstico diferencial / 127
 - Tratamiento / 127
- Tema 13. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / 128
- Prevención / 128
 - Cuadro clínico / 128
 - Diagnóstico / 129
 - Criterios diagnósticos / 129
 - Diagnóstico diferencial / 131
 - Evolución / 131
 - Complicaciones / 131
 - Tratamiento / 131
 - Tratamiento psicológico / 131
 - Tratamiento farmacológico / 132
- Tema 14. Retraso mental / 133
- Diagnóstico / 133
 - Etiología / 134
 - Causas de retraso mental según criterio temporal / 134
 - Clasificación y cuadro clínico / 135
 - Retraso mental leve / 135
 - Retraso mental moderado / 136
 - Retraso mental severo / 136
 - Retraso mental profundo / 137
 - Tratamiento / 137
 - Pilares / 137
 - Pronóstico y profilaxis / 138
- Tema 15. Autismo infantil / 139
- Diagnóstico / 140
 - Cuadro clínico / 141
 - Trastornos generalizados del desarrollo. Características generales / 142
 - Criterios para el diagnóstico de F84.0: trastorno autista / 142
 - Diagnóstico diferencial de autismo primario y secundario / 145
 - Tratamiento / 146
- Tema 16. Trastornos psicóticos / 147
- Clasificación / 147
 - Diagnóstico / 148
 - Prevalencia / 149

- Diagnóstico diferencial / 149
- Tratamiento / 152
- Pronóstico / 152
- Tema 17. Esquizofrenia / 153
 - Cuadro clínico / 154
 - Diagnóstico diferencial / 154
 - Pronóstico / 155
 - Tratamiento / 155
- Tema 18. Trastornos mentales orgánicos / 156
 - Patogenia / 156
 - Formas clínicas / 157
 - Síndromes encefálicos orgánicos agudos / 157
 - Síndromes encefálicos orgánicos crónicos / 158
 - Otros trastornos mentales por enfermedad, lesión o disfunción cerebral / 158
 - Tratamiento / 159
 - Nivel primario / 160
 - Nivel secundario / 160
 - Rehabilitación / 160
- Tema 19. Trastorno de ansiedad por separación / 161
 - Cuadro clínico / 161
 - Patogenia / 161
 - Criterios de diagnósticos (DSM-IV) / 162
 - Prevalencia / 162
 - Evolución / 162
 - Diagnóstico diferencial / 163
 - Complicaciones / 163
 - Tratamiento / 163
- Tema 20. Trastorno de evitación: timidez / 164
 - Patogenia / 164
 - Evolución / 164
 - Tratamiento / 164
- Tema 21. Trastornos de personalidad en la adolescencia / 165
 - Características generales / 166
 - Clasificación / 166
 - Trastorno orgánico / 166
 - Trastorno esquizoide / 166
 - Trastorno paranoide / 167
 - Trastorno obsesivo-compulsivo / 167
 - Trastorno explosivo / 167
 - Trastorno histérico / 167
 - Trastorno antisocial / 167
 - Evolución / 168
 - Diagnóstico diferencial / 168
 - Tratamiento / 168
- Tema 22. Trastornos neuróticos / 170
 - Cuadro clínico / 170
 - Manejo de la fobia escolar / 171
- Tema 23. Trastornos de adaptación / 173
 - Epidemiología / 173
 - Cuadro clínico / 173
 - Enfermedad aguda: hospitalización / 174
 - Enfermedad crónica / 175
 - Situaciones de desajuste familiar / 177
 - Experiencias de separación / 177
 - Tratamiento / 178
- Tema 24. Depresión subclínica en la adolescencia / 179
 - Trastornos psicósomáticos / 179
 - Patogenia (multicausalidad) / 180
 - Diagnóstico de sospecha / 180
 - Evolución clínica / 180
 - Tratamiento y manejo general / 181
- Tema 25. Conducta suicida / 182
 - Factores de riesgo / 183
 - Factores predisponibles / 183
 - Individuales / 184
 - Familiares / 184
 - Sociales / 184
 - Factores desencadenantes / 185

- Tratamiento / 186
 - Preventivo / 186
 - Ayuda psicológica / 186
- Tema 26. Trastorno del control esfinteriano: enuresis / 187
 - Epidemiología / 187
 - Etiología / 188
 - Cuadro clínico / 188
 - Diagnóstico / 189
 - Evolución y complicaciones / 189
 - Tratamiento / 189
- Tema 27. Trastorno del control esfinteriano: encopresis / 191
 - Cuadro clínico / 191
 - Etiología / 191
 - Prevalencia / 192
 - Diagnóstico diferencial / 192
 - Tratamiento / 192
- Tema 28. Trastorno de la ingestión alimentaria en la niñez / 193
 - Etiología / 193
 - Cuadro clínico / 193
 - Diagnóstico diferencial / 193
 - Tratamiento / 194
- Tema 29. Trastornos de la conducta alimentaria / 195
 - Anorexia nerviosa / 195
 - Síntomas y trastornos asociados / 196
 - Hallazgos de laboratorio / 196
 - Factores culturales / 197
 - Prevalencia / 197
 - Diagnóstico diferencial / 198
 - Tratamiento / 198
 - Bulimia nerviosa / 199
 - Síntomas y trastornos asociados / 199
 - Hallazgos de laboratorio / 199
 - Complicaciones / 200
 - Cultura / 200
 - Prevalencia / 200
 - Evolución / 200
 - Patrones familiares / 200
 - Diagnóstico diferencial / 201
 - Tratamiento / 201
- Tema 30. Pica en la infancia / 202
 - Diagnóstico / 202
 - Etiología / 202
 - Complicaciones / 203
 - Diagnóstico diferencial / 203
 - Tratamiento / 203
- Tema 31. Trastornos de tics y de la Tourette / 204
 - Trastorno de tics / 204
 - Clasificación / 204
 - Diagnóstico positivo / 204
 - Diagnóstico diferencial / 205
 - Evolución / 205
 - Trastorno de la Tourette o síndrome de Gilles de la Tourette / 205
 - Tratamiento / 206
- Tema 32. Trastornos del sueño / 207
 - Disomnias / 207
 - Parasomnias / 208
 - Trastornos del sueño asociados con alteraciones médicas o psiquiátricas / 209
 - Trastornos del sueño propuestos / 209
 - Manejo y tratamiento / 210
- Tema 33. Mutismo selectivo / 211
 - Cuadro clínico / 211
 - Comorbilidad / 211
 - Diagnóstico (criterios DMS-IV) / 212
 - Prevalencia y evolución / 212
 - Patogenia / 212
 - Clasificación / 212
 - Diagnóstico diferencial / 213
 - Evaluación / 213
 - Tratamiento / 213
- Tema 34. Trastorno de la identidad sexual / 214
 - Cuadro clínico / 214
 - Etiología / 214
 - Prevalencia / 215

- Evolución y pronóstico / 215
- Tratamiento / 215
- Tema 35. Trastornos sexuales / 216
 - Desviaciones sexuales (variantes sexuales o parafilias) / 220
 - Etiología / 221
 - Breve descripción de las desviaciones o variantes sexuales (parafilias) / 221
 - Tratamiento / 223
 - Trastorno de la identidad de género / 223
 - Trastornos de la orientación sexual / 225
- Tema 36. Trastorno disocial en niños y adolescentes / 227
 - Epidemiología / 228
 - Etiología / 228
 - Cuadro clínico y diagnóstico / 228
 - Diagnóstico diferencial / 230
 - Evolución / 230
 - Tratamiento / 231
 - Tratamiento medicamentoso / 232
- Tema 37. Alcoholismo y otras adicciones / 233
 - Definición droga / 234
 - Clasificación / 234
 - Significación social de las drogas en el mundo actual / 235
 - Definición de alcoholismo / 238
 - Epidemiología / 239
 - Patogenia / 240
 - Diagnóstico / 245
 - Criterios operativos para identificar los distintos comportamientos ante el alcohol y otras drogas / 246
 - Delimitación de la forma clínica del alcoholismo y de otras drogadicciones / 246
 - Otros aspectos del diagnóstico / 247
 - Formas clínicas del alcoholismo y otras drogadicciones / 248
 - Categorías generales: F-10 a F-19 / 248
 - El alcohol como droga modelo y “portera” / 252
- Tema 38. Nociones de terapias psicológicas / 253
 - Relación médico-paciente / 254
 - Significación profesional de la relación médico-paciente / 254
 - Significación profesional de la entrevista médica / 255
 - Definición de psicoterapia / 256
 - Concepto de psicoterapia / 256
 - Psicoterapia y concepciones filosóficas / 257
 - Clasificación / 258
 - Mecanismos básicos de la psicoterapia individual centrada en los síntomas / 260
 - Apoyo o reforzamiento de la asertividad / 261
 - Ventilación y catarsis / 261
 - Persuasión o convencimiento / 262
 - Información / 262
 - Inspiración / 262
 - Exteriorización de intereses / 263
 - Manejo del medio / 263
 - Sugestión / 263
 - Biblioterapia dirigida / 264
 - Recompensa y sanción / 264
 - Relajación / 264
 - Valoración biográfica / 265
 - Métodos psicoterapéuticos individuales y de grupo centrados en la personalidad / 265
- Tema 39. Psicoterapia de grupo para niños, adolescentes y padres / 266
 - Selección de pacientes / 266
 - Reglas fundamentales del grupo / 267
 - Relación médico-paciente / 267
 - Relación con los padres / 268
 - Características del grupo / 268

Normas del grupo de niños / 269	Trastorno por ansiedad / 277
Normas del grupo de padres / 270	Diagnóstico diferencial / 277
Objetivos generales / 270	Tratamiento / 278
Objetivos específicos / 270	Trastornos del afecto y de los
Variantes de psicoterapia / 271	estados de ánimo / 278
Variantes de juego / 271	Diagnóstico diferencial / 279
Otras técnicas / 272	Tratamiento / 279
Recursos terapéuticos / 273	Trastornos psicóticos con agitación
Tema 40. Urgencias psiquiátricas / 275	psicomotora o sin ella / 281
Trastornos conversivos / 276	Cuadro clínico / 281
Diagnóstico diferencial / 276	Diagnóstico diferencial / 282
Tratamiento / 277	Tratamiento / 282

TEMA 1

Principios elementales de psiquiatría social

Dr. Guillermo Barrientos de Llano

Psiquiatría y psiquiatría social

La psiquiatría es una rama que forma parte de las ciencias médicas. Las definiciones clásicas la incluyen dentro del modelo biomédico y la limitan sólo al tratamiento de las enfermedades mentales, en una práctica centrada en lo individual.

El desarrollo de la medicina para satisfacer las necesidades crecientes de la población, en relación con su salud, supera las concepciones biomédicas. Los cambios en la morbilidad y mortalidad, con las enfermedades emergentes y reemergentes y las llamadas “enfermedades de la civilización”, obligan a modificar el concepto de salud y enfermedad.

El mejor conocimiento de posibles factores causales, el concepto de riesgo, así como de mecanismos de acción patógenos y las mayores posibilidades de intervención, tanto en la prevención como en la curación y rehabilitación, determinan nuevas prácticas médicas.

El enfoque en calidad de vida, los estilos de vida saludables y la participación de la comunidad para proteger su salud, amplían el campo de acción de las ciencias médicas. Además, las actuales tendencias hacia la globalización con un sustrato neoliberal introducen variables importantes en la organización de los servicios y en la práctica individual, y dificultan alcanzar los propósitos de Alma Atá de Salud para todos.

Lo social adquiere cada vez mayor importancia en la práctica médica y se dirige inexorablemente hacia un modelo más biopsicosocial y salubrista, lo cual supera las concepciones clásicas.

La psiquiatría, dado su objeto de estudio, está influida por lo social, en gran medida, y en las últimas tres décadas ha sido pionera al incorporar este nuevo modelo.

Los límites de la psiquiatría en el modelo biomédico se hacen difusos. La vertiente biológica incluye desde los aportes pavlovianos hasta la bioquímica

cerebral, que pasa de la sinapsis a la membrana neuronal; la genética llega al genoma y las perspectivas son cada vez más promisorias; se crean las neurociencias y tal parece que la psiquiatría se diluye en ellas.

La vertiente psicológica supera las especulaciones psicosomáticas, introduce el método científico y se une al progreso de las ciencias sociales, que al introducir la computación permite establecer modelos de psiquismo, perfecciona la taxonomía, se introduce en las múltiples variables de la psiquis y se acerca a lo subjetivo del hombre en su medio social.

La influencia de las neurociencias y las ciencias sociales en psiquiatría la acercan más a la esencia de su objeto de estudio, que es el psiquismo del hombre como ser social, y se hace interdisciplinaria para mantener su integralidad y su identidad como ocurre con otras ciencias.

Los calificativos de la psiquiatría como biológica, clínica, social, comunitaria, psicosomática y forense, no son otra cosa que áreas de dedicación práctica que implican un planteamiento teórico parcial y el empleo de métodos propios. Este fenómeno contribuye a la integralidad de la psiquiatría y no a su desintegración. La confrontación entre estos enfoques compromete este desarrollo. No puede concebirse una psiquiatría biológica que reduzca al hombre al intercambio bioquímico en la sinapsis, o a modificaciones en la membrana o aun en el genoma y en la estructura celular. Tampoco se concibe una psiquiatría clínica que se concentre en la descripción del síntoma y su posible simbolismo.

Mucho menos es concebible una psiquiatría social que tome lo más externo de la conducta del hombre en su medio social, y no conozca de taxonomía y clasificaciones diagnósticas, ni la acción de los psicofármacos y la psicoterapia para modificar el sustrato biológico y la conducta; no se concibe una psiquiatría social que diluya al hombre en las leyes de la sociología.

No puede considerarse que la psiquiatría está en crisis de identidad, como no lo está la cirugía con las endoscopias diagnósticas y las técnicas quirúrgicas de mínimo acceso. La psiquiatría está a las puertas de un salto cualitativo y, por ende, a la entrada de un nuevo paradigma que incluye aspectos teóricos, su práctica diaria y la organización de los servicios asistenciales.

Las necesidades de la población y el desarrollo científico técnico, siguen líneas ascendentes y convergentes. En el momento en que ambas se cruzan y una ciencia o técnica determinada es capaz de satisfacer los requerimientos poblacionales, se produce un salto cualitativo en las primeras y un mayor bienestar en las segundas. En ese punto de pivote es hacia donde se acerca la psiquiatría.

Es lícito hablar de psiquiatría social como un área de dedicación centrada en lo social del psiquismo en salud o en enfermedad, que busca determinación en salud mental y los factores que condicionan la enfermedad en el medio social; se ocupa de realizar intervenciones para promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades mentales, tratarlas, disminuir sus secuelas, proveer servicios asistenciales, evaluarlos y garantizar la participación de la comunidad.

El propósito de esta obra es introducir al estudiante en los principios elementales de la psiquiatría social. Se explican los aspectos teóricos, así como su aplicación práctica. También se tratan aspectos esenciales de las diversas ramas del conocimiento que, de un modo u otro, se relacionan con esta disciplina.

Esperamos contribuir a la actualización del profesional de la psiquiatría y de los administradores del sector Salud, así como sensibilizarlos en este modo de velar por la salud mental de la población.

Lo social y la psiquiatría

Lo social forma parte de la práctica médica desde el momento en que se establece una relación entre el llamado a curar y el enfermo. Se manifiesta en la génesis de muchas enfermedades y su conceptualización, en las modalidades de tratamiento, en la adherencia y confianza en éste por parte del enfermo y la colectividad, en las actitudes y conductas de la población, etc.

Este aspecto adquiere mayor trascendencia en la promoción y protección de la salud, y en la reinserción en la sociedad del individuo con secuelas. En los actuales conceptos del campo de la salud donde los estilos, nivel o calidad de vida, y la organización y prestación de servicios son fundamentales, adquiere una dimensión insospechada.

Los propósitos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Salud para Todos, la globalización neoliberal que condicionan la equidad y la ética en el acceso a los servicios de salud también son aspectos sociales de la práctica médica.

En psiquiatría, donde el objeto de estudio es la integralidad del psiquismo del hombre concebido como un ser social, lo cual es imprescindible, las manifestaciones del hombre en salud o enfermedades interactuando con su medio, son la esencia de esta rama de la medicina.

Hernán de San Martín señala que lo social es inherente a la práctica médica y no una especialización más, pero en psiquiatría este elemento alcanza un nivel tal que es necesario incorporarlo con todo su significado. Constituye un área de dedicación específica que repercute en otras como la biológica y la clínica, y está influida por ellas.

En la génesis y en las manifestaciones e historia natural de las enfermedades mentales es donde se da con toda su fuerza la aparente contradicción mente-cuerpo y cerebro-psiquismo.

En la elaboración del nuevo paradigma que se está gestando de la psiquiatría, indefectiblemente la psiquiatría social ha de hacer aportes vitales. Mientras tanto, ha de desarrollarse como una rama particular de esta, en aras de mantener su integralidad y su identidad como parte de las ciencias médicas.

En la comunidad primitiva las enfermedades se interpretaban como causas sobrenaturales, influencias espirituales, magias y mitos. Su tratamiento está dado

por la sugestión que se expresa en bailes, rituales mágicos y religiosos, y garantizan una intensa relación entre el curador (brujo, sacerdote, chaman, etc.) y su paciente. No se distinguen las enfermedades somáticas de las psíquicas.

En su evolución, la humanidad entra en una etapa caracterizada por el régimen esclavista, del cual llegan a nuestros días expresiones del nivel alcanzado en las culturas de la península helénica, en los valles del Nilo y del Ganges, en el llamado mundo oriental y otros; su enfoque hacia las enfermedades es más racional, se distinguen aquellas predominantemente psíquicas, se describen tipos de personalidad y la terapéutica va de la farmacopea, a la musicoterapia y terapia de grupos. Se introduce la profilaxis, con orientaciones para promover, y preservar la salud y el equilibrio emocional.

Es una sociedad dividida en clases, cada una con su propia subcultura, que se expresa en las enfermedades, acceso a la atención y modalidades terapéuticas. Se da así la paradoja de que, en ocasiones, esclavos y artesanos alcanzan mayor nivel médico que sus amos.

La enfermedad pasa del sacerdote al médico y ante el escaso conocimiento de lo biológico, lo social sigue siendo fundamental en la época de Hipócrates y Galeno que llega hasta Avicena.

En la historia occidental hay un período en el que se regresa al misticismo, a las fuerzas sobrenaturales, dadas ahora por la demonología y la herejía. El tratamiento va desde el exorcismo hasta la hoguera de la Inquisición. Los curanderos para un tipo de enfermedad pasan de nuevo a ser sacerdotes. Se distingue la enfermedad somática de la psíquica, al final de la etapa se produce una distinción burda entre el hereje y el enfermo mental. Es un primer atisbo de clasificación de enfermedades mentales.

Lo social se expresa en la división feudal de la sociedad con esclavos servios, artesanos y señores feudales; se pone en evidencia en los criterios, actitudes y prácticas de la población para con los enfermos mentales. Se introduce la culpa en estas enfermedades, el miedo y el rechazo a estos pacientes. El temor a lo desconocido y las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad unidas a la incapacidad de modificar su evolución, condicionan esta práctica.

La organización social se convierte en teocrática en algunos lugares, se llega al humanitarismo y la caridad, y al final surgen espacios para estos enfermos en hospicios u hospitales similares a los casaretos.

Después hay un retorno a los clásicos de la Edad Antigua con énfasis en lo biológico o soma. Se distinguen las enfermedades psiquiátricas más graves. El papel del curador retorna al médico. Se mantiene el aislamiento y rechazo al paciente. Esta actitud se pretende justificar con la necesidad de proteger al discapacitado de la sociedad y a ésta de las alteraciones peligrosas impronosticables de aquél. Estas van a ser las reglas del hospital psiquiátrico que crece y se extiende en el mundo occidental. La terapéutica, cuando existe, es de orden biológico.

La Revolución Francesa produce una verdadera conmoción en las instituciones psiquiátricas. Se introduce el tratamiento moral, surge el alienista o médico especializado en el alienado: el psiquiatra. Se diferencian al loco del somático, y se distinguen diversos tipos de locura y algunos trastornos psíquicos que no son locura. Se inicia la taxonomía y se abre el camino para la psiquiatría fuera del manicomio.

El éxito terapéutico es limitado y la mayoría de las enfermedades mentales siguen su continuación natural. Estas transformaciones coinciden con una gran convulsión social, al igual que casi 280 años después comienzan las reformas psiquiátricas parisinas, las cuales coinciden con las revueltas de 1968 y la Reforma Psiquiátrica Italiana con la Ley 180 de 1978, que coincide con el auge del movimiento social italiano de esos años. Igual que entonces, los criterios, actitudes y prácticas de la población hacia la locura han variado poco o nada. La esperanza se centra en el progreso de las ciencias para que logren un tratamiento más eficaz.

En el siglo XIX, coincidiendo con el reflujó de la Revolución Francesa, se retorna a las prácticas represivas y de restricción o contención en las instituciones psiquiátricas. En un retorno biologicista, en ocasiones justificativo, se emplean tratamientos que lindan con el sadismo, se inventa, el *atud ingles* y sus variantes para rotaciones vertiginosas al paciente y la camisa de fuerza que aún subsiste, y que muchos ignorantes aceptan su amplia aplicación en el sórdido manicomio y popularizan películas actuales sobre psiquiatría.

Desde finales de ese siglo y principios del XX, la efectividad terapéutica inicia un lento pero acelerado movimiento que liga dos vías: una, la biológica, con la malarioterapia, las terapias convulsivas o de choque, la quimioterapia y la psicofarmacoterapia. La otra, la psicológica, centrada en el psicoanálisis freudiano y su evolución posterior a la que se le añaden los reflejos condicionados y las terapias conductivas cognitivas de afrontamiento, que llegan hasta nuestros días.

En ambas vertientes se facilita el proceso diagnóstico y la diferenciación de trastornos, se inicia así una rápida evolución de la taxonomía y se suceden en perfeccionamiento continuo las clasificaciones psiquiátricas de cada vez más aceptación universal. Lo que antes eran la casi totalidad de las enfermedades mentales, hoy sólo ocupan un espacio relativo en esas clasificaciones y se incrementan aquéllas con más estrecha intervención del enfermo con su medio social inmediato y con la subcultura y clase social a la que pertenece.

Poco ha variado la repercusión social de las enfermedades mentales en la población, se mantienen creencias sobre ellas que ya nada tienen que ver con el conocimiento científico, y las posibilidades terapéuticas como las actitudes de culpa, rechazo y vergüenza. Se mantienen los movimientos reformistas que parten de una vanguardia de la sociedad y al igual que antaño reclaman un trato más humanitario para los excluidos. Cambia el lenguaje, existen más posibilidades

terapéuticas y de reinserción social. La lucha se mantiene por ganar a la población y a las autoridades.

Es significativa la evolución de las instituciones creadas para leprosos, tuberculosos y enfermos mentales, todos excluidos de la sociedad. El avance de la ciencia y su efectividad terapéutica conduce a la desaparición de los lazaretos y hospitales antituberculosos; incluso ante el rebote de la tuberculosis, no se prevé el retorno a ellos. No obstante, en similares condiciones de efectividad terapéutica aún se mantiene el predominio del manicomio y la lucha por su desaparición es más social, política y económica que científica.

En esta síntesis histórica es posible apreciar cómo desde los primeros tiempos, se debate en torno a lo biológico y lo social en el psiquismo y la conducta del hombre. Esta contienda filosófica adquiere cohesión y ejemplo de ello son los postulados de Rene Descartes (Renato Cartesio) de un modelo dualista de interacción mente-cuerpo como entidades separadas, pero que interaccionan.

Desde entonces hay quienes niegan la mente y reducen todo a la biología donde las conductas no son más que reacciones determinadas por el ambiente; también hay quien considera la mente con identidad propia sin que sea necesaria la interrelación con la biología. Más recientemente se plantea una identidad mente-cuerpo y psiquis-soma con la convivencia de modelos biologicistas y psicodinámicos.

En este dualismo se introduce una tercera variable: el medio social, donde la interacción es entre un sujeto biopsicológico, por un lado, y el contexto social, por el otro. Se supera el dualismo cartesiano y se abre el camino de la integridad del hombre. Hoy se considera que sin el medio social, de donde parten los estímulos, es imposible el desarrollo de lo biológico (el sistema nervioso o el cerebro, por ejemplo) y tampoco la mente: el fenómeno psicológico.

Entonces, se concibe al hombre como un ser social, donde la interrelación de lo biológico con lo social da origen a su psiquismo y que queda integrado por tres niveles superiores de la evolución de la materia: el biológico, el psicológico y el social. La ausencia de uno de ellos lleva a la desaparición del hombre como tal.

Esta concepción es un pilar fundamental en la psiquiatría social, y es esencial para resolver los problemas de salud y enfermedad mental. De este modo, puede enfocarse el origen multicausal de las enfermedades mentales con un equilibrio entre factores necesarios precipitantes o determinantes. No obstante, hoy el reduccionismo biologicista subsiste, y reduce lo social y, lo cultural a la parte más externa de los síntomas de la enfermedad. Su enfoque del binomio salud-enfermedad es lineal, y no dialéctico y deja abierta la interrogante de Eisenberg citado por Saraceno que dice: ...“¿nos referimos a los trastornos del sistema nervioso central o a los problemas del vivir?” Es una clara alusión a la conciencia social e individual del hombre y a su subjetivismo.

Debido al impulso de las ciencias naturales y sociales, hoy se logra un acercamiento integral a la salud y a la enfermedad mental, donde lo social gana cada vez más espacio como ente integrador.

Lo social en psiquiatría puede enfocarse a partir del desarrollo de la antropología cultural desde finales del siglo XIX con gran influencia en las llamadas escuelas culturales del psicoanálisis, que cuestionan y superan los fundamentos teóricos del psicoanálisis original y aun los de las más recientes concepciones lacanianas.

Esta aproximación pretende demostrar el papel de la cultura de la organización social y el modo de producción dominante, en la génesis de las enfermedades mentales, así como en la salud mental de poblaciones determinadas, y los criterios, actitudes y prácticas de esas poblaciones para con los enfermos psiquiátricos.

Se puede apreciar la influencia de lo social para tratar las enfermedades mentales, así como en los modelos y en la organización asistencial. Se ha destacado cómo a pesar de los avances en el conocimiento de las enfermedades mentales y de indudables éxitos terapéuticos aún subsisten los viejos modelos manicomiales.

El problema no es sólo biológico ni depende del tratamiento psicofarmacológico que hace que el loco de antaño no necesite ser aislado de la sociedad y pueda convivir en su medio. La cuestión radica en los conocimientos, actitudes y prácticas ancestrales de la población y sus líderes hacia la enfermedad mental. A esta situación se añade en nuestros días el factor economicista neoliberal y los conceptos del *management care* que vuelven, en la espiral histórica, al aislamiento de los diferentes.

Hay que valorar los resultados inmediatos del desarrollo de alternativas asistenciales para los trastornos psiquiátricos mayores o de larga evolución. La insuficiencia de algunas de esas alternativas que confunden la desinstitutionalización con deshospitización, generan los “nuevos crónicos,” cohorte formada por los antiguos pacientes de los manicomios puestos en la calle y los nuevos enfermos, sin acceso a la asistencia psiquiátrica.

El eje no es biológico ni de ineficiencia terapéutica, es, por el contrario, social, donde los factores de la práctica estatal y la economía se unen en el abandono de estos pacientes.

Así ha sido históricamente la lucha por el tratamiento adecuado a estos enfermos, sigue una línea más social y se vincula a concepciones humanitarias y de justicia que al progreso científico de la psiquiatría.

Las casas de locos, la restricción de los enfermos, y un paso de avance en su trato y la clasificación de las enfermedades mentales ocurren en la etapa de Pinel y la Revolución Francesa. La ola de la reacción en el siglo XIX con la era victoriana, permite el regreso al aislamiento, a los grandes manicomios

“autosuficientes” como comunidad aislada, donde en aras de un biologicismo subdesarrollado, el tratamiento y el trato se dan la mano con la tortura y el sadismo.

En nuestros días, los movimientos sociales de Europa occidental llevan el “péndulo” al otro extremo, en un humanitarismo que no toma en cuenta la realidad del desarrollo científico-técnico o lo niega. Parece que ese péndulo en su oscilación permitirá el equilibrio necesario, aun cuando las concepciones de la globalización neoliberal en salud pugnan por volver a excluir al paciente psiquiátrico de la sociedad, cada vez más competitiva y de mercado.

Es necesario llamar la atención de otra aproximación al paciente psiquiátrico más discapacitado. Es la llamada de exclusión social, donde se incluye al loco entre los excluidos por razones tan variadas como etnias, emigración, clase social y otras. Se volvería a los días de la antipsiquiatría y a dar como iguales causas de exclusión social a la una y la otra.

La psiquiatría social ha seguido un proceso de evolución desde su aparición como rama de la psiquiatría, y aún hoy está en franca evolución de su propia identidad como ciencia. Es por ello que resulta casi imposible encontrar una definición universalmente aceptada, tal como se plantea a continuación.

Definición. En la evolución de la psiquiatría, la psiquiatría social gana espacio de modo paulatino. Se hace notar cada vez más y se comienza a perfilar como entidad individual, con dedicación particular que forma parte de un todo que es la psiquiatría.

Desde el momento en que gana en individualidad, sus definiciones varían y reflejan diversas bases teóricas y prácticas, determinadas por su origen, y por las condiciones socioeconómicas y políticas del lugar y momento en que se manifiesten.

Muchas de estas definiciones evitan compromisos mayores y son eminentemente pragmáticas, algunas centran su atención en aspectos teóricos de la propia psiquiatría social como de la posible causalidad social de los trastornos psíquicos y otras ponen énfasis en aspectos terapéuticos o de organización de los servicios asistenciales. Desde otro punto de vista, algunas parten de escuelas del pensamiento psiquiátrico, mientras otras lo hacen desde la sociología.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se inicia el auge de la psiquiatría social y se puede considerar que comienza su historia propia, que va perfilando sus límites y su organización conceptual interna.

Leighton plantea que existen diversos significados en la década de los 50 para la psiquiatría social.

En los EE.UU., el término se refiere a programas preventivos en la comunidad, a la psiquiatría forense e industrial, a terapias de grupo, a la participación en la administración médica, así como al empleo del medio social para el tratamiento y estudio de los factores sociales en su causa.

En Inglaterra, el énfasis se pone en el mejoramiento social, dado por el avance de servicios asistenciales y, en menor grado, se relaciona con las ciencias sociales.

Los psiquiatras clínicos, aun cuando sus intereses se superponen de manera considerable con los sociales, están más orientados hacia los problemas terapéuticos y las consecuencias de los patrones sociales en la dinámica psicológica individual. Ya en esa época Baruk sintetiza la psiquiatría social como el estudio del individuo en relación con la sociedad, y en las alteraciones de ésta y su repercusión sobre el primero.

Cuando la psiquiatría social se aborda desde teorías freudianas más tradicionales, se le concibe como aquella parte de la psiquiatría que da más importancia a los tratamientos de grupo, familia y puede llegar a la comunidad terapéutica. Se centra en el tratamiento o atención al daño y con el individuo como objetivo, no tratan el papel de lo social en la génesis del trastorno.

Otras aproximaciones a la psiquiatría social parten de las posiciones organodinámicas y conductuales. Hacen más énfasis en la influencia de lo social y ambiental en la historia natural de la enfermedad. Valoran esa influencia en cada caso, dan importancia a las relaciones, y pertenencia al grupo familiar y cultural del enfermo. De igual modo, consideran las reacciones del individuo en la aceptación de patrones y normas socioculturales o su rechazo. Temen que lo social lleve a la disolución del concepto de enfermedad, pero aun así consideran que es necesario transformar los modelos asistenciales vigentes.

Este es el enfoque de psiquiatría social que va a predominar en los textos y manuales clásicos, sin tener en cuenta su filiación psicodinámica, organodinamista, conductista u otra. En todos se prioriza la atención al daño o enfermedad (trastorno, reacción o desorden), poco o ningún espacio se dedica a promover y proteger la salud; sólo se menciona algo de prevención sobre enfermedad mental y rehabilitación psicosocial.

Los elementos promocionales preventivos y rehabilitadores se encuentran en definiciones de psiquiatría social dadas por instituciones con dedicación comunitaria como el Laboratorio de Psiquiatría en la Comunidad, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard, que señala la importancia de los factores en la historia natural de las enfermedades mentales, así como la dimensión sociocultural de los programas de prevención y remediales.

Como en otras ramas de las ciencias, se toma con frecuencia como referencia la que ofrecen los EE.UU. En el caso de la psiquiatría social vemos cómo su importancia, dedicación profesional y asignación de recursos, no sólo se basan en criterios científico-técnicos o de necesidades de la población, sino que están guiados por intereses políticos (entendidos como electoreros) y económicos, y actualmente como reflejo del modelo neoliberal del Estado en el campo de la salud mental.

Así, el movimiento hacia lo social de la posguerra en la década de los 60, da un gran salto y dominó el panorama de la psiquiatría norteamericana en la proyección social de la salud mental, con el acta de Salud Mental del gobierno de Kennedy en 1963. Este presidente de los EE.UU., con vocación hacia la seguridad social del ciudadano más desposeído, fue asesinado poco tiempo después de firmada la Ley de los Centros Comunitarios de Salud Mental y la asignación de fondos para el Instituto Nacional de Salud Mental, que desde sus inicios tanto con la oposición de intereses mercantiles de asociaciones psiquiátricas representantes de la práctica privada y del psicoanálisis como los recortes presupuestarios de los gobiernos de Johnson y Reagan prácticamente los hacen desaparecer. La lucha de Clinton por la reforma del sector Salud con proyección social, se puede considerar fracasada.

Hoy el desarrollo científico-técnico en el área biológica está determinando un retorno a la institución y la terapéutica biológica (farmacológica) que coincide con los intereses de la práctica privada, la industria farmacéutica y el estado minimalista liberal que se desentiende de su deber para con la salud de la población.

El primer resultado de esa política inconsecuente con la realidad de la enfermedad y la salud mental, es la deshospitalización sin una red comunitaria. Como consecuencia, se produce un elevado índice de *homeless*. El reducido acceso al tratamiento ambulatorio y la casi total ausencia de intervención comunitaria por la mayor parte de la población, incrementan los problemas de violencia, adicciones, se elevan los índices de trastornos de estrés postraumáticos y otras enfermedades con elevado impacto de lo social y en lo social. En definitiva, se genera una bomba de tiempo.

Con estos antecedentes, se comprende la involución de lo social en sucesivas ediciones de un clásico tan extendido como es el *Text Book of Comprehensive Psychiatry* de Freedman y Kaplan. En su primera edición (1967) aparece el capítulo titulado “Psiquiatría Comunitaria y Social” que si bien no define los límites de ambas, se extiende en el papel de lo social en la causa de los desórdenes mentales, así como en la prestación de servicios asistenciales, sus alternativas y acciones.

En una edición posterior desaparece lo social del capítulo y sólo se dedica un espacio en el glosario de términos a la definición de psiquiatría social como: “[...] la rama de la psiquiatría interesada en las variables ecológicas, sociológicas y culturales que engendran, intensifican o complican el tratamiento de los patrones inadaptados de conductas”.

En sucesivas ediciones se reduce el espacio dedicado a esta rama de la psiquiatría, no se mencionan aspectos teóricos ni se aborda la interacción de lo social con el trastorno. Se hace algún énfasis en los aspectos organizativos y económicos.

En el epílogo de alguna de estas ediciones sobre el futuro de la psiquiatría se puede colegir el regreso al modelo biomédico, a la institución, con el carácter de rentable dentro de las concepciones del *management care*.

Un puente entre la psiquiatría social a partir de la clínica y el psicoanálisis, por un lado, y la que surge de la sociología, por el otro, está dado por la llamada **psiquiatría transcultural**. Su origen es freudiano, que modifica las teorías clásicas influidas por el impacto de lo social y la cultura en las concepciones iniciales de Freud y su intención de universalizarlas.

Karen Horney, Eric Fromm, Abraham Kardiner, H.S. Sullivan, W. Reich y otros partiendo de estudios de antropología cultural, sociología, psicología social y hasta del marxismo crean lo que se ha dado en llamar **Escuelas Culturales del Psicoanálisis**. Destacan el papel de lo sociocultural en el origen y las manifestaciones de las enfermedades mentales y en los criterios, actitudes y prácticas al respecto en culturas o grupos sociales determinados. Esta psiquiatría transcultural es uno de los pilares de la psiquiatría social. Sobre ésta se insiste en otro acápite.

Cuando se llega a la psiquiatría social a partir de la sociología, se va desbrozando el camino entre dos ciencias que en más de una ocasión se entrecruzan como plantea R. Bastides, que en definitiva define la psiquiatría social como “[...] la ciencia del comportamiento social mórbido de individuos afectados de trastornos mentales” que desde el punto de vista práctico se ocuparía de la terapia de grupo, de la readaptación de enfermos mentales curados a la vida profesional y social, y de la organización del sistema hospitalario.

En esta misma línea, M. Jones define la psiquiatría social como el estudio de los métodos de tratamiento, de la formación de comunidades para revocar las interrelaciones por la socialización de los “aislados” más la terapia de grupo o la ergoterapia.

Jones casi reduce lo social a la institución total y al tratamiento de los institucionalizados. También se adhiere a la definición de J. Ruesh, que en un sentido más genérico la describe como el producto de una unión entre la psiquiatría y las disciplinas sociales que no puede tipificarse tanto por una clase de actividad como a partir de sus puntos de vista. Puntos de vista que necesitan la colaboración de la sociología y la antropología, de la epidemiología, y de la medicina preventiva y terapéutica. A esta definición M. Jones añade la importancia del estudio de la educación, del papel del Gobierno y del manejo de los negocios.

Con un punto de partida de un medio diferente, una conceptualización de la psiquiatría también distinta, como lo era la antigua Unión Soviética, O.E. Melejev define la psiquiatría social como una disciplina médica, que forma parte de la psiquiatría y tiene como problema teórico fundamental el estudio de la interacción de lo biológico y lo social en la normalidad y las enfermedades psíquicas. Hace

énfasis en la prestación de servicios, así como en la prevención y la rehabilitación. Señala que allí nunca se separó la psiquiatría social como algo independiente de la psiquiatría clínica.

En un medio sociopolítico distinto a todos los anteriores, dado por un país subdesarrollado con un proyecto social para la construcción de una sociedad más justa, en el contexto de un Estado benefactor, donde la equidad y el derecho de la población a la salud son realidades de la vida cotidiana, la psiquiatría social tiene un significado particular.

En Cuba, la salud pública y dentro de ella la salud mental se proyectan como un todo hacia la atención primaria y la comunidad. Lo social es inseparable de la teoría y del accionar en el campo de la medicina socialista. Las acciones de promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación del paciente con secuelas forman parte del quehacer diario.

Es en este medio, donde hace más de 20 años, el profesor Córdova plantea que la psiquiatría social se fundamenta en la concepción del hombre como parte de un grupo, de la sociedad en continua interacción con ésta. Para él, es producto del estudio interdisciplinario de la psiquiatría con otras ciencias que estudian la conducta, como la antropología, la psicología social y la sociología. Se aplica al hombre sano-enfermo con el objetivo de prevenir estas entidades patológicas, promover la salud mental (que es su fin esencial), además del tratamiento de los enfermos psiquiátricos.

Después de un análisis de los aspectos explicados en estas definiciones y conceptos de psiquiatría social, es posible concluir lo siguiente:

- Todas destacan el papel de lo social en las enfermedades mentales, de un modo u otro.
- La mayor parte señala la posibilidad de intervenir en lo social por parte de la psiquiatría.
- Muchas se refieren al impacto de lo social en la génesis, causalidad u origen de las enfermedades mentales, en sus manifestaciones sintomáticas, su historia o evolución natural.
- Otras se refieren a las posibilidades terapéuticas, alternativas o no clásicas como la psicoterapia de grupo, de familia, ergoterapia y comunidad terapéutica.
- Algunas se refieren a los servicios asistenciales alternativos como hospitales de día, centros comunitarios, modificación del hospital psiquiátrico como institución abierta y con régimen de comunidad terapéutica.
- La mayor parte de las definiciones se centran en el tratamiento o la atención al daño, le siguen las que se refieren a la rehabilitación psicosocial, mientras que pocas se refieren a la promoción y protección de la salud, y la prevención como cuestión principal.
- Dado el momento en que se originan, se hace referencia al paradigma de Lervell y Clark de los tres niveles de prevención.

- Se encuentran definiciones que se refieren a las redes sociales y los criterios, actitudes y prácticas de la población y su relación con el ejercicio de la psiquiatría social.
- El medio se define indistintamente siguiendo un criterio ecológico, sociológico y cultural.
- En una aproximación teórica se encuentran definiciones que dan como objeto de estudio de la psiquiatría social las leyes y los métodos del nivel social del desarrollo de la materia. Otras limitan ese enfoque al estudio de las leyes y los métodos de la medicina y la psiquiatría clínicas, así como a los aspectos de la interacción de lo biológico y lo social en el psiquismo del hombre.
- Los límites de la psiquiatría social se dan como difusos. Por una parte, aunque se la diferencia de la psiquiatría clínica en algunos aspectos, hay momentos en que se solapan, tanto en lo teórico como en lo práctico. En otro sentido no hay *consensus* en la interrelación con la psiquiatría comunitaria. Algunos consideran la psiquiatría social más abarcadora e integral tanto en teoría como en práctica, otros dan esta función a la comunitaria y dejan lo social a la investigación y a la teorización.
- Existe un criterio extendido de que la psiquiatría social es interdisciplinaria. Se considera integrada por psiquiatría clínica, transcultural, preventiva y forense, epidemiología psiquiátrica, sociología, psicología social y antropología. A ellas se añade la taxonomía y la administración de salud. Para algunos, estas son las ramas de las ciencias que son básicas en el concepto de psiquiatría social; para otros, son áreas de dedicación práctica que interactúan con ella.
- Hay definiciones que centran en el individuo la teorización, objeto y práctica de la psiquiatría social, mientras que otras lo hacen en la colectividad y unos terceros escogen la interacción de ambas.
- Muchos de los que definen la psiquiatría social lo hacen desde principios y postulados de una escuela de pensamiento que permanecen inmovibles, amplían o modifican al aplicarlos la psiquiatría social; otros, partiendo de la práctica, elaboran las bases teóricas para una nueva rama de las ciencias; mientras los últimos adoptan posiciones pragmáticas y eclécticas sin mayor compromiso teórico.

Las múltiples definiciones, descripciones y conceptos de psiquiatría social nos introducen en un “calidoscopio” que refleja las circunstancias del momento en que fueron enunciadas. Estas están dadas, en lo fundamental, por la base teórica previa dentro de la psiquiatría, las condiciones socioeconómicas incluso hasta políticas y el nivel científico-técnico de ese tiempo.

Es indudable la pertinencia de lo social en lo referente al psiquismo del hombre, que no es más que un ser en cuanto a lo biológico, como parte de un medio social con el que interactúa para desarrollar su psiquismo normal o

patológico. No hay psiquismo sin cerebro, pero éste sin la interacción social no alcanza el subjetivismo y la conciencia que nos hace humanos.

Reestructuración y reorientación de la psiquiatría en América Latina

América Latina asiste a un movimiento de profundas raíces que responde al nombre de **reestructuración** y en el caso de Cuba al de **reorientación hacia la atención primaria**, que obedece a las necesidades crecientes de la población en cuanto a salud mental, a lo inadecuado de los modelos asistenciales vigentes centrados en la biomedicina y el hospital psiquiátrico, así como a las posibilidades científico-técnicas y de participación para impulsar alternativas más eficientes. En algunos países se suma a ello la voluntad política del Gobierno.

Es posible y más aún necesario elaborar una definición y una base conceptual de psiquiatría social, de modo que sirva de guía y punto referencial para la política de reestructuración psiquiátrica.

Es imprescindible señalar algunas premisas que condicionan esa definición y la hacen más comprensible:

- Se concibe al hombre como un ser social con sus factores integradores (biológicos, psicológicos y sociales). Una rama de la psiquiatría puede hacer énfasis en uno de esos factores, sin olvidar los otros que influyen y serán influidos por aquél en el que se ha hecho énfasis. Cada uno de estos factores corresponde a diferentes niveles del desarrollo de la materia y, por tanto, obedece a las leyes de cada nivel, por lo que no pueden trasladarse de uno a otro sus hallazgos ni conceptos.
- La psiquiatría es una sola y las denominaciones de biológica, clínica, forense, preventiva y social, entre otras, sólo reflejan la mayor dedicación a un campo de acción de la psiquiatría, delimitado por el nivel científico-técnico alcanzado y las necesidades de la población; todas al profundizar en su área particular, contribuyen elaborar el futuro paradigma de la psiquiatría.
- Alguna de estas ramas, por acercarse su área de acción a la esencia del psiquismo humano, puede alcanzar el nivel de una ciencia particular. La psiquiatría social y biológica son ejemplos de ello.
- Las acciones de la psiquiatría social, sin abandonar las propias de la clínica y la atención al daño, se dirigen tanto a la promoción de salud como a la protección de la salud mental, la prevención de las enfermedades psíquicas y la rehabilitación psicosocial. Todo ello en el ámbito de la comunidad.
- Estas acciones se ejercen sobre el individuo y sobre diversos grupos humanos, la colectividad o comunidad.
- El estudio e investigaciones en psiquiatría social estarán determinados por el papel de lo social en la génesis, manifestaciones, historia natural de la salud y la enfermedad mental, en el individuo y la colectividad. Ha de tomarse en cuenta la relatividad cultural, socioeconómica y política de cada momento, así

como la organización del Estado, de los servicios de salud y las concepciones éticas. Además, ha de tomar como referencia los criterios, actitudes y prácticas de la población y el modo de optimizarlos para mejorar la salud mental.

- La psiquiatría social tiene su objeto de estudio en lo social y en la interacción del individuo y la colectividad en el desarrollo del psiquismo, en salud y enfermedad mental. Su problema principal de investigación consiste en dilucidar el dualismo mente-cuerpo y psiquis-soma: lo biológico y lo social en el hombre. Tiene, además, una práctica delimitada, según su objeto y nivel científico-técnico. Posee sus propios métodos tanto en la praxis diaria como en la investigación y, por último, tiene un carácter interdisciplinario que le permite influir en otras ramas del conocimiento humano y ser influida por ellas.

Definición de psiquiatría social

De ello se deriva que la psiquiatría social es una rama de las ciencias del conocimiento humano y, como la medicina, tiene aspectos de las ciencias naturales y de las sociales. Al delimitar su campo, se concibe como una rama particular de la psiquiatría.

Se puede definir la psiquiatría social como la rama de la psiquiatría dirigida al estudio de la interacción de lo biológico y lo social en el psiquismo del hombre, con énfasis en lo social. Tiene como objetivo el estudio del significado de lo social en la génesis, manifestaciones y evolución del psiquismo del hombre sano o enfermo mental.

Emplea los recursos de la ciencia y la técnica, las potencialidades de la población y las instituciones para promover salud, proteger la salud mental, prevenir y tratar las enfermedades psiquiátricas y la rehabilitación psicosocial del enfermo mental. Sus acciones se dirigen al individuo y a la colectividad.

Relación de definiciones en psiquiatría social

A continuación, exponemos diversos conceptos, según algunos investigadores:

H. Baruk. Incluye tanto el estudio del individuo, en relación con la sociedad como las alteraciones de ésta y su repercusión sobre el propio hombre.

R. Bastides. Es la ciencia del comportamiento social mórbido de individuos afectados por trastornos mentales, que desde el punto de vista práctico se ocupa de la terapia de grupo, la readaptación de enfermos mentales a la vida profesional y social, y de la reorganización del sistema hospitalario.

Córdova. Se fundamenta en el hecho de concebir al hombre como parte de un grupo en la sociedad en continua interacción con ésta. Es el producto del estudio interdisciplinario de la psiquiatría con otras ciencias que estudian la conducta como la antropología, psicología, psicología social y sociología.

G. Barrientos. Es la rama de la psiquiatría dirigida al estudio de la interacción de lo biológico y lo social en el psiquismo del hombre, con énfasis en el último.

Tiene como objetivo el estudio del significado de lo social en la génesis, manifestaciones y evolución del psiquismo del hombre sano o enfermo mentalmente; emplea recursos de la ciencia, la técnica y las potencialidades de la población y las instituciones en la promoción de salud, protección de la salud mental, prevención y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y la rehabilitación del enfermo mental. Sus acciones se dirigen tanto al individuo como a la colectividad.

G. Caplan. Es el estudio de los factores sociales en la génesis y el tratamiento de los desórdenes mentales.

H. Ey. La importancia de los factores sociales y ambientales (historia del individuo, relaciones con el grupo familiar y el medio cultural, reacción a las situaciones, etc.) ha inclinado a los psiquiatras anglosajones psicoanalíticos a disolver el concepto de enfermedad mental. A estas ideas ha correspondido este concepto y la transformación de la asistencia.

F. Redlich y C. Freedman. Es el estudio del impacto del medio social en la causa y el tratamiento de conductas anormales.

P. Salomón. Es considerada, a veces, como idéntica a la psiquiatría de la comunidad y, otras, más amplia o estrecha en extensión. En su sentido estrecho el hincapié se hace, en primer lugar, en los pacientes individuales y las redes sociales particulares dentro de las que se desenvuelven, y no tanto en relación con toda la comunidad. Vista más ampliamente, está relacionada con las ciencias sociales, por lo general, y con la contribución al entendimiento de la psicología humana.

O. E. Melejev. El problema teórico fundamental es la interacción de lo biológico y lo social en la normalidad y la enfermedad. Se desarrolla junto con la psiquiatría clínica como una disciplina propia.

A. Freedman y H. H. Kaplan. Es la rama de la psiquiatría interesada en las variables ecológicas y culturales que engendran, intensifican o complican el tratamiento de los patrones desadaptados de conducta.

M. Jones (Ruessh Jurgen). Es el producto de una unión entre la psiquiatría y las disciplinas sociales, no puede tipificarse tanto por una clave particular de actividad como por sus puntos de vista, que necesitan la colaboración de la sociología y la antropología, de la epidemiología y la ecología de la medicina preventiva y terapéutica.

Universidad de Texas, Facultad de Medicina Sudoccidental, Departamento de Psiquiatría. Es la aplicación y extensión del conocimiento psiquiátrico y las actuaciones terapéuticas en forma recíproca con otros campos de la ciencia conductivista, así como el empleo de los resultados para aumentar la comprensión del total funcionamiento humano y el uso práctico de tal conocimiento, esto es en la psiquiatría comunitaria y en la salud pública comunitaria.

J.A. Ransum. Incluye el choque del fenómeno social sobre la génesis, manifestaciones y tratamiento de enfermedades físicas y mentales, que en

décadas recientes se han convertido en una creciente e importante parte de la psiquiatría.

Factores integrantes de la psiquiatría social

Es, en esencia, interdisciplinaria. Se nutre de diversas ramas de las ciencias médicas y de otras ciencias sociales que intervienen en la conducta del hombre en su medio.

Los factores integrantes se pueden clasificar según se relacionen con la medicina, con las ciencias sociales o con la organización, planificación y administración de los servicios asistenciales, es decir, con la salud pública.

En cuanto a la medicina, se relaciona con la psiquiatría y sus diversas manifestaciones como: clínica, biológica, forense, transcultural y preventiva. Sus vínculos con las ramas de las ciencias sociales son: antropología cultural, sociología y psicología social. En la organización asistencial y de servicios, tiene que ver con salud pública, mercadeo y psiquiatría pública.

Se considera que la psiquiatría comunitaria se deriva de los principios básicos de la social y se dirige, en un orden práctico, a su implementación. La psiquiatría comunitaria es la psiquiatría social en acción, en una comunidad determinada.

En la evolución de la medicina se han elaborado diversos modelos que sirven de base a diferentes paradigmas de las ciencias médicas. Estos son el biomédico, el biopsicosocial y el salubrista. En el extremo del biomédico se encuentra la medicina clásica, en el otro extremo, en el salubrista, se ubica la salud pública; para una mejor comprensión de la psiquiatría social y sus relaciones, es necesario ubicarla en el eje de ese par dialéctico.

La psiquiatría clínica clásica se incluye dentro del modelo biomédico, como parte de la medicina clínica o medicina interna. Las actividades fundamentales son de carácter individual y están dirigidas a tratar la enfermedad. Se practica en las instituciones del segundo y tercer niveles de atención: hospital psiquiátrico o general y consulta externa especializada. Se relaciona con otras especialidades médicas en lo que se ha dado en llamar **psiquiatría de enlace**.

En el otro extremo, en el modelo salubrista o de salud pública, se encuentra la psiquiatría pública muy relacionada con la organización, planificación y evaluación de los servicios asistenciales. Se priorizan las acciones de intervención comunitaria dirigidas a la promoción de salud, protección de la salud mental, prevención del riesgo de enfermar y rehabilitación psicosocial.

Incorpora los principios de administración de salud y planificación estratégica, por objetivos y marco lógico; puede emplear técnicas de mercadeo. La psiquiatría social se hace pública y se integra en la acepción de la salud mental como parte del concepto de salud pública. Hay, no obstante, quien distingue la psiquiatría pública como aquella que se practica desde instituciones de Gobierno, dirigida a un sector menos favorecido de la población.

Entre ambos polos se encuentran diversos elementos como: epidemiología, sociología, factores psicosociales, acciones colectivas, etc., que junto con los anteriores dan un enfoque del modelo biopsicosocial.

La psiquiatría social toma de cada una de estas esferas, las cuestiones esenciales, que se integran en diferentes magnitudes en un conjunto de conocimientos que le permite desarrollar sus propios métodos de investigación y de intervención para garantizar la salud mental del hombre, y contribuir al equilibrio y bienestar de su grupo social. Su perfil es el de una rama de la psiquiatría que integra el modelo biopsicosocial con el salubrista.

Campo de la salud

Tradicionalmente se sigue un modelo lineal en el proceso salud-enfermedad, que se pretende aplicar también en la salud y enfermedades mentales. Este proceso se representa como un continuo que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, y donde actúan los elementos que determinan cada enfermedad. Si se analiza sobre la base de la causalidad, se puede señalar que para él, las enfermedades siguen un modelo lineal de causa-efecto, donde la causa es un factor suficiente y necesario para la existencia de la enfermedad; sin ese factor, no existe la enfermedad.

El modelo lineal se aplica en las enfermedades infectocontagiosas, al que se añade el enfoque epidemiológico de agente-huésped u hospedero-medio, propio de los problemas de salud estructurados. No obstante, al incluir la tríada epidemiológica permite incluir problemas más complejos como los semiestructurados o casiestructurados, donde tienen mayor cabida las enfermedades no transmisibles y algunas mentales. Ya la causa no es suficiente ni necesaria, varios posibles factores causales van a dar lugar a un efecto o enfermedad.

La realidad de las enfermedades mentales necesita otro modelo. El problema salud-enfermedad es mucho más complejo. La multicausalidad puede llevar a más de un efecto, es decir, los mismos factores causales pueden originar diversas enfermedades. Hay que tener en cuenta elementos internos de orden biológico y psicológico, así como mediadores psicosociales. Es un problema inestructurado e incluye con todo su peso y valor el concepto de riesgo.

Es preciso ir a un modelo más global, no lineal del proceso salud-enfermedad que, si bien comienza con el nacimiento y termina con la muerte, se desarrolla en un medio complejo que lo puede dirigir en un sentido u otro y destaca el valor de cada momento. Permite, además, centrar los esfuerzos en el bienestar y la salud. Es el concepto de campo de la salud.

El modelo propuesto por Lalonde, Laframboise, Blun y Dever, se da a conocer a partir de su aplicación en la política sanitaria oficial de Canadá y su divulgación en la Carta de Ottawa. Se trabaja con determinantes básicos de salud, más que con posibles causas de enfermedades. Contempla cuatro

determinantes que son: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistema organizativo de la atención de la salud.

Con el modelo de campo de salud es posible incursionar en el proceso salud-enfermedad a partir de los modelos biopsicosocial y salubrista, y centrar las acciones en la promoción, protección de la salud y prevención de las enfermedades mentales, su tratamiento y rehabilitación. Estas acciones han de darse en el seno de la comunidad y con su participación.

Es aplicable a la salud y la enfermedad mental con su patogenia multicausal, con factores psicosociales, un gran impacto social por sus efectos y una necesidad de involucrar a la comunidad en la intervención y como medio de modificar criterios, actitudes y prácticas. Lleva implícito la reorientación de los servicios asistenciales y la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario.

Equipo interdisciplinario

Este equipo es interdisciplinario, porque tiene como base la interrelación dialéctica de sus integrantes, no es la simple unión de varias disciplinas donde cada cual hace lo suyo y responde al nombre de multidisciplinario. Ambos términos no son **sinónimos**.

En él cada integrante conoce su campo de acción, los límites de su habilidad, así como los del resto de los integrantes. De igual modo, cada cual sabe también los límites de la necesaria discreción de esas idoneidades hasta dónde puede cumplir funciones de otro miembro y éste las suyas, sin que existan conflictos.

Este equipo de trabajo reúne las características siguientes:

- Cada miembro tiene conciencia del objetivo común de trabajo y cuáles son en el logro de ese objetivo sus propias funciones y las de los demás.
- El equipo y cada miembro tienen establecidos cuáles son las relaciones ante cada función o tarea.
- El equipo tiene la amplitud y flexibilidad necesarias para intercambiar roles y *status*, así como para aceptar a nuevos miembros, según la tarea a realizar.
- La estructura interna del equipo reconoce dos formas: la primera está dada por los patrones administrativos y establece un orden jerárquico de acuerdo con las relaciones de los otros niveles o colectivo decisor; la segunda establece la jerarquización del propio equipo sobre la base de la pericia de sus miembros ante la tarea concreta a realizar.
- Cada integrante del equipo mantiene la relación con otros colectivos de su propio perfil profesional, sin que ello vaya en detrimento de su interdisciplinariedad en el equipo básico de pertenencia.

El trabajar en equipo implica un alto grado de desarrollo en las relaciones interpersonales, un intercambio abierto entre sus integrantes, así como conocer cómo se realizan las dinámicas de grupo. Un ejemplo de lo que pudiera ser un equipo interdisciplinario de psiquiatría social que trabaja en una institución de

base, vinculada o formando parte de la atención primaria, es el desarrollo de un programa de psiquiatría comunitaria.

Está integrado por trabajadora social, activista comunitario, psicólogo, psiquiatra y otros profesionales o técnicos. Por su pertenencia a un colectivo mayor (una organización asistencial pública), la jerarquía administrativa puede ser asignada al psiquiatra, o al técnico o profesional con mayor permanencia en la tarea básica. Sobre la base del objetivo general de cada tarea específica, la dinámica interna del equipo permite la jerarquización por cualesquiera de sus integrantes.

Además, cada uno de los profesionales del equipo debe mantener sus relaciones y pertenencia a las estructuras organizativas superiores de su perfil. A modo de ejemplo: la trabajadora social o la enfermera del equipo básico se relaciona con los responsables de su perfil en el nivel superior. El equipo básico se concibe como interdisciplinario y horizontal, el otro es unidisciplinario y vertical.

Esta dinámica de trabajo en equipo interdisciplinario no es exclusiva para objetivos asistenciales y sí es aplicable en el área de las formulaciones teóricas, la investigación y la formación de recursos humanos, en el amplio campo de la psiquiatría social.

Psiquiatría pública

Es uno de los factores integrantes menos conocidos y divulgados de la psiquiatría social, aun cuando es esencial. Se reconoce como la práctica de la psiquiatría en el contexto público. Forma parte de los servicios que son ofrecidos por el Estado por medio de su organización de salud, dirigidos a satisfacer las necesidades de la población en materia de salud mental.

En un sentido estricto, forma parte de la salud pública. De este modo, el término se solapa con la concepción de salud mental asignado por algunos a la organización administrativa y práctica en el área de la salud y enfermedad mental dentro de la organización estatal de salud.

Es preciso conocer cuál es la tendencia que sigue el sector público de la salud en el contexto de la globalización neoliberal, tanto para pronosticar el futuro de la psiquiatría pública como para la intervención que modifique este pronóstico.

Al pertenecer a la organización de salud, la psiquiatría pública depende de la línea de trabajo que este sector trace, de las decisiones políticas, del orden de prioridades que se le asigne a la salud-enfermedad mental y de ello dependerán los recursos, su desarrollo, práctica y satisfacción de las demandas de la población.

La actual globalización neoliberal lleva al *estado minimalista*, donde la salud deja de ser un derecho del individuo y un deber del Estado. El sector público de

la salud se reduce y tiende a desaparecer. Dentro de él, la psiquiatría pública o salud mental sigue un camino similar con sus características particulares.

Es conocida la precariedad de los recursos asignados, la situación de abandono y las condiciones muchas veces inhumanas de los hospitales psiquiátricos. También se conocen las luchas por las reformas asistenciales y los primeros logros de las alternativas comunitarias, que casi coinciden con el neoliberalismo, en el tiempo.

En muchos lugares la existencia de uno o varios sistemas de seguridad social determinan en el sector público (en su sentido extenso), la existencia de varios sistemas de salud estratificados de manera proporcional en cuanto a recursos, población a atender y calidad asistencial e inversamente proporcional al número de usuarios o derecho habientes.

Estos sistemas son los siguientes: privado, seguridad social de trabajadores de empresas privadas, seguridad social de trabajadores estatales y salud pública. En la mayoría de los casos, la tendencia ha sido crear un subsistema de seguridad social y otro público, y en contados lugares integrar la seguridad social al sector público. En todo este contexto la práctica psiquiátrica ha sido precaria y nunca se ha priorizado.

La influencia neoliberal en un intento por palear las consecuencias del liberalismo de Locke, plantea un sistema estratificado de pagos por la salud, donde los más pudientes pagan sus gastos y un remanente se destina de los del estrato inferior hasta llegar hasta el que no puede pagar, y recibe los servicios gratuitos y de caridad controlados por un estado reducido.

En la misma proporción en que se reduce el pago, disminuye la calidad. La prestación de servicios ha de ser autosuficiente en cada nivel; en el nivel local o comunitario donde radican los mayores sectores de la población marginada, los recursos son menos y dependen del Gobierno local. Éste sería el nuevo campo de acción de la psiquiatría pública: la comunidad, las acciones de prevención y de promoción.

La situación descrita lleva implícita la abolición del derecho del individuo a la salud, el deber del Estado a garantizarla, fomenta la inequidad, favorece el mercantilismo y desaparecen los principios éticos de la práctica psiquiátrica. No todos tienen acceso a la salud y mucho menos a los más recientes avances de la ciencia y la técnica en psiquiatría. Por otra parte, la repercusión del neoliberalismo en la sociedad aumenta los requerimientos de la población en salud mental al incrementar la desocupación, las migraciones, la disolución social, el abuso de drogas, el alcohol, la violencia, etc.

La lucha por humanizar la atención psiquiátrica, en contra de los manicomios, a favor de los derechos de los pacientes psiquiátricos por poner al alcance de todos los adelantos científico-técnicos en salud mental que ha sido la base de las reformas psiquiátricas europeas, de la reestructuración de la psiquiatría en América Latina por la OPS, adquiere, en este contexto, una dimensión superior.

La psiquiatría pública es un área de dedicación con amplias implicaciones económicas y políticas que, a su vez, necesita un desarrollo teórico como método científico con un objeto de estudio definido. Es mucho más que la práctica de la psiquiatría asistencial en el contexto público o estatal.

Su práctica está ligada al crecimiento y a los requerimientos de un sistema público de salud, no como un subproducto o reducida a una prestación de beneficencia. Tiene productividad dirigida al empleo de sus recursos, la estructuración de servicios, el trabajo en equipo, la equidad y atención universal, y el auge de un modelo integrador biopsicosocial y salubrista.

Es un campo de acción de la psiquiatría social en el sector mayoritario de la población, lo que la convierte en una convicción necesaria para el avance de las ciencias de la conducta y en un factor enriquecedor de la propia psiquiatría social.

Psiquiatría transcultural

En un intento por responder si la distribución y frecuencia de las enfermedades mentales es uniforme en el mundo, el tener como base los factores biológicos de un cerebro humano único o, por el contrario, varía en el mundo de un lugar a otro, de un estrato social a otro, incluso de un momento histórico a otro en el mismo lugar y determina las posibles causas de las enfermedades mentales, es que desde los primeros tiempos se enfoca desde psiquiatría el medio cultural de donde proceden los pacientes.

La respuesta no es simple, en ella va implícita la determinación de causalidad en psiquiatría, que es multifactorial, donde cada factor no es suficiente ni necesario por sí mismo. Se ha pretendido buscar una uniformidad biológica, en la cual lo cultural solo aporta la empaquetadura, la patoplastia o forma de manifestación.

Por otra parte, se ha señalado la causalidad cultural o social de la enfermedad mental, en las conocidas como **trastornos menores**, con gran interdependencia del medio social con una referencia a problemas del vivir, como cuestión esencial de estas enfermedades.

Esta cuestión no es nueva; sus orígenes se remontan al dualismo cartesiano, se hace más evidente con el desarrollo de la antropología cultural del siglo XIX y a comienzos del XX, con la aparición de las llamadas Escuelas Culturales del Psicoanálisis que critican a Freud, porque universalizó teorías que elaboraron en un estrato social, en un medio cultural y en un momento dados.

Más avanzado el siglo XX, se describen cuadros psiquiátricos propios de diferentes culturas no occidentales calificadas como exóticas, que se estudian con el criterio de psiquiatría folclórica con un tono despectivo.

Fernando Ortiz, estudioso cubano de las culturas africanas en Cuba y el Caribe, propone el término transcultural para este tipo de aproximación y describe todo el proceso que termina con la transculturación.

El fenómeno de la transculturación no hay que buscarlo en lejanas costas, ocurre en un medio social propio, se relaciona con clases y estratos sociales, el

determinante de las subculturas originadas por la inequidad, la pobreza o la riqueza. Se llega así a las clasificaciones psiquiátricas como el DSM-IV y la CIE-10, todavía como apéndice y criterios folclóricos de una manifestación que se hace cada vez más dominante, no sólo en las enfermedades mentales.

Psicología social de la salud

Se ha definido como la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social al campo de la salud, lo que equivale a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en marcha de programas de intervención en ese campo.

La psicología social de la salud se dirige al estudio de la conducta salud-enfermedad, de la interacción con el individuo sano o enfermo, el estudio de los productos de la conducta humana, el uso de técnicas diagnósticas y terapéuticas, y de intervenciones estresantes. También se dirige al estudio de las relaciones en profesionales y usuarios, al análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y la comunidad en relación con la salud y la enfermedad.

Cuando la psicología social de la salud se introduce en la salud mental, se abre un nuevo espacio, y adquiere una nueva dimensión y mayor complejidad. Penetra en el subjetivismo del hombre y en los factores psicosociales de la salud mental. Tiene, entonces, la tarea de ir decolando la densa trama de acepciones de salud mental para iniciar la investigación de posibles causas, determinantes y riesgos sociales para la enfermedad mental y el deterioro psicológico. Es parte de su tarea determinar el papel de experiencias psicológicas y sociales previas asociadas a clase social, subcultura, género, desempleo, etcétera.

El estrés y su impacto, así como los indicadores de apoyo social y las modalidades de afrontamiento son otros aspectos de la psicología social en salud mental. Es importante hacer compatible una estrategia de prevención y cambio social con un enfoque individual de orden terapéutico y entre ambos contribuir a reducir el efecto de la enfermedad y ganar en salud mental. La psicología social deviene, de este modo, uno de los pilares fundamentales de la psiquiatría social.

Psiquiatría preventiva

Tal como la definió Caplan, hay que plantear que el término psiquiatría preventiva se refiere al conjunto de conocimientos teóricos y prácticos que deben ser empleados en la implementación de programas dirigidos a reducir la incidencia de trastornos mentales en la comunidad, reducir su duración cuando ocurren, así como sus secuelas.

La denominación de psiquiatría preventiva adquiere un mayor significado a partir de los aportes de Gerald Caplan, motivado por los lineamientos para la enfermedad y el retraso mental de los EE.UU. de Kennedy, hace más de 35 años.

Desde entonces se ha ampliado por algunos, como sinónimo de psiquiatría social o comunitaria, o se le ha dado un nivel como rama independiente de ambos y de la psiquiatría clínica; su empleo ha ido perdiendo espacio en la literatura especializada por la difícil evaluación de los resultados, dado el largo plazo de intervención y modificación del cuadro epidemiológico y por los lineamientos actuales de la psiquiatría en los propios EE.UU. que se dirigen, de nuevo, a los modelos biomédicos e institucionales.

En la práctica incorpora los conocimientos y habilidades tanto de la psiquiatría clínica clásica, como de la social y comunitaria. Por su proyección, el profesional y el equipo deben tener conocimientos sobre un amplio rango de materias de índole social, económica y política, además de ser un psiquiatra clínico bien calificado.

La psiquiatría preventiva es integral, se considera como una parte de la psiquiatría social y con amplia proyección comunitaria. Su objetivo principal consiste en lograr promoción de salud, protección de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales en la propia comunidad. No es una especialización más, es uno de los pilares fundamentales de la psiquiatría social.

TEMA 2

Psiquiatría comunitaria

Guillermo Barrientos de Llano

Es la psiquiatría social en acción, lo cual quiere decir que esta disciplina es su base teórica y el punto de partida de su práctica, que tiene lugar en un escenario diferente al habitual que es el de la propia comunidad a la cual pertenece su objeto de estudio: el hombre sano o enfermo mental.

El simple cambio de espacio implica realizar actividades cotidianas no equiparables con las de la psiquiatría tradicional, que se ejerce desde la institución especializada, ya sea el hospital psiquiátrico, el servicio del hospital general, o la consulta ambulatoria, pública o privada y para esto se han preparado los profesionales y técnicos relacionados, de un modo u otro, con la salud y la enfermedad mental.

Esto genera las resistencias naturales ante lo desconocido o para lo que se considera no estar facultado. Es por ello que la capacitación deviene uno de los ejes prioritarios para el auge de la psiquiatría en la comunidad y mediante el cual se pretende contribuir con la presente publicación.

La psiquiatría comunitaria surge de las necesidades de la población en materia de salud mental y la consecuente demanda para su satisfacción, y del desarrollo de los sistemas de salud en los que la atención primaria es prioritaria.

Estos hechos determinan la necesaria integración con los sistemas de salud y, por tanto, con la psiquiatría pública, que es objeto de profundas reformas que, en América Latina, liderea la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que en su aspecto más general implica la ampliación de su tradicional campo de acción, desde la institución hacia la atención primaria. Con ello, la psiquiatría se integra al proceso que siguen los sistemas de salud en nuestro hemisferio de modificar sus estructuras asistenciales, de modo que satisfagan las demandas de la población y lo hagan con un índice costo-beneficio adecuado, que permita mantener la atención, con la mejor calidad y equidad posible.

Es un enfoque que retoma la salud como un derecho del ciudadano y la comunidad, y un deber del Estado e implica una modificación de concepciones neoliberales que han demostrado su incapacidad para enfrentar el reto de las situaciones de salud y salud mental que ellas mismas generan.

La psiquiatría comunitaria no es una nueva psiquiatría, mantiene sus postulados básicos. Es un factor integrador de las vertientes biológicas, psicológicas y sociales del individuo, al que concibe como un ser social y en su orientación, tanto en salud como en enfermedad, no puede tomar uno o dos de estos aspectos y hacer caso omiso de los otros. No obstante, incorpora los más recientes avances de las ciencias sociales en la medicina e incluye la concepción de campo de la salud en sustitución del modelo lineal de salud-enfermedad.

De aquí se deriva la integración de acciones de promoción y protección de la salud, de prevención de situaciones, grupos e individuos en riesgo, así como las de rehabilitación psicosocial para aquellos enfermos con secuelas por su enfermedad mental.

Estas acciones no sustituyen sino complementan las de la atención al daño, al enfermo mental que es tratado de modo individual y colectivo, con las técnicas habituales, pero evitando al máximo su separación de su medio social, que es el escenario hacia donde se dirigen los servicios asistenciales, es decir, la atención primaria.

Ésta se convierte en la puerta de entrada al sistema de salud, desde donde en una concepción tradicional, se clasifican y derivan los pacientes a los diferentes niveles de ese sistema, que se estructuran según diversos grados de complejidad.

Esta concepción estipula que el primer nivel atenderá la mayor morbilidad y la menor complejidad, sus procedimientos serán, por tanto, los más simples, necesitan un menor grado de especialización del equipo de atención primaria, al cual se le transfiere la tecnología simple que aplicará y donde los especialistas tienen el papel de asesores o supervisores.

Al ir asumiendo la atención primaria en la práctica, la función de diagnóstico y tratamiento de una mayor cantidad y complejidad de trastornos, la transferencia de tecnologías y la adquisición de habilidades por el médico de atención primaria, se hace cada vez más necesaria. De este modo, se van modificando las concepciones de la atención secundaria y la hospitalización. A ello contribuye el avance de los propios procedimientos de intervención terapéutica, incluidos los quirúrgicos, influidos por su práctica en la atención primaria.

En el enfoque de los procesos de salud y enfermedad mental se da una situación particular, en la cual, en la atención primaria junto a la mayor morbilidad, se encuentra también la mayor complejidad. Los procedimientos terapéuticos en los diferentes niveles de atención (hospital psiquiátrico y el servicio de psiquiatría en el hospital general o la consulta externa en la institución), son más simples que los que se necesitan en el primer nivel.

Un ejemplo lo constituye el tratamiento y la rehabilitación del paciente de larga evolución, con secuelas y síntomas invalidantes propios de su enfermedad. La rehabilitación de este paciente, para que sea capaz de convivir en el medio hospitalario, es más fácil que lograr que el paciente sea capaz de convivir en su medio familiar.

El proceso rehabilitador comunitario tiene que incluir muchas más variables dadas por el medio social, influir en ese medio, capacitar a la familia para afrontar la carga que constituye este paciente al que llaman **crónico**, aprovechar al máximo sus potencialidades para que sea capaz de contribuir a su sustento y otras.

La intervención en crisis intrafamiliar en una familia disfuncional requiere una pericia mayor por parte del terapeuta si se produce en el hogar que si se hace en el consultorio. Las situaciones del adolescente, la dependencia del alcohol y de las drogas, la violencia intrafamiliar y comunitaria, y los trastornos de adaptación, son algunos ejemplos de lo que constituye la principal demanda de atención en el campo de la salud mental en nuestros días y que necesita ser satisfecha por los sistemas de salud.

Desde este punto de vista, la psiquiatría comunitaria se deriva no sólo de concepciones teóricas, sino de la modificación del cuadro epidemiológico del proceso salud-enfermedad mental, de las necesidades sentidas por la población, sus modificaciones para afrontarlas y, por tanto, de las características de su demanda de atención. Así, la psiquiatría comunitaria es la expresión del proceso de cambios y trascendentes en la prestación de servicios asistenciales, que han provocado transformaciones en la estructura de esos servicios, en la práctica de la especialidad, en el modo de enfrentar, concebir y tratar las enfermedades mentales. Es posible describir la psiquiatría comunitaria como una orientación teórica y organizativa de la psiquiatría en general.

No es posible tener éxito en esta nueva práctica de la psiquiatría si se la limita a la atención al daño o a la enfermedad y es por esta razón que la psiquiatría comunitaria incluye las acciones de promoción y protección de salud, la determinación del riesgo y su superación, mantiene la atención al daño desde el propio medio social y se ocupa de la rehabilitación psicosocial del paciente con secuelas.

Se integra al sistema de salud desde el primer nivel, interactúa con los otros dos, como parte de una red, favorece la proyección comunitaria del hospital psiquiátrico, su redimensionamiento con una concepción gerencial y una mayor calidad con el menor costo. De igual modo, se vincula al resto de la atención primaria en una modalidad particular de lo que se conoce como **psiquiatría de enlace** en el ámbito intrahospitalario del hospital general.

La ampliación del campo de acción de esta psiquiatría a la promoción y protección de salud, la relaciona con la salud pública y con las concepciones de salud mental, en lo que se refiere a ésta como una condición del individuo, y al aspecto de prestación y organización de servicios, en lo que se conoce como salud mental comunitaria.

La orientación en los aspectos de promoción y protección de salud mental es indiferenciada, se relaciona con estilos, modo, condiciones y nivel de vida de la persona y de la comunidad de la que forma parte. Esto se explica porque los

determinantes de salud mental son los mismos que los de la salud en general, de la cual forma parte indivisible.

En el enfoque de riesgo se pueden apreciar factores indiferenciados y algunos más específicos, como los referidos a elementos genéticos; disolución social; condiciones de minusvalía por razones de edad, género, discapacidad física o mental; etnia; migración y otros.

Estos elementos tienen un elevado componente en la conducta humana, sus bases afectiva y cognitiva, por lo que son inherentes a la psiquiatría concebida como la integradora de lo biológico, lo psicológico y lo social del hombre. Este hecho determina, también, el carácter interdisciplinario de la psiquiatría comunitaria y lo imprescindible del trabajo en equipo.

Esos aspectos de organización y gerencia de servicios es lo que la psiquiatría comunitaria ofrece y están dados por las alternativas a los servicios y su organización tradicional. En este sentido es que se incluyen aquí los equipos básicos de salud mental que forman parte de los equipos de atención primaria, los centros comunitarios de salud mental que están ubicados en la propia atención primaria o en un nivel intermedio entre la primaria y la secundaria (municipio, distrito o región), las agencias especializadas en situaciones prioritarias como la prevención del suicidio, clínicas ambulatorias de trastornos afectivos o de neurolépticos de larga acción.

Algunos autores consideran como alternativas de servicios a la hospitalización parcial los hospitales de día, de noche o de fin de semana, y otros las extienden a los servicios de psiquiatría en hospitales generales.

En cuanto a la organización de servicios alternativos, la esencia está dada por su pertenencia a una red, que se extiende a otros niveles del sistema de salud a partir del primer nivel de atención que es el que va a garantizar su vinculación con una comunidad definida y, por tanto, la factibilidad de ejercer acciones de salud con la participación de esa comunidad.

Modelo de atención psiquiátrica comunitaria

Es posible hablar de modelos de atención psiquiátrica, según estén centrados en el primer, segundo o tercer niveles. La psiquiatría comunitaria corresponde al primer nivel y la identificamos como Modelo Comunitario de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental. Se corresponde con los principios de los sistemas locales de salud (SILOS), de los que idealmente debe formar parte, pero dadas las características propias de la salud y de la enfermedad mental, con frecuencia se puede observar cómo la psiquiatría se adelanta al proceso de creación de los SILOS en muchos países y, aun cuando se integran a ellos, mantienen su propia identidad.

Este modelo debe estar centrado en la comunidad a la que brinda sus servicios, ser capaz de movilizar los recursos de ésta para resolver sus propios problemas de salud mental, así como de utilizar en su beneficio los recursos del

sistema de salud al que pertenece. De aquí se derivan las características del modelo, entre ellas:

- Se relaciona con el proceso de desconcentración y descentralización del Estado en su perfeccionamiento.
- Considera la comunidad como un conjunto poblacional definido en sus aspectos de espacio y de intereses, según su pertenencia a clase o estrato social, etnia, cultura u otros factores que le dan identidad propia.
- Se corresponde con la división administrativa del servicio de salud y está enmarcado en un isócrono que lo hace accesible y permite la realización de sus acciones de salud.
- Garantiza la participación de la colectividad en sus acciones.
- Tiene un carácter interdisciplinario en el sector Salud y transectorial, al relacionarse con otros sectores de la organización estatal y la sociedad civil.
- Integra los programas de promoción, protección, atención y rehabilitación, en un continuo que incluye al individuo y su entorno.
- Basa sus acciones en las necesidades sentidas de la población.
- Trabaja en equipo, lo que es fundamental para alcanzar sus objetivos.
- Las acciones de salud tienen un carácter estratificado para establecer su relación con los otros niveles de atención del sistema.
- La capacitación del recurso humano es otra de sus funciones principales. En ella se incluye al profesional, al técnico y al lego de la comunidad. La transferencia de tecnologías es parte importante en esta función.
- La investigación se guía por el concepto de investigación-acción, dirigida a conocer las necesidades sentidas, monitoreo del proceso de implantación y evaluación del modelo.
- La base administrativa del modelo se rige por los principios de planificación estratégica, gerencia, elaboración de proyectos según el marco lógico y otros aspectos similares.

El modelo comunitario consta de seis perfiles que determinan sus funciones:

1. Clínico. Contempla las acciones curativas en la atención primaria e incluye la rehabilitación psicosocial del paciente con secuelas, en quien tiene un valor específico los perfiles epidemiológico y social.
2. Epidemiológico. Determina el cuadro epidemiológico de salud mental, identifica los factores de riesgo y protección, así como los determinantes de salud mental, las necesidades sentidas de la población, y establece las prioridades y estrategias de intervención. Es responsable del diagnóstico comunitario de salud mental, punto de partida de la instauración de este estilo de trabajo.
3. Social. Tiene en cuenta la participación de la comunidad, contribuye para determinar las necesidades sentidas, interviene en la programación y ejecución de acciones de promoción, protección y prevención, y deviene un factor vital para la rehabilitación psicosocial.

4. Investigativo. Forma parte de los anteriores al desarrollar investigaciones de corte epidemiológico, que incluyen las cualitativas o sociales, los estudios de casos y controles, la evaluación del modelo, etc.
5. Docente. Constituye uno de los ejes principales para implementar el modelo, pues parte de una nueva concepción para la que no han sido preparados sus participantes. Se priorizan aquellos aspectos de educación continua destinada a la preparación, a corto plazo, de los actores de los equipos de trabajo y los de educación popular para la salud dirigida a la población general y a los líderes formales y no formales de la comunidad.

La transferencia de tecnologías y su adaptación en la atención primaria tienen un papel determinante, en la implantación de este estilo de trabajo. En su evolución, la atención primaria es capaz de desarrollar su propia tecnología, que debe superar la transferida desde otros niveles de atención.

La formación del recurso humano en las instituciones docentes es importante, pero tiene que lograrse en primera instancia con la modificación curricular en pregrado y posgrado, lo cual determina que su influencia sea a mediano plazo y en la medida en que se consolida el modelo comunitario. Así adquiere especial relevancia la educación continua de posgrado, que puede ofrecerse en cursos cortos, entrenamiento en servicios, diplomados, maestrías y otras formas de docencia aceptadas por el nivel académico. En el perfil docente del modelo, incluimos publicaciones, eventos científicos, asambleas populares, etcétera.

6. Administrativo. Tiene en consideración el carácter gerencial al que se dirige la administración de salud con el componente costo-beneficio, contempla la descentralización con la consecuente responsabilidad al nivel local, la cogestión y la autogestión. Es responsable de la evaluación integral, y del ajuste de los programas y proyectos.

El modelo comunitario es capaz de ejercer acciones de promoción y protección de salud, prevención del riesgo, atención al daño y rehabilitación psicosocial del paciente con secuelas. Estas acciones se basan en el enfoque de campo de la salud de Lalonde y su evolución posterior; en la concepción de las múltiples causas de las enfermedades y en los múltiples factores de la salud. Así, se conciben los problemas de salud en términos de determinantes, riesgos y daños.

Los determinantes son comunes para todos los aspectos de la salud. Entre ellos tenemos: empleo, educación, alimentación, vivienda, ecosistema, agua potable, paz y otros. Todos están muy relacionados con la organización del Estado, el tipo de gobierno y su voluntad política en relación con la salud, así como con la base económica.

En la aplicación particular del modelo en una comunidad dada, estos aspectos serán los propios de esa localidad, que pueden diferir o no de los de la nación.

Los riesgos están dados por aspectos de la conducta humana, sus estilos y modos de vida, y la cultura. Tienen gran valor para la salud mental, pero no son específicos de ésta e incluyen riesgos para la salud física o para ambas.

Como ejemplo de ello se pueden señalar: tabaquismo, alcoholismo, no protección laboral, hacinamiento, deserción escolar, violencia intrafamiliar, violencia en la comunidad, disfunciones familiares, maternidad temprana, y otros.

En esta caracterización de los problemas de salud se delimitan los daños a aquéllos que responden a un criterio clásico de entidades nosológicas y, por tanto, son específicos de las enfermedades mentales, aunque se estimen como multicausales. Dentro de este grupo encontramos aquí la esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos de estrés postraumáticos, distimias, demencias, etc. Con un concepto más amplio de daño aparecen situaciones que afectan la salud como el suicidio, homicidio, adicciones, accidentes y conductas no aceptadas por la colectividad, por romper las normas de convivencia social sin un propósito definido.

Acciones de salud

El modelo comunitario de salud mental se distingue, porque el problema salud-enfermedad se enfoca desde la concepción de campo de la salud y la multicausalidad de las enfermedades mentales. Así centra sus acciones no sólo en el daño o enfermedad y sus secuelas, sino que incluye los riesgos y determinantes. Es por ello que se dirige a promover y proteger la salud, prevenir las enfermedades mentales, atender a los enfermos psiquiátricos, a rehabilitarlos y a su reinserción social.

Las acciones de promoción y protección de salud forman parte indisoluble del sistema de salud local e interactúan con otros sectores de la localidad y con la propia comunidad. Estas acciones se dirigen a fortalecer o a crear modos y estilos de vida saludables, y contribuyen a elevar la calidad de vida de la población. Actúan sobre la conducta del individuo y sobre su medio social; emplea técnicas propias de intervención comunitaria, que tienen sus orígenes en técnicas habituales de la práctica psiquiátrica como las psicoterapias individuales o de grupos, sólo que se han perfeccionado para dirigirse a individuos supuestamente sanos que no han demandado atención y también sobre colectivos integrados sobre la base de su pertenencia a una comunidad.

Estas técnicas tienen su propio objeto de estudio, sus métodos y su evaluación, que las distinguen de las técnicas y concepciones de origen. Podemos denominarlas técnicas participativas, porque garantizan la intervención de la población para resolver sus problemas de salud-enfermedad. Las acciones de promoción y protección se dirigen a los determinantes como: empleo, alimentación, vivienda, educación, ecosistema, agua potable, paz, cultura, costumbres, etcétera.

En las acciones de prevención de las enfermedades mentales, el modelo comunitario toma como base el enfoque de riesgo, evalúa las conductas individuales y las de la comunidad que tienen potencial patogénico, es decir, que llevan implícito una posible afectación para la salud. Si las acciones de promoción y protección son inespecíficas, y se refieren a la salud en general, en el caso de la prevención, es posible distinguir elementos más específicos para cada tipo de enfermedad.

Entre los factores de riesgo más comunes encontramos: hacinamiento, violencia intrafamiliar y en la comunidad, deserción escolar, no protección laboral, alcoholismo, tabaquismo, adicciones, costumbres de alimentación, etc. Las acciones de prevención tienen como objetivo modificar, de manera favorable, esas condiciones y, por tanto, se dirigen a la conducta del individuo, a la de la comunidad y a los factores externos a ella que en no pocas ocasiones son los responsables de la situación que se debe modificar.

Las acciones dirigidas al daño son específicas para la enfermedad y la salud mental. Se distinguen de las habituales de la práctica psiquiátrica en el ámbito donde se practican, que no es otro que la propia comunidad, en la casa del paciente, en su centro de trabajo o de estudio, con la participación activa de la familia o personas significativas. Emplea los recursos del medio social en el tratamiento de su paciente.

La terapia de familias disfuncionales se realiza en el lugar habitual donde se produce la disfunción, con la participación de todos los miembros de esa familia. El ingreso no se produce en la institución, alejada del medio del paciente; por el contrario, se hace en su propio hogar y con el cuidado de su familia. Sólo en última instancia se lleva al enfermo a la institución psiquiátrica, preferiblemente al servicio especializado en el hospital general.

La psiquiatría comunitaria se ha definido como la prestación de servicios alternativos a los clásicos, pero también incluye técnicas alternativas de tratamiento que encuentran aquí un espacio para su ejercicio como las técnicas no medicamentosas entre las que se incluyen: relajación, yoga, digitopuntura, acupuntura, ciberneica facial y otras. Hay quienes incluyen aquí, técnicas de fitoterapia como la terapia floral y otras similares que están de moda en la corriente ecologista.

La disminución de las secuelas de la enfermedad mental, el aprovechamiento de las capacidades remanentes y la reinserción psicosocial del paciente a su medio como socialmente útil ha devenido uno de los pilares de la psiquiatría comunitaria, tanto que algunas escuelas pioneras en este campo, como la italiana (casi de modo exclusivo) se proyecta en este aspecto de la rehabilitación del paciente de larga evolución.

La rehabilitación psicosocial se concibe, no como una técnica específica, sino como una modalidad de la práctica integral de la psiquiatría en la comunidad. En ella se pueden distinguir dos aspectos: el primero, caracterizado por la

adquisición o recuperación de habilidades perdidas en el proceso morboso por parte del paciente; el segundo, por las oportunidades que existen o se crean para que el paciente utilice esas habilidades para integrarse a su medio social de pertenencia.

En la rehabilitación psicosocial, también es un pilar importante la participación de la colectividad que debe recibir al paciente que permaneció fuera como consecuencia de la práctica de la psiquiatría clásica para con los enfermos mentales de aislarlos de su medio. Los recursos de la comunidad permiten ejercer las habilidades adquiridas en el proceso de rehabilitación, y aun cuando existan, necesitan la actitud favorable de sus integrantes para recibir o no dejar aislar al paciente de su medio. Así, la rehabilitación psicosocial comienza por la modificación de actitudes históricas sobre el enfermo mental y ha de emplear técnicas participativas para lograr este propósito. Es aquí donde se puede apreciar el continuo y la integralidad del quehacer comunitario en salud mental. Los mismos procedimientos empleados en la promoción y prevención, marcan el inicio y el éxito de la rehabilitación, y la satisfacción de las necesidades sentidas de la población con sus pacientes más graves, lo que permite para alcanzar mejores niveles de salud mental.

La creación o recuperación de habilidades se corresponde con las concepciones habituales de terapia ocupacional, aunque no toda actividad esté dirigida a la inserción del paciente en su medio. Es frecuente ver programas de este tipo de terapia dirigida al entretenimiento, a facilitar su desempeño en el ámbito hospitalario y que perpetúan la enajenación. La terapia ocupacional en la institución psiquiátrica, es sólo el inicio de un proceso que ha de continuar en la comunidad.

Tanto la rehabilitación psicosocial del enfermo mental como el conjunto de prácticas de terapia ocupacional, tienen su máxima expresión cuando se realizan en su propio medio. En su desarrollo van creando, junto con las habilidades del paciente, las condiciones de su aceptación por quienes lo rodean, desde su familia, los líderes formales y no formales de la comunidad, así como por sus integrantes.

Se conciben así tres niveles de rehabilitación comunitaria en la atención primaria de salud: el domiciliario y comunitario, la adquisición de habilidades y el desempeño como ciudadano socialmente útil.

El proceso se inicia con la valoración diagnóstica del enfermo, las habilidades que permanecen, las posibilidades de adquirir otras (nuevas) y sus necesidades sentidas. En las áreas domiciliarias y comunitarias se produce la convivencia del paciente con su familia, sin que constituya una carga emocional para ambas.

El tratamiento de los síntomas primarios productivos, en el caso de los psicóticos de larga evolución, es prioritario; una vez eliminados o disminuidos, se pasa al proceso rehabilitador, que está dirigido a lograr que el paciente sea

responsable de su tratamiento, adquiera las habilidades y hábitos higiénicos, y de convivencia o urbanismo. De inmediato, se pasa al ejercicio de responsabilidades en la vida cotidiana, pero siguiendo siempre sus características socioculturales y con la aprobación familiar, comienza a realizar actividades fuera del hogar, para extender su campo de acción a los vecinos y al barrio, donde se le asignarán nuevas responsabilidades ligadas al quehacer diario de la comunidad. Al unísono o después, comienza a realizar actividades dirigidas a las independencias económica y social. Es el momento de crear o recuperar habilidades que faciliten este objetivo.

Los talleres de terapia ocupacional fuera de la institución son el elemento facilitador de esta etapa, pero es posible realizarlos en los propios centros laborales de la comunidad. En este caso existe la ventaja de la vinculación de otros sectores en la rehabilitación del paciente.

La etapa final está dirigida a lograr las habilidades adquiridas o recuperadas. Aquí participan el paciente, el equipo de salud mental y los más diversos sectores comunitarios. Se pretende la vinculación laboral del paciente, en un empleo remunerado, donde recibe un salario por la actividad que realiza. El objetivo fundamental es lograr su reinserción como un ciudadano socialmente útil, capaz de ejercer sus derechos, al dejar de ser una carga afectiva y económica para su familia y su comunidad.

Durante su evolución, la rehabilitación psicosocial, que en un principio se limitaba a los enfermos con trastornos más graves, de carácter crónico, amplía su campo de acción y hoy incluye otros trastornos como: la dependencia alcohólica, cuadros de carácter neurótico, adicciones a drogas, retraso mental y otras. Aquí es donde surgen los grupos de ayuda mutua y se desarrollan los de autoayuda; esta nueva orientación también se incluye en los programas de los enfermos más graves.

El papel de las familias y las personas significativas para el paciente, es incluido en diversas modalidades de esta proyección. Hoy abundan diversos enfoques al respecto e, incluso, se constituyen organizaciones gubernamentales o no, que adquieren un carácter internacional y que, en no pocas ocasiones, distorsionan su objetivo principal, que es la reinserción social con validismo y autonomía, devienen una forma sutil de institucionalización.

Diagnóstico comunitario de salud mental

Es difícil que la psiquiatría comunitaria se implante en un terreno virgen de acciones de salud. Siempre existe, con anterioridad, un sistema local de salud que por muy rudimentario que sea ha de haber ejercido acciones de algún tipo, incluidas las relacionadas con la salud y la enfermedad mental, y lo más probable es que haya seguido los patrones más tradicionales de la psiquiatría clásica.

La implantación de este modelo alternativo de atención integral en salud mental, requiere, como en cualquier proceder clínico o de administración de salud, el diagnóstico donde ha de intervenir y modificar la situación inicial.

El diagnóstico de una situación de salud es reconocido como el perfil epidemiológico de una localidad identificada y delimitada; en este caso se emplean técnicas cuantitativas y cualitativas en una triangulación que le permite abarcar integralmente toda su complejidad.

El primer paso del diagnóstico es conocer las características del sistema local de salud, la cobertura asistencial a la población, los recursos con que cuenta, los datos que tenga en relación con la salud y enfermedad mental, los procedimientos para enfrentarlos y los resultados obtenidos.

Es importante conocer el valor que para este sistema local tienen los problemas de salud mental. De igual modo, se debe lograr una primera aproximación a los criterios y opiniones de diversos sectores de la población sobre la problemática de salud y enfermedad mental, y cuáles son las prioridades que consideran. Es el inicio de lo que se denomina **examen preliminar de la situación de salud mental**.

El examen, así concebido, permite la primera identificación de las necesidades de salud mental para la población a atender y la relación con sus demandas de salud en general, así como los recursos formales con que cuenta el sistema local de salud.

El análisis de los requerimientos de atención por trastornos en la esfera psíquica, permite una primera aproximación a las más evidentes necesidades sentidas por la población, y se completa con el criterio de las autoridades locales y sus sectores, y de las situaciones que ellas consideran como de mayor importancia.

Este examen preliminar permite establecer las prioridades más elementales para implantar el modelo de psiquiatría comunitaria y debe estar seguido por un plan de acciones de impacto en la población y las autoridades locales, así como por la planificación y aplicación inmediata de los procedimientos para realizar el diagnóstico comunitario, que permite elaborar el programa de salud mental para esa comunidad.

Con estos elementos se puede realizar el diagnóstico comunitario como tal. Hay autores que diferencian el diagnóstico comunitario del examen preliminar: el segundo basa sus conclusiones en el análisis crítico de los registros existentes en la comunidad, mientras que en el primero la información básica se obtiene por la recolección activa y continua de todos los aspectos relevantes. Tiene dos componentes: uno es cuantitativo y el otro es cualitativo, y se denomina **diagnóstico de la comunidad**.

En el diagnóstico así concebido, hay que considerar los aspectos siguientes:

- Características de la comunidad.
- Cuadro de salud y enfermedad mental.

- Enfoque de riesgo, vulnerabilidad y factores de protección.
- Recursos de la comunidad y del sistema de salud.
- Determinación de prioridades, estrategias de intervención y programa de salud mental.

A continuación explicamos cada uno de ellos.

Características de la comunidad. Incluye la ubicación geográfica; sus límites; la extensión territorial; si es urbana, semiurbana o rural; habitantes y distribución por sexo, edad, escolaridad y otras variables sociodemográficas como densidad de la población.

A esto se añaden las redes de comunicación, facilidades de transporte, que posibilitan establecer los isócronos y la accesibilidad a los servicios. Los aspectos socioculturales como: valores; creencias religiosas; nivel de escolaridad; conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la salud y enfermedades mentales y, en general, patrones de conductas de riesgo para las enfermedades mentales, organización formal y no formal de la comunidad, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, etc.

Cuadro de salud y enfermedad mental. Es importante conocer el cuadro epidemiológico de la comunidad, en específico la mortalidad y morbilidad más frecuentes. La fuente de información fundamental la constituyen las autoridades del sistema de salud. Aun cuando es de utilidad conocer estos indicadores en general, es preciso valorar más aquéllos relacionados con la enfermedad mental. Entre los de mortalidad tenemos mortalidad por suicidio, homicidios, accidentalidad, cirrosis hepática, infarto del miocardio, y otras relacionadas con el estrés de la vida cotidiana.

La morbilidad por trastornos psiquiátricos se puede considerar por las entidades nosológicas reconocidas en las clasificaciones vigentes en el país, pero con fines prácticos y ante un posible subregistro o sesgo diagnóstico, es factible expresarla en grupos de entidades con similar pronóstico y repercusión social, por ejemplo: trastornos de nivel neurótico, reacciones ante situaciones del medio, trastornos afectivos y trastornos de nivel psicótico. La selección de un método u otro para expresar la morbilidad psiquiátrica depende mucho del nivel de desarrollo y de la cobertura de la atención de salud mental en esa comunidad.

Enfoque de riesgo, vulnerabilidad y factores de protección. Cuando se trata de implantar un modelo que tiene como base su integralidad, la concepción de campo de la salud pretende ejercer acciones de promoción, protección y prevención en el diagnóstico de la comunidad para tener el enfoque de riesgo para la salud mental. Aquí se consideran tres factores: los de vulnerabilidad, los de riesgo y los de protección.

Como vulnerabilidad se considera aquellos elementos que determinan mayor propensión de un grupo humano a ser sometido a alguna acción externa. Ejemplo

de grupos vulnerables son los niños, los ancianos, y los discapacitados físicos y mentales, etcétera.

Los elementos externos que actúan sobre los grupos humanos, vulnerables o no y son capaces con su acción de provocar un daño o enfermedad, o crear las condiciones para que se produzca se consideran como factores de riesgo. Entre estos y muy relacionados con la conducta del individuo, tenemos: hábito de fumar, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, adicciones, violencia intrafamiliar y comunitaria, desamparo filial, abandono, desempleo y otros.

Los factores de protección son aquéllos que protegen a la colectividad y a sus integrantes, incluidos los vulnerables de la acción de los factores de riesgo. Entre estos: familias funcionales, escolaridad mínima, empleo, vivienda sin hacinamiento, acceso a los servicios de salud mental y otros. Estos factores de vulnerabilidad, riesgo y protección se expresan en el ámbito individual, familiar y comunitario, que incluyen la vida cotidiana de esa comunidad, la escuela, los centros de trabajo, las posibilidades de empleo del tiempo libre, las costumbres y otros elementos relacionados con la cultura predominante.

La determinación de estos factores, aunque puede encontrarse en registros oficiales de la comunidad, se obtiene de la interacción del equipo de salud mental con ella; además, es aquí donde se obtiene los datos necesarios para el diagnóstico y plan de acciones dirigidos a combatirlos o apoyarlos.

Recursos de la comunidad y del sistema de salud. El conocimiento de los recursos con que cuenta la comunidad es imprescindible para poder preservar su salud mental. Entre estos distinguimos los propios del sistema de salud y los de salud mental, los de otros sectores de gobierno local y, los más importantes, los de la propia comunidad, las llamadas fuerzas vivas de la comunidad.

Entre estos recursos existen algunos muy relacionados con la salud general y mental como los curanderos, los practicantes de medicina popular, grupos de ayuda mutua sin participación profesional, organizaciones humanitarias y caritativas, diversas organizaciones religiosas y las propias iglesias y logias, así como otras que intervienen en el tiempo libre como las deportivas, musicales e inclusive las agrupaciones de adolescentes, que inicialmente no tienen un propósito de salud, pero dan un sentido de pertenencia importante para favorecer la salud mental de sus integrantes, si logran ser dirigidas en ese sentido. Los líderes formales y no formales desempeñan un *rol* que se considera fundamental.

La relación (catastro) de estos recursos y la posibilidad de su empleo a favor de la salud mental de la comunidad y, por tanto, de las acciones de la psiquiatría comunitaria sólo se pueden obtener a partir de la inclusión del equipo de salud mental como parte de esa comunidad.

Los recursos del sector Salud se refieren a los locales e incluyen los oficiales del sistema de salud y los que pertenecen a otras instituciones. En el caso de los oficiales del sistema, es importante conocer su vinculación con otros recursos de la red asistencial de segundo o tercer nivel de la organización de salud, aunque estén fuera de la comunidad.

En el nivel local se debe incluir todo tipo de instituciones, como unidad de salud mental comunitaria, centro comunitario de salud mental, equipo básico de salud mental en una institución de atención ambulatoria, posibilidades de hospitalización en hospital general, etcétera.

Determinación de prioridades, estrategias de intervención y programas de salud mental. Es la propia comunidad quien determina sus prioridades y ha de participar en la solución de los problemas identificados.

Lo que para los equipos de salud mental puede parecer una prioridad, en la práctica no es una necesidad sentida por la población y tomar esta prioridad técnica e incluirla en un plan de acciones, lo conduciría a un fracaso seguro por no tener apoyo de la colectividad.

Hay que lograr una magnífica comunicación entre el equipo profesional y los integrantes de la comunidad de modo que ésta participe no solo en el diagnóstico, sino también en la elaboración del plan de acciones y en su ejecución.

Existen diversos métodos que permiten ganar en objetividad a la hora de determinar prioridades en psiquiatría comunitaria. Se describen algunos de los más empleados:

Método de Hanlon. Está basado en cuatro componentes básicos: A) magnitud del problema, B) severidad del problema, C) eficacia de la solución del problema y D) factibilidad de intervención. La prioridad se establece por la puntuación obtenida con la fórmula:

$$(A+B) \cdot C \cdot D$$

La valoración de cada componente debe hacerse de forma colectiva y el resultado dará como prioritarios aquellos aspectos que obtengan mayor puntuación.

Método DNR. Se tienen en consideración la dimensión del problema, (D), es decir, su magnitud y severidad; la necesidad (N) real de la comunidad de resolver el problema y los recursos (R) con que cuenta. Cada situación de salud identificada se valora en una escala de 0 a 20 en cada componente del método. El orden de prioridad se establece en orden descendente de puntuación.

Método del mapa de riesgos y recursos. Se basa en la aplicación de diversas técnicas participativas con el propósito de conocer de modo integral las afectaciones a la salud mental de la comunidad, los principales factores de riesgo, los de protección, así como los recursos con que cuenta para actuar en consecuencia.

Con la imprescindible participación comunitaria, se obtiene un diagnóstico integral, con todos estos elementos. Su representación en un mapa de fácil acceso y comprensión por todos, facilita la participación popular en la planificación y ejecución de un programa de psiquiatría comunitaria.

Como plantea I. Levav, este mapa ha de ser dinámico y debe reflejar de modo continuo los cambios que se van operando en la aplicación del programa.

En la aplicación de este método, la primera fase o preparatoria consiste en obtener la información previa de los participantes, en especial los del equipo de salud mental de esa localidad, los líderes formales o no que son convocados de forma libre, así como un número determinado de vecinos.

El procedimiento que se sigue para finalizar esta fase, es citar al mayor número de familias para un día y hora determinados, con el propósito de reflejar gráficamente los resultados de la técnica de «lluvia de ideas» sobre la historia de la comunidad, las situaciones de riesgo para la salud y otros aspectos que los participantes consideren de interés para lograr mayor bienestar.

La segunda fase comienza con la primera asamblea comunitaria donde se recogen los criterios de cada participante y su propia experiencia sobre los riesgos, factores de protección y enfermedades mentales o de otro tipo que considere de importancia. Lo heterogéneo de los participantes, permite un enfoque amplio e integral de las experiencias de la vida cotidiana de esa comunidad en sus manifestaciones, en el ámbito familiar, educacional, laboral, del ocio, en los factores ambientales, hábitos, costumbres, etcétera.

Los datos recogidos se completan en un trabajo de terreno por grupos seleccionados en la asamblea y la representación gráfica (en mapas) de la agrupación de los elementos detectados como riesgos y como recursos de la comunidad para enfrentarlos.

En la tercera fase se realiza la segunda asamblea comunitaria, y se hace un mapa que integra lo elaborado por los grupos de trabajo. Se discute este resultado con el colectivo y se elabora un plan de acciones. Estos pasos pueden ser realizados en varias etapas, en dependencia de la complejidad de los problemas y del tamaño de la comunidad. Después, se lleva a cabo, la evaluación de esas acciones, las cuales siguiendo el mismo procedimiento, se van reflejando en el mapa.

El mapa de riesgos y recursos es, en esencia, la unión de varias técnicas participativas, propias del método cualitativo de investigación epidemiológica con fuertes vínculos con las ciencias sociales; no sustituye, sino complementa el método epidemiológico cuantitativo en su aplicación a los complejos problemas de salud y enfermedad mental.

TEMA 3

Factores psicosociales y salud mental

Guillermo Barrientos de Llano

El medio social tiene un papel fundamental en el desarrollo del psiquismo del ser humano. De la interrelación de sus componentes biológicos, en particular los del sistema nervioso central con ese medio, surge el fenómeno psicológico que lo caracteriza como tal. En esta interrelación es donde se manifiestan la salud y la enfermedad mental de cada persona. No se puede concebir al hombre independiente de su medio social y sin interactuar con él.

En el estudio de la salud y las enfermedades mentales, el conocimiento de ese medio social se convierte en factor importante en la salud y en los diversos modos de enfermarse. El medio social condiciona, también, el modo en que esto se produce, así como las posibilidades de intervenir en los procesos para promover salud mental, prevenir, y atender las enfermedades y la rehabilitación del paciente con secuelas. La relación hombre-medio es compleja porque el primero forma parte del segundo y, a la vez, interactúa con él, pero manteniendo su individualidad.

Su estudio es una variable imprescindible para conocer los procesos de salud y enfermedad mental e intervenir en ellos. Es objeto de varias ramas de las ciencias sociales, y dados los propósitos de esta obra, se hace desde el enfoque de la psicología y la psiquiatría sociales, y la salud pública.

Este medio se presenta como un todo que es necesario estudiar en sus diversos componentes, para determinar la labor que cada uno desempeña en la salud y la enfermedad. Desde el enfoque de las ciencias de la salud, incluidas la psicología y la psiquiatría, la aproximación al medio social obliga a estudiar sus distintos factores.

En este contexto, los psicosociales son los componentes más significativos en el proceso salud-enfermedad, preservan la salud y también influyen en la aparición y evolución de las enfermedades, y ganan más espacio en la concepción el campo de la salud, que sustituye las concepciones clásicas del desarrollo lineal de la salud y la enfermedad.

Adquieren mayor relevancia ante la llamada **transición epidemiológica** de los países más industrializados, con predominio de las enfermedades no transmisibles entre las principales causas de muerte, invalidez, morbilidad y de demanda de atención en los servicios de salud.

La conducta del hombre en su comunidad y el comportamiento de ésta, tienen un elevado componente en la génesis, evolución y recuperación de estas enfermedades. En los trastornos y la salud mental, por sus características particulares de manifestarse en la vida cotidiana del hombre en su contexto social y ser inseparable de su conducta, los factores psicosociales son de capital trascendencia e imposibles de obviar.

En la concepción el campo de la salud es fundamental la promoción y la prevención, pues de ellas se deriva el valor de conocer con anticipación la aparición de las enfermedades y, por tanto, poder evitarlas. Por eso es ineludible conocer los riesgos de enfermarse de un individuo o grupo social. Esta aproximación al problema de salud se conoce como **enfoque de riesgo**.

El estudio de los factores psicosociales permite, en primera instancia, reconocer la existencia de factores de riesgo de enfermarse y **factores protectores de la salud**.

Factores psicosociales

Son los factores que influyen en la salud del individuo, el bienestar de la comunidad y en la provisión de los servicios de salud, en los cuales participan el individuo con sus factores psicológicos, la estructura y las funciones de los grupos sociales a los que pertenece, así como la apreciación por el individuo, los grupos sociales y la estructura de esa sociedad.

El medio físico también posee un papel trascendental en la aparición de enfermedades y en la preservación de la salud. Es capaz de interactuar con los factores psicosociales. El hombre es un ser biopsicosocial, es uno solo e indivisible, su producto social responde a las mismas instancias que el individuo, aunque con leyes propias, y es objeto de estudio de las ciencias naturales, sociales y psicológicas.

Toda división en el estudio de la naturaleza, la sociedad y el individuo se corresponde con el proceso del conocimiento y es, por tanto, fruto de la actividad del hombre que con fines de incrementar el conocimiento sobre sí mismo y su entorno ha de ir de lo simple a lo complejo y de lo particular a lo general, avalado por la práctica, en un *continuum* de análisis y síntesis.

En el enfoque de los factores psicosociales, de los factores protectores y de riesgo en el campo de la salud, no se puede olvidar que todos interactúan entre sí, y que la división en unos u otros obedece al propósito de conocerse mejor, y poder actuar a favor de la salud y el bienestar del hombre y su colectividad.

Ahora, es posible adentrarse en el estudio de los factores psicosociales. Entre ellos se tienen los que dependen del medio y los que se subordinan al individuo. También es posible considerar los generales o macrosociales y los particulares o microsociales. Entre los primeros se encuentran el nivel socioeconómico, las migraciones, la urbanización, la clase social, las condiciones

de vida, las creencias, la organización sociopolítica, el sistema de salud, el medio ambiente físico, etc. Entre los segundos están la familia, los estilos de vida, el trabajo, el género, la discapacidad o minusvalía, la soledad o el aislamiento, el hacinamiento, la distribución de la comunidad y otros.

En estrecha relación con ambos se aprecian los singulares o individuales, entre los que se identifican hábitos, adicciones, estilo personal de vida, estrés, conflictos intrapsíquicos, personalidad, etcétera.

Los llamados **eventos vitales** o **acontecimientos de la vida cotidiana**, inciden en el proceso salud-enfermedad, ya sea promoviendo o protegiendo la salud, o influyendo en la aparición de enfermedades. Los eventos vitales pueden ocurrir de modo independiente a la voluntad o conducta del individuo o estar determinados por su accionar en el medio social. También pueden favorecer la relación individuo-medio o entorpecerla, y así se consideran de **salida** o de **entrada**.

Por su efecto sobre la salud mental y el bienestar, se puedan considerar **positivos** o **negativos**. Ejemplos comunes de eventos vitales son: nacimiento o pérdida de un hijo, y promoción o pérdida de un trabajo. Algunos tienen un significado distinto para las personas que se relacionan con el evento; así una boda puede significar la realización de un deseo importante para la novia y una pérdida para la madre.

Los factores psicosociales (protectores o de riesgo, macrosociales o microsociales, o particulares), aunque se manifiesten por un tipo u otro de evento vital, son interdependientes. Todos están condicionados por las relaciones sociales predominantes en la comunidad, su sistema de apoyo social en el que se incluye el propio sistema de salud, la percepción que de todo ello tenga el individuo y su sensación de pertenencia al grupo social de su entorno más cercano.

Entre los factores de protección se encuentran que elevan el estado de bienestar y se denominan de promoción y los de protección como tal; la distinción entre ambos es muy difícil y depende de que los primeros se relacionan con las acciones de salud de la comunidad con el propósito expreso de elevar su nivel en el individuo y la comunidad. Como ejemplo de estos factores, se encuentran la alimentación, la economía, la vivienda, la seguridad en la vida cotidiana, el apoyo social, la solidaridad, y familias sintónicas o equilibradas, etcétera.

Los factores de riesgo pueden distinguirse por su accionar con el individuo, con el grupo social y con la organización, equidad y cobertura del sistema de salud. Entre ellos se encuentran: grupos vulnerables por discapacidad, física o psíquica, individuos susceptibles a las exigencias del medio social, patrones de conducta y modos de vida no saludables de ese medio, cultura, religiones determinadas que contemplan comportamientos que comprometen la salud, violencia, hábitos tóxicos, condiciones de trabajo inadecuadas, familias distónicas o disfuncionales y otros.

Factores de riesgo

Son las características del individuo o las circunstancias del medio que contribuyen a que en esa persona o grupo social exista mayor posibilidad de pérdida de la salud, padecer un proceso morboso, incidir en su evolución y ser detectables antes de ocurrir la pérdida de la salud.

Aun cuando se reconoce la importancia de la promoción de salud, todavía la lucha se centra en la prevención de enfermedades y es por ello que el estudio de los factores psicosociales de riesgo de procesos morbosos, mantienen su prioridad.

No todos los individuos o grupos sociales, expuestos a iguales circunstancias, padecen un proceso morboso. Esto implica considerar que existen condiciones en unos u otros que tienen más susceptibilidad o resistencia a las influencias de los factores de riesgo. Por tanto, éstos no pueden ser identificados sólo por su efecto sobre un individuo o población, sino por su potencial de causar la pérdida de la salud en individuos o poblaciones.

Más precisa es la concepción de situación de riesgo, que puede definirse como la condición de un sistema social o grupo comunitario, cuya dinámica, interacciones y niveles de vida favorecen la aparición de factores de riesgo para el individuo, el grupo comunitario y la sociedad.

El enfoque de riesgo nos lleva a la concepción de vulnerabilidad y susceptibilidad, al análisis de las condiciones y modos de afrontamiento del individuo y el grupo, frente a los eventos vitales, a las modalidades de integración de los grupos vulnerables y otros excluidos del proceso de producción social, a la creación de redes de apoyo; también facilita las acciones curativas y de intervención en las enfermedades mentales.

Es la tendencia más actual en salud pública y, de modo particular, en salud mental, que se orienta a fomentar la salud y a prevenir las enfermedades, como garantía del mejor uso de los recursos destinados al daño o enfermedad. Forma parte de la administración gerencial de la salud pública, en el análisis costo-beneficio.

Este enfoque es vital en los actuales procesos de reestructuración de la asistencia psiquiátrica y su proyección comunitaria, que promueve la OPS.

Hay factores psicosociales que tienen particular importancia para la salud mental, por ejemplo: la familia, el trabajo, la pertenencia a género, las adicciones, los grupos vulnerables por discapacidad, la violencia, el morir y la muerte, que se analizan en este tema.

Algunos, además de ser factor de riesgo para otras entidades patológicas, son en sí enfermedades, por ejemplo el alcoholismo, que es factor de riesgo para la violencia, disfunción familiar, cirrosis hepática, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares, y es, además, una entidad nosológica; el sexo femenino en determinadas condiciones sociales es más susceptible y tiene mayor

riesgo de perder la salud, ante las exigencias de ese medio; las discapacidades y minusvalías de origen físico o psíquico, pueden considerarse enfermedades que ponen al que las padece en condiciones de menor resistencia y mayor susceptibilidad a las exigencias cotidianas y, por tanto, en situación de mayor riesgo.

Asimismo tener un trabajo o no y las condiciones laborales, pueden ser factor de protección o convertirse en factor de riesgo psicosocial; la familia es, por naturaleza, el factor de protección y promoción por excelencia; sin embargo, en determinadas circunstancias se convierte en situación de múltiples riesgos, donde se manifiestan, la violencia, el abuso infantil, el rechazo al adulto mayor, adicciones, etc. Estos aspectos se tratan más ampliamente en otros temas.

Factores psicosociales y grupos vulnerables

Guillermo Barrientos de Llano

La sociedad humana se fundamenta en las relaciones entre sus miembros, en la cultura que ellas crean, en la organización social y política, así como en la economía. El hombre como ser social ha llegado a depender cada vez más de la ayuda de otros para sobrevivir; con el desarrollo psicosocial, el hombre autosuficiente para la vida independiente no existe en nuestros tiempos.

El modo y estilo de vidas del ser humano está condicionado por estos elementos, que son la base de toda comunidad.

Puede considerarse que la sociedad depende de cuatro factores principales: el biológico, la herencia o genética, el medio ambiente natural y el medio social. En este último se destacan la cultura y las relaciones de grupos humanos. Los tres primeros dependen de las ciencias naturales y el tercero, de las ciencias sociales. Cada uno obedece a leyes y principios, pero con elevada interdependencia.

Los elementos biológicos y genéticos están condicionados, en gran medida, por el entorno natural y por las relaciones sociales y éstas, a su vez, reciben la influencia de la biología. La salud mental, su promoción, protección y recuperación se relacionan con todos, pero prioritariamente con lo social, donde se centra el enfoque de los factores psicosociales y su influencia en los grupos vulnerables.

En toda sociedad o grupo humano hay una parte de sus integrantes que se aparta de la norma, que pueden considerarse **diferentes**. Entre éstos hay quienes están por encima de esa norma y otros, que por lo general son más, están por debajo y necesitan más que los demás de las relaciones sociales, su apoyo para sobrevivir o llevar una vida digna. El análisis de estos grupos humanos, diferentes por deficiencia, y las posibilidades de su integración social es el punto cardinal de este tema.

Las sociedades actuales, sea cual fuere su grado de desarrollo, se tornan de forma rápida más interdependientes, en un mundo cada vez más globalizado. En el interior de cada una de ellas, los factores psicosociales son cada vez más exigentes y complejos en la adaptación creadora de los individuos que las integran,

y más estresantes o tensionantes. Exigen de cada uno mayores habilidades por la supervivencia, a la vez que una mayor integración en grupos para lograr sus propósitos y contradictoriamente, se favorece el individualismo y la lucha entre los individuos en una competencia dictada por leyes economicistas.

Se estimula a los más fuertes en detrimento de los más débiles, que son excluidos del proceso social. El avance macroeconómico no se revierte en el microeconómico y así en una economía floreciente, aumenta el desempleo; disminuyen las posibilidades de una vida saludable; y aumentan los excluidos, los discapacitados, los vulnerables a las crecientes exigencias de la sociedad sin equidad.

La magnitud del problema de la exclusión social y su incidencia en el progreso de la humanidad es tal que es necesario lograr la sostenibilidad de los proyectos sociales de manera que garanticen la satisfacción de las necesidades de las poblaciones de un modo equilibrado. Con ese propósito se han realizado diversas cumbres como las de Río de Janeiro sobre el medio ambiente, el Cairo dedicada a la población, Beijing centrada en las mujeres, Viena enfocada a los derechos humanos, Copenhaven para el desarrollo social, Estambul destinada a la vivienda y, Roma en el tema de la alimentación. De todas ellas, la de Dinamarca es la que más se refiere a la exclusión social y aporta elementos para luchar en su contra.

Los individuos o grupos humanos objeto de esa exclusión tienen en común que cuentan con menos posibilidades que el resto, para afrontar los retos de la vida diaria y participar de modo creador en el proceso social. La génesis es multicausal, se expresa de múltiples formas, lo que determina lo complejo de evaluar esta temática.

Estos grupos se identifican por tener menos resistencia a las demandas del medio social, menos posibilidades de afrontamiento y, por tanto, ser más vulnerables. El concepto de vulnerabilidad se relaciona con el de susceptibilidad para las enfermedades transmisibles. El susceptible tiene más posibilidades de adquirir la enfermedad, tiene menos resistencia frente a la causa de la enfermedad. Por el contrario, el individuo puede llegar a la inmunidad, en la que los factores relacionados con la causa no lo afectan.

La vulnerabilidad se aplica con iguales propósitos a las enfermedades no transmisibles y su uso se extiende a situaciones que afectan la salud, que pueden considerarse como situaciones de riesgo y a los individuos relacionados con ella como individuos en riesgo de perder su salud. Concurren diversos factores condicionantes, cuyo entrecruzamiento en un momento y lugar determinados, desencadena el proceso, que en este caso termina con la exclusión social.

Obedece a múltiples causas. Existen grupos vulnerables según clase social, posición socioeconómica, etnia o condición de emigrante. Otros lo son por pertenecer a un grupo de edad o a un género, y que se deben en lo fundamental a factores sociales. En relación con factores biológicos, se encuentran las

minusvalías por discapacidad física o mental (débiles visuales e invidentes, hipoacúsicos y sordos, discapacitados físicos y motores, retrasados mentales, dementes y enfermos mentales de todo tipo).

Algunas de estas condiciones de vulnerabilidad existen con independencia de la voluntad o conducta del individuo, pero siempre están relacionadas con factores socioculturales y económicos y deben ser enfocadas en evolución, no estáticas.

La minusvalía en las primeras etapas de la vida no tienen el mismo carácter que en la tercera edad, donde se debe a una pérdida de las funciones físicas y psíquicas, y ambas están relacionadas con factores culturales y de integración familiar. La minusvalía por género se corresponde con elementos culturales de carácter histórico. Las que tienen que ver con diferentes etnias o razas, obedecen a similares causas; las debidas a migraciones internas (del campo a la ciudad) y externas (al extranjero) se deben en su origen a condiciones socioeconómicas y a su repercusión en el lugar de donde se emigra, en la cual se añaden factores culturales. Las relacionadas con discapacidades de orden físico y psíquico añaden el componente biológico, que no escapa a la valoración de los elementos de las ciencias sociales.

Definición. Son múltiples las definiciones dadas a los individuos y grupos humanos que tienen disminuidas sus posibilidades de afrontar con éxito las demandas del medio social, satisfacer sus necesidades básicas y participar en el proceso social. En este sentido se hace referencia al término de **vulnerabilidad**, para definir al individuo o grupo social que presenta menos resistencia ante las demandas del medio y, por tanto, está en situación de riesgo de padecer las consecuencias de su falta de capacidad para enfrentarlas.

Cuando se relaciona con una capacidad menor o disminuida para responder a las exigencias del medio, debido a condiciones físicas o psíquicas, estamos ante lo que se denomina discapacidad, que para algunos es sinónimo de **déficit**, físico o psíquico. Así, la vulnerabilidad se refiere más a la resistencia a las condiciones externas y la discapacidad o déficit, lo hace en relación con las condiciones internas y, por tanto, tiene un carácter más individual.

En fechas recientes, se acuña el término de **desventaja social** para calificar tanto a individuos como a grupos humanos con menores posibilidades de intervenir en su entorno e incluye lo externo (vulnerabilidad) y lo interno (discapacidad o déficit), y facilita la identificación de los que la padecen, así como la intervención para solucionarla.

De un modo u otro, aquellos individuos o grupos con desventaja social son diferentes a la media de la población a la que pertenecen. El término “diferente” se torna de uso cada vez más común para denominar a estas personas, en un intento por disminuir el rechazo que implican los otros calificativos.

Consecuencias

Las más generales están dadas por la exclusión de estos grupos e individuos, que son objeto de discriminación e impide su participación en el proceso de producción social, y esto conduce a la marginación. Todo ello tiene como consecuencia repercusiones en la economía individual, familiar y del grupo cercano o afín.

Las posibilidades educacionales también son limitadas. El desempleo es mayor entre estas personas, las condiciones de la vivienda son afectadas y el lugar de residencia es cada vez más marginal. El nivel, las condiciones, los estilos y modos de vida se ven afectados por no poder rivalizar en la sociedad competitiva. La calidad de vida se empeora y genera nuevas exigencias adaptativas en una espiral descendente. La salud mental se deteriora en igual proporción.

Las posibilidades de revertir esta situación dependen cada vez más de elementos externos y menos de las posibilidades de los marginados. La disminución de las discapacidades y deficiencias físicas, como las auditivas y de la visión, y el aprovechamiento de las capacidades limitadas necesitan el apoyo exterior.

Las iniciativas individuales o colectivas de estos grupos, no siempre logran sus propósitos y terminan generando otras situaciones de riesgo, como el alcoholismo, las adicciones, los delitos, violencia y otras. Es frecuente encontrar elevada incidencia de depresiones como consecuencia de frustraciones, pérdida del grupo de pertenencia y otras. En algunos lugares las tasas de conducta suicida son más elevadas entre estos grupos.

El discapacitado y los vulnerables se enfrentan a situaciones habituales de la vida cotidiana, que para ellos constituyen retos de difícil solución como las barreras arquitectónicas para los discapacitados motores, la falta de programas de televisión para sordos e hipoacúsicos, ayudas técnicas para amputados, posibilidades de literatura Braille para invidentes, y la no consideración en la toma de decisiones familiares para los retrasados mentales moderados, los ancianos aun sin disminución de sus capacidades, las mujeres y los niños y adolescentes.

La violencia en todas sus manifestaciones: visible, invisible, física o psicológica es común en las relaciones de los vulnerables, y contribuye a cerrar un círculo vicioso entre sus necesidades y las posibilidades de satisfacerlas.

El individuo con desventaja social tiene disminuidas sus capacidades para responder a las demandas del medio y menos posibilidades de solventar sus demandas elementales, lo que genera, por parte de ese medio, un rechazo a su participación, dado que es limitada en algún grado. Genera una frustración el no poder satisfacer esas necesidades y no su integración al colectivo donde considera que pertenece. Su autoestima es puesta en evidencia y se ve lesionada;

predominan los sentimientos de minusvalía, los que hacen a la persona emocionalmente susceptible y lábil.

Como resultado se tiene que el medio se hace más hostil y exigente, y el individuo menos capaz de afrontar esas exigencias, lo cual provoca que se hunda más en ese proceso sin aparente retorno, lo que favorece una conducta desordenada, incluso la resignación e inactividad, y rompe las normas de convivencia social que rechaza la colectividad.

Un nuevo grupo que resume todas las condiciones de la exclusión social y que en su evolución va hacia la discapacidad y la muerte es el de los seropositivos y enfermos de SIDA, conocido como VIH/SIDA. Son rechazados en cuanto se conoce su estado, aunque no tengan en esos momentos ninguna limitación, son marginados y se condenan a una situación en la que van perdiendo sus habilidades durante la enfermedad.

Las relaciones de los factores psicosociales en relación con los grupos vulnerables se describen en otros temas, al tratar a la familia, la mujer, la violencia y otros, por lo que no se insiste en ellos

Respuestas

El hombre como ser social necesita, para su supervivencia, la aceptación del colectivo. Entre los vulnerables, el apoyo de los otros es vital. La organización de la sociedad determina el grado en que pueda enfrentar las consecuencias que ella misma ejerce sobre los grupos vulnerables.

Las redes sociales y aun más las de apoyo constituyen la primera respuesta de la sociedad en la lucha contra las discapacidades. Sus acciones van desde el enfrentamiento a los factores determinantes y, por tanto, macrosociales hasta los aspectos particulares, con la limitación de las secuelas de determinadas enfermedades, la inserción social del “diferente”, su participación en el proceso productivo y la mayor autonomía posible como ciudadano.

Los grupos vulnerables no son completamente homogéneos. Difieren en sus causas, que además son multifactoriales, en las consecuencias para cada grupo y cada individuo; y también en las posibles respuestas.

Es posible identificar factores comunes, desde los que originan vulnerabilidad hasta las respuestas que permiten realizar acciones generales o comunes y particulares para cada tipo de vulnerabilidad e, inclusive, para cada discapacitado.

Las respuestas más generales están dirigidas a los determinantes de las vulnerabilidades y sus consecuencias sobre los grupos. Por una parte, tienen carácter preventivo y están orientadas a eliminar los factores de riesgo y causales, y por otra, a disminuir las consecuencias o afectaciones que las discapacidades y la reacción social producen. Este tipo de respuesta trasciende los sistemas de salud que participan, pero sin papel protagónico. Se dirigen a la organización social, las redes sociales y redes de apoyo social en su máxima expresión.

La cumbre de Copenhague es el mejor ejemplo en la lucha por la exclusión social, así como los programas de desarrollo humano de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la OMS, conocidos por las agencias UNOP y PDL, así como por la cooperación bilateral entre países, dirigida a la integración social de los grupos vulnerables, que incluye a los más débiles y marginados de una sociedad determinada, y fomentan la creación de redes de apoyo con respuestas diferenciadas para cada situación.

Esta concepción parte de que las raíces de esta exclusión son externas a los marginados y hay que actuar sobre esas raíces y preparar a los vulnerables para que sean capaces de lograr un espacio propio en cada comunidad, por lo que se debe interactuar con la organización social y el modelo socioeconómico.

En este amplio campo de acción, el sector Salud tiene su mayor protagonismo en lo que pueden considerarse las vulnerabilidades o discapacidades médicas, entendiendo por ellas los déficit visuales, auditivos, motores, mentales y las enfermedades mentales de todo tipo. Las consecuencias de estas vulnerabilidades de la marginación, el rechazo de la población, la disminución de posibilidades de inserción y otras, afectan su salud mental y, por tanto, su repercusión en el individuo, la familia y el grupo social también son responsabilidad de este sector.

La respuesta ha de ser integral y con un elevado componente psicosocial, y se dirige a eliminar las barreras para la integración y por ello se ha de trabajar en equipo interdisciplinario con otros sectores del Estado y la organización social. Ejemplo de esto es la lucha por erradicar las barreras arquitectónicas que afectan a los discapacitados motores. A ello se añade la eliminación de otras barreras menos evidentes, pero igualmente excluyentes como las actitudes de la población e, incluso, de los profesionales de la Salud para con estos grupos e individuos.

En los aspectos preventivos las acciones tradicionales están dadas por la educación para la salud, dirigidas a prevenir conductas capaces de producir discapacidades de todo tipo que van desde los consejos prematrimoniales, de tipo genético, hasta los dirigidos a las más elementales reglas de convivencia social, para superar los mitos populares en relación con los discapacitados.

Los beneficiados con estas intervenciones son los grupos y situaciones de riesgo, así como la población en general.

Las redes sociales, y en particular las de apoyo y los grupos de ayuda mutua, son los principales gestores del sector Salud para con los discapacitados, y ocupan todo el espacio desde la prevención hasta la rehabilitación y su principal escenario es la propia comunidad.

Con el tratamiento médico integral de la discapacidad, se inicia el proceso de rehabilitación y reintegración del individuo con trastornos crónicos, que lo limitan en su papel social. La principal función de este enfoque curativo es reducir las secuelas del proceso morboso. Dicho tratamiento tiene aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es específico para cada tipo de lesión o

enfermedad, propio de especialidades médicas y, por tanto, cae fuera de los límites de este tema.

La rehabilitación es la intervención principal del sector Salud para con estas personas y sus grupos de pertenencia. Su objetivo fundamental es lograr que la persona con algún grado de discapacidad o minusvalía pueda adquirir o recuperar aquellas habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, desarrollarse y trabajar en su comunidad, con la mayor autonomía posible y la menor necesidad de apoyo por parte de grupos sociales o profesionales.

El proceso rehabilitador tiene como función enseñar las habilidades y cómo aprender otras nuevas, sin necesidad de apoyo externo.

La rehabilitación en su devenir histórico, a partir de la terapia moral prepineleana, pasa a la rehabilitación institucional y su extensión a los cuidados comunitarios para llegar en estos momentos a la rehabilitación psicosocial individualizada y la integración de grupos de apoyo mutuo no profesionales ni institucionalizados, cuyo fin es la inserción en la colectividad del vulnerable. Sus acciones incluyen esa comunidad que ha de ser preparada para recibir sin discriminación al diferente que ha de llegar a ella con habilidades que le permiten integrarse al proceso social.

Los métodos empleados varían según la organización estatal, la base socioeconómica, la cultura y otros factores externos a la persona beneficiada. En una sociedad de competencia el discapacitado ha de ser competente. En otra donde lo prioritario sea la solidaridad humana, el discapacitado ha de ser capaz de recibir y brindar esa solidaridad. En cualquier parte los recursos necesarios son escasos, tanto por reales limitaciones económicas como por falta de comprensión de los decisores o un orden bajo de prioridad. Ello obliga a ser cuidadosos y a velar por los indicadores de costo-beneficio, lo que lleva a trasladar las actividades de rehabilitación hacia la comunidad con más participación de sus integrantes.

Existen múltiples formas de organización de los grupos de ayuda mutua y de autoayuda, que agrupan a individuos y familiares con semejante tipo de vulnerabilidad, sea médica (ciegos, sordos, limitados motores, esquizofrénicos, retardados mentales o alcohólicos) o social (tercera edad, género femenino, emigrados y etnias). Su fin es el mismo y su éxito está dado en el mismo grado en que sean menos caritativas o de beneficencia y contribuyan al validismo social de sus integrantes.

TEMA 5

Factores psicosociales, violencia y salud mental

Guillermo Barrientos de Llano

La violencia constituye uno de los principales motivos de muerte en el mundo, es también una de las causas primordiales de incapacidades y de años potenciales de vida útil perdidos, y es inconmensurable su efecto sobre la salud mental de los diversos grupos humanos. Su magnitud hace que se le considere uno de los problemas vitales de salud y algo que trasciende los límites del sector Salud, que demanda la intervención de otros sectores de la sociedad.

Provoca elevada mortalidad y en algunos países aparece entre las principales causas de muerte. La morbilidad, dada por los que siendo víctimas de la violencia, sobreviven con lesiones que pueden llegar a ser crónicas, es aún más alta. Las secuelas psíquicas con gran carga emocional son otros efectos de la violencia en el medio social. Esta situación tiene mayor significación si se toma el indicador de años de vida útil perdidos, más aun cuando las víctimas se concentran entre la población joven, que viven años con discapacidades físicas, psicológicas o ambas.

Es un tema de actualidad, que obliga a la reflexión. Existen dos enfoques teóricos sobre la violencia, que resultan al parecer opuestos. El primero parte de posiciones biologicistas, plantea que la violencia es natural en el ser humano, tiene un origen instintivo, se da también en los animales y garantiza su supervivencia en la lucha por la vida.

Esta teoría se sustenta por las corrientes psicologistas, en especial las freudianas, a partir de la concepción de las tendencias y pulsiones instintivas, del principio del placer, de los impulsos del Ello. Así se justifica no sólo la violencia del hombre en su vida cotidiana sino también la ejercida entre las clases sociales y entre las naciones. Este punto de vista considera la violencia como algo inevitable a lo que hay que resignarse.

El segundo enfoque sostiene que la violencia es un producto propiamente humano y, por tanto, tiene un origen social. Se manifiesta en las relaciones entre las personas, entre los grupos sociales y entre las naciones. En cada caso obedece a las leyes propias de cada nivel de organización de la materia, en especial las psicológicas y las sociales en una interrelación íntima.

Esta orientación hace una distinción entre la agresión de los animales para defenderse y atacar para superar el peligro a que se expone su supervivencia, y la violencia en el hombre, donde su supervivencia es moldeada por la organización social y la cultura de ella derivada.

En el ser humano, la conducta es regulada, tanto por los elementos biológicos (plasticidad cerebral, genética, nutrición, enfermedades no transmisibles, etc.), como por los sociales (contextos económicos, culturales, comunidades, demografía, y otros). Estos últimos poseen un papel predominante para determinar la conducta y regular la expresión de esa conducta, en el individuo aislado y en el grupo social. Determinan la aparición de un conflicto y su solución. Ésta puede ser por concertación, por relaciones armónicas entre las partes o violenta con el dominio de uno sobre otro e imponiendo sus puntos de vista.

Se ha establecido que en la base de toda conducta violenta se encuentran las condiciones políticas, que están determinadas por las relaciones económicas. Es más fácil comprender esta afirmación cuando se hace referencia a guerras o conflictos entre clases sociales. Se pretende con la conducta violenta ejercer el dominio sobre el otro grupo humano. En algunos casos, la intención es mantener el *status quo*; en otros, es modificar la situación social. Esta violencia es repudiada por unos y justificada por otros; esto se relaciona con el poder político. Se habla, entonces, de violencia de Estado, de violencia revolucionaria. Las guerras pretenden mantener la hegemonía de un Estado sobre otro, no importa que en su interior exista la segregación económica o política de diversos grupos y se llegue a la violación de los derechos humanos, básicos, civiles y políticos.

En la violencia cotidiana se dan iguales desencadenantes socioeconómicos, aunque no son tan evidentes y subyacen en el trasfondo, ocultos por las relaciones de poder. En la violencia contra la mujer, los niños y los discapacitados se expresa una relación de poder, al pretenderse controlar las determinaciones del grupo violentado y en su base existen factores de índole económico. Otro tanto sucede en la violencia por razón étnica, de clase social o religiosa.

En la violencia de carácter delincencial se encuentran similares determinantes, en la distribución de recursos, oportunidades de desarrollo individual o familiar y otros.

En la violencia por drogas esta relación es más evidente, así sea entre los narcotraficantes como entre los adictos. Una mirada a la violencia intrafamiliar permite ver cómo es reflejo de las contradicciones sociales y cómo puede ser ella misma determinante de la violencia en la comunidad.

Nada de lo anterior excluye el valor que en la violencia tienen las individualidades. Éstas se expresan en cualquier circunstancia, rompe el patrón violento aceptado por el grupo y su única distinción está dada por la intencionalidad no precisada de esa conducta, que es capaz de generar verdaderas olas de violencia en las que están envueltas muchas personas.

La violencia no puede concebirse como enfermedad ni aplicarle en su estudio los parámetros de la medicina, en el sector Salud se la concibe como factor de riesgo, capaz de producir alteraciones a la salud y enfermedades diagnosticables, también puede ser la consecuencia de algunos procesos morbosos. Su esencia está en el comportamiento (conducta). Si la conducta del hombre está determinada por sus relaciones sociales, cualquier alteración de ésta es susceptible de ser modificada, aun aquélla de carácter individual y que en su causa se encuentren elementos biológicos. Es posible realizar acciones dirigidas a su prevención, protección y promoción de conductas saludables, y reducir las secuelas limitantes.

Definición. La violencia ha sido objeto de diversos enfoques y, por tanto, de variadas definiciones. Si se considera la violencia como conducta humana y en relación directa con determinantes individuales, históricos, culturales y económicos, es posible considerar las definiciones siguientes:

- Es cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, social y/o psicológica de otra persona o grupo, lo que genera una forma de interacción en la que este proceso se reproduce (*Lira, 1993*).
- Es el ejercicio de una fuerza indebida por parte de un sujeto sobre otro, quien la percibe como negativa. El límite que demarca lo indebido está definido por los valores de una determinada cultura (*Mifsud, 1983*).
- Se entiende por violencia toda acción u omisión de origen externo que viola el derecho al pleno desarrollo y bienestar del individuo o comunidad, impide el ejercicio de su autonomía, atenta contra su autoestima y puede producir lesiones o daño físico, psíquico y hasta la muerte (*Barrientos y Martínez, 1999*).

En todas se señalan los elementos esenciales para lo que se considera violencia, que es posible resumir en lo siguiente: la acción de un individuo o grupo sobre otro u otros, el resultado de esta acción, tanto en el daño físico como en el psíquico, la limitación de la autonomía o libertad del que recibe la acción, la posibilidad de crear situaciones en la cual se reproduzcan las acciones violentas, y la percepción de la violencia según patrones culturales.

La violencia es multifactorial, pues responde a diversos y diferentes factores: individuales, biológicos, comunitarios y sociales; es poliexpresiva, tanto en lo que se refiere a su modo de aparecer y actuar como por sus consecuencias, así se tiene violencia implícita, explícita, verbal, simbólica, física, impulsiva con solución inmediata de un conflicto y meditada que responde a propósitos a largo o corto plazo. También se expresa en la afectación de la salud mental de la víctima y del victimario.

Factores psicosociales

La íntima relación de la violencia con la salud, permite abordarla mediante el enfoque de riesgo. En éste se encuentran factores determinantes, los propios de riesgo y el efecto que causa. Es posible añadir los factores que condicionan su reproducción. Todos estos elementos se encuentran en lo que, de modo genérico, se definen como factores psicosociales. Entre éstos se encuentran los factores de protección, a los que se dedica un espacio particular por su valor para proteger y promover salud mental, en contra de la violencia y su cultura.

Factores determinantes. Se encuentran en los aspectos macrosociales, en las condiciones económicas de la colectividad o país, en su organización social, y dentro de ellos se encuentran la pobreza, el desempleo, la baja escolaridad o analfabetismo y la carencia de vivienda. En su conjunto influyen en el modo, estilo y calidad de vidas, que a su vez determinan la escala de valores y el nivel de aspiraciones, casi siempre desfasados por las posibilidades reales de lograrlos.

Existe una pérdida de los derechos humanos básicos a la alimentación, al trabajo, a la salud, a la educación y a la vivienda. Todo ello es capaz de generar violencia de los más variados tipos, lo que provoca la ruptura del orden social establecido, y a la violación de los derechos jurídicos y civiles de esas poblaciones.

La cronicidad de las situaciones descritas conduce a la cultura de la violencia que es concebida como la única posible entre los marginados y excluidos sociales.

Factores de riesgo. Se relacionan con los condicionantes y entre ellos aparece el desempleo, con tiempo libre sin posibilidades de practicar actividades útiles para lograr estilos de vida saludables; el hacinamiento en la vivienda, con la consecuente intensa intercomunicación entre los que así viven, incluyendo la promiscuidad, lo cual es capaz de generar conflictos que se pretenden resolver de modo violento; la frustración para realizar proyectos de vida, que conduce a estilos de vida no saludables; falta de redes de apoyo social, que permite la subsistencia de conductas violentas sin limitación alguna.

Estas situaciones, junto con otras del mismo carácter, determinan grupos de individuos sometidos a mayor riesgo por su menor capacidad de afrontamiento a las exigencias de un medio hostil, que los convierte la mayor parte de las veces en víctimas de la violencia, pero en ocasiones los llevan al papel de victimarios. Estos individuos en mayor riesgo se agrupan según su edad (en niños y jóvenes, y adultos mayores), por género femenino, por minusvalía o discapacidad física o psíquica (en retrasados y enfermos mentales de todo tipo), sordos e hipoacúsicos, ciegos y débiles visuales, limitados físicos y motores, y enfermos crónicos con enfermedades incapacitantes.

Otra situación de riesgo es la pertenencia a una etnia o raza determinada que es excluida del proceso social por tal condición, a ella se unen las condiciones dadas por culturas no asimiladas por la dominante, aun cuando sean las autóctonas. En estos grupos se incluyen los emigrantes, ya sean internos o

procedentes de otros países en los que hay que añadir usos y costumbres distintos del conglomerado que los recibe e, incluso, otro idioma.

Los factores de riesgo descritos hasta aquí se corresponden con los más comunes en los grupos sociales marginados, lo que añade un componente de clase en relación con la violencia, pero que no es exclusiva de estas clases sociales y se extiende a las dominantes.

Estas toman como modalidad para resolver los conflictos propios de sus niveles de aspiraciones y pérdida de valores, la violencia. Así, entre los riesgos de la violencia se incluye la ideología ejercida por unos para perpetuar la situación, y por otros para modificarla y favorecer la equidad ante la oposición de los primeros.

Dada la magnitud que ha alcanzado la violencia, es posible afirmar que en un gran número de países se vive en una verdadera cultura de la violencia.

Entre los factores psicosociales de violencia se encuentran aquéllos que son capaces de su reproducción, como: el alcohol, las drogas, el porte indiscriminado de armas de fuego, la exclusión y la marginación sociales, la delincuencia, la aceptación de la violencia como algo natural e inevitable y otros similares.

El alcohol es un factor determinante en las muertes violentas por accidentes de tránsito y laborales, desempeña un papel importante en los homicidios y suicidios, se considera como principal en la violencia intrafamiliar tanto en sus aspectos físicos como de daño psíquico y se encuentra con demasiada frecuencia en las alteraciones del orden en las comunidades.

Las drogas, además de lo señalado para el alcohol, son factores desencadenantes de la violencia organizada que incluye no sólo a los narcotraficantes, sino también a poblaciones enteras que de un modo u otro dependen de ellas y llegan en algunos países a ser factor determinante en una verdadera cultura de la violencia, que implica a las estructuras estatales y a todos los habitantes.

La violencia, producto de la delincuencia desorganizada, tiene un propósito de beneficio inmediato para el delincuente que se convierte en victimario; algunas veces, recurre a la violencia física y causa lesiones y hasta la muerte, pero siempre produce alteraciones psíquicas que afectan la salud mental de las víctimas.

En la actualidad, se asiste a la organización de esa delincuencia representada por las pandillas o maras como le llaman en Centro América, que llegan a tener carácter internacional; los beneficios o finalidades no siempre son inmediatos, la violencia no es predominantemente impulsiva y sí planificada, incluye a un variado número de personas entre las víctimas y los victimarios, con consecuencias impredecibles.

La marginación de determinados sectores de la población facilita que sus integrantes caigan en el ejercicio de la violencia como medio de subsistencia, ya sea en la delincuencia individual u organizada, ligados a la drogadicción o al narcotráfico, y al final finalmente llegan a incorporarla a su forma de vida.

Las drogas y el alcohol facilitan y promueven la violencia; la diseminación de las armas de fuego entre la población provee un instrumento para ejercerla, su representación en los medios masivos de comunicación, en especial la televisión y el cine, contribuyen a demostrar cómo practicarlas. Todo ello lleva a que no se conciba la solución de conflictos como no sea por medio de la violencia, desde la más banal hasta la más grave y como algo propio de la vida cotidiana, que se torna insegura e impide a los ciudadanos vivir con tranquilidad. Se vive en la cultura de la violencia y es necesario cambiar esta situación.

Existen factores en el medio social que se consideran como protectores de la salud mental, que también ejercen su acción sobre la violencia, están incluidos entre los determinantes y entre los psicosociales. Parten de la equidad en ese medio social, una cultura que rechaza la violencia, la existencia de redes de apoyo social, la participación ciudadana en las determinaciones de la comunidad, escalas de valores que facilitan la adopción de estilos y modos de vida saludables, con integración y buen funcionamiento familiar.

Estos factores no actúan por generación espontánea, son condicionados por los más generales de la organización política del Estado, su proyecto social, la base económica y la cultura histórica predominante. Lograr que sean los prevalecientes en un medio determinado, crea las condiciones para erradicar la violencia y promover la salud mental. Es posible, además, ejercer acciones preventivas en contextos más limitados, en poblaciones determinadas, con proyectos de alcance a mediano y largo plazos. También se puede actuar sobre las víctimas de la violencia, si se disminuyen sus secuelas y se evita que se conviertan en elemento reproductor de ella.

Efectos. Los efectos de la violencia repercuten en el contexto social, desde el individuo hasta la organización estatal, pasando por las instituciones formales y no formales de las comunidades. Ponen en tensión al sector Salud que debe proveer la atención a las consecuencias sobre el individuo y la familia para limitar esas consecuencias y prevenir sus secuelas.

El sector Salud debe estar en capacidad para, en coordinación con otros sectores, ejercer acciones preventivas contra la violencia y promover salud.

Los resultados más evidentes son las muertes violentas y las lesiones. Esto determina que la salud pública y aun la privada, cuenten con servicios de atención de urgencia capaces de garantizar la vida del lesionado. La atención oportuna y eficaz evita las muertes y permite reducir las secuelas.

Las consecuencias psíquicas se manifiestan por la aparición de variados trastornos que se presentan en el individuo y también en los grupos sociales, así como en la familia que se torna disfuncional y es capaz de convertirse en factor promotor de actos violentos contra la comunidad y sus miembros. Los colectivos que viven en la violencia se caracterizan por la gran inestabilidad de sus integrantes y la aparición de frecuentes actos violentos que forman un círculo vicioso.

La atención de estos efectos necesita servicios de salud mental capaces de afrontarlos en los momentos críticos y de seguirlos. La aparición de estos

trastornos tienen como denominador común la situación de tensión o estrés mantenido, o haber estado sometido a situación de máxima tensión con peligro para la vida y/o la integración física o psíquica.

Se plantea una situación a la que no se le encuentra salida y desborda los mecanismos habituales de afrontamiento, lo cual deriva en una conducta inicial de evitación y retraimiento con aceptación de los hechos violentos como inevitables, se produce aturdimiento y poca comprensión de lo que sucede y baja capacidad de reacción, que puede llevar a la impulsividad y a la búsqueda de soluciones del conflicto por métodos violentos, las que a su vez inician un nuevo ciclo conductual con gran toma afectiva. Es por ello que son frecuentes los trastornos de estrés postraumáticos, las reacciones ante grandes estrés, las depresiones, la aparición o desencadenamiento de cuadros psicóticos y otros de estas categorías.

En el ámbito familiar lo común es la disfunción familiar, que obedece a múltiples causas desde el estrés mantenido por causa externa hasta la pérdida de familiares en situaciones catastróficas. Estas familias, además de tornarse incapaces de contener a los que padecen las consecuencias individuales del acto violento, lo sufren y se convierten en elemento estresante para los demás.

La violencia en el medio familiar ha llevado a que se considere una definición propia de ésta, que si bien contiene los elementos esenciales de la definición general tiene otros que la justifican. Ésta entiende como violencia intrafamiliar toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que viole el derecho al desarrollo pleno y al bienestar de otro miembro (*Martínez, 1999*). En la familia la violencia se dirige hacia las mujeres, los niños y los ancianos, que son los grupos más vulnerables. Las consecuencias principales están dadas por la pérdida de la dignidad, seguridad, y confianza en sí mismo y en los demás. Se pierde la capacidad de controlar el miedo y de rebelarse, con pérdida del sentido de pertenencia y competencia.

La autoestima se encuentra muy disminuida o falta por completo. Se experimenta impotencia y desesperación, al comprobar lo inútil de los esfuerzos por solucionar la situación y salir de la violencia. Puede llevar a la resignación y aceptación de esa conducta, así como a crear mitos que la faciliten, como: madre o mujer resignada, hijo obediente y tranquilo, y anciano indiferente y sin preocupación por la familia.

Los efectos en las instituciones formales y no formales tienen en común su desintegración, ante lo evidente de su inoperancia para enfrentar la violencia y servir de apoyo social a las víctimas en la comunidad. Éstas también sufren los efectos de la violencia en diversos grados que llegan a alterar su cotidianeidad, al considerarla como algo que hay que aceptar, y se mantiene un prolongado estado de frustración y agresividad contenida que aparece en los momentos menos esperados, lo cual genera nuevas situaciones violentas. En ocasiones, se llega a la creación de instituciones que con el pretexto o propósito inicial de combatir la violencia, lo hacen con métodos violentos y esto genera más violencia.

La organización social sufre las consecuencias de la violencia, que llega a las escuelas, a los centros de trabajo, limita la participación social, crea nuevos valores, penetra en las familias, altera la vida cotidiana, impone un modo de solución de conflictos, termina con la solidaridad y limita la sinergia necesaria para afrontar la situación creada.

Situaciones de este tipo, que comprometen la supervivencia del individuo y su organización social, necesitan una respuesta que ha de ser también multifactorial y poliexpresiva, que se dirija a los determinantes factores de riesgos, así como a la atención a las víctimas y a paliar las secuelas individuales y colectivas.

Respuestas

Las respuestas lógicas son aquéllas dirigidas a eliminar la violencia y, por tanto, a eliminar sus causas más evidentes o demostradas. Son acciones destinadas a modificar los condicionantes descritos y a fomentar la equidad, la distribución justa de la riqueza, garantía de empleo, eliminación de la pobreza, respeto a los derechos humanos básico y civiles, así como posibilidades de su ejercicio, nivel de aspiraciones en relación armónica con las posibilidades reales y consecuentes con la escala de valores de esa sociedad y fomento de estilos de vida saludables.

La violencia desborda el sector Salud, pero reclama de éste la atención al daño y sus secuelas en el individuo, la familia y la comunidad. En primera instancia, la atención se dirige a los daños físicos, a las lesiones y sus secuelas.

La magnitud que adquiere en los últimos tiempos hace que los daños psíquicos adquieran cada vez mayor prioridad y se equiparen con los daños físicos señalados. La salud pública se prepara para la verdadera epidemia de heridos y otros lesionados que demandan atención en los servicios de urgencia, atención que se prolonga en la hospitalización, en el tratamiento ambulatorio y la rehabilitación.

Las alteraciones mentales, con iguales características de epidemia, también requieren ser tratadas de urgencia, necesitan atención continuada, no pocas veces de hospitalización, y un enfoque de terapia de familia y de grupos homogéneos por su vulnerabilidad en la comunidad.

El tratamiento de las alteraciones mentales a consecuencia de la violencia, requiere técnicas especializadas que van desde el enfoque del individuo hasta la familia y los grupos de pertenencia en la comunidad.

Estas técnicas suelen responder a variados criterios teóricos. Los trastornos a los que se enfrenta son tan complejos como las reacciones a situaciones de gran estrés o el trastorno de estrés postraumático y su cronicidad, el desencadenamiento de cuadros psicóticos o la disfunción familiar aguda y crónica con sus secuelas irreversibles en sus integrantes más jóvenes.

Es posible caracterizar los efectos más comunes en la salud mental, derivados de la exposición a la violencia, y entre ellos se encuentran síntomas de reacción postraumática, miedo a la recurrencia, culpa, reacciones por pérdida y de duelo, preocupación por la seguridad de efectos cercanos y remembranzas de las experiencias vividas.

El tratamiento individual se dirige a recuperar el sentido de integridad de la persona y afrontar los retos de las relaciones interpersonales afectadas por el trauma violento. Se trabaja con los síntomas postraumáticos, con los recuerdos o vivencias de la situación traumática, con la tolerancia y recuperación por las pérdidas irreparables y la autoestima lesionada.

En la familia, el tratamiento está dirigido a recuperar el sentimiento de seguridad, reducir los de vulnerabilidad por los hechos traumáticos, manejar de igual modo los problemas con pérdidas irreparables, discutir el impacto traumático en las víctimas dentro del seno familiar, facilitar el duelo, así como restaurar la confianza en las relaciones interfamiliares y extrafamiliares, y ofrecer apoyo para restablecer la reinserción social de la familia.

En los grupos terapéuticos con víctimas expuestas a la violencia, hay que enfrentar los duelos del grupo y el miedo a la recurrencia de los sucesos, legitimar las reacciones positivas de afrontamiento, reforzar la seguridad individual y del grupo, sentar las bases para la acción comunitaria y nuevas modalidades de afrontamiento a la violencia, y recuperar la autoestima del grupo y sus integrantes.

Desde el punto de vista de la organización de salud, en los aspectos psiquiátricos, lo primero que detectamos es la falta de recursos humanos calificados, sigue la escasez de los servicios asistenciales, su bajo nivel de cobertura y la falta de servicios de urgencia, tanto para el tratamiento especializado como para el apoyo a los heridos y demás lesionados. Es casi imposible el seguimiento y la rehabilitación de aquéllos con secuelas psíquicas.

El enfoque preventivo necesita la participación activa de la comunidad, para superar y las consecuencias de las conductas violentas y para restaurar la situación previa.

De igual modo, es preciso trabajar con los individuos y grupos en riesgo. Esta tarea, aun cuando se realiza con la participación de la comunidad y las familias, requiere un apoyo externo. Éste corresponde, en gran parte, al sector Salud, incluso ha de ser interdisciplinario y transectorial, y debe estar dirigido a la creación de redes de apoyo social.

El equipo externo ha de conocer bien la comunidad, sus criterios y creencias, actitudes y prácticas, no sólo sobre violencia sino también sobre todos los aspectos de la vida cotidiana. Para ello es menester contar con el diagnóstico epidemiológico, social, antropológico y cultural de esa población. El método idóneo es la investigación-acción con técnicas de epidemiología social, por ejemplo la de los grupos focales. En el mismo tiempo en que se investiga, se involucra a los investigados, y ambos descubren las potencialidades y los recursos de la comunidad para resolver sus problemas.

Se pueden evaluar las acciones y respuestas previas a situaciones similares, como parte importante de esas potencialidades. De este modo, es posible pasar a la siguiente fase de planificación de acciones preventivas.

Uno de los principales problemas para realizar acciones preventivas en cuanto a enfrentamiento a la violencia es la sostenibilidad de los proyectos, muy relacionada con la insuficiente voluntad política. Otro tanto ocurre con los proyectos de protección y promoción de salud en comunidades sin violencia. Aun cuando el enfrentamiento idóneo es el dirigido a la modificación de los factores determinantes a escala nacional, es más racional lograr las modificaciones estructurales de la sociedad a escala local, en comunidades expuestas a mayor riesgo.

El trabajo en redes de apoyo social permite integrar a la comunidad en la solución de los problemas de la violencia más relacionados con su vida cotidiana, y son aplicables a la violencia intrafamiliar, a la delincuencia juvenil, la relacionada con el alcoholismo y aun en aquélla que se considera menos evidente, pero también dañina, que es la violencia en las propias instituciones de salud, y otras de la organización local, como las escuelas y centros de trabajo.

En respuesta a la violencia desde el ángulo del sector Salud, éste debe perfeccionar los aspectos de atención al daño físico y psíquico, lograr la voluntad política del sector y realizar las coordinaciones transectoriales para realizar acciones de prevención y protección de la comunidad. En este aspecto, la creación de grupos de apoyo social y de ayuda mutua que involucran tanto a los factores técnicos exteriores como a la propia comunidad, parece ser la opción más plausible.

Conclusiones

La violencia alcanza una magnitud tal que es uno de los problemas fundamentales en la vida de las comunidades; afecta a los individuos, las familias, los diversos grupos sociales y la vida misma de las comunidades y los países.

Sus efectos se hacen sentir en la salud física y mental de los pobladores, y en las posibilidades de desarrollo de los grupos sociales y aun de los estados. Tiene implicaciones políticas, económicas y sociales. Sus determinantes incluyen factores económicos, sociales, culturales y políticos.

Va más allá del sector Salud, porque constituye un problema de gran envergadura. Las respuestas de este sector han de dirigirse a paliar las consecuencias sobre la salud, a prevenir que éstas se extiendan y a proteger a la población.

En estas funciones es fundamental la coordinación con otros sectores y en particular con la misma población afectada. Ante la imposibilidad de lograr erradicar las causas y actuar sobre los determinantes, es preciso ejercer acciones locales y favorecer el fomento de comunidades libres de violencia por la participación de la propia comunidad.

TEMA 6

Factores psicosociales, familia y salud mental

Guillermo Barrientos de Llano

La familia es la unidad básica de la sociedad, es de carácter universal, constituye el contexto donde se dan las relaciones básicas del individuo con su entorno más inmediato. Estas relaciones son determinantes en la salud o enfermedad mental de sus integrantes. Ocupa, por tanto, una posición central y privilegiada para comprender los procesos de salud-enfermedad mental y los factores que en ellos inciden. Es el elemento en el cual los factores psicosociales de protección y de riesgo actúan desde las primeras etapas de la vida del individuo, es posible identificarlos y actuar sobre ellos.

No obstante su universalidad, es un elemento activo, forma parte de un medio social con el que interactúa y avanza hacia formas superiores de organización, que reflejan la evolución de la sociedad, sus características culturales, étnicas y las relaciones socioeconómicas. En su interior no cambian de igual modo las relaciones de parentesco y las de roles de sus integrantes, y esto explica, en parte, algunas disfunciones que ocurren entre generaciones, entre géneros, y entre las escalas de valores y los niveles de aspiración de sus miembros. Por tanto, es muy complejo su análisis, lo que obliga a destacar los aspectos esenciales para una aproximación desde el ángulo de los factores psicosociales de protección y de riesgo de la salud mental.

En la historia de la humanidad se han descrito diferentes formas de familia, una de estas descripciones es la de Morgan, que toma Engels, en su obra *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* y que se encuentra con mayor frecuencia en la literatura sobre el tema. Estos autores clasifican las familias del modo siguiente:

Consanguínea. Es la primera familia reconocida como tal y es propia de la comunidad primitiva. Los grupos conyugales se dan por generaciones: todos los abuelos y abuelas entre sí, todos sus hijos (padres y madres) entre sí. Los nietos forman el tercer círculo. No se permiten relaciones intergeneracionales.

Punalua. Es característica de la etapa del salvajismo. Se excluye la relación conyugal entre hermanos. Surge, el **gen**, que constituye la base del orden social que después dan lugar al Estado.

Sindiásmica. Es típica de la barbarie. Se constituye la pareja en las relaciones conyugales: el hombre vive con una mujer, pero la poligamia y la infidelidad siguen siendo derechos del hombre y son castigadas en la mujer; los hijos pertenecen a la madre, pero es posible la identificación del verdadero padre. Éste comienza a ejercer sus derechos, se pasa de forma gradual de la familia matrilineal a la patriarcal, comienza el derrocamiento histórico del poder del género femenino.

Monogámica. Es la de la **civilización**. Tiene como fin procrear hijos para ser herederos del padre. Tiene una mayor solidez y la relación conyugal no puede ser rota por cualesquiera de las partes. El hombre mantiene y refuerza su hegemonía, así como el derecho a la infidelidad, lo que refuerza a la prostitución. Se puede decir que la relación conyugal está determinada por relaciones económicas y no por lazos de amor.

En esta breve revisión histórica es posible apreciar cómo situaciones actuales en la vida familiar y de la sociedad se originan desde épocas remotas y sin aparente vínculo con el momento en que vivimos. Las relaciones de la pareja, los roles de cada integrante de la familia (en especial de la mujer como esposa madre, hija o hermana), las aspiraciones de los hijos, el tamaño de la familia y las generaciones que la integran, son aspectos cuyas raíces hay que buscarlas en el pasado.

Muchas de estas cuestiones han sobrevivido a cambios de la familia y de la estructura u organización social que las originaron. Hoy se asiste a grandes reestructuraciones que no se corresponden con cambios en la base social y es debido a modificaciones socioeconómicas muy ligadas al avance tecnológico y al predominio de las concepciones del neoliberalismo lockeano. Así la familia se hace más nuclear; existe la tendencia a igualar los derechos entre el hombre y la mujer; las relaciones sexuales se desmitifican; la escala de valores y el nivel de aspiraciones de las nuevas generaciones no coinciden con los de los progenitores; el sistema de enseñanza, de premios y castigos adquiere nuevas formas: los niños, adolescentes y mujeres reclaman sus derechos.

Este panorama corresponde a la familia monogámica, occidental, de raíz judío-cristiana. Hay que tener en cuenta las variables que dependen de las clases sociales, niveles socioeconómico y educacional, ubicación urbana o rural, la pertenencia de la familia a una etnia determinada, su condición de emigrante, grupo cultural y otras similares.

No obstante, es posible, identificar las características esenciales de la familia actual y de la mayor parte del mundo occidental. Los patrones culturales y la concepción flexible de lo que es salud y enfermedad mental contradicen aquellas posturas de que basados en la universalidad de la esencia biopsicosocial del hombre tratan de imponer como válidos sólo los patrones de su propia cultura, dominante y hegemónica en el mundo globalizado, y considera hostil a aquéllas que no sostienen sus mismos valores.

Definición. La familia constituye la unidad básica, la célula elemental de la sociedad. En ella están presentes los intereses personales de sus integrantes y el interés social de su entorno, contribuye al desarrollo de la sociedad y al de sus integrantes mediante la formación de las nuevas generaciones, las relaciones del hombre y la mujer, de éstos con sus hijos y las de todos sus miembros entre sí. Satisface las necesidades afectivas, físicas y materiales de sus miembros. Promueve el establecimiento de patrones positivos de interacción con el entorno social. Es dinámica, capaz de evolucionar, adaptarse e influir en los cambios sociales de su entorno.

Cada familia tiene sus propias costumbres, normas y valores que son reflejo de la cultura, la sociedad y el contexto social donde se enmarca.

Partiendo de este concepto, la familia monogámica, que se da como la propia de la civilización, puede clasificarse según límites, composición y origen.

Según sus límites y composición, la familia puede ser:

Nuclear. Cuando todos los miembros viven bajo un mismo techo, con predominantes lazos de consanguinidad.

Ampliada. Es la misma familia nuclear, pero los familiares que no viven bajo un mismo techo mantienen estrechas relaciones con ella.

Extensa. Es la nuclear a la que se incorporan vecinos y amigos íntimos con gran ascendencia en la familia.

Según su origen, las familias pueden clasificarse en *la de origen*, que incluye la familia de los abuelos, y *la actual*, que está dada por los padres y los hijos. En cada una de las variables señaladas, es posible considerar también, las modalidades de familia siguientes:

- Extendida. Es aquélla donde viven juntas tres generaciones: (abuelos, padres e hijos o nietos, así como tíos).
Con una sola figura parental. Ya sea la madre o el padre.
- Mezcladas. Donde una de las figuras parentales es la madrastra o el padrastro.
- En la que pueden haber hijos del primer matrimonio de uno u otro o de los dos cónyuges.

Funciones de la familia

Cualquiera que sea el tipo de familia, tiene las funciones fundamentales siguientes:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros y las demandas físicas y materiales.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- Promover el proceso de socialización de los miembros más pequeños.
- Favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado.
- Contribuir a la formación de la identidad individual de cada uno de sus integrantes.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad de cada miembro.

Se concibe como un sistema activo que tiene relaciones internas entre sus miembros y puede dar lugar a la creación de verdaderos subsistemas, y a partir de ellos se establecen relaciones externas con el medio circundante. Como conjunto tiende a la estabilidad frente a los estímulos de ese medio, que pueden ser apreciados como amenazas y posibles antagonismos entre sus subsistemas. Esta tendencia presupone una búsqueda activa del equilibrio del sistema. Cuando la logra, cumple su papel como factor psicosocial de protección; cuando no se logra restablecer el equilibrio, la familia se convierte en un factor psicosocial de riesgo y permite que actúen otros factores de riesgo.

Así concebida tiene una estructura interna que puede ser flexible o rígida para adaptarse a las exigencias de su interacción con el medio. En esta estructura se distinguen: las jerarquías que definen *status* y roles, el liderazgo, el control del comportamiento, las alianzas para ese control, así como las delimitaciones entre los diversos subsistemas y todo ello enmarcado por los patrones de comunicación.

Los roles que han de desempeñar cada uno de sus miembros varían en las diferentes familias. Entre los más comunes en nuestro medio se encuentran los de abuelos, padre, madre, hermano y tío. Los roles están asignados por las costumbres, la cultura, clase social, ubicación urbana o rural, tipo de familia, etnia, religión y otros factores. Su observancia garantiza que se cumplan las funciones de la familia y el factor de protección de la salud mental de sus integrantes.

De modo general, puede afirmarse que estos papeles se encuentran en un franco proceso de reacomodo a las exigencias de un medio cada vez más inestable y en franca evolución.

Ciclo vital

Como una unidad social, permanece en actividad y en desarrollo, pasa por una serie de fases que se denominan **ciclo vital de la familia**. La integración de una nueva comienza por la pareja que se une y, por tanto, se separa de su familia de origen. Deben establecer nuevas relaciones, con sus orígenes, entre sí y con el resto de las relaciones que mantenían y que iniciarán con su entorno y como pareja. Después, ha de ajustarse de nuevo con la llegada de los hijos, que presupone un nuevo papel y un nuevo *status* para cada uno de ellos, que matiza las relaciones recíprocas, y las que establecen con la descendencia y con su medio social.

Esta etapa se prolonga y progresa con el crecimiento de los hijos, su adolescencia, adultez y separación, al constituir éstos sus propias familias. Finalmente, la familia regresa en un período superior a la situación de pareja, si los hijos abandonan su familia de origen o pasan a una nueva posición y roles como abuelos y suegros. Las fases de este ciclo vital son: el desprendimiento o

la salida de la familia de origen, el encuentro o la integración de la pareja, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez. Estas fases son un desafío que debe enfrentar la familia para ir cambiando y a la vez garantizando su continuidad.

Aspectos psicosociales

En la familia van a incidir, a gran escala, estos aspectos que afectan al individuo como ser social. La complejidad de la familia nos conduce al análisis y clasificación de estos factores, según se consideren de riesgo o de protección; si corresponden al medio exterior de la familia o, si por el contrario, pertenecen a su funcionamiento interno.

Los factores internos de protección están dados por el cumplimiento de las funciones de la familia donde existe un orden jerárquico aceptado por todos y donde la comunicación es clara y directa, contribuye al crecimiento emocional de sus miembros, es capaz de adaptarse de manera activa a las exigencias del medio sin romper su equilibrio interno. En este caso, se tiene una familia funcional y equilibrada. La salud mental de sus integrantes está protegida y existen las condiciones para su promoción.

Los factores internos de riesgo dan lugar a las llamadas **familias disfuncionales** e, incluso, existen las condiciones para que nuevos factores de riesgo sean generados por la propia disfunción. En éstas, la comunicación es indirecta y enmascarada; el sistema jerárquico no es aceptado y tiene que ser impuesto; es incapaz de adaptarse a las exigencias del medio y tiene gran susceptibilidad, por lo que son frecuentes las crisis que pueden ser permanentes e iniciarse por cualquier acontecimiento de la vida cotidiana.

En toda familia se producen situaciones que alteran el funcionamiento normal y obligan a su superación, lo cual produce una maduración de la familia y sus integrantes. Muchas de estas crisis son por separación, ejemplo: nacimiento de hijos, niños que inician la escuela, hijos que se casan, muere alguien, otro se divorcia (puede ser la pareja inicial), se sale a viajes prolongados, etc. En la familia disfuncional estos acontecimientos producen desajustes y llegan a afectar la salud mental de algunos de sus integrantes, al no poder reestablecerse el equilibrio y generarse estrés mantenido.

Las funciones afectivas se encuentran perturbadas, hay falta de comunicación o, por el contrario, exceso de afecto y sobreprotección para con los más débiles o en proceso de crecimiento como los niños, y esto interfiere con su socialización, el normal aprendizaje y su creatividad. Es común encontrar gran ansiedad, que se manifiesta frente a cualquier situación que pueda poner en peligro la integridad del niño, en especial cuando es hijo único. De igual modo puede producirse rechazo a estas personas vulnerables por razón de edad, ya sea avanzada o de los primeros años, o discapacidad (mental o física). Este rechazo origina violencia

hacia estas personas que, desde simbólica o psicológica, puede llegar a la física y dar origen al síndrome del niño golpeado o del anciano maltratado.

Existen otros excesos en la familia disfuncional, como de autoridad, de responsabilidad y de crítica. Por el primero se exige que los miembros de la familia actúen según los deseos de la figura que detenta la autoridad o representatividad; por el contrario, se da a quien no está en condiciones de ejercerla, autoridad y nivel de decisión sobre cuestiones importantes para el funcionamiento familiar y, finalmente, se critica toda actuación de esa persona, quien se inferioriza y ridiculiza en lo que puede calificarse de **violencia invisible** al humillarlos y lesionar su autoestima.

En estas familias es común encontrar tendencia al perfeccionismo como medio de aliviar la ansiedad, todo lo que se emprende ha de ser perfecto, se exige de sus miembros una actividad destacada en todos los campos, con poca flexibilidad y una rigidez exagerada capaz de generar más ansiedad y disfunción. Al no tenerse clara conciencia de las necesidades personales de cada miembro de la familia, no existe una actitud consistente en disciplinas, reconocimientos y responsabilidades de éstos.

El cuadro clínico de las familias disfuncionales se completa con aquéllas donde existe incompatibilidad en la pareja centro, que se extiende al resto de los miembros. Cuando existe un divorcio entre los padres, se crea una familia donde falta una figura importante y se necesitan ajustes especiales para disminuir o evitar que ocurran situaciones de riesgo; otro tanto ocurre cuando la pareja se forma a partir de que uno o los dos, sean divorciados. En este caso; tiene en la familia al padrastro o a la madrastra e incluso pueden existir hijos de uno de ellos o de los dos, entonces se da una relación intrafamiliar compleja que con facilidad conduce a la disfunción y al riesgo para la salud mental de sus miembros y de modo especial la de los niños.

Los abuelos constituyen figuras importantes: pueden ser factor de protección de la salud mental o generar situaciones de riesgo, por lo que siempre debe tenerse presente su papel en el seno de toda familia, para con los niños o con sus propios hijos. No se debe olvidar que algunos de los abuelos son, además, suegros o suegras de un integrante de la pareja de la familia nuclear.

Los principales afectados en cuanto a salud mental entre los miembros de una familia son los más vulnerables: en primer lugar los niños, seguidos por los discapacitados que pudiera haber y por último los más viejos.

Los factores internos se interrelacionan de manera directa con los miembros de la familia. Los externos lo hacen por intermedio de la propia familia y afectan el funcionamiento de ésta. Alguno de estos factores ejercen su influencia sobre los integrantes de la familia en el exterior de ésta y son ellos los que los llevan al seno de su medio familiar.

La comunidad saludable es el principal factor externo de protección y promoción de salud mental. Se presupone que en esa colectividad existe equidad, acceso de todos a los servicios de salud, economía suficiente para que cada núcleo familiar pueda satisfacer sus necesidades básicas, derecho a la educación, posibilidades de empleo del tiempo libre en actividades saludables, en fin, situaciones que pudieran parecer utópicas y que en realidad se logran sólo en determinados segmentos de la población, o son el propósito de proyectos sociales específicos, o postulados de metas de organismos internacionales.

Actualmente, se asiste a una corriente de responsabilizar a la población por su salud y se promueve su participación con apoyos limitados por parte de las autoridades. La meta final es lograr un mejor nivel de salud en poblaciones que se integran a esos proyectos. En un plano teórico puede afirmarse que esta tendencia es producto de la crisis de la salud pública, de la superación de los postulados de Lalonde y de una reacción frente a las funestas realidades de la globalización neoliberal en la salud y el bienestar de las poblaciones. Hasta el momento, los resultados no son muy alentadores, por lo que es necesario insistir en los factores de riesgo para la salud y la salud mental que, al provenir del medio social, inciden en los miembros de la familia y en ésta, en un continuo círculo vicioso.

Fuera de ella se encuentran elementos del medio que se consideran determinantes de la salud, son inespecíficos porque se relacionan con la salud en general y lo hacen desde una posición macrosocial, es decir, desde elementos más generales de la sociedad, tales como: economía, empleo, vivienda, sistema social, sistema de salud, etc. Los factores de riesgo externos, aunque en íntima relación con los determinantes, se refieren a aspectos más específicos del binomio salud-enfermedad, y se pueden identificar los pertenecientes a los aspectos de la salud y la enfermedad mental.

En relación con la economía, los factores de riesgo aparecen en la economía familiar, capaces de satisfacer las necesidades del núcleo familiar o no, en particular las de los más vulnerables que son los niños. El trabajo puede convertirse en factor de riesgo: cuando no hay motivación para lo que se hace; cuando por los diferentes turnos se afecta el ciclo normal cotidiano de la familia; cuando es poco remunerado; cuando todos los miembros de la familia han de trabajar, incluyendo a los más jóvenes para ganar el sustento diario; cuando obliga a un miembro de la familia a permanecer largos períodos fuera del seno familiar y se afectan los roles a desempeñar.

La vivienda y sus condiciones se convierten en factor de riesgo cuando no existe, es precaria y obliga al hacinamiento con más de dos personas en una misma habitación y, sobre todo, cuando estas personas son la pareja centro y miembros de otras generaciones.

Más allá de la vivienda está el entorno inmediato, el barrio, su equilibrio, la presencia de actividades delictivas, drogas, alcoholismo, violencia y otros elementos de este tipo, capaces de influir en los niños y adolescentes y aun en los adultos. La vida cotidiana actual presenta una alta carga de tensiones e inseguridad en el futuro inmediato, tanto de cada individuo como de la familia. Es por ello que se reconoce que el estrés es el principal factor de riesgo para la salud mental de las personas y para el funcionamiento familiar.

Como factor importante (de riesgo y protección) se encuentran los vínculos interpersonales de los miembros de una familia con su medio social. La no aceptación de las reglas propias de una comunidad por los integrantes de la familia o la sumisión puede acarrearles serias dificultades.

La falta de adecuados sistemas de apoyo social, provenientes de agencias especializadas o generados por las propias familias, se convierten en factor de riesgo al no tener a quién acudir en caso de necesidad inmediata o de apoyo para resolver problemas a mediano plazo. En la actualidad, no existe solidaridad comunitaria y su ausencia es un importante factor de riesgo externo para las familias.

Otras características

La pertenencia a una clase social, le imprime a la familia características en su dinámica interna y en sus relaciones con el medio, en las cuales se encuentran factores de riesgo y protectores, que no pueden trasladarse a las de otras clase sociales. Si esto es válido universalmente, también lo son las diferencias culturales y étnicas, que influyen también en la pertenencia a una clase social de esa familia. Los elementos culturales y de etnia determinan patrones difíciles de modificar en una familia. Por ejemplo, las de origen italiano, cuando emigran a los EE.UU. establecen rígidas fronteras y alejan a los extraños, lo que obliga a que los límites sean amplios y se incluyan los que en otro contexto se considerarían los de una familia superextensa, en las cuales se encuentran varias generaciones y no se circunscriban a la convivencia en una misma casa ni vecindario. Pueden vivir separados, pero siguen considerándose de la familia.

Los emigrantes de origen caribeño tienden a establecer claros límites familiares, que permiten el acceso de otros (no familiares) en sus determinaciones y mantienen estrechas relaciones con su vecindario. Estas familias emigran a un país con diferentes bases culturales y distinto idioma, lo que determina, un estrecho vínculo con sus coterráneos, superior al que tendrían en su lugar de origen, tratarán de vivir en un mismo entorno al que impondrán sus hábitos y costumbres, usarán el idioma materno y crearán sus propios apoyos sociales.

Con el tiempo surgen diferencias generacionales con los hijos y nietos más adaptados, asimilados o rechazados por un medio que les es hostil. Ejemplo de

esto son: el idioma que se habla en la casa, el papel del cabeza de familia como sostén económico y principal autoridad, las relaciones sexuales de los más jóvenes, el aceleramiento del ciclo vital al tener que trabajar todos o asumir los jóvenes el cuidado de sus hermanos, el abandono del hogar por parte de los hijos con nuevos niveles de aspiración y otros elementos que afectan el normal desenvolvimiento de la familia emigrante. Es cierto que alguno de ellos se encuentran en los lugares de origen, pero la transición es más lenta y no se han perdido las raíces socioculturales del entorno.

Enfermedad mental y familia

La enfermedad y la salud son exclusivas de los seres vivos; en el caso del ser humano, éstas están determinadas por su condición social y por su unidad biopsicosocial. Los factores biológicos, que son los más universales, están condicionados por los sociales inherentes al hombre y juntos determinan resistencias; susceptibilidades; y capacidades de afrontamiento, de recuperación y de pertenencia al grupo social. De esta premisa se deriva la conclusión de que la familia no se enferma ni goza de salud, pero es un factor importante en la salud y la enfermedad de sus integrantes.

La familia puede favorecer o entorpecer esa salud. Es difícil catalogar a la familia como buena o mala. según su relación con la salud o la enfermedad de sus miembros, pues son muchas las variables como para permitir un juicio objetivo. Es por ello que se prefiere denominar las familias como **funcionales** o **disfuncionales**, según su equilibrio y funciones internas, así como por el papel que desempeñan para favorecer la salud o la enfermedad mental de sus integrantes. Las familias funcionales se consideran factor de promoción y protección de la salud mental y de apoyo social en su medio. Las familias disfuncionales son, por el contrario, factor de riesgo para las enfermedades y en particular para las mentales.

Aquí se estudian las enfermedades mentales más comunes que tienen como factores causales o participantes a los dependientes de la disfunción familiar, así como a aquéllos que obedeciendo a otros factores fuera de la familia, son capaces de alterar el buen funcionamiento de ésta. La íntima relación de estos factores impide la separación clara de una u otra entidad nosológica, por lo que al describir someramente alguna de estas entidades se hace referencia a los posibles elementos que intervienen en su causa.

Uno de los trastornos más comunes en los niños es el déficit de atención y la hiperactividad, en cuyos múltiples factores causales y precipitantes tienen una gran relevancia las relaciones intrafamiliares, así como las de la escuela. Se han atribuido factores genéticos y alteraciones del sistema nervioso, pero siempre se destaca el papel del medio social en la determinación de su severidad. Es

imprescindible el diagnóstico diferencial, pues pueden confundirse con los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de conducta en los niños, con frecuencia, están relacionados con la disfunción familiar. Éstos violan las normas de convivencia social y realizan actividades de carácter delictivo, en grupos o pandillas o de modo individual. Se pueden iniciar en la niñez o en la adolescencia. Su génesis puede ser la disfunción familiar o ser generadas en el entorno de la familia, el barrio o tener un fuerte componente cultural.

Cuando su origen es extrafamiliar son causa frecuente de una disfunción familiar subsecuente, por lo cual es necesario diferenciar estos trastornos de aquéllos en que el niño es discutidor, desafiante desobediente, pero no rompe las normas de convivencia social y, en ocasiones, sólo se manifiesta así en el ámbito familiar. Aquí los factores causales hay que buscarlos en las relaciones intrafamiliares, con inconsistentes métodos disciplinarios, limitaciones del espacio vital del menor, que lo obliga a relacionarse con los mayores. Puede existir una identificación con el progenitor impulsivo, a quien imita en sus relaciones con otros existir una relación afectiva deficiente o poca posibilidad de establecerla por falta de tiempo de las figuras parentales.

La ansiedad por separación (aun cuando se le atribuyen múltiples causas debido a su compleja manifestación sintomática, que abarca desde lo cognitivo hasta lo afectivo) tiene un elevado componente en las relaciones intrafamiliares que generan ansiedad y denota inapropiadas relaciones parentales que generan una sobre protección. Estos niños reaccionan con una conducta de aislamiento, inhibición y dificultades para establecer una relación afectiva o la inhibición es sustituida por una actividad de sociabilidad exagerada e indiscriminada. Esto se encuentra en familias en las que uno de los padres es retrasado mental, padece depresiones severas, esquizofrenia, adicciones a drogas o alcoholismo.

Otras entidades como la encopresis y la enuresis tienen íntima relación con el proceso de enseñanza de hábitos y, por tanto, dependen en alto grado de las relaciones intrafamiliares, de los sistemas de premio y castigo, de la comunicación afectiva y de todo el ambiente del entorno más cercano al niño.

Llama la atención el mutismo selectivo, en el que el niño no habla en determinados lugares. Se atribuye a conflictos emocionales no resueltos, a amenazas o situaciones traumatizantes. En el fondo se encuentra una situación familiar inestable, por dinámicas inapropiadas por separación o divorcio de los padres, muerte de uno de ellos o frecuentes cambios de vivienda, ciudad o país.

La bulimia y la anorexia nerviosa son trastornos relacionados con el funcionamiento familiar, en especial la sobreprotección; poca autonomía por el enfermo; la presencia de padres con adicciones, alcoholismo o depresiones severas; y otros trastornos que interfieren con la dinámica familiar y limitan las

aspiraciones del hijo, que en este caso llega a la adolescencia sin la madurez requerida para las nuevas demandas del medio social. Es preciso señalar que ambos trastornos difieren grandemente en cuanto a severidad y pronóstico. En la bulimia, la presencia de padres con alteración en sus hábitos alimentarios y elevado peso corporal parece ser factor condicionante y de peor pronóstico.

Las adicciones a drogas o al alcohol en la adolescencia, además de vincularse con las disfunciones familiares, se relacionan íntimamente con el medio social que se torna cada vez más amplio en esas edades. Una vez establecido el trastorno, este es capaz de llevar a la familia a la disfunción.

En estrecha relación con el medio social están los trastornos de estrés postraumáticos que, con su elevada carga emocional y conductual, son capaces de alterar el funcionamiento familiar, al introducir una pesada carga emocional. Aquí se manifiestan también enfermedades mentales crónicas, como la esquizofrenia, los trastornos bipolares, el retraso mental moderado o profundo, las discapacidades físicas y las enfermedades somáticas de larga evolución, que constituyen una carga para la familia, y ponen a prueba su capacidad de adaptación y de afrontamiento a situaciones de mayor riesgo para su estabilidad.

Las principales referencias han sido a los trastornos propios de la infancia y la adolescencia, lo que no excluye que entre los adultos de una familia se precipiten trastornos de cualquier tipo y, en particular, aquéllos relacionados con la personalidad o con los de nivel de funcionamiento neurótico. Los trastornos crónicos que se han mencionado ejercen su influencia negativa en cualquier edad. En las familias extensas con varias generaciones, las enfermedades propias de la tercera edad tienen una elevada incidencia y pueden deberse a causas comunes de las edades avanzadas, pero también pueden generarse en la dinámica familiar.

La multicausalidad de las enfermedades mentales, obliga a un enfoque terapéutico múltiple. Su íntima relación con el medio social del paciente hace que el enfoque terapéutico sea integral y, por tanto, debe incluir la aproximación psicoterapéutica individual, de grupo y de familia. La intervención preventiva en la comunidad es fundamental y requiere redes de apoyo social, que también van a desempeñar un papel decisivo en la rehabilitación psicosocial de los enfermos de larga evolución o con secuelas por su enfermedad. Todo tratamiento así enfocado va a repercutir en la estabilidad de la familia y, por consiguiente, en la salud mental de sus miembros, que lo son también de la comunidad.

Conclusiones

La familia, como parte del contexto social, tiene un papel decisivo en el proceso de salud y enfermedad mental. La visión integral del hombre como ser

social no niega los factores biológicos que forman parte de su esencia, pero reconocen los determinantes sociales para muchos de esos componentes biológicos, de aquí la importancia del estudio de la familia para determinar la salud mental de la población.

La organización y el funcionamiento interno de la familia son factores fundamentales para el desarrollo saludable de sus miembros, en particular de los niños, y de la estabilidad emocional de los mayores y los discapacitados. La familia está influida por los factores de la comunidad, que pueden facilitar su desarrollo funcional o entorpecerlo.

Es factible que la familia extienda su participación a la comunidad y se convierta en elemento capaz de promover la salud de los integrantes de esa colectividad. Es en la familia donde se deben ejercer tanto acciones terapéuticas de protección y promoción de la salud mental como la rehabilitación psicosocial de aquéllos con secuelas por enfermedades mentales. En este ámbito es donde se concentran gran parte de las funciones de la psiquiatría social y comunitaria.

TEMA 7

Desastres y salud mental

Guillermo Barrientos de Llano

En la interrelación del hombre con su medio se establece el fenómeno psicológico, que nos distingue como seres humanos. Cuando esta interrelación es adecuada, el desarrollo del psiquismo ocurre dentro de los patrones normales y se disfruta de salud mental. En esta relación dialéctica participan la familia, la escuela y otras instituciones sociales de la comunidad, y está en gran parte determinada por las condiciones biológicas del individuo.

En la vida cotidiana pueden aparecer desequilibrios en esta relación y, como consecuencia, se alteran las funciones psíquicas que pueden dar lugar a trastornos mentales de variado tipo y enfermedades mentales diagnosticables.

En situaciones de desastre, la relación del individuo con el medio está alterada. Los factores del medio se vuelven muy agresivos, están fuera del control del individuo y su comunidad, y sobrepasan la capacidad de respuesta de ambos.

Los mecanismos de afrontamiento habituales son incapaces de resolver la situación que plantean estos eventos y dan lugar a la más variada gama de respuestas, que afectan al individuo y su equilibrio emocional, y hasta pueden causar permanentes alteraciones del psiquismo y enfermedades mentales. Por ello, en un primer momento, ante una catástrofe, la población que se ha de atender incluye a aquellas personas que presentan una reacción considerada “normal” y, en un segundo momento, se reduce su número, pero aumenta la complejidad de las alteraciones, y los más afectados son los grupos vulnerables de la población.

Los mecanismos de afrontamiento y la capacidad de respuesta de la comunidad, que incluyen a la familia y demás instituciones y servicios asistenciales, también se exceden en una situación de desastres, pierden sus elementos protectores y pueden transformarse en factores de riesgo. Igual sucede con los valores tradicionales y culturales, en los que algunos son modificados o suprimidos, y se convierten de protectores en factores de riesgo para la salud mental de la población y el individuo. En este contexto existen individuos y sectores sociales que se sobrepone a las agresiones del medio, mantienen su equilibrio y se convierten en elementos para superar la situación creada por el desastre; este fenómeno se conoce como **resiliencia**.

La intervención dirigida a mitigar o suprimir el impacto del evento o el evento mismo no siempre es posible, por lo que, en materia de salud mental, ésta se dirige a los aspectos individuales de los afectados, así como a su entorno psicosocial o comunitario.

En toda intervención ante un desastre, es necesario identificar a estas personas e instituciones sociales que son de gran ayuda para superarlo; asimismo, es preciso identificar a la población expuesta a mayor riesgo, por su condición social, de pobreza, discapacidad física o mental, enfermedad mental diagnosticable, género y edad.

En esta aproximación a la salud mental ante desastres, se emplea este término en un sentido amplio, que incluye los diversos elementos del proceso salud-enfermedad, que determinan el grado de bienestar, tanto del individuo como de su colectivo social inmediato, y el equilibrio de sus interrelaciones. Por eso se consideran como parte de su campo de acción las manifestaciones emocionales, los trastornos cognitivos, las conductas problemáticas, la inadaptación a las nuevas condiciones del medio y algunos aspectos de la dinámica psicosocial individual y colectiva. Así, se pueden realizar acciones de protección de salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, de modo coordinado, efectivo y lejos de la espontaneidad, para evitar la yatrogenia.

La dinámica de los problemas y las manifestaciones psicológicas y sociales que se dan en situaciones de desastre, se denominan **psicosociales**, y se refieren a lo no patológico, es decir, a las enfermedades mentales diagnosticables. En ambas concepciones (la de salud mental y la psicosocial) predominan los factores sanitarios y humanísticos que deben primar en cualquier modalidad de intervención integral en este tipo de situaciones, y no se limita a la atención del paciente con francos trastornos mentales, e incluye todas las manifestaciones psíquicas y de conducta colectiva que suceden en el contexto de un desastre. Algunas de estas manifestaciones necesitan del apoyo exterior al individuo para recuperar su equilibrio en la relación con el medio, otras pueden ser factores inapreciables en lograr ese equilibrio.

En la mayoría de los países de América Latina la cobertura asistencial en psiquiatría y salud mental es insuficiente en la situación denominada “normal”. En muchos de ellos se ha iniciado un proceso de reestructuración de estos servicios hacia la comunidad y el primer nivel de atención, pero sigue imperando el modelo tradicional centrado en el antiguo hospital psiquiátrico, y la atención ambulatoria dirigida al daño o enfermedad se concentra en la práctica privada con escasa representación en la asistencia pública o de seguro social sin llegar a los sectores populares, que son los más afectados en los desastres. Es fácil comprender que en estas condiciones estos servicios especializados son insuficientes, cuando existen, y, además, no están preparados para enfrentar la nueva situación.

Tanto por razones de orden práctico y factibilidad, como teórico y de la magnitud, la tarea de superar el impacto de un desastre y sus secuelas en la salud mental y dinámica de la población, es una actividad de carácter interdisciplinario y transectorial; desborda una especialidad de salud y aun al propio sector Salud y necesita del concurso de otros sectores del Estado y de las organizaciones civiles, así como de la propia población víctima del siniestro.

Lo anterior se hace evidente si al suturar una herida, reducir una fractura, tratar una enfermedad infectocontagiosa, un infarto del miocardio o cualquier otro compromiso para la salud, tenemos en cuenta que la persona atendida puede haber sufrido otras pérdidas, que considera superiores a su integridad física y, en algunos casos, a su propia vida. Entre estas pérdidas pueden estar la vida o desaparición de seres queridos, bienes materiales que garantizan su existencia y la de sus familiares, tales como la casa, el trabajo, instrumentos de trabajo, negocio, temor de incapacidad como secuela de la lesión por la que es atendido, etcétera.

En igual sentido e importancia están las consecuencias de las acciones que se realizan en el enfrentamiento al impacto y recuperación del desastre, entre las cuales se incluyen: el manejo masivo de cadáveres, en el que prima la necesidad de prevenir epidemias, pero que está indisolublemente ligado a los valores culturales del duelo y a la tranquilidad de reconocer el cadáver del ser querido; la creación de albergues transitorios, que se prolongan en el tiempo, por lo cual han llegado a considerarse como un “segundo desastre”; la separación de la familia según género y edad (niños, adolescentes y ancianos) o discapacidad, y el hecho de excluir de la participación en las tareas de recuperación a las víctimas con condiciones para esta actividad y que se reducen al papel de dependiente de los demás.

Las respuestas individuales y colectivas en relación con la salud mental varían de acuerdo con el tipo de desastre, sus etapas, las condiciones psicosociales y personales existentes antes del siniestro, las condiciones creadas para mitigar los efectos iniciales y otras.

Por ello, esta temática aborda las respuestas individuales y colectivas en cada tipo de desastre de los más comunes, los resultados que se pretenden obtener con las intervenciones del sector salud y su participación con otros sectores, las intervenciones preventivas, de protección de la salud mental, el diagnóstico y tratamiento de aquéllos que lo requieran, el enfrentamiento colectivo de los factores psicosociales, las prioridades en cada etapa y/o situación y otros elementos que en conjunto permitan al estudiante acometer con éxito, en su práctica profesional, las situaciones de desastre en que se vea envuelto.

Desastres según su impacto en la salud mental

La clasificación de los desastres en **naturales** y **tecnológicos**, si bien permite obtener algunas informaciones en cuanto a su posible efecto sobre la

salud mental, necesita ser completada con otros elementos que permitan una aproximación mayor a estos aspectos.

Se pueden considerar los desastres en **periféricos** o *centrales*, con independencia de sus causas. Los primeros dejan intacta la base comunitaria y las redes de apoyo locales, los servicios asistenciales no necesariamente son muy afectados y no se hace imprescindible la evacuación o traslado de las víctimas, que, además, son de modo general en menor número. En ellos comenzó el estudio sistemático de la mitigación de los efectos de los desastres sobre la salud mental. La participación humana es determinante en las acciones para mitigar estos efectos.

Los desastres centrales son aquellos en que se afectan localidades enteras, regiones o países. La infraestructura social es dañada de un modo tal que desaparece o se torna insuficiente, al ser sobrepasada su capacidad de respuesta y ejercer acciones de afrontamiento. Toda ayuda ha de venir de fuera, ya sea del propio país o del extranjero, lo que añade nuevos elementos que pueden complicar la situación; en salud mental estos elementos incluyen el idioma, la cultura y los valores. Las medidas para enfrentar este tipo de desastre pueden ser inadecuadas para un lugar específico, aun cuando hayan tenido éxito en otro; la posibilidad de convertirlas en factor de riesgo o daño para la salud mental de la población es grande y los decisores y técnicos locales son los llamados a evitar esta situación.

Otro aspecto que se ha de contemplar está dado por la posibilidad de predecir y actuar antes de que se produzca el desastre. La posibilidad de predecir un evento de este tipo, el momento de su impacto, la posible magnitud, etc., debe permitir siempre la prevención de los efectos sobre la población y su salud mental, ya que es posible tomar medidas de protección y seguridad para las posibles víctimas. No obstante, son frecuentes las informaciones erróneas y contradictorias, las cuales suman a la población en estado de incertidumbre con efectos dañinos sobre su seguridad y, por tanto, su salud mental, que actúan como factor predisponente de alteraciones emocionales y generan mayor vulnerabilidad en las posibles víctimas.

La posibilidad de actuar con antelación al impacto de un desastre no se limita sólo a su predicción inmediata o corto plazo en lugares expuestos a mayor riesgo de sufrirlo; basados en su ubicación geográfica e historia de desastres similares, se puede intervenir desde antes, mediante medidas de planificación que reduzcan el riesgo, prevean los posibles daños inevitables y mitíguen su impacto. Estas disposiciones, incluso cuando se ejecutan aun en ausencia del evento, se activan en la fase de alerta cuando se estima que el fenómeno natural actuará a corto o mediano plazo.

La seguridad individual y colectiva se eleva con la participación en esta fase llamada “antes”, y actúa como factor protector de la salud mental; ahora bien, un mal manejo de ésta influye como factor de riesgo y afecta no solo a la población vulnerable.

Las acciones protectoras de la salud mental en esta fase no requieren el concurso directo del personal especializado en psicología, psiquiatría y otras profesiones afines, sino solo su asesoría en aspectos puntuales y de transferencia de tecnologías de intervención comunitaria, dirigidas a toda la población o sus grupos vulnerables. Estas medidas son generales para todo tipo de desastre y situaciones de emergencia que pueden ser previstas e incluso en aquellas en que el impacto no pudo ser pronosticado a corto plazo, pero existen razones históricas para suponer su aparición de improviso. La preparación de la población para esta contingencia, incluida su propia participación en la mitigación del daño, ejerce protección a la salud mental de los afectados.

Fases de los desastres y salud mental

En todo tipo de evento capaz de provocar un estado de emergencia en el núcleo poblacional pueden considerarse diversas fases o etapas. Al ir de lo general a lo particular, se encuentra que todas ellas se refieren al tiempo en relación con el evento en cuestión y este solo reconoce tres dimensiones: **antes**, **durante** y **después**. De ellas parten todas las consideraciones de intervención. Con fines didácticos se selecciona aquella que considera el periodo o fase precrítica, la crisis, la poscrisis y la recuperación.

Fase precrítica

Es más inminente que la descrita arriba como “antes” y se refiere a días u horas antes del impacto o crisis. Ésta se extiende desde el impacto hasta días posteriores, la poscrisis llega hasta un aproximado de 30 días en que debe comenzar la fase de recuperación, que se prolonga en el tiempo.

En la fase precrítica es cuando se conoce de la posibilidad del impacto, se anuncia su inminencia. Crece la expectativa de su inminencia y aumenta el nivel de tensión en la población. Esta tensión puede hacer que se subestimen (como mecanismo de negación) los posibles efectos y consecuencias personales o, por el contrario, se sobrevalore el posible desastre. En ambos casos las características de los integrantes de la población se potencializan; los vulnerables, por lo general, se tornan más susceptibles, aumenta la incertidumbre y es posible encontrar actitudes solidarias y/o de individualismo.

La preparación previa y la confianza en los elementos de la red de apoyo social actúan como factores de protección de la salud mental, al igual que la información confiable del progreso o aproximación del evento causante de la situación de emergencia. La falta de preparación y la información distorsionada de la evolución, aproximación y magnitud del fenómeno actúan como factores de mayor riesgo, capaces de provocar, incluso antes del impacto, afectaciones a la salud mental y la conducta esperada por determinados sectores de la población.

El papel del personal de salud y en particular del especializado en salud mental es el de asesor o consultor de los decisores sobre las medidas que se han de tomar y de la preparación para su gestión durante la fase siguiente de impacto o crisis. Su accionar es más exitoso si su participación se remonta a la fase de recuperación de desastres anteriores y ha habido un trabajo consecuente de preparación de la población y los decisores para actuar en esta fase y en la del impacto y lograr su mitigación.

Fase de crisis o de impacto

Dura el mismo tiempo en que actúa el evento, ya sea terremoto, huracán, inundación, rotura de represa, desastre nuclear, sequía u otra. Puede ser breve, de minutos u horas, o prolongarse por varios días o más.

El primer efecto que se aprecia es la desorganización y confusión, desde los llamados a mitigar su daño hasta la población en general.

La sensación predominante es el miedo, los sentimientos de abandono, la impotencia frente a la agresión del medio y la conciencia de su propia vulnerabilidad y de la de los que le rodean.

Existe una elevada necesidad de supervivencia de sí mismo y de sus seres queridos. Se puede producir una pérdida de iniciativa o inmovilidad o, por el contrario, una hiperactividad desorganizada. Ambas pueden ser manifestación de pánico.

Las conductas se canalizan por los más disímiles derroteros, surgen liderazgos (positivos o negativos), actos heroicos o mezquinos, solidaridad o egoísmos, violencia, etc. En general, se exacerban las condiciones y valores previos al impacto o, por el contrario, se pierden o diluyen en la emergencia y las necesidades inmediatas.

Fase poscrítica

Después del impacto siguen actuando por un tiempo los factores de estrés y su influencia en la conducta de las víctimas. La evaluación del daño, las situaciones individuales y familiares, las pérdidas de vidas y de recursos materiales condicionan la afectación de la salud mental de los damnificados, en su sentido más amplio, así como las posibilidades de recuperación de ésta, que se aprecia con un comienzo lento, pero progresivo. Es posible comenzar a deslindar las afectaciones “normales” y transitorias ante una agresión externa que sobrepasó las posibilidades de afrontamiento de aquellas más persistentes y en relación mayor con las características propias de la persona y las reales posibilidades de recuperar lo perdido en el desastre, tanto en los aspectos materiales, como emocionales.

Entre las manifestaciones más comunes se encuentra el miedo a la recidiva, a veces ilógico, pero en otros casos es una posibilidad objetiva. Este temor a la

recidiva también se observa en los sobrevivientes de un desastre que permanecen en el mismo asentamiento habitual que es considerado de mayor riesgo. Otro sentimiento común es la culpa irracional por haber sobrevivido, máxime cuando han fallecido seres queridos; al no poderse soportar, ésta se proyecta hacia las autoridades e instituciones a los que consideran responsables por lo sucedido. La conducta puede llegar a ser agresiva, delincencial. La depresión hace su aparición, ya fuera de los límites normales del duelo, y se inicia su tránsito hacia la afección psiquiátrica, igual ocurre con las respuestas al estrés que evoluciona hacia el trastorno de estrés postraumático. Los grupos vulnerables son los más afectados. La disfunción familiar se hace más evidente, se inician las conductas violentas, aumentan las adicciones. Se mantiene, además, lo descrito en la etapa anterior.

Fase de recuperación

Se mantienen aún sin resolver muchas de las consecuencias del evento, las cuales se van eliminando paulatinamente y se evidencian problemas que no tendrán solución. Se aprecia el inicio y la consolidación de nuevas situaciones generadas por soluciones inadecuadas a la creada por el desastre inicial; estas alcanzan tal magnitud que se conocen como el “segundo desastre” y llegan a tener la misma magnitud que las primeras.

En esta etapa se identifican: respuestas emocionales prolongadas, depresiones, trastornos de estrés postraumático y diversas enfermedades psiquiátricas, que requieren tratamiento especializado. Los efectos del segundo desastre giran alrededor de los albergues, la separación familiar, el desempleo y otras medidas tomadas como transitorias, que se prolongan en el tiempo con tendencia a ser permanentes. La vida cotidiana, que se acepta con beneplácito como solución provisional ante un mal mayor, no se acepta como definitiva y surgen alteraciones de conducta, aumento de las adicciones al alcohol y a las drogas, violencia comunitaria, intrafamiliar y sobre grupos e individuos vulnerables. La frustración es el sentimiento predominante, seguido del acomodamiento y de la aceptación del papel de víctima o damnificado que lo merece todo y tiene una actitud pasiva frente las posibles soluciones.

En esta etapa también se inicia un tránsito paulatino hacia la recuperación de la salud mental previa al desastre, la cual, en algunos casos, supera los niveles anteriores. Se recuperan paulatinamente los valores habituales de la comunidad y la cultura; este proceso no es lineal y no siempre la recuperación significa volver a los patrones usuales, que demostraron ser insuficientes para afrontar situaciones como la vivida, y es posible encontrar tendencias a su modificación, lo que siempre dará lugar a confrontaciones capaces de generar afectaciones del equilibrio psíquico que se pretende restablecer.

Aproximación a las intervenciones en salud mental y desastres

Al seguir el mismo esquema de las fases de los desastres, es posible describir las intervenciones generales del equipo de salud mental con el propósito de eliminar o mitigar la repercusión de estos eventos en la salud mental de la población. Como en todo esquema con propósitos didácticos, las etapas bien delimitadas que se describen, en la práctica se superponen y los límites no son siempre precisos.

En la primera fase, el equipo de salud mental participa en la determinación de la información y orientación a la población por los medios masivos de comunicación y de forma directa en las localidades, con el fin de que ésta sea precisa, clara y contribuya a la preparación psicológica y en especial, emocional de la población ante la amenaza de una catástrofe inminente. De igual modo, el equipo de salud mental debe conocer y evaluar la preparación y los recursos existentes para posibles intervenciones desde esta primera etapa.

Como se desprende de estas afirmaciones, el equipo de salud mental, a que se hace referencia, es el que actúa a escala superior, de nación o provincia, y también, aquél que lo hace localmente, en los sitios donde se espera el impacto principal del evento.

Es necesario, evaluar las amenazas reales, y las vulnerabilidades para identificar los grupos de riesgo psicosocial. El riesgo es el resultado de la sumatoria de las amenazas y las vulnerabilidades, es el daño que se espera sufra un colectivo o individuo. Es también importante controlar previamente los lugares y la situación de desorganización social, con conductas como alcoholismo, adicciones, disfuncionalidad familiar, violencia cotidiana, etc. Los cinturones de pobreza y marginalidad, aun cuando no siempre coincidan con lo que se acaba de describir, constituyen áreas de riesgo por las condiciones de vivienda, su ubicación en lugares peligrosos, el bajo nivel de escolaridad de sus habitantes y otros factores.

Las primeras actividades en esta etapa consisten en localizar al personal competente, capacitado y, según el tiempo disponible, proceder a la capacitación emergente de los posibles integrantes de los equipos de socorro y decisores. Es necesario estimular el espíritu de cooperación y solidaridad en la población, favorecer su participación en las tareas de preparación para enfrentar el impacto y las afectaciones en la comunidad. Estas actividades coinciden con las generales que se realizan en la fase de espera o amenaza de un desastre natural previsible, no son exclusivas de los equipos de salud mental, pero sí inciden en el equilibrio emocional de la población y condiciona su respuesta ante situaciones que sin esta preparación, sería fácilmente superada por la agresión del medio.

En la etapa de crisis, durante el impacto, las acciones prioritarias son las de socorro y salvamento, para garantizar al máximo posible la integridad física de las víctimas y su seguridad. La satisfacción de las necesidades básicas de cada

individuo es también fundamental. Estas tareas, si bien no son realizadas de modo directo por los equipos de salud mental, éstos deben haber participado en la preparación previa o en planes emergentes del personal de rescate y socorro, de modo que se realicen con la integralidad requerida.

Señalamos al inicio de este capítulo la importancia de tener en cuenta, cuando brindamos asistencia médica a una víctima, que ésta puede haber sufrido otras pérdidas que, en el orden psíquico, considere superiores a la lesión física. Por ello, formando parte de los primeros auxilios ha de estar la primera ayuda psicológica, y ésta es brindada por los socorristas y otro personal médico no especializado. Es posible lograr que voluntarios de la población desde el momento del rescate realicen esta intervención, la cual tiene, además, función preventiva en el posible desarrollo de mecanismos adaptativos deficientes o inadecuados que condicionan el inicio de trastornos psiquiátricos de difícil solución.

En esta fase, la información sobre lo que está ocurriendo, lo que se está haciendo para mitigar el impacto y lo que debe hacer la población ha de ser clara y orientadora. Con ello se transmite seguridad y facilita la participación de las personas en su propia recuperación. Los medios de comunicación pueden ser utilizados, pero ha de preverse que en un desastre central estos resulten afectados, al igual que el suministro de electricidad en la zona del impacto y, tanto la radio como la TV, son inoperantes. La acción de información es, entonces, directa desde sus fuentes hasta los damnificados; sólo así se reducen o eliminan los rumores y mistificaciones de lo que está pasando, se transmite seguridad y sosiego, se ofrece apoyo y ánimo a las personas que claman por ello. Todo esto ejerce un papel protector de la salud mental de los individuos, permite recuperar la autoestima y facilita la iniciativa positiva y participación en las tareas de rescate y salvamento de quienes tienen posibilidades de ello, en la gran variedad de actividades necesarias, mientras llega la ayuda del exterior.

En esta etapa se inicia una situación inaplazable que se continúa en las posteriores, que es el duelo por las víctimas fatales y el manejo de los cadáveres. Puede ser necesario realizar un velorio colectivo, favorecer la identificación por parte de los familiares en un ambiente de apoyo y con carácter grupal, a fin de promover la solidaridad entre los sobrevivientes. En una situación de desastre con elevadas pérdidas humanas esta actividad requiere la participación coordinada de los equipos de salud mental. Los patrones de conducta habituales y los elementos culturales son básicos para estas determinaciones, que se complican por la necesidad de superar las consecuencias de la exposición de los fallecidos sin el adecuado tratamiento sanitario.

El tiempo para la llegada de esta ayuda transcurre en dos parámetros diferentes. Para los decisores y socorristas del exterior, es rápido el arribo a la zona de desastre en los días siguientes al impacto, pero esos días en la zona del desastre son eternos, las actividades de mitigación del impacto no permiten demora alguna y se deben realizar con los recursos locales. La estructura social

de servicios está profundamente alterada, así como lo están las dinámicas de relaciones, tanto en la comunidad como en la familia, con un elevado contenido emocional. Es tarea prioritaria controlar la desorganización social y evaluar las necesidades emocionales de la población. Si se cuenta con un equipo de salud mental, este debe ejercer sus funciones asesoras de los decisores, orientar el adecuado empleo de las comunicaciones, proceder a la capacitación emergente de los socorristas y voluntarios en la primera ayuda psicológica y hacerla directamente en los casos más evidentes.

Se debe evitar el empleo de psicotrópicos, salvo en los casos en que sea imprescindible por la pérdida de control del paciente y la exacerbación de trastornos previos en tratamiento. Es necesario aislar a aquellas personas con pérdida de control emocional que distorsionan relaciones interpersonales y ofrecen una conducta inadecuada en la situación de desastre. Aun cuando constituye parte de sus tareas, el tratamiento individual de los casos no es lo prioritario para este personal especializado. Si es necesario, se deben iniciar técnicas colectivas, incluyendo las conocidas como de *debriefing*, que facilita la catarsis y recuperación emocional de pequeños grupos.

En la fase poscrítica, que se extiende hasta un aproximado de 30 días, se continúan con las medidas de la fase anterior, las cuales se consolidan. Los equipos de salud mental locales o los provenientes del exterior evalúan la situación, las necesidades emocionales de la población en este periodo, los trastornos u otras afectaciones evidentes y las medidas en desarrollo, así como los recursos humanos y materiales disponibles. Con estos elementos se elabora un plan de acción, con la imprescindible coordinación intersectorial y único, integrado al plan general elaborado por las autoridades. Según el área del impacto y las poblaciones afectadas, se crean redes de trabajo de salud mental en al menos dos niveles.

Estas redes organizan a la comunidad, reforzando sus responsabilidades y regulando su participación para mitigar los efectos del desastre. De este modo se transmite confianza en sí mismo y seguridad de estar haciendo lo correcto, se contribuye a disminuir la sensación de culpa por estar satisfecho de haber sobrevivido. Un resultado de esta actividad se comprueba con la no propagación, disminución o eliminación de actos violentos y desorganización social.

La atención de los factores psicosociales en los refugios emergentes, la no separación de las familias, el apoyo emocional a sus integrantes y la realización del duelo por los fallecidos y desaparecidos son tareas importantes, de igual modo que la atención a los grupos vulnerables de esa comunidad.

La atención en aspectos de salud mental a los socorristas, voluntarios, decisores y hasta curiosos, se convierte en tarea que gana prioridad en la medida en que transcurre el tiempo. El equipo de salud mental, en coordinación con las autoridades a cargo de la situación, debe programar los ciclos de trabajo y descanso, facilitar el *debriefing* entre este personal e incluso retirar a los más

afectados. Los integrantes del propio equipo de salud mental pueden necesitar esta ayuda.

En esta etapa se hace necesario comenzar el tratamiento de casos con trastornos psíquicos evidentes y de aquéllos con trastornos psiquiátricos diagnosticables. La técnica principal es la de intervención en crisis, y la psicoterapia breve puede iniciarse junto con otras de carácter grupal. La atención a los niños debe ser priorizada, con participación de maestros y familiares, quienes entrenados brevemente en técnicas de ventilación de traumas y otras similares son capaces de lograr el afrontamiento adecuado de los niños y adolescentes al estado traumático y el inicio de la recuperación psicosocial.

En la etapa de recuperación, las actividades están dirigidas a liquidar las consecuencias del desastre, superar de las emergencias y retornar a la normalidad. Se dan los pasos iniciales de la preparación de la comunidad y organización social para la prevención de futuros desastres. Las acciones de salud mental se establecen en el contexto de las medidas sociales, económicas, de coordinación transectorial y de organización y reorganización comunitaria. Es preciso mantener el fulgo de información a la población en cuanto a las actividades que se realizan en relación con las consecuencias del desastre y las experiencias obtenidas. La capacitación de la comunidad, los maestros y otros factores de la llamada sociedad civil, es de gran importancia para que participen a mediano plazo en la liquidación de las secuelas psicosociales y trastornos mentales que se mantienen o comienzan a surgir en estos momentos.

La atención a las medidas tomadas en las etapas anteriores es fundamental en la recuperación de la salud mental de la población y la vida saludable de la comunidad. Entre las medidas sobre las que hay que actuar se encuentran: los albergues, los planes emergentes de educación escolar, trabajos provisionales de recuperación inicial, que ahora terminan e incrementan el desempleo con un tiempo libre sin actividad útil para la población adulta, la separación del núcleo la familia, el retorno a los lugares habituales de vivienda que se encuentran deteriorados, etc.

La situación descrita ha sido llamada por algunos como segundo desastre porque sus efectos sobre la salud mental de los damnificados es, en algunos casos, superior a la que produjo el impacto. Muchas de las medidas iniciales, que se consideraron provisionales, se prolongan en el tiempo, con tendencia a ser permanente. Esto provoca la frustración de los damnificados, que esperan cada vez más la ayuda exterior, mientras que ésta, una vez superada la crisis, tiende a reducirse hasta desaparecer.

En los albergues se mantienen e incrementan las disfunciones familiares, la desorganización de esa comunidad “provisional”, la violencia (familiar y comunitaria), el abuso de los vulnerables, las violaciones y el incremento del consumo de alcohol y de sustancias adictivas. La atención a los albergues es una actividad prioritaria para los equipos de salud mental, con el empleo de

técnicas participativas dirigidas a los grupos vulnerables y a aquéllos en situación de riesgo por el grado de afectación o consecuencias directas por el desastre (pérdida de familiares, hogar, lesiones físicas con secuelas invalidantes, etc.).

En esta etapa, se hacen más evidentes los trastornos mentales diagnoscibles. Entre ellos se encuentran las depresiones prolongadas más allá del duelo normal, el trastorno de estrés postraumático, las fobias, crisis de pánico y otras que pueden considerarse dentro de la “constelación neurótica”. Pocos casos presentan trastornos de nivel psicótico, pero son altamente invalidantes y dramáticos. Los trastornos de adaptación de los niños y adolescentes deben ser analizados en proyectos conjuntos entre los equipos de salud mental y los de educación escolar. De igual modo la familia ha de ser objeto de atención especializada ante disfunciones graves que afectan la integridad psíquica de sus miembros.

Otra tarea de los equipos de salud mental es su integración a las tareas para instrumentar estrategias de sostenibilidad de los proyectos de recuperación iniciados durante la emergencia. En ellos la educación para la salud y la capacitación de amplios sectores de la comunidad en acciones de salud mental en situaciones de desastre, es tarea principal de este tipo de personal.

Reacciones y manifestaciones psíquicas ante un desastre

Los efectos de un desastre sobre el individuo y su colectividad, si bien se consideran determinados por un aumento de la agresión externa que sobrepasa la capacidad de reacción de los expuestos al siniestro, la respuesta está condicionada en gran medida por las características personales, su capacidad de enfrentamiento y las condiciones de resiliencia que posean. Estos efectos se dejan sentir en las esferas cognitivas, afectivas y conativas del psiquismo de todas las víctimas y personas relacionadas con las actividades de rescate y socorro, los dirigentes y otras personas ligadas al desastre, incluyendo a los curiosos. Es posible identificar estas afectaciones y respuestas del individuo en cada una de las fases descritas para los desastres, aunque se debe tener en cuenta que las etapas y las respuestas a éstas se superponen o faltan, como la fase de alerta, o demoran, como la de recuperación.

Los efectos primarios del desastre permiten *clasificarlo* como de crisis. Ésta se expresa en un ciclo dado por una primera fase de *shock*, seguida de la reacción inicial, el procesamiento y la recuperación.

En el *shock* el individuo está emocionalmente atontado, lo que lo protege de las tensiones inmensas a que está sometido, pueden ocurrir conductas que van desde la parálisis, aun en situaciones en que se compromete la vida, hasta una conducta desordenada sin un fin previsto. Ambas son reacciones emocionales ante el pánico, donde los factores cognitivos impiden reflejar la realidad externa.

La fase de reacción se inicia cuando el individuo trata de restablecer su conexión con el medio, se da cuenta de lo que está ocurriendo y el significado de su propia existencia, pero sus pensamientos y sentimientos son contradictorios; sus actividades, si bien no están desorganizadas, no persiguen un fin determinado y se dejan conducir pasivamente. En la siguiente fase, procesamiento, se tiene una percepción más clara de lo que ocurre y se acepta la situación que existe, así como de la imposibilidad de modificar o negar el evento catastrófico.

En la recuperación, fase final, la persona comienza a socializar sus experiencias y conducta, es presa de gran angustia y amplía su rango de intereses a otras cosas, además del evento que sucedió. Toda víctima de un evento traumático como los desastres experimenta de un modo u otro las fases de la crisis, que deben ser abordadas desde el mismo momento en que se produce el rescate físico o de sobrevivencia, con el fin de evitar daños permanentes en su integridad psíquica y social en momentos posteriores.

Es posible tipificar las respuestas y reacciones del individuo ante un evento traumático, aproximándolo a las concepciones clínicas psiquiátrica. Entre estas se tienen las reacciones consideradas como normales con manifestaciones de ansiedad controlable, cuadros depresivos leves, aumento de trastornos psicósomáticos e inclusive cuadros histeriformes.

En la fase crítica o del impacto, estas reacciones aumentan en cantidad de afectados e intensidad de los síntomas. Es posible identificar las crisis descritas antes, así como el estrés peritraumático, que de no ser atendido oportunamente evoluciona al cuadro crónico de estrés postraumático.

Los trastornos de conciencia de origen psíquico son frecuentes, expresados por embotamiento y disminución del nivel de vigilia. Otros casos se manifiestan por reacciones de excitación de tipo psicótico. Los trastornos psiquiátricos pre-existentes se descompensan, aunque los cuadros psicóticos crónicos reaccionan dentro de los parámetros que se conciben para las personas consideradas normales. Desde el punto de vista de la colectividad pueden ocurrir reacciones colectivas de agitación.

En la fase poscrítica se identifican más definidos la ansiedad y depresión, el trastorno peri traumático evoluciona hacia el de estrés agudo, aumenta la violencia y el consumo de alcohol y drogas.

En la fase de recuperación merece especial atención el trastorno de estrés postraumático, así como el desarrollo de los trastornos identificados en la etapa anterior, que evolucionan hacia la recuperación, aun cuando una parte de éstos se hacen crónicos. En esta fase se inician las respuestas psíquicas a las medidas generarles de recuperación del desastre, tales como la vida prolongada en albergues, la separación familiar el desempleo con tiempo libre improductivo, el abuso de alcohol, la violencia comunitaria, los reclamos no atendidos y otros factores de contenido social.

Es posible identificar los factores externos que condicionan o modifican las respuestas psíquicas individuales al desastre. Las dependientes del fenómeno están dadas por la naturaleza de éste, su duración, intensidad, alerta y preparación previa, magnitud de la destrucción y afectación colectiva, familiar o individual.

Como variables mediadoras que contribuyen a la reducción de las consecuencias se identifican el apoyo social, las características demográficas de la población, que condiciona al apoyo, la posible experiencia y el estado de salud psíquico previo, la calidad de vida, el nivel socioeconómico, la posibilidad de intervención en crisis y primera ayuda psicológica.

Es posible identificar grupos vulnerables con características especiales que condicionan sus respuestas al desastre, como para la intervención dirigida a superar o mitigar estas respuestas. Estas intervenciones son propias para cada grupo identificado, entre los que se encuentran los niños y adolescentes, que son los más vulnerables; los ancianos, quienes tienen una mejor capacidad de adaptación dentro de su vulnerabilidad, y de modo especial, los socorristas, ya sean entrenados o voluntarios.

En un intento por jerarquizar los objetivos de la intervención en desastres es posible afirmar que el primero es preservar la vida y conservar la capacidad funcional de cada individuo, incluyendo la relacionada con el medio, satisfacer sus necesidades afectivas primarias, ayudar a afrontar las reacciones psicológicas inmediatas y lograr la recuperación del funcionamiento psíquico habitual o superior al anterior al desastre.

Desde el primer momento, la integralidad de las acciones de socorro debe contemplar los factores psíquicos, que en las etapas posteriores al impacto ganan en orden de prioridad y condicionan en alto grado al resto de las intervenciones, facilitándolas o entorpecidiéndolas.

TEMA 8

Promoción de salud mental

Cristobal Martínez Gómez

La medicina ha ido modificando sus enfoques a lo largo del tiempo. Ha pasado por etapas que se caracterizan por determinados paradigmas, desde los anticientíficos hasta los ultrabiologicista; y aunque no pretendemos analizarlos todos, es necesario reseñar los que tuvieron vigencia y que, a veces, aún la tienen.

El paradigma biomédico, con su enfoque curativo, predominó hasta muy avanzada la mitad del siglo xx. Al avanzar la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles, le imprimió a la medicina un enfoque preventivo. Con los más recientes aportes de las ciencias de la salud, se propugna el enfoque de promoción de salud como el que debe predominar. La reforma de la asistencia psiquiátrica que se ha llevado a cabo en muchos países, implica la reestructuración de los hospitales, la creación de centros para la atención ambulatoria, la reorientación hacia la atención primaria y la organización de la comunidad en función de esta nueva estrategia.

Todo esto genera cambios sustanciales en nuestro quehacer: el escenario es otro; tenemos que salir del marco estrecho y cómodo del consultorio y la sala del hospital para situarnos en el propio entorno donde se realiza la vida de nuestros pacientes, menos cómodo, pero evidentemente más real.

Entonces debemos modificar nuestra práctica médica y centrarnos en el ambiente familiar y social donde está ubicado nuestro objetivo de trabajo: en la repercusión que el medio ejerce en la producción de los trastornos que manifiesta la persona o familia en cuestión, en los factores de riesgo presentes en ese medio, en los factores protectores y en los determinantes de salud y no sólo en la relación causa-efecto tan controvertida y tan cuestionada en nuestra especialidad. Todo ello nos obliga a realizar acciones de salud mental sobre los individuos, la familia, los grupos sociales y la comunidad.

Enfoque de resiliencia

Este enfoque muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran una familia indefensa en la cual se determinan daños. Describe la existencia de verdaderos “escudos” protectores que harán

que dichas fuerzas no actúen de forma libre y a veces las transforman en factor de superación de la situación difícil.

Es necesario definir qué es para nosotros factor de riesgo y factor protector, para darle mayor claridad a nuestra exposición:

Factor de riesgo. Es cualquier característica o cualidad de una persona, familia o comunidad que está unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Factor protector. Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Podemos clasificarlos en **externos e internos**. Los factores protectores externos son: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral, etc. Los factores protectores internos son: autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, y empatía, entre otros.

Individuos **resilientes** son aquéllos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse de manera adecuada, y llegan a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática; es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Uno puede estar resiliente más que serlo, lo cual nos permite afirmar que no es que la persona o familia resiliente esté todo el tiempo poniendo de manifiesto su resiliencia sino que en momentos de riesgo, los factores protectores son usados con efectividad para salir airoso de la situación.

La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido a pesar de estar expuesto a factores de riesgo. Ejemplo de personalidades con una resiliencia evidente son Demóstenes, Jean Piaget, Rigoberta Menchú, Ana Frank, Truman Capote y José Martí.

En un estudio realizado por Werner a personas en un rango desde recién nacidos hasta 40 años de edad éste creó el concepto de **niños invulnerables**. Después vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y lo modificó por el de **capacidad de afrontar**. El adjetivo resiliente (del inglés *resilient*) expresa esta cualidad y el sustantivo resiliencia expresa esta condición.

Se han hecho, por diferentes autores, definiciones variadas de este término, así tenemos:

- Habilidad para resurgir de la adversidad, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos.

- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción y la capacidad de forjar un comportamiento positivo pese a las circunstancias.
- La resiliencia es un concepto genérico que se refiere a una gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia.
- La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño o ser humano, afrontar y superar problemas de la vida y construir sobre ellos.
- Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Esta última nos parece más conceptual.

Grotberg ha creado un modelo que caracteriza a un resiliente mediante la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”. De acuerdo con ese modelo, se pueden detectar las expresiones que caracterizan a un resiliente:

Tengo:

- Personas en quien confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran, por medio de su conducta, la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, o en peligro o cuando necesito aprender.

Soy:

- Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- “Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto” (como dijo Martí).
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

Estoy:

- Dispuesto a responsabilizarme con mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Puedo:

- Hablar sobre las cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

Perfil de un niño o adolescente resiliente

Este perfil está compuesto por cuatro aspectos esenciales:

1. Competencia social. Incluye cualidades como: estar listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales y sentido del humor.
2. Resolución de problemas. Capacidad para resolver problemas desde la niñez temprana. En la adolescencia, capacidad de jugar con ideas y sistemas filosóficos.
3. Autonomía. Sentido de la propia identidad, habilidad para poder actuar independientemente y control de algunos factores del entorno.
4. Sentido de propósito y de futuro. Expectativas saludables, motivación para los logros, sentido de la anticipación y anhelo de un futuro mejor.

En el *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*, publicado por la OPS, se describen, los atributos para ser resiliente:

Atributos personales. Control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima, empatía, capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.

Condiciones del medio. Seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado, relación de aceptación incondicional de un adulto significativo y extensión de redes informales de apoyo. Además, se plantean una serie de acciones que promueven la resiliencia en las distintas edades y qué pueden hacer los padres en ese sentido.

Acciones para promover la resiliencia

Durante el embarazo y el parto

- Comunicarse a menudo con el feto: hablar con voz suave.
- Cantarle o exponerlo a música suave, adecuada al medio sociocultural donde está creciendo (asociación entre el desarrollo del centro de sensibilidad musical y el de capacidad lógico-matemática).
- Acariciarlo desde el vientre.
- Alimentarse de forma adecuada.
- Prepararse para una lactancia exclusiva y prolongada.
- Incluir al padre y a los hermanos en estas acciones.
- Preparar a la familia para la llegada del nuevo miembro.

Recién nacido

El nacimiento es una de las crisis que el ser humano tiene que enfrentar. Es una verdadera prueba de resiliencia biológica y psicológica. Cambios de temperatura, ruidos, luz, aire, manipulación. Tener que respirar, comer, digerir, etc. Sólo tiene algo que lo une a la seguridad de la etapa anterior: el latido del corazón materno. Este cambio coexiste con una crisis de transformación de la madre. También es una etapa importante para la familia, en la que tendrán que asumirse nuevos roles: padre, madre, hermano, abuelo.

Se recomiendan las siguientes acciones que deben hacer los padres:

- Presencia del padre en el parto y período perinatal.
- Abrazarlo antes de que corten el cordón umbilical.
- Colocarlo entre los senos.
- Iniciar lactancia cuanto antes, para aprovechar el valor inmunitario del calostro.
- Darle masajes rítmicos, muy suaves.
- Hacer que su mirada se encuentre con la de la madre, en cuanto esté alerta.
- Hablarle usando palabras melódicas y tranquilizadoras.
- Mantenerlo al lado de la madre.
- Incorporarlo rápidamente a la familia.
- Incluir al padre en las tareas de estimulación e higiene.

De 0 a 3 años de edad

El vínculo del niño con su madre, indispensable para su desarrollo, se fortalece con la lactancia materna, pues a través de ésta el bebé recibe no sólo el alimento que le permite subsistir, sino también el afecto materno. El niño necesita afecto incondicional, aquél que perdura sin exigencia, que no depende de su comportamiento. Ese afecto incondicional es, casi seguro, el pilar fundamental de la resiliencia.

Durante sus primeros años, el niño comienza a desarrollar la sensación de confianza básica, como sentimiento positivo hacia el mundo. Se genera la sensación de que los demás lo cuidan. De ese modo, aprende a confiar en los cuidados que le brindan y en el afecto que le dan, y permite que en el niño también surja la confianza en sí mismo.

¿Qué pueden hacer los padres en esta edad?:

- Proveer amor incondicional, y expresarlo de manera física y verbal, ya sea tomándolo en brazos, acunándolo, acariciándolo o usando palabras suaves para calmarlo, confortarlo y alentararlo para que se calme por sí mismo.
- Proveerle lactancia materna, como alimentación exclusiva, durante 4 meses y extenderla hasta el primer año.
- Reforzar reglas y normas, y utilizar la supresión de privilegios y otras formas de disciplina que no lo humillen, dañen o expresen rechazo.
- Modelar comportamientos que comuniquen confianza, optimismo y fe en los buenos resultados.

- Alabarlo por logros y progresos.
- Estimularlo para que intente hacer cosas por sí mismo con un mínimo de ayuda de los adultos.
- Reconocer y nombrar los sentimientos del niño.
- Usar el desarrollo del lenguaje.
- Prepararlo para situaciones desagradables o adversas.
- Estar alerta a su propio temperamento para saber cuándo introducir cambios.
- Contrapesar la necesidad de exploración con apoyos seguros.
- Ofrecer explicaciones, junto con reglas y disciplina.
- Darle consuelo y apoyo en situaciones de estrés y riesgo.
- Proveer un ambiente muy estable, pero con novedades.
- Cambiar y modificar la mezcla de libertad y seguridad, de acuerdo con lo que indiquen sus reacciones.

De 4 a 7 años de edad

En esta etapa, el niño es muy activo. Poco a poco el juego con los pariguales desplaza el juego solitario. El juego de roles permite revivir situaciones, resolver conflictos y anticipar conductas. Es muy curioso e indagador. Como a los 5 o 6 años se identifica con el padre del mismo sexo. Precisa de un maestro, cuyo afecto no esté condicionado por sus logros escolares. El afecto con los padres está más condicionado a la presencia de características valoradas por el grupo.

Aumenta de manera gradual sus posibilidades de relación y de comprensión del sentido de los límites puestos como cuidado y protección. Para ello, es necesario que los límites sean razonables y no dependan de la arbitrariedad del adulto. Las frustraciones intensas sin sentido, generan desconfianza, inhibiciones y agresiones.

Una vez adaptado a sus actividades escolares, la relativa independencia ganada lo conducirá desde situaciones que puede manejar con autonomía, hasta aquéllas para las cuales necesita ayuda y aquéllas para las cuales ofrecerá ayuda. La independencia y la cooperación son dos aspectos del proceso de integración social.

¿Qué pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:

- Ofrecerle amor incondicional y expresárselo verbalmente.
- Abrazarlo y usar una voz suave para calmarlo y enseñarle técnicas para que se calme antes de hablar de su problema como respirar muy profundo o contar hasta diez antes de reaccionar.
- Promover el valor, la confianza, el optimismo y la autoestima de manera permanente.
- Reforzar normas y reglas, y usar la supresión de un privilegio y otras formas de disciplina para establecer límites sin humillarlo.
- Alabarlo por los logros obtenidos.
- Animarlo a que sea independiente.

- Ayudarlo en su aprendizaje para reconocer sentimientos propios y ajenos.
- Preparado gradualmente para situaciones adversas.
- Animarlo a que demuestre simpatía y afecto por los demás.
- Comunicarse a menudo con él para discutir acontecimientos y problemas cotidianos, así como compartir ideas, observaciones y sentimientos.
- Enseñarle a que acepte responsabilidades por su comportamiento negativo.
- Aceptar sus errores y fallas, pero al mismo tiempo orientarlo para que mejore.
- Darle consuelo y aliento en situaciones estresantes.

De 8 a 12 años de edad

Sus actividades se centran en aprender las habilidades de la vida diaria. Desea tener amigos íntimos y ser objeto de la aceptación de sus padres, quienes adquieren una importancia cada vez mayor. Si se burlan de él o le muestran que es incapaz, se sentirá inseguro. El manejo adecuado de los fracasos consiste en hacer un análisis sobre cómo se produjeron y en generar opciones de solución en conjunto.

El amigo (o amiga) íntimo asume un lugar de privilegio. Le cuesta mucho más que antes aceptar límites. El cuerpo infantil que conocía y dominaba, comienza a modificarse de diferentes maneras, y esto produce gran inseguridad. Para que recupere la confianza, es de gran ayuda que conozca los cambios que se produzcan en él y que entienda que son parte de un hecho positivo: su crecimiento físico.

¿Qué pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:

- Brindar amor incondicional y expresarlo de manera apropiada a la edad.
- Usar actitudes tranquilizadoras para ayudar a que maneje y module sus sentimientos.
- Aplicar conductas consecuentes que transmitan valores y normas, incluso factores de resiliencia.
- Explicar con claridad las normas y expectativas.
- Elogiar logros y comportamientos deseados.
- Proveer oportunidades sobre cómo lidiar con problemas y adversidades.
- Alentar la comunicación de hechos, expectativas, sentimientos y problemas.
- Equilibrar el desarrollo de la autonomía, y las consecuencias o sanciones de errores, con cariño y comprensión.
- Comunicar y negociar con él acerca de su creciente independencia, sus nuevos desafíos y sus nuevas expectativas.
- Instarlo a que acepte la responsabilidad de su conducta.
- Promover y desarrollar su flexibilidad para que seleccione diferentes valores de resiliencia.

El adolescente de 13 a 19 años de edad

Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero con una organización psicosocial con características

infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes también desorienta a padres y educadores. Muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Los padres perciben que el niño está cambiando y que van perdiendo al niño-hijo. El joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Mientras tanto, para buscar su propia identidad, tratará de separarse de las figuras parentales. Buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio y debido a la rebeldía que esto engendra a veces, los conflictos familiares se incrementan.

El grupo adquiere un significado especial. Las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores. Éstos, además, reviven situaciones similares que tuvieron con sus propios hijos. La confianza básica se tambalea.

La irrupción de cambios físicos, emocionales y sociales le hace perder confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. A esto contribuye, también, el hecho de cambios en el nivel de escolaridad con nuevas exigencias y nuevos grupos de pariguales. Lo mismo ocurre si sale a buscar trabajo y no lo encuentra. Para tomar la mayoría de sus decisiones, el adolescente precisa de un adulto que lo acompañe para recibir información o escuchar una opinión. Éste apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente, fortalece la resiliencia.

¿Que pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:

- Estimular las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal, y de comunicación.
- Fortalecer el manejo de la rabia-enojo y de las emociones.
- Reforzar la capacidad de definir el problema, de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente.
- Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades de los cambios escolares y laborales.
- Reafirmar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Estimular la capacidad de comunicación afectiva.
- Aclarar los roles y favorecer el establecimiento de límites razonables para todos los miembros de la familia.
- Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente.

TEMA 9

Desarrollo psicológico de niños y adolescentes

*Ovidia Rodríguez Méndez
Matilde de la C. Molina Cintra*

El desarrollo psíquico, como cualquier otro, implica variaciones cuantitativas y cualitativas. Existen periodos de aceleración y de inhibición de las diferentes funciones psíquicas. La presencia de las variaciones cualitativas depende de cómo las cuantitativas preparan el cambio de los procesos de diferenciación, que conduce al surgimiento de lo nuevo.

Para delimitar los periodos de este desarrollo psíquico es preciso distinguir las formaciones nuevas que en esencia los determinan.

Durante el proceso de formación y desarrollo del psiquismo, el niño entra en relaciones particulares con el mundo circundante, no se adapta pasivamente al medio, sino que se apropia, hace suyo y domina de manera activa los objetos y fenómenos humanos que lo rodean. Estas relaciones son de tipo social y se mediatizan a través de la comunicación y la actividad conjunta que establece con los adultos.

El paso hacia los logros que se dan en cada etapa se explica por las leyes céfalo-caudal y próximo-distal del desarrollo.

Según la ley céfalo-caudal del desarrollo, se controlan primero las partes del cuerpo más próximas a la cabeza y se extiende luego hacia abajo. Por eso, el control del cuello se logra primero que el del tronco y el de los brazos es anterior al de las piernas. Ello explica que el niño sostenga la cabeza antes de sostener el tronco (antes de sentarse) y sea capaz de utilizar y adquirir habilidades con las extremidades superiores antes que con las inferiores.

La ley próximo-distal plantea que se controlan antes las partes que están más cerca del eje corporal que aquellas otras que están más alejadas; esto responde por qué la articulación del hombro se controla antes que la del codo, después la de la muñeca y luego se controlan los dedos. También explica por qué el dominio de la psicomotricidad fina es posterior al dominio de la motricidad gruesa.

El desarrollo del control postural de los niños tiene lugar de forma progresiva y sobre la base de las leyes analizadas anteriormente. Este control postural

puede variar de un niño a otro según las características individuales y la estimulación social que recibe.

Desarrollo psicológico del niño de 0 a 5 años

Al nacer, los niños poseen un grupo de reflejos que los ayudan a adaptarse al medio. A continuación describiremos algunos de estos:

- Reflejo de succión: se manifiesta cuando un objeto (usualmente, el pezón de la madre, el biberón o la mano del bebé) entra en contacto con los labios del niño.
- Reflejo del hociqueo: si se estimula con un objeto la mejilla del bebe, este tiende a girar la cabeza, llevando la boca a la fuente de la estimulación.
- Reflejo de aprehensión: si se pone un objeto en contacto con la palma de la mano del niño, este la cierra con fuerza aferrándose al objeto del que se trate.
- Reflejo de Moro: es el resultado de un cambio brusco de estimulación que produce sobresalto (por ejemplo, un golpe fuerte sobre la mesa, en la que el niño está tumbado) y se manifiesta por una reacción como de susto (abrir los brazos echándolos hacia atrás y luego cerrarlos sobre sí mismo).
- Andar automático o de marcha: tomamos un bebe por las axilas y ponemos las plantas de sus pies en contacto con una superficie como la de una mesa o el suelo, el niño empieza a flexionar y estirar alternativamente sus piernas como si estuviera andando sin moverse del sitio.

La mayor parte de estos reflejos desaparecen en el curso de los seis primeros meses aproximadamente.

El recién nacido posee un desarrollo sensorial que le permite ver, oír, ser sensible al dolor y a la temperatura, reaccionar de modo diferencial entre lo dulce y lo amargo, así como ante los distintos olores.

El desarrollo psicomotor incluye implicaciones psicológicas del movimiento y de la actividad corporal en la relación entre el organismo y el medio donde desenvuelve el niño. En la psicomotricidad intervienen componentes determinantes en la maduración del cerebro y componentes relacionales, los cuales se manifiestan en el contacto que se establece entre los movimientos y las acciones que realizan el niño y las personas con objetos.

La meta del desarrollo psicomotor es el control del propio cuerpo hasta lograr todas las posibilidades de acción y expresión, según las posibilidades de cada niño.

A finales del primer año de vida el niño ha dado un salto cualitativamente superior al descrito en los primeros días del nacimiento. En esa etapa los movimientos son más voluntarios y coordinados, hay mayor control de la posición del cuerpo y de los segmentos corporales más importantes (piernas, brazos y troncos):

- Control de la cabeza. Los niños tienen desde que nacen un cierto control sobre su cabeza, tratan de levantarla cuando están acostados boca abajo o de girarla

hacia un lado u otro cuando están boca arriba. Entre los 3 y 4 meses pueden mantener la cabeza en línea con el tronco.

- Coordinación ojo-mano. Al principio realiza movimientos bruscos e imprecisos dirigidos a objetos ubicados dentro de su campo visual y que le son atractivos. Esta coordinación se perfecciona de modo gradual y estará bien establecida sobre los 3 o 4 meses.
- Posición sentada. Entre los 4 y 5 meses consiguen mantenerse sentados con apoyo y hacia los 6 o 7 meses lo hacen sin ayuda.
- Locomoción antes de andar. Antes de alcanzar la marcha se realizan movimientos de desplazamiento que van desde estar sentado y utilizar las manos como remos hasta el desplazamiento mediante el gateo con apoyo de manos, rodillas y pies. Estos movimientos y desplazamientos se logran sobre los 8 meses.
- Sostenerse de pie y caminar. Alrededor de los 9 o 10 meses de nacido, el niño es capaz de sostenerse de pie apoyándose en objetos y lo hace sin ayuda a los 12 meses. Camina con ayuda y sostenido por dos puntos de apoyo sobre los 10 u 11 meses y con un solo punto de apoyo alrededor de los 11 o 12 meses. Camina solo entre los 12 y 14 meses. Hacia los 18 meses corretea y 2 o 3 meses después es capaz de dar pequeños saltos.

Además de la maduración del niño, son imprescindibles situaciones que estimulen el aprendizaje de determinadas habilidades y su práctica posterior; para ello necesita modelos, motivación y ser reforzado por sus logros.

Al final del primer año de vida aparece la representación mental de los objetos, indicador importante del desarrollo psicológico del infante.

Hacia los 3 años se hacen muy intensas las relaciones sociales y las formas de utilización de los objetos. A través de la comunicación y de la colaboración con los adultos, el niño adquiere el conocimiento, se orienta en la realidad y domina las primeras formas de conducta social propias del hombre.

Un papel fundamental en la comunicación del niño con los adultos y otros niños lo desempeña el juego. Esta actividad, además, lo capacita para practicar la coordinación neuromuscular y aprender a relacionarse con el espacio y los objetos que observa en su ambiente. El juego le permite estimular la coordinación visual y motora y explorar nuevos objetos; desarrollar su imaginación y fantasía, así como la expresión de sentimientos mediante mensajes verbales y no verbales.

Al final de la edad temprana se originan actividades de nuevo tipo, por ejemplo, juego de roles, modelado, dibujo y construcción, que alcanzan su mayor expresión pasado este periodo.

Las premisas del juego de roles surgen en el transcurso de esta etapa. Desde el principio de la edad temprana los niños asimilan algunas operaciones con los juguetes en la actividad conjunta con los adultos y luego las reproducen solos. Después transfieren a los juguetes acciones observadas en la realidad, lo que enriquece el contenido de la actividad infantil. Surgen muchos juegos nuevos, se representan muchas acciones que no se realizan en la realidad. Se observa la formación paulatina de las premisas para el juego con personajes. Simultá-

neamente, con la aparición en los juegos de los objetos sustitutos, los niños comienzan a representar la actuación de adultos concretos.

Aparecen también las premisas para la asimilación de la habilidad para dibujar. El niño en esta etapa aprende a rayar el papel con el lápiz, hacer los llamados garabatos y asimila la función representativa del dibujo, comienza a comprender que el dibujo puede representar a unos y otros objetos.

La comunicación es uno de los procesos más importantes en la evolución del Hombre, mediatiza todo el desarrollo y crecimiento durante la vida.

En los primeros meses de vida la comunicación del niño con el adulto es bipersonal y en extremo dependiente, el bebé es parte esencial de una relación diádica con su madre.

Durante el primer año de vida la comunicación se caracteriza por ser emocional y extraverbal. Se expresa a través de los contactos físicos, los cambios en el tono muscular, las inflexiones de la voz, la mímica y los intercambios de miradas.

Mientras que en el primer semestre de vida la comunicación es más dirigida por el adulto hacia el niño, en el segundo semestre esta relación se invierte. En este periodo se desarrolla un lenguaje mímico-expresivo que sirve de base para el futuro lenguaje oral.

Con el desarrollo de la relación íntima y personal madre-hijo, ocurre el vínculo afectivo o relación de apego, que expresa el desarrollo del carácter diferenciado y selectivo de la comunicación del niño con el adulto. Alrededor del quinto mes el niño comienza a diferenciar a la madre y a las personas más allegadas a él. Las vocalizaciones y reacciones emocionales son más intensas con la madre que con las demás personas.

El desarrollo del lenguaje durante los primeros años de la vida del niño es decisivo; se forman las bases del oído fonemático, se perfecciona la pronunciación de los sonidos verbales y se llega a la comprensión y a la pronunciación de las primeras palabras, lo cual amplía sus posibilidades de comunicación con los adultos.

Características del desarrollo emocional de 0 a 5 años

Periodo de 0 a 2 meses

El desarrollo emocional está enmarcado en la confianza básica que se genera a partir de las necesidades urgentes atendidas por la madre de forma regular, lo cual crea un vínculo seguro. Es importante cargar en brazos al lactante cuando lo demanda y no, como piensan muchos, dejarlo llorar para que no se malcrée. Este contacto afectivo temprano influye en un comportamiento menos agresivo hacia la edad de los 2 años.

Independientemente del temperamento del niño, las experiencias emocionales van a depender de las respuestas de los padres para establecer los ciclos de ali-

mentación y sueño, de acuerdo con las características del infante para que le sea placentero, sin establecer horarios rígidos.

Periodo de 2 a 6 meses

Las emociones primarias de ira, alegría, interés, miedo, disgusto y sorpresa aparecen en contextos adecuados y se manifiestan en expresiones faciales evidentes. Se establece la relación cara a cara para compartir estados emocionales con los padres; cuando ellos no reciprocen atención, en lugar de rabia, los niños muestran tristeza y apatía.

Estas expresiones afectivas constituyen el primer paso en el desarrollo de la comunicación y demuestran que han creado expectativas alrededor de las relaciones sociales.

Periodo de 6 a 12 meses

Entre los 8 y 9 meses aparece la respuesta de ansiedad o miedo ante los extraños, que por la separación de la madre se hacen más evidentes, lo cual demuestra un reconocimiento afectivo entre sus familiares o personas cercanas a él y la distinción de aquellos que no lo son. Comienzan a despertarse de forma regular y a llorar, recordando a sus padres. Surge una mayor autonomía en relación con la alimentación, quiere hacerlo por sí mismo, lo que refuerza la pinza digital ya adquirida. Le dan rabieta cuando el impulso de autonomía y aprendizaje es frenado.

Periodo de 12 a 18 meses

En esta etapa pueden ser irritables, logran la marcha independiente y su estado de ánimo sufre un cambio. Se mueven alrededor de los padres, se alejan pero regresan para un contacto tranquilizador, que dependerá de la relación del vínculo con ellos.

Ante una situación extraña casi todos los niños dejan de jugar, lloran y tratan de seguir a los padres.

La respuesta al regreso de los padres nos puede indicar qué tipo de relación ha establecido con ellos. Si el vínculo es seguro buscan el apoyo de los padres para tranquilizarse, si es ambivalente van hacia ellos, pero no se tranquilizan y pueden golpearlos con ira, y los de vínculo evasivo no protestan y se alejan cuando regresan, lo que puede indicar el indicio de problemas cognitivos o emocionales posteriores.

Tienen vínculos inseguros los niños que ante situaciones de estrés, éste aumenta en lugar de disminuir cuando están en brazos de los padres, los niños que los evitan o los niños que en lugar de sus padres buscan a un extraño.

Periodo de 18 a 24 meses

Aumenta el deseo de estar en brazos alrededor de los 18 meses, pues es el estadio de acercamiento. Para ir a dormir la separación se hace difícil, manifiestan rabietas y se apegan a un muñeco u otro objeto que sustituye a los padres ausentes.

En esta etapa comienza la capacidad de conciencia de sí mismo y de los patrones de evaluación para lograr la aceptación de los padres. Surge el “no” ante los objetos que no puede tocar y así va interiorizando los modelos de comportamiento.

Las palabras adquieren gran importancia en relación con el control del comportamiento, por eso los niños con retraso del lenguaje tienen mayores problemas de comportamiento.

Debemos utilizar frases claras y sencillas para comunicarnos con ellos y responder adecuadamente a sus frases incompletas.

Para el desarrollo del lenguaje es importante que miren juntos, los padres y el niño, libros de ilustraciones.

Periodo de 2 a 5 años

El lenguaje es un parámetro esencial del desarrollo cognitivo y emocional del niño, que le permite expresar sentimientos como la ira y la frustración, sin manifestarlos en acciones. El retraso del lenguaje puede causar problemas de comportamiento, socialización y aprendizaje.

Se debe promover el desarrollo emocional motivando al infante a explicar sus sentimientos en lugar de mostrarlos mediante actos.

La intensidad imaginativa genera miedos frecuentes, por lo que no vale explicarle con razonamientos lógicos y hay que recurrir entonces al pensamiento mágico para eliminarlos, por ejemplo, echarle humo o asustar a los monstruos para que desaparezcan.

El desarrollo emocional adecuado de las etapas anteriores garantiza un mejor ajuste en ésta.

Para obtener seguridad en los momentos de tensión, el niño usa las imágenes interiorizadas de los adultos de confianza.

Debe conocer los comportamientos que resultan aceptables para los adultos. La disciplina con patrones rígidos pueden limitar el sentido de iniciativa del niño y los muy laxos provocar ansiedad, porque el niño siente que nadie lo controla.

En esta etapa hay tendencia a la rabieta por la incapacidad para el control, por el miedo, cansancio o malestar físico. Cuando los padres ceden a los berrechines esto puede convertirse en una estrategia del menor para ejercer el control. Las rabietas que duran más de 15 min o que aparecen más de 3 veces al día pueden deberse a problemas médicos, emocionales o sociales y las frecuentes después de los 5 años tienden a persistir durante toda la vida.

El juego y el lenguaje potencian el desarrollo de los controles emocionales, expresan sus emociones y obtienen gratificaciones en la vida real.

No se debe usar el castigo corporal, que refleja solo un intento del adulto para asegurar el control. Los niños imitan las conductas agresivas y no es raro que los preescolares golpeen a sus padres.

Indicadores del desarrollo psicológico según la edad

Hasta aquí se han expuesto las características generales del desarrollo psicológico de los primeros 5 años del niño, a continuación aparecen los indicadores del desarrollo específico para cada edad.

En el recién nacido:

- Reflejo de prehensión, de succión, de Moro, de abrazo.
- Comunicación-contacto-confort.
- Responde a estímulos de la vista y el oído.
- Levanta la cabeza cuando se le acuesta boca abajo sobre su vientre y la deja caer enseguida.
- Mantiene las manos cerradas fuertemente.
- Mira objetos cuando están en su campo visual pero no los sigue.
- Cuando se le habla o canta su actividad disminuye como si estuviera escuchando.
- Emite algunos sonidos guturales.

Signos de alerta:

- No reacciona adecuadamente ante un estímulo.
- No mueve la cabeza.
- No emite sonidos guturales.

A los 3 meses:

- Manos más tiempo abiertas y juega con ellas en la línea media del cuerpo.
- Sigue objetos y mueve la cabeza.
- Levanta la cabeza y pone manos por delante.
- Sonríe al estímulo.
- Vocaliza bien, gorjea.
- Mira la cara de la persona cuando se le canta o habla y sonrío.

Signos de alerta

- Poco seguimiento ocular, no interés visual.
- No vocaliza.
- Sonríe poco.

- Muestra apatía o irritabilidad.
- Mantiene la mano cerrada y no logra llevarla a la línea media.
- Reacción de susto exagerada.

A los 6 meses:

- Ayuda a sentarse activamente, se sostiene sentado con apoyo.
- Realiza agarre voluntario con una mano.
- Ríe cuando tira trompetillas, vocaliza, emite chillidos.
- Aparecen los actos intencionales en los que busca reproducir actividades agradables o de interés como sonar la maruga, movimientos de caballito, etc.
- Agarra el biberón con las dos manos.
- Sonríe a su imagen en el espejo.
- Extiende los brazos para ser cargado.
- Logra avances en la coordinación de la vista con la mano, agarra objetos y los lleva a la boca.
- Ríe a carcajadas.

Signos de alerta:

- Cortos periodos de atención, muestra apatía o mucha inquietud.
- No vocaliza.
- En posición supina se mira mucho las manos.
- No observa objetos en sus manos.
- No hay agarre voluntario, manos cerradas.
- No ayuda a sentarse, no se sostiene sentado ni brevemente.
- Se relaciona poco, a veces ni con la madre.

A los 9 meses:

- Logra sentarse solo y gira el tronco al manipular los juguetes.
- Se para con ayuda.
- Hace pinza digital.
- Encuentra objetos parcialmente ocultos.
- Cambia de manos el primer objeto ofrecido para aceptar otros.
- Dice sílabas separadas entre sí como: ma, pa, da.
- Dice adiós y tira besos
- Tira los objetos fuera del corral o la cuna.
- Aparece la respuesta al extraño

Signos de alerta:

- Mano poco activa y muy cerrada.
- Agarre pobre, sin pinza.
- No golpea un cubito contra otra superficie.

- No mira pequeños objetos.
- No logra silabeo continuo.

Al término de 1 año:

- Se para o da pasos apoyado de las manos o muebles, puede andar solo.
- Busca objeto oculto.
- Gira al oír su nombre.
- Explora objetos.
- Sigue instrucciones simples.
- Imita gestos, toca palmas, se despide con la manito.
- Dice mamá, papá y otras palabras.
- Imita sonidos nuevos.
- Le gusta tener personas a su alrededor.
- Aún puede tener respuesta al extraño.
- Puede mostrar celos, ansiedad, miedo o simpatía.
- Se vale de medios para obtener un fin y es capaz de apartar obstáculo para obtener lo que desea.
- Busca objetos desaparecidos.
- El juego es funcional y de movimiento del cuerpo y la cabeza.

Signos de alerta:

- Observación y manipulación pobre.
- Deficiencia en comprender y gesticular.
- No busca objeto.
- Vocabulario menor de tres palabras.
- No se pone de pie.
- Se muestra apático e indiferente al medio.
- No responde a su nombre.

Al 1½ año:

- Área motora:
 - . Camina solo.
 - . Puede arrastrar un objeto mientras camina.
 - . Sube escaleras apoyado en una mano.
 - . Corre torpe.
 - . Se sienta en sillita.
- Área cognitiva:
 - . Busca o registra por cajones y cubos.
 - . Atrae un objeto con otro hacia sí.
 - . Hace torres de tres cubos.
 - . Imita rayas verticales y garabatos, hojea un libro.
 - . Saca de un frasco pequeños objetos y los introduce nuevamente, usando agarre de pinza.

- . Tira la pelota u otros juguetes.
- . Reconoce objetos y animales en láminas.
- . Reconoce partes de su cuerpo (nariz, ojo, pelo, etc.).
- Área del lenguaje:
 - . Dice alrededor de 10 palabras.
 - . Se refiere a sí mismo por su nombre.
 - . Responde a órdenes sencillas.
 - . Entiende el no.
- Área social:
 - . Interacciona con las personas que lo rodean.
 - . Come solo.
 - . Pide ayuda cuando está en apuros.
 - . Puede tener control de esfínteres anal y vesical si se ha entrenado.

Signos de alerta:

- Contacto ocular pobre o inconstante
- No señala con el dedo
- No muestra ni señala para pedir o solicitar atención
- No hace juego simbólico ni utiliza el juguete de forma adecuada. El juguete lo lleva a la boca, lo muerde, lo chupa o lo tira o lo alinea.
- Lenguaje escaso, no dice frases o no hay lenguaje o repite sólo lo que oye de los adultos (ecolalia).
- Marcado interés en mirarse las manos o hacer movimientos caprichosos con los dedos.
- Escasa relación con las personas.
- No muestra contacto afectivo, no besa.

A los 2 años:

- Área motora:
 - . Come bien.
 - . Sube y baja escalones de uno en uno.
 - . Trepa muebles y abre puertas.
- Área cognitiva:
 - . Hace torres de 6 cubos.
 - . Garabatea círculos, imita rayas horizontales, dobla papel.
 - . Puede representarse objetos o personas que no estén presentes.
- Área del lenguaje: dice tres palabras juntas (frases cortas).
- Área social:
 - . Maneja con destreza la cuchara.
 - . Cuenta a menudo lo que le sucede.
 - . Ayuda a desvestirse.
 - . Oye cuentos ilustrados.
 - . Tiene mayor independencia y autonomía.
 - . Control de esfínteres en lugares adecuado.

Signos de alerta:

- No sube ni baja escalera.
- No estructura frases.
- No gira cuando dicen su nombre.
- No presta atención; no se concentra.

A los 3 años:

- Área motora:
 - . Salta con los dos pies.
 - . Sube muy bien las escaleras.
 - . Se mantiene sobre un pie.
 - . Monta velocípedo.
- Área cognitiva:
 - . Hace torres de 9 cubos.
 - . Es capaz de hacer un círculo y copiarlo e imita la cruz.
- Área lenguaje:
 - . Conoce edad y sexo.
 - . Cuenta hasta tres objetos.
 - . Repite tres números o frases de seis sílabas.
 - . Hace preguntas: ¿Qué es eso?, ¿Cómo se llama?, ¿Adónde fue?
- Área social:
 - . Juega con otros niños, se entretiene.
 - . Se pone los zapatos.
 - . Se lava solo las manos.
 - . Come sin invertir la cuchara y derrama poco alimento.
 - . Se esmera por agradar.
 - . Da besos y caricias.
 - . A veces manifiesta estallidos de ira.
 - . Habla solo, desarrolla juegos muy imaginativos.
 - . Manifiesta miedo ante los animales (insectos, perros, gatos) y al mar.
 - . Se identifica con su sexo (niño o niña).
 - . Realiza juegos de imitación, pero en paralelo.

Signos de alerta:

- No salta con los dos pies.
- No maneja la cuchara.
- No dice frases cortas.
- No es afectivo.
- No juega solo ni con otros niños.

A los 4 años:

- Área motora:
 - . Salta sobre un pie.

- . Corre a velocidad.
- . Lanza pelota por encima.
- . Recorta garabato con tijeras.
- . Tiene preferencia por el uso de una mano, pie u ojo de manera estable.
- Área cognitiva:
 - . Nombra uno o más colores.
 - . Copia la cruz y el rectángulo.
 - . Dibuja la figura humana con dos parte o cuatro además de la cabeza (tipo célula).
 - . Señala línea mayor entre dos líneas.
 - . Aparecen los ¿por qué? y ¿ cómo?
 - . Es capaz de generalizar y diferenciar objetos.
 - . Manifiesta preferencia por los juegos de roles.
 - . Construye torres de 10 a 12 cubos.
- Área del lenguaje:
 - . Cuenta con cuatro monedas.
 - .. Repite un cuento corto.
 - . Notable aumento del lenguaje, repite frases 12 o 13 palabras.
- Área social:
 - . Hace juegos con interacción social e imitativos.
 - . Logra mayor sociabilidad e interacción con otros niños y adulto.
 - . Tiene mayor independencia del adulto, duerme solo.
 - . Puede cepillarse los dientes, vestirse y desvestirse con poca ayuda.
 - . Puede ponerse medias y zapatos, pero no anudárselos.
 - . Utiliza correctamente los cubiertos.

Signos de alerta:

- No corre.
- No hace preguntas.
- No repite frases.
- No imita.
- Juega solo, no se relaciona con otros niños.

A los 5 años:

- Área motora:
 - . Salta muy bien en un solo pie.
 - . Monta velocípedo o triciclo.
 - . Puede anudarse los zapatos.
 - . Trepa de un lugar a otro y mantiene el equilibrio.
- Área cognitiva:
 - . Copia bien el triángulo.
 - . Agrupa o clasifica objetos que tienen propiedades comunes.
 - . Dibuja la figura humana casi completa.
 - . Conoce los colores básicos.

- Área del lenguaje:
 - . Nombra los seis colores básicos.
 - . Dice frase de 10 palabras y las repite bien.
 - . Cuenta 10 monedas bien.
 - . Tiene un lenguaje más variado y rico.
 - . Es capaz de repetir una historia corta.
- Área social:
 - . Se viste y se desviste.
 - . Pregunta el significado de palabras y ¿por qué?
 - . Imita labores que realizan los adultos.
 - . Manifiesta miedo a la lluvia, a la oscuridad, temor a perderse, etc.
 - . Tiene sueños desagradables, puede ser inquieto o hablar dormido.
 - . Asume rol sexual.
 - . Muestra intereses sexuales; pregunta de dónde vienen los niños.
 - . Puede ocurrir manipulación de genitales o juegos sexuales con otros niños.
 - . Juego de roles con reglas sencillas que reflejan la realidad.
 - . Aparecen otras actividades como dibujar, pintar, colorear, recortar y pegar.

Signos de alerta:

- No corre a velocidad.
- No agrupa objetos con propiedades comunes.
- Lenguaje con vocabulario escaso.
- No realiza actividades solo (vestirse, comer, ponerse zapatos).
- No hace por dibujar, garabatear, colorear.
- Se mantiene aislado de los otros niños.

En el niño de 6 a 10 años:

Arriba a la etapa escolar con adquisiciones psicológicas que lo ubican en una posición social cualitativamente superior.

El niño puede comenzar la escuela a los 5 o 6 años en dependencia del lugar donde curse el preescolar, puede ser en el Círculo Infantil o la escuela. Cuando nos referimos al niño escolar o al niño que asiste a la escuela nos estaremos refiriendo al niño de 6 años en adelante.

El niño de la edad escolar tiene un amplio y articulado conocimiento del mundo, del que se ha apropiado gracias al contacto con las actividades cotidianas, la interacción permanente con los objetos y especialmente con las personas. El funcionamiento cognitivo influye muy positivamente en el aprendizaje. Es un activo elaborador de estrategias de aprendizaje que es capaz de aplicar sistemáticamente en la resolución de problemas, reglas y principios que conoce implícitamente.

A los 6 años el niño comienza una nueva etapa de vida. Está en condiciones para comenzar la escuela, lo cual influye notablemente en el desarrollo de su personalidad, tanto en la esfera cognitiva como en la afectiva-motivacional.

En la edad escolar se destacan nuevas adquisiciones que posibilitan el aprendizaje. Surge el pensamiento conceptual. Los procesos cognitivos adquieren carácter voluntario y consciente. Hay mayor control del comportamiento y más estabilidad de la esfera motivacional. Comienza a participar en diferentes actividades extradocentes en el colectivo estudiantil, lo que estimula la variedad de intereses. La actividad del juego se hace más variada y compleja. Se practica aun más el juego de roles y aparece el juego con reglas (bolas, parchís, damas, escondidos, etc.), que realiza con sistematicidad, esto influye en su desarrollo moral en la medida en que tiene que acatar determinadas normas y cumplir con ellas, y de este modo va regulando su comportamiento.

A esta edad el niño ocupa una nueva posición social, determinada, entre otros aspectos, por el sistema de comunicación con los que le rodean. La figura del maestro y el grupo escolar adquieren una importancia trascendental en la vida del niño; ambos influyen en el desarrollo de la autovaloración del niño y en su bienestar emocional. Los criterios del maestro los considerará “sagrados” hasta aproximadamente el cuarto grado.

La familia debe exigir al escolar el cumplimiento de sus responsabilidades. La actitud que esta adopte ante el nuevo rol del niño contribuye a reforzar o disminuir sus intereses por la actividad escolar, a través de la cual se expresa el desarrollo superior de los procesos cognitivos y emocionales.

El pensamiento del niño se caracteriza por la operación con los procesos de comparación, análisis, síntesis, abstracción y generalización; el pensamiento se vincula a la palabra y se desarrolla el lenguaje interno.

La observación se manifiesta como percepción voluntaria y consciente que posibilita el conocimiento más detallado del objeto y de las relaciones entre estos. En los primeros grados, el niño destaca muchos detalles sin separar lo esencial de lo secundario; a partir del cuarto grado, se establecen las relaciones y la interpretación de lo percibido, aumenta la rapidez de la memoria de fijación y el volumen de retención, utiliza medios auxiliares para recordar, lo que desarrolla una memorización cada vez más lógica, y, también, se incrementa el volumen y la capacidad de concentración de la atención. Estos procesos adquieren carácter voluntario.

El lenguaje tiene nuevas formas de expresión. Aparece el lenguaje escrito que contribuye al desarrollo del hablado, ya que el niño tiene que estructurar de forma gramatical y adecuada sus expresiones verbales.

El desarrollo afectivo-motivacional se destaca por una mayor estabilidad, manifestada en la voluntariedad del comportamiento del escolar. La conducta del niño se orienta por objetivos planteados por los adultos, pero también por él conscientemente, de modo que logra un control más activo de ésta.

Surgen los intereses cognoscitivos. En los primeros grados están muy relacionados con el maestro y orientados hacia el proceso de estudio y la utilidad de los conocimientos. A finales de esta etapa no sólo se interesan por conocer

sobre los hechos, sus causas y relaciones, sino también, por la solución de determinados problemas. Asimismo, disminuye la excitabilidad emocional, logra un control mayor de sus reacciones emocionales (por ejemplo, el llanto disminuye) y aumenta la variedad y riqueza de sus emociones, las cuales se hacen más objetivas (por ejemplo, controlan los miedos).

En el primer ciclo escolar las vivencias emocionales dependen por lo general, del éxito o fracaso escolar, de la posición social que el niño ocupa en el grupo y de las relaciones con sus amiguitos, lo cual influye en su estabilidad emocional. Se desarrollan nuevos sentimientos sociales y morales como el sentido del deber, la amistad y el amor a los símbolos patrios.

Los indicadores del desarrollo psicológico del niño de 6 a 9 años, según las etapas, son:

1. Niño apto para ir a la escuela:
 - a. Demuestra capacidad para formar parte de un grupo e integrarse a él.
 - b. Aprende a compartir la atención del maestro con otros niños.
 - c. Tiene voluntad para llevar hasta el final cualquier acción.
 - d. Comprende las tareas que se le señalan y no sólo las que él quiere hacer.
 - e. Toma conciencia de sus obligaciones.
 - f. Se expresa bien y tener un vocabulario amplio, designando los objetos de uso diario.
 - g. Conoce los colores básicos.
 - h. Logra suficiente control muscular para manejar el lápiz y manipular una tijera con punta roma.
 - i. Distingue entre derecha e izquierda.
 - j. Domina los hábitos higiénicos, ser capaz de alimentarse solo, afeitarse, cepillarse los dientes, abotonarse la ropa, acordonarse los zapatos y mantenerse aseado después de orinar o defecar.
 - k. Tiene conceptos de posición y tamaño (entro-fuera, mayor- menor, encima- debajo, delante-detrás).
2. A los 6 años:
 - a. Está preparado para la entrada a la escuela.
 - b. Tiene noción de lo bueno y lo malo, relacionado fundamentalmente con lo que los maestros y padres aprueban.
 - c. Siente gusto de ir a la escuela.
 - d. Si admite la culpa, busca excusas. Culpa a objetos.
 - e. Reacciona lento o negativamente ante una orden.
 - f. Anhela el elogio y la aprobación.
 - g. Resiste el castigo.
 - h. Muestra dificultad para decidir, vacila entre dos posibilidades.
 - i. Le preocupa la idea de que los padres mueran, no cree que él llegue a morir.
 - j. Tiene concepto de número y constancia de área y de largo.
 - k. Posee capacidad de aprendizaje, atención, comprensión y memoria.
 - l. Aprende funciones matemáticas básicas y a leer.
 - m. Dibuja una figura humana completa.
 - n. Realiza juego con reglas.

- o. Domina figuras geométricas.
 - p. Es capaz de establecer diferencias entre pájaro y perro, madera y cristal.
3. A los 7 años:
- a. Se consolidan habilidades matemáticas y de lecturas alcanzadas en etapa anterior.
 - b. Debe mantener buen rendimiento académico.
 - c. Logra posición social positiva en el grupo escolar, aceptación.
 - d. Acusa directamente a otro. Se excusa autojustificándose.
 - e. Quiere que se les impartan instrucciones previas y precisas.
 - f. Es sensible acepta sugerencia. El elogio puede colocarlo en una situación embarazosa.
 - g. Tiene nociones más generalizadas sobre la bondad y la maldad.
 - h. Posee cierto sentido del “juego limpio”(juego con reglas). Acepta exhortaciones éticas. Comprende que ser “malo” es perjudicial.
 - i. Relación de la vejez con la muerte. Sospecha que él también morirá pero lo niega.
 - j. Tienen concepto de largo (distancia entre dos objetos de un recorrido lineal u ondulado), conservación de peso (percibe que no cambia el peso porque cambie la forma).
 - k. Puede completar oraciones y tener éxito aunque sea en una e incompleta las demás:
 - El limón es ácido, pero el azúcar es ...
 - Tú caminas con tus piernas y escribes con tus ...
 - Los niños crecen para ser hombres, las niñas para...
 - Un cuchillo y un pedazo de vidrio, los dos ...
4. A los 8 años:
- a. Debe mantener buen rendimiento académico.
 - b. Logra una posición social positiva en el grupo escolar, aceptación.
 - c. Es más responsable de sus actos, puede valorar sus propias acciones y sentirse culpable por ellas.
 - d. Le agrada trabajar por una recompensa inmediata y que se le recuerden sus progresos.
 - e. No le agradan las bromas personales.
 - f. Decide fácilmente, puede atender al razonamiento y cambiar de parecer con cierta facilidad.
 - g. Tiene conciencia de la bondad y la maldad. Quiere ser bueno. Quiere ser apreciado. Interiormente es infeliz si se comporta mal.
 - h. Comprende mejor el concepto muerte, quizás acepte el hecho de que todo el mundo muere incluso él.
 - i. Establece analogías: concepto general, por ejemplo, ¿en qué se parecen: naranja y mango, gato y ratón, cerveza y vino, piano y violín?
 - j. Responde correctamente el nivel que asume el agua dentro un recipiente respecto a un plano hasta la terceras posición (vertical, vertical invertida, horizontal e inclinado).
 - k. Conservación de la cantidad.
 - l. Es capaz de hacer relaciones interclases.
5. A los 9 años:
- a. Debe mantener buen rendimiento académico.
 - b. Mantiene una posición social positiva en el grupo escolar, aceptación.

- c. Trata de explicar su propia conducta.
- d. Le perturba verse acusado de algo que no ha hecho.
- e. Muestra inclinación a criticar a los demás.
- f. Puede interrumpir su propia actividad por exigencias de un adulto.
- g. Prefiere la valorización razonable de su trabajo al elogio.
- h. Puede sentirse avergonzado si hace cosas erróneas, las quiere hacer bien
- i. Acepta bromas personales.
- j. Enfrenta a la muerte como “falta de vida”, acepta el hecho de que morirá algún día.

Signos de alerta en la edad escolar:

- Hiperkinesia en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses.
- Distractibilidad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses.
- Impulsividad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses.
- Agresividad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses.
- Baja tolerancia a las frustraciones.
- Disminución del rendimiento académico.
- Dificultades para la escritura.
- Dificultades para la lectura.
- Dificultades para las matemáticas.
- Dificultades del control muscular.
- Rechazo del grupo escolar.
- Desmotivación escolar.
- Fuga escolar.
- Disfunción familiar.
- Depresión.
- Trastorno del sueño (pesadilla, sonambulismo, bruxismo, terror nocturno).
- Ansiedad.
- Timidez-ansiedad de separación.
- Onicofagia.
- Enuresis.
- Encopresis.

Adolescencia (10 a 19 años):

Desde el punto de vista psíquico en la adolescencia la actividad principal cambia, ya no la constituye el estudio, sino la relación con los demás, las amistades, las relaciones íntimas, esto no quiere decir que el estudio no siga siendo una actividad importante.

El grupo de relación es fundamental en esta etapa de la vida. La esfera afectiva-motivacional adquiere un papel rector y se complementa con la cognoscitiva.

Se dan contradicciones entre la necesidad de ser independientes y las limitaciones propias que imponen este periodo, la familia y la sociedad; lo cual provoca conflictos con familiares y adultos en general. Hay una búsqueda y lucha constante por su identidad e independencia personal.

En las relaciones sociales que establecen surgen múltiples y variadas necesidades, que se desarrollan y adquieren un contenido particular en cada contexto específico. Las necesidades en la adolescencia difieren de las de la niñez, y son diversas y peculiares, según la edad.

El comienzo del desarrollo de determinadas formaciones psicológicas como la concepción del mundo y el pensamiento abstracto, aún con limitaciones, permite que en estas edades se tengan criterios propios, juicios y valoraciones sobre la realidad que los rodea y, a la vez, matizará todo vínculo relacional con el mundo de los adultos.

El adolescente no siente necesidad de visitar los servicios de salud porque tiene una percepción muy baja del riesgo y considera que sólo se visitan estos lugares cuando hay alguna enfermedad.

Signos de alerta:

- Deserción escolar o negligencia en el cumplimiento de las normas escolares
- Desvinculación del estudio o trabajo.
- Transgresiones de normas familiares y/o sociales.
- Pocas relaciones sociales.
- Conducta agresiva encubierta.
- Inestabilidad anímica y motivacional.
- Inadecuado control de las emociones.
- Trastornos psicosomáticos (depresión subclínica).
- Trastornos del sueño.
- Trastorno del apetito.
- Hábitos tóxicos.
- Conductas sexuales desordenadas.
- Depresión.
- Ideas suicidas.

Características generales de la entrevista psicológica a niños y a adolescentes

La entrevista con el niño y el adolescente junto con la entrevista a los padres y la observación realizada, está enfocada a evaluar el desarrollo psicológico que presentan en ese momento, identificar los factores o causas que estén determinando cualquier signo de alerta encontrado e intervenir para eliminarlo o modificarlo; además, se dirige a la exploración de las potencialidades del desarrollo para su estimulación.

Está mediatizada por la familia, ya que ésta acude con el niño y, en la mayoría de los casos, con el adolescente a la consulta.

La comunicación debe ser amena, con un lenguaje acorde a la edad y con determinadas estrategias o recursos que permitan obtener la información, como puede ser en el caso del niño: el juego, la narración de cuentos y la plastilina para modelar, entre otros.

En la preparación de la entrevista se debe tener en cuenta que los niños y adolescentes no tienen conciencia de la enfermedad, según ellos, “no necesitan atención médica”, pues ven muy lejana la posibilidad de tener un problema de salud, por lo tanto, no perciben necesario acudir a la consulta de evaluación.

Los indicadores importantes que se han de evaluar en la entrevista al niño y al adolescente son:

- Condiciones y contexto socioeconómico.
- Funcionamiento familiar: cumplimiento de las funciones básicas de la familia y dinámica de las relaciones internas.
- Valorar desarrollo de las adquisiciones propias de la edad:
 - . Esfera cognitiva.
 - . Esfera afectivo-motivacional.
 - . Esfera de la comunicación y las relaciones sociales.
 - . Esfera de la conducta.
 - . Esfera de la motricidad.
- Determinar la zona de desarrollo próximo, es decir, potencialidades de desarrollo del niño.
- Identificar los factores o condiciones que pueden afectar el desarrollo psicológico de niños y adolescentes.
- Orientar la estimulación para promover el desarrollo psicológico.
- Determinar la conducta que se debe seguir para eliminar o modificar factores o condiciones que pueden afectar el desarrollo.

TEMA 10

Violencia y perretas en la niñez

Ovidia Rodríguez Méndez

La violencia que muestran algunos niños ha hecho “sonar” la alarma social. Corregir esta conducta desde la infancia, está en mano de los padres. La agresividad infantil y la desobediencia son los dos trastornos que más preocupan a padres y profesores, por su repercusión futura en el fracaso escolar y en la conducta antisocial en la adolescencia, por las dificultades que presentan estos niños para adaptarse a su ambiente y socializarse.

Hay algunas conductas agresivas que son normales en una etapa de la vida, como es el llorar y patear de un bebé; sin embargo, en otras etapas posteriores no se consideran adecuadas. Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia, pero algunos niños persisten en su conducta agresiva y en su incapacidad para dominar su mal genio. La agresividad se manifiesta en forma de acto violento físico con patadas, empujones, etc., y en forma verbal con insultos y palabrotas; en otras ocasiones, el niño agrede los objetos de la persona que ha hecho que se frustre.

¿Cuándo son agresivos nuestros hijos?

El “retrato” de un niño agresivo se manifiesta así:

- Es incapaz de sentir empatía por otro, de ponerse en lugar de su víctima y de comprender cómo se siente cuando es agredida o insultada.
- No comprende bien sus propias emociones ni las expresa de forma adecuada.
- Habitualmente, experimenta sentimientos negativos, como venganza, ira, envidia y arrogancia.
- Tiende a creer que el comportamiento de los demás es una amenaza para él e interpreta cualquier conducta como una provocación.
- Es intolerante con las pequeñas fallas de las personas que lo rodean.
- No acepta las normas de disciplina, ni en su casa ni en la escuela.
- Disfruta maltratando a los compañeros con burlas y humillaciones, para sentirse el más importante ante otros.
- Le gusta intimidar a sus víctimas en presencia del grupo, para sentirse protegido y valorado.

Perretas

Trate de buscar los motivos, si son frecuentes. Pueden presentarse porque:

- Mediante éstas consigue lo que quiere.
- Si le exigen en forma brusca, necesita defenderse del maltrato.

- Si los padres quieren dominarlo por la fuerza provocan en él la sensación de impotencia.
- Los adultos interfieren demasiado en sus actividades y no lo dejan desenvolverse.
- Esté presentando un trastorno de conducta debido, casi siempre, a errores de los padres al educarlo. Entonces, debe consultar a un psiquiatra infantil.

¿Qué hacer ante las perretas?

- No responda con ira ni ceda a sus deseos; manténgase firme y sereno.
- Ponerse furioso, sacudir al niño o pegarle durante la perreta, lo irrita más.
- Ceder a sus deseos significará que cada vez que quiera conseguir algo, dará una para lograr sus fines.
- Si usted se mantiene tranquilo, es posible que su niño busque una salida airosa para él, y pida algo más probable de obtener que lo que produjo la perreta.
- Acéptelo y sea amable.
- No encierre ni deje solo a su niño durante una perreta; manténgase cerca en silencio, lo más calmado posible.

¿Por qué el comportamiento agresivo de nuestros hijos?

Diversas teorías tratan de explicarlo; el psicoanálisis lo localiza en los impulsos internos, por tanto es innato en cada ser humano ser más o menos agresivo. Otras tratan sobre la agresión en el medio ambiente que rodea al individuo, por lo que la frustración la facilita y la teoría del aprendizaje social, que afirma que las conductas agresivas pueden aprenderse por imitación u observación de la conducta de modelos similares. El niño puede aprender a comportarse de esta forma, porque imita a los padres, a otros adultos o a compañeros. Cuando los progenitores castigan mediante violencia física o verbal, se convierten en modelos de conductas agresivas y ante situaciones conflictivas que puedan surgir, tiende a responder de la misma manera. Si las consecuencias de su conducta le son agradables o le reportan algún beneficio u obtiene lo que quiere, es probable que se repita en el futuro.

Es una incongruencia que los padres u otros adultos les enseñen a los niños que la mejor forma de resolver una situación conflictiva es gritándoles, porque nosotros les gritamos para decirles que no griten.

Dentro de la familia, además de los modelos referidos, es responsable de la conducta agresiva el tipo de disciplina que se imponga. Se ha comprobado que tanto unos padres poco exigentes como otros con actitudes hostiles que constantemente desaprueban al niño, fomentan el comportamiento agresivo.

La inconsistencia en la disciplina aparece cuando una misma conducta unas veces es castigada y otras, ignorada; o cuando el padre regaña al niño, pero la

madre no lo hace o viceversa; o cuando para desaprobado la conducta agresiva del niño usan la agresión física.

Las relaciones de pareja deterioradas provocan estrés y depresión, y pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

Las expresiones que fomenten la agresividad, así como considerar que los varones siempre se tienen que fajar, son factores culturales que influyen en el desarrollo y fomento de la agresividad.

El castigo físico no es recomendable, porque sus efectos son negativos: se imita la agresividad y aumenta la ansiedad del niño.

¿Cuándo y cómo debemos utilizar el castigo?

- Debe utilizarse de forma lógica, para mejorar la conducta indeseable, y no en dependencia de nuestro estado de ánimo.
- No regañar o gritar con actitud vengativa, cuando se imponga.
- No aceptar excusas o pretextos por parte del niño.
- Avísele antes de que se le aplique un castigo.
- Debe hacerse, desde el principio, de forma firme y definitiva.
- Hay que combinar el castigo con alternativas para reforzar conductas aceptables.
- No hay que esperar a que se desencadene toda la agresividad del niño, para aplicar el castigo; éste debe imponerse desde el inicio.
- Cuando el niño es mayor, el castigo debe ser un contrato conductual (una negociación), puesto que ayuda a desarrollar habilidades de autocontrol.
- Debe ser aplicado por poco tiempo y causar pocas molestias para el adulto que lo imponga.
- Educa y no pegues.

Prevención de la violencia

- Es mejor prevenir que curar.
- El comportamiento violento de un niño no surge de un día para otro, se puede detectar y remediarlo a tiempo.
- Observa el comportamiento de tu hijo desde pequeño y a diario, y corrígelo, pero siempre con una actitud de respeto y amor, jamás con gritos y mucho menos con violencia.
- Soluciona los pequeños conflictos cotidianos de manera sosegada, pacífica y respetuosa. No olvides que los padres son el mejor modelo a imitar por el niño.
- Unifica criterios: el padre y la madre deben hablar un mismo lenguaje.
- Elogia la conducta comportamiento de tu hijo, siempre que se dirija con respeto a los demás (hermanos, amigos, personas mayores, etc.).
- Hazle entender lo negativo que resulta ver películas violentas.
- Elabora junto con tu hijo una lista de derechos humanos, que sea objeto de debates y comentarios; así se refuerza la comunicación afectiva en la familia.

- Mantén relaciones con sus profesores para prevenir cualquier comportamiento previolento que pueda surgir en la escuela.
- Conoce las amistades de tus hijos, sus actividades, forma de divertirse, etc.
- Dialoga con ellos, pero sin convertirte en un detective.
- La práctica cotidiana de la violencia tiene muchas posibilidades de llegar a situaciones con un final fatal.
- Un comportamiento violento puede llegar a incapacitar al niño para valorar el alcance de sus acciones agresivas.
- La familia es el núcleo más próximo e influyente en la conducta del niño, y éste imita las conductas agresivas entre el padre y la madre para resolver los conflictos.

Los padres enseñan a sus hijos a ser personas violentas, aunque no lo hagan de forma premeditada.

¿Cómo?

- Disciplina familiar inconsistente.
- Uso de malos tratos (castigo físico; pérdida del vínculo, el afecto y el apego familiar) que produce poco a poco una insensibilidad afectiva.
- Influencia negativa del grupo social de pertenencia.
- Repercusión de los video-juegos que dan guiones y pautas de conducta más violentos a los niños, por lo que puede añadir un efecto extra a la propia agresividad que instintivamente todos tenemos, y enseñar que para conseguir un propósito cualquiera o lograr una meta sea necesario agredir mediante armas o golpes a otra persona.
- La violencia en la televisión también contribuye al aumento de la violencia social. Los niños deben distinguir entre la realidad y la fantasía de lo que ven.
- Los padres y educadores deben centrar su acción educativa desde edades muy tempranas y prohibir que el niño vea películas que no están acorde a su edad.
- Los niños no deben ver la televisión solos, sin un adulto al lado que les explique o comente lo que ven, lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo.
- Si los niños ven la televisión solos pueden aprender a ser agresivos. Y al final aceptan la violencia como un comportamiento normal. La compañía de un adulto puede corregir esta actitud.

¿Cómo educar a los hijos sin gritarles ni golpearles?

Les brindamos algunas alternativas que los padres pueden utilizar para disminuir conductas inapropiadas en los hijos que tienen berrinches o rabietas:

- Una técnica puede ser **ignorar**. Muy a menudo las conductas incorrectas de los hijos están orientadas a llamar la atención de sus padres. Cuando no se presta atención a estas conductas indeseables es porque las ignoran, pero se necesita mucho **autocontrol** por parte de los padres. Se debe analizar que la

conducta inapropiada de su hijo se desea cambiar. Cuando se ignora una conducta de un niño, se debe dirigir la mirada hacia otro lado, no mostrar expresión facial alguna que demuestre desaprobación, no hacer ademanes, no tocarlo, no hablarle ni gritarle. Esta actitud de los padres debe ser sólo cuando los niños manifiesten conductas inapropiadas, pues en otros momentos los padres deben sonreírles, tocarlos, y alabarlos por su madurez y autocontrol.

Hay muchas situaciones en que aunque los padres quieran ignorar no se puede y debe emplearse otra técnica: **tiempo fuera**, que significa **interrupción de estímulos** y debe aplicarse en el momento en que ocurren esas conductas.

Para usar esta técnica se procede de la forma siguiente:

- Buscar un lugar bien iluminado, con ventilación y aislado, de modo que no pueda ver la televisión y que el niño no se comunique con otros miembros de la familia.
- Deben quitarse los juguetes, los libros, los alimentos, así como otros entretenimientos. La palabra clave es **aburrir**, no castigar.
- Cuando se le informe al niño que tiene que estar en tiempo fuera, debe hacerse con calma, prontitud y sin mostrar la menor emoción. Debe decirsele porqué se le está mandando al tiempo fuera y cuánto debe permanecer en él.
- Si el niño se resiste hay que tomarlo del brazo con suavidad, pero con determinación y acompañarlo al lugar seleccionado de antemano. Mantenga la calma y no discuta con él.
- La duración del tiempo fuera varía de un niño a otro, y se puede utilizar 1 min por edad. Ejemplos: Si es un niño de 4 años, la duración es de 4 min.
- Usar el reloj para saber cuándo ha concluido el tiempo fuera.
- Si el niño abandona el lugar antes de lo estipulado, se le informa que debe comenzar de nuevo porque abandonó el lugar antes de concluir el tiempo requerido.
- No es recomendable una duración mayor de 45 min.

¿Cómo educar mejor a su hijo?

- No intente cambiarlo mediante argumentos, razonamientos y sermones más de 1 o 2 veces.
- No le pregunte porqué lo hizo, pues a veces ni los adultos responden bien esa pregunta.
- No lo amenace diciéndole que lo va a enviar al hospital o que ya no existe para usted, o que ya no lo quiere.
- No pierda el control con arranques de cólera, ni le grite ni lo amenace.
- No lo haga sentir culpable con acusaciones, reproches o avergonzándolo.
- No ejerza el poder físico mediante golpes o sacudidas; muchos padres lo hacen, pero no es eficaz, ya que los golpes no educan.
- No combine halagos con críticas, pues puede resultar peor que la no manifestación del halago.

- No le diga que es malo o que no lo quiere, si hace algo que no está bien; explíquele el motivo de su error.

Recomendaciones para un desarrollo emocional adecuado de su hijo

- Preste atención cuando se comporte adecuadamente, bríndele una sonrisa, elogie su conducta, abrácelo, béselo y se sentirá reconocido, por lo que tiende a repetir las conductas adecuadas.
- Comparta la mayor parte de su tiempo, escuche sus problemas y trate de conocerlo.
- Dé afecto, seguridad y confianza.
- Ámelo, dígaselo y acarícelo, aunque ya no sea un bebé.
- Dedíquese un tiempo, juegue con él, conversen sobre las cosas que le gustan y ayúdelo en las tareas.
- Permita que exprese sus emociones de enojo, ira, miedo, llanto, etc., independientemente que sea hembra o varón.
- Háblele de buena manera, no le grite ni lo golpee, y búsquele una tarea que hacer en la cual descargue su disgusto o su rabia hasta que recupere la calma.

El crecimiento y desarrollo de un niño está marcado por influencias biológicas, psicológicas y sociales. Para la mayor parte de las habilidades, se necesita maduración física y neurológica; sin embargo, otros logros no están tan ligados a la maduración, y dependen de la estimulación y del aprendizaje en el entorno.

El temperamento del niño o niña, es decir, su forma o estilo habitual y característico de respuesta también recibe una influencia biológica de gran importancia y es relativamente resistente a la modificación de los padres, y muestra bastante estabilidad a lo largo del tiempo.

Conocer este aspecto, les permite a los padres comprender y aceptar las características de su hijo sin sentirse responsables por haberlas provocado, y que los problemas emocionales y conductuales se producen cuando su temperamento entra en conflicto con el de los padres, es decir, cuando las exigencias de ellos no están en armonía con las posibilidades temperamentales del niño o niña.

El temperamento se expresa en:

- Grado de actividad, es decir, movimiento (permanecer sentado o correr mucho).
- Ritmo o regularidad en los ciclos biológicos (dormir a la misma hora, comer a la misma hora, defecar a la misma hora, etc.).
- Aproximación o retraimiento ante un estímulo nuevo (le gusta conocer nuevas amistades o no le gusta hacerlo).
- Capacidad de adaptación (se asusta ante extraños).

- Umbral de respuesta e intensidad del estímulo (nada le molesta o todo le molesta).
- Intensidad de sus reacciones (grita cuando está contento).
- Calidad del humor o estado de ánimo (no se ríe con mucha frecuencia o siempre está contento).
- Facilidad de distracción (se distrae con la actividad que realiza).
- Tiempo que presta atención y persiste en las tareas (cambia de juguete a cada momento o sigue haciendo rompecabezas hasta que termina).

Sin negar la reconocida importancia de lo biológico, la influencia del ambiente de aprendizaje del niño adquiere rango básico al enmarcarse, desde etapas tempranas de la vida, el estrecho vínculo madre-hijo como proveedor de la seguridad básica afectiva para el niño. Cuando este vínculo es inseguro, puede ser un signo de disfunción de la relación materno-filial que más tarde puede provocar problemas de comportamiento o de aprendizaje.

Dentro de las influencias sociales externas al binomio madre-hijo, se encuentra todo el sistema familiar que puede ser funcional o disfuncional, y estimular o frenar el desarrollo armónico de la personalidad de un niño.

Los sistemas familiares funcionan con subsistemas, roles, alianzas y reglas de interacción, que le deben permitir al niño expresar sus emociones, tomar sus decisiones, cumplir con sus responsabilidades o exigirle las que no le corresponden de acuerdo con su edad.

El sistema familiar funciona, a su vez, dentro de la totalidad del grupo familiar, la subcultura, la cultura y la sociedad, y los cambios producidos en cualquiera de ellos repercuten en los otros.

La influencia de la cultura en el comportamiento y desarrollo del niño depende de su repercusión en la estructura familiar, las expectativas de los padres, las prácticas de crianza y cuidado de los hijos, y la diversidad de personas a que se vea expuesto en las distintas edades.

Estos aspectos, que incluyen la definición de los deberes y las responsabilidades de los distintos miembros de la familia, ejercen una profunda acción en el desarrollo social, intelectual y emocional del niño.

Los valores culturales también repercuten en las aspiraciones de los padres acerca del comportamiento y temperamento de su hijo, y pueden tener distintas expectativas sobre lo que consideran rasgos positivos y negativos del comportamiento.

La teoría del comportamiento es aplicable a niños y adultos, e incluso los animales responden de la misma forma y asegura que los comportamientos con un refuerzo positivo ocurren con mayor frecuencia, mientras que o que reciben un refuerzo negativo o son ignorados aparecen con menor frecuencia.

TEMA 11

Separación y divorcio de los padres

Ovidia Rodríguez Méndez

La separación y el divorcio de los padres afectan a los hijos en cualquier etapa de su vida, pero quizás es en la adolescencia donde más influye en sus relaciones personales y familiares.

El divorcio en sí no necesariamente tiene que provocar alteraciones psicopatógenas en el adolescente y es más conveniente que la pareja se separe antes que él continúe presenciando situaciones de discordia, de faltas de respeto, agresiones verbales y físicas cuando la pareja llega a un cisma marital, porque la imagen y el modelo a imitar le resultarán desconcertantes y le crearán inseguridad y depresión para su futura relación de pareja.

El divorcio está precedido de las situaciones o los conflictos relacionales ya mencionados, que en ocasiones se mantienen o empeoran, a pesar de que no conviven juntos. La evolución de los ajustes, después de una separación, es un proceso que dura alrededor de 4 años, pero el más crítico es el primero por la necesidad de reorganizar la vida familiar y escolar, de establecer un régimen de visitas o salidas, y de lograr comunicación entre los padres y el adolescente, sin que interfiera en la autoridad de uno y otro (la madre y el padre).

Cuando la separación se ha realizado sin grandes conflictos, ni agresividad, cuando no se intente que los adolescentes opinen y tomen partido para enjuiciar la conducta de los padres y además que ambos mantengan relaciones de afecto con él, el divorcio no tiene que convertirse en una desgracia.

Cuando se producen trastornos psíquicos en el adolescente, éstos pueden expresarse en exacerbaciones de síntomas que presentaba con anterioridad, conductas regresivas infantiles o inmaduras para garantizar su seguridad personal y sentirse protegido o por el contrario tratar de ser más “maduro” (ingiriendo alcohol o drogas), o con una conducta exagerada respecto a la sexualidad. Otros adolescentes sienten la obligación de consolar y apoyar a los padres, y comienzan a vivir una vida que no es la propia.

Los hijos de padres separados, según las estadísticas, consultan más en los servicios de psiquiatría por presentar trastornos del aprendizaje, indisciplina, deserción escolar, conducta social más deteriorada y depresiones, que los hijos de padres unidos en matrimonio.

TEMA 12

Trastornos del aprendizaje

Cristobal Martínez Gómez

Definición. Esta denominación no responde a una categoría diagnóstica, sino a un grupo de entidades que, como característica común, producen dificultades para aprender.

La primera pregunta a responder es ¿por qué este niño no aprende? Habitualmente se piensa que tiene una enfermedad que le impide aprender, pero además es necesario valorar si el niño no aprende porque está sufriendo maltrato físico, psicológico o sexual, o por abandono (causas bastante frecuentes).

La disfunción familiar, las dificultades socioeconómicas, la desnutrición, la subcultura y el abandono pedagógico también son causas que hay que descartar.

Debemos estar muy alerta ya que ante un niño que no aprende, podemos equivocar el enfoque y elaborar el criterio de que la alteración está en él, y realmente, pueden ser las condiciones del medio familiar o escolar las verdaderas causas del problema.

Los trastornos del desarrollo como el retraso mental y el autismo por lógica, constituyen causas de dificultades para aprender. Otros que se incluyen son el trastorno por déficit de atención con hiperquinesia o no. Asimismo, generan dificultades de aprendizaje los trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión, la angustia por separación, las fobias (sobre todo la escolar), las manifestaciones histéricas, los trastornos obsesivos y la timidez. Y esto se debe, a que los síntomas acompañantes interfieren en la capacidad para aprender.

Los niños que padecen un déficit auditivo o visual, ya sea parcial o total, tendrán las dificultades propias que implica este trastorno.

Son muchos los factores que pueden influir en las dificultades para aprender:

1. Trastornos del desarrollo:
 - a. Retraso mental:
 - Leve.
 - Moderado.
 - Grave.
 - Profundo.
 - b. Trastornos generalizado del desarrollo:
 - Autismo.
 - No especificado.
2. Trastornos específicos del aprendizaje:
 - a. Dislexia.
 - b. Disgrafía.
 - c. Discalculia.

3. Déficit de atención:
 - a. Hiperquinénito.
 - b. Puro.
4. Trastornos emocionales:
 - a. Por ansiedad excesiva.
 - b. Por angustia de separación.
 - c. De imitación
 - d. Fóbicos.
 - e. Histéricos.
 - f. Depresivos.
 - g. Obsesivos.

En ausencia de enfermedades o situaciones medioambientales, se pueden presentar los trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).

Dislexia

Es la incapacidad de aprender a leer con una escolaridad adecuada y con sus capacidades intelectual, sensorial y neurológica conservadas.

Patogenia

Son múltiples los factores que se han sugerido como causa. Se ha planteado que se trata de un trastorno de la percepción visual o del significado de las palabras. Las alteraciones en la maduración del lenguaje son, para algunos, la causa de esta dificultad. Una causa que tiene muchos adeptos, por lo lógica que parece, es que existen dificultades de la organización espacio-temporal y de la dominancia lateral, incluso algunos tratamientos se basan en este enfoque. Se ha analizado la posibilidad de que cuando un escolar no puede posponer la satisfacción de sus deseos por un trastorno afectivo específico, esto genera una dificultad para aprender a leer.

Diagnóstico

Se basa en lo fundamental, en el cuadro clínico. Los síntomas que presentan estos casos se caracterizan por:

- Déficit notable en el desarrollo de habilidades para reconocer la palabra escrita.
- Dificultad para comprender lo que se lee.
- Lectura lenta que impide seguir el ritmo normal de los niños de su edad.
- Omitir palabras durante la lectura o distorsionar la pronunciación de manera que es inteligible lo que lee.
- Sustituciones de palabras que aparecen en el texto por otras que no tienen relación alguna.

- Disminución de la capacidad para sintetizar.
- Confundir letras (b por d, b por p, q por p, etc.).
- Bajo rendimiento en las pruebas de lectura aplicadas de forma individual.
- Interferencia en el aprendizaje y en la vida cotidiana.
- No se debe a déficit sensorial, neurológico o de inteligencia.

Diagnóstico diferencial

Es necesario descartar:

- Retraso mental, ya que en ese trastorno también el paciente tiene dificultades para leer.
- Escolaridad insuficiente, que puede generar dificultades de este tipo y no ser una dislexia.
- Déficit sensoriales (ya sean visuales o auditivos) que generan las consiguientes dificultades para leer, pero un examen por parte del especialista correspondiente lo descartará de inmediato.
- Trastorno neurológico, que puede causar dificultades para leer, pero en el examen físico se pondrán de manifiesto los síntomas pertenecientes a esa esfera.

Tratamiento

Lo primero es realizar una explicación pormenorizada a los padres, el paciente y la escuela sobre el trastorno. Se debe insistir en que el paciente no es retrasado mental ni padece una enfermedad psiquiátrica; instruir a padres y maestros para que impidan burlas, comparaciones o presiones, por parte de ellos, otros adultos o los pariguales; hay que estimular los éxitos y exaltar su buen rendimiento en otras áreas.

Se debe realizar la lectura correctiva: en las áreas visual (forma) y auditiva (sonido) por un especialista en la materia.

Disgrafía

Consiste en la incapacidad para escribir que no se debe a retraso mental o déficit sensorial, neurológico o escolar.

Patogenia

La praxis de la escritura necesita organización de la motricidad, que supone una fina coordinación de los movimientos y del espacio. Como representación simbólica, adquiere significación con el aprendizaje. Es mucho más difícil escribir que leer. Para poder escribir hay que saber leer y después poder reproducir las

palabras en forma legible. Se necesita, además, tener la capacidad de hacerlo con una velocidad promedio y en un espacio previamente definido y limitado por los bordes del papel, si tenemos en cuenta los movimientos tan pequeños y exactos que hay que hacer para escribir con rapidez y sin pensar cada uno de ellos.

Diagnóstico

Se basa en los *items* siguientes:

- Déficit marcado en el desarrollo de las habilidades de la escritura.
- Rendimiento menor del nivel esperado para su cociente de inteligencia y grado escolar.
- Estas dificultades interfieren en el aprendizaje y en la vida cotidiana.
- No se debe a déficit sensorial, retraso mental o trastornos neurológicos.
- Se puede presentar en diversas formas de la escritura, como son:
 - Rígida, suelta e irregular, impulsiva con desorganización y descontrol, y forma lenta (le es imposible hacerlo a la velocidad normal).
 - Escritura en “espejo” (la más peculiar).

Diagnóstico diferencial

Se debe establecer con:

Retraso mental. Las dificultades son proporcionales a su déficit intelectual.

Déficit sensorial. Se descarta mediante la pruebas audiométricas y oftalmológicas.

Escolaridad deficiente. Existe una historia escolar en la cual se aprecian las irregularidades docentes.

Trastornos neurológicos. Síntomas propios de la entidad de base.

Síndrome de Gerstmann. Es un síndrome neurológico en el que además de la disgrafía, aparece agnosia de dedos.

Tratamiento

- Ejercicios de escritura.
- Corrección de hábitos de colocar el papel o tomar el lápiz.
- Períodos cortos de entrenamiento varias veces al día.
- No enviarlo al pizarrón.
- Estimular sus éxitos y exaltar su buen rendimiento oral.
- Informara a la familia, la escuela y al paciente.

Discalculia

Es la incapacidad para desarrollar las habilidades aritméticas que no se deben a retraso mental, trastornos neurológicos o escolaridad deficiente.

Patogenia

Hacen un mal uso del sistema simbólico y tienen dificultades afectivas; se conocen los antecedentes familiares de este trastorno.

Diagnóstico

- Rendimiento por debajo del nivel esperado en pruebas individuales.
- El diagnóstico se basa en el cuadro clínico caracterizado por:
 - . Interferencia en el aprendizaje y en la vida cotidiana.
 - . No se debe a déficit sensorial, neurológico o de escolaridad.
 - . Dificultades para reconocer las operaciones y la nomenclatura matemática.
 - . Imposibilidad de usar los símbolos matemáticos y numéricos.
 - . Problemas para establecer el concepto de conjuntos.
 - . No poder memorizar las tablas de multiplicar ni recordar el número que “llevamos” o seguir una secuencia.

Diagnóstico diferencial

Se debe establecer con:

Retraso mental. Las dificultades son proporcionales al déficit intelectual.
Síndrome de Gerstmann. Al igual que en la disgrafía, por la agnosia de dedos.
Déficit escolar. La historia escolar nos permite diferenciarlo.

Tratamiento

- Hacerle sentir que obtiene éxitos y que aprender es divertido.
- Uso de objetos como medios auxiliares que él pueda tocar, manipular y contar (varillas, bloques, tablas, etc.).
- Matemática abstracta desprovista de cultura.
- Confianza y autoestima al paciente, maestro y padres.
- Pedagogía especializada.

TEMA 13

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Cristóbal Martínez Gómez

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno bien definido en los niños. Hasta hace algunos años, se creía que éste desaparecía con el tiempo. Hoy se sabe que no es así. La remisión, que según diversos autores se produce alrededor del 60 % de los pacientes, implica una disminución en la intensidad de los síntomas, pero no en la desaparición de éstos. Dicho de otra forma, no hay recuperación.

La actividad de los niños varía ampliamente. Esto es ya evidente en el recién nacido. En un estudio hecho en lactantes durante las dos primeras semanas de vida, se encontró que el niño más activo lo era trescientas veces más que el niño menos activo, lo cual debemos tener en cuenta, ya que en edades posteriores también existen diferencias individuales que pueden confundir a un observador independiente.

El trastorno es frecuente y puede aparecer en el 3 % de los niños. En poblaciones clínicas, el trastorno es entre 6 y 9 veces más frecuente en niños que en niñas. En la mayoría de los casos no puede determinarse una causa específica. Se cree que este trastorno es más frecuente entre los familiares de primer grado de los niños afectados, que en la población general.

Prevención

La mejor forma de prevenir este trastorno es evitar los factores etiológicos, así como atenuar los factores de riesgo. En particular, es importante la prevención de las complicaciones, ya que estas son, a veces, más problemáticas que el trastorno en sí. Nos referimos al fracaso escolar, que puede ser evitado con un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. En este campo, la medicina general integral tiene un papel de primera línea en la detección y el manejo de los problemas familiares que inciden en el comportamiento de estos niños. Es fundamental tratar de detectar el trastorno antes que el niño ingrese en la escuela.

Cuadro clínico

Los síntomas esenciales consisten en falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Estas manifestaciones se pueden presentar en la escuela, en el hogar y con los compañeros:

En la escuela, la hiperactividad se manifiesta por la dificultad para permanecer sentado; salta, corre, molesta a sus compañeros, manipula objetos, se retuerse, y se mueve de forma constante en el asiento. La falta de atención se hace evidente en la falta de persistencia en las tareas. Da la impresión de no estar escuchando. La impulsividad se pone de manifiesto por las respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas, hace comentarios fuera de lugar, interrumpe al profesor y habla durante las horas de clase. Todo ello hace que el trabajo escolar sea sucio y descuidado.

En el hogar, la hiperactividad se manifiesta por estar en movimiento continuo, no se entretiene con nada, lo registra y toca todo, y es excesivamente ruidoso. La falta de atención se aprecia en la incapacidad para seguir las instrucciones o peticiones y por cambiar de una actividad no terminada a otra. La impulsividad se manifiesta en la interrupción de la actividad de otros miembros de la familia y en tener una conducta propensa a los accidentes.

Con sus compañeros, la hiperactividad se manifiesta en una conversación excesiva y en la incapacidad para jugar tranquilo, así como para regular su propia actividad de acuerdo con las necesidades del juego. Debido a la falta de atención, no capta las reglas ni escucha a otros niños. La impulsividad se evidencia en la incapacidad para esperar su turno en el juego, interrumpir, ser poco cuidadoso al tomar los objetos y por realizar juegos potencialmente peligrosos sin tener en cuenta las consecuencias.

Además de estos síntomas esenciales, se pueden observar otros con relativa frecuencia; aquí se incluyen la baja autoestima, baja tolerancia a las frustraciones, temperamento irascible y labilidad emocional. Otros síntomas como negativismo desafiante, enuresis y tics pueden asociarse. Los signos neurológicos “blandos” como deficiente coordinación mano-ojo, dificultad para diferenciar fondo-figura, dificultad para la comprensión de los impulsos sensoriales, integración motora deficitaria, hipersensibilidad a los estímulos e irritabilidad pueden estar asociados.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico.

Se desconoce la causa de este síndrome. No existe un examen único para diagnosticarlo. Es necesario, entonces, el uso de procedimientos médicos, psicológicos, educacionales y sociales. Por tanto, es imprescindible una buena historia social psiquiátrica, la caracterización psicopedagógica emitida por su maestra y el examen psiquiátrico, que debe hacerse con las pautas diagnósticas siguientes:

Criterios diagnósticos

- Sólo se considera síntoma si la conducta que lo pone de manifiesto, es más frecuente que la observada habitualmente a su edad.

- Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años.
- Deben aparecer algunas alteraciones en dos contextos o más (por ejemplo: casa y escuela).
- Debe haber evidencias clínicas claras de alteraciones significativas en el funcionamiento social y académico.

Distractibilidad

Seis o más de los siguientes síntomas han persistido durante, al menos, 6 meses en un grado tal que es inadaptable e inconsistente con el nivel de desarrollo:

- A menudo fallan en mantener la atención de detalles en las tareas escolares.
- A menudo fallan en mantener la atención en actividades de juego.
- A menudo parecen no escuchar cuando se les habla directamente.
- A menudo no siguen las instrucciones y fallan en los trabajos escolares.
- A menudo tienen dificultades para organizar las tareas y actividades.
- A menudo rechazan o evitan las actividades hogareñas o escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierden cosas necesarias para las tareas o actividades (libros, lápices, juguetes, herramientas, etc.).
- A menudo se distraen fácilmente por estímulos externos.
- A menudo se muestran olvidadizos en actividades diarias.

Hiperactividad-impulsividad

Seis o más de los siguientes síntomas han persistido durante, al menos, 6 meses en un grado tal que es inadaptable e inconsistente con el nivel de desarrollo:

- A menudo realizan movimientos innecesarios con manos y pies o movimientos reptantes en el asiento.
- A menudo se paran del asiento.
- A menudo corren o trepan en situaciones en las cuales es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar u ocuparse en actividades recreativas tranquilamente.
- A menudo se les describe como que “siempre tiene el motor encendido” o que “tiene un motor dentro”.
- A menudo hablan excesivamente.

Impulsividad

- A menudo responden antes de que se haya completado la pregunta.
- A menudo tienen dificultad para esperar su turno (en el juego y en la clase).
- A menudo interrumpen pues se entrometen entre los demás (en los juegos y en la conversación).

Diagnóstico diferencial

Se debe distinguir del retraso mental, de la hipoacusia de los trastornos emocionales, de las alteraciones específicas del lenguaje y de la privación cultural. En el retraso mental, además de a veces ser hiperactivos, tiene un retraso generalizado en el desarrollo intelectual. La hipoacusia se descarta con las pruebas audiométricas, los trastornos emocionales aparecen más tarde y se acompañan de otros síntomas, y la privación cultural se produce en ambiente poco adecuado y desorganizado. Las alteraciones específicas del lenguaje no presentan hiperactividad ni impulsividad.

Evolución

En la mitad de los casos los trastornos se detectan antes de los 4 años, pero a veces esto no ocurre hasta que el niño ingresa en la escuela. En los niños de edad preescolar lo que más se destaca es la hiperactividad. Se describe al niño como que está “siempre con el motor encendido”; en los niños mayores, los síntomas típicos son el malestar y la impaciencia, más que la hiperactividad motora implícita. Se ha descrito que la hiperactividad disminuye, según aumenta la edad, pero la dificultad para concentrarse y el déficit de atención persisten.

Complicaciones

La mayor es el fracaso escolar. La conducta antisocial en la vida adulta, se presenta con frecuencia. El alcoholismo, la drogadicción y los trastornos depresivos se asocian, a veces, al haber padecido esta entidad cuando niños.

Tratamiento

Un trastorno tan frecuente como éste requiere un enfoque multimodal y asequible al especialista de Medicina General Integral.

Tratamiento psicológico

Hay que dar a los padres y al niño una clara explicación, a su nivel, sobre la naturaleza de los síntomas y hacer énfasis en que no se trata de mala conducta consciente del niño. Debe tranquilizárseles e inflamándoles que no existe “lesión” o “daño” del cerebro.

A la maestra se le debe orientar que lo siente en la primera fila para que no se distraiga, que le dé las instrucciones bien claras y precisas, que le asigne tareas breves que lo ayuden a moverse sin crear indisciplina (borrar la pizarra,

repartir materiales, cumplir algún encargo, etc.), estimular sus éxitos, y evitar sentarlo cerca de una ventana. La maestra debe estar consciente de que no es un “retrasado o malcriado”.

Tratamiento farmacológico

Los tricíclicos (imipramina, clormipramina o amitriptilina), a veces son útiles para disminuir los síntomas.

En caso necesario, se puede usar el metilfenidato, para lo cual debe ser remitido al especialista de psiquiatría infantil.

En cuanto a un tratamiento más especializado se pueden utilizar la psicoterapia individual y de grupo, terapia cognitiva-comportamental, técnicas pedagógicas remediales y de entrenamiento de la atención.

TEMA 14

Retraso mental

María de la Concepción Galiano Ramírez

Es un trastorno de envergadura clínica y social, y de mayor riesgo para la infancia, pues afecta al 3 % de la población; en la adultez, el porcentaje se reduce a 1. También se designa con los términos **oligofrenia**, **déficit intelectual** y **subnormalidad mental**.

A pesar de que las personas con retraso mental presentan peculiaridades que dificultan su agrupación en grupos homogéneos, se consideran características comunes que permiten su definición, las siguientes: la inteligencia subnormal, los factores etiológicos, y las dificultades para el aprendizaje escolar y la adaptación social.

La característica esencial es una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones en la actividad adaptativa.

En 1992, la Asociación Americana de Retraso Mental revisó su definición oficial para formalizar el concepto de que es “la expresión de la interacción entre la persona con un limitado funcionamiento intelectual y el ambiente”.

Diagnóstico

Requiere que el inicio del trastorno se presente antes de los 18 años de edad.

Es necesario confeccionar una historia clínica rigurosa: se comienza por una profunda anamnesis que haga referencia a todos los factores y situaciones que estén vinculadas a la causa del retraso mental; también han de tenerse en cuenta las informaciones aportadas por cuidadores y maestros.

Se realiza el examen psicométrico, mediante los instrumentos establecidos; la inteligencia puede ser medida y clasificada con pruebas psicométricas o de desarrollo psicomotor. En los primeros años de vida, se emplean los test de desarrollo (Gesell, Brunet-Lezine y Bayley), cuyos resultados se expresan en edad de desarrollo (ED) y cociente de desarrollo (CD). En edades posteriores, se utilizan los de maduración mental (Terman), que se denominan **edad mental** (EM) y los test de inteligencia (Wechsler y Stanford-Binet), que se designan con el término **cociente intelectual** (CI).

Para diagnosticar el retraso mental es preciso confirmar que la función intelectual, en general, sea significativamente inferior a la media, es decir, un CI estándar de 70 a 75 o inferior (más menos 2 desviaciones típicas por debajo de la media), junto con dos o más de las diez áreas de adaptación: comunicación, cuidado de sí mismo, convivencia doméstica, habilidades sociales e interper-

sonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, salud, seguridad, actividades académicas funcionales, y tiempo libre y trabajo.

Debe asegurarse que los procedimientos de evaluación intelectual tengan en consideración el origen cultural del sujeto. También debe evaluarse, con mucho cuidado, las insuficiencias académicas y adaptativas, según cada etapa de desarrollo del individuo.

Es necesario realizar una exploración física y una evaluación clínica exhaustivas, y deben realizarse los estudios de laboratorio necesarios (genéticos, metabólicos, imagenológicos, etc.).

La edad y el modo de inicio dependen de la causa y de la gravedad. Los retrasos más graves tienden a reconocerse más temprano, sobre todo cuando se asocian con síndromes fenotípicos característicos; por el contrario, el retraso leve de origen desconocido, se evidencia más tarde.

No existen características físicas específicas asociadas con el retraso mental. Cuando forma parte de un síndrome específico, estarán presentes las características clínicas de este síndrome. Por otra parte, cuanto más grave es el retraso, tanto mayor es la probabilidad de enfermedades neurológicas, neuromusculares, visuales, auditivas, cardiovasculares y de otro tipo.

Etiología

Los factores etiológicos pueden ser biológicos o psicosociales, o ambos. Del 30 al 40 % de los individuos atendidos en centros de salud, no se logra determinar una causa precisa. Entre las posibles causas, se valoran:

Herencia. Aproximadamente el 5 %. Incluyen errores congénitos del metabolismo heredados por mecanismos recesivos autonómicos, y otras anomalías y aberraciones cromosómicas.

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario. Alrededor del 30 %. Incluyen alteraciones cromosómicas.

Problemas del embarazo y perinatales. Más o menos el 10 %. Incluyen malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones (sobre todo, virales) y traumatismos.

Enfermedades adquiridas durante la infancia y la niñez. Cerca del 5 %. Incluyen infecciones, traumatismos y tóxicos.

Influencias ambientales y trastornos mentales. Aproximadamente del 15 al 20 %. Incluyen institucionalización; privación de estimulación social, lingüística y de cualquier orden; así como trastornos mentales graves.

Causas de retraso mental según criterio temporal

- Prenatales:

- . Alteraciones cromosómicas: autosómicas y ligadas al cromosoma X.

- . Síndromes congénitos: neurocutáneos, neuromusculares, oculares, craneofaciales y óseos.
- . Trastornos metabólicos: trastornos de los aminoácidos, de los glúcidos y de lípidos.
- . Anomalías congénitas del sistema nervioso central: por defecto del tubo neural, de la formación del cerebro, de migración neuronal, intraneuronales y adquiridas a nivel cerebral.
- . Causas exógenas adquiridas y ambientales: malnutrición intrauterina; por drogas, tóxicos y agentes teratogénicos; enfermedades maternas y radiaciones.
- Perinatales:
 - . Por causa de la madre: problemas intrauterinos y distocias.
 - . Problemas en el niño: anoxia, hemorragia, infecciones y traumatismos.
- Posnatales:
 - . Traumatismos.
 - . Infecciones.
 - . Desmielinización.
 - . Trastornos degenerativos.
 - . Epilepsia.
 - . Toxicometabólicos.
 - . Malnutrición.
 - . Ambientales y sociales.
 - . Leucodistrofias.
 - . Trastornos de esfingolípidos.
- Desconocidas. En ocasiones, no se explican totalmente el fenómeno del retraso mental; en realidad, una discapacidad del desarrollo, refleja la compleja interacción existente entre múltiples factores de riesgo y de protección.

Clasificación y cuadro clínico

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con la insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo:

1. Retraso mental leve: CI entre 50 a 55 y aproximadamente 70.
2. Retraso mental moderado: CI entre 35 a 40 y 50 a 55.
3. Retraso mental severo: CI entre 20 a 25 y 35 a 40.
4. Retraso mental profundo: CI 20 a 25 o menos.

Retraso mental de grado no especificado. Categoría utilizada cuando existan evidencias de retraso, pero no es posible precisar la inteligencia del sujeto mediante los test usuales.

Retraso mental leve

Este grupo incluye a la mayoría: alrededor del 85 % de las personas afectadas. Es equivalente a la categoría pedagógica educable. Suelen desarrollar habilidades

sociales y de comunicación. La mayoría alcanza la capacidad para expresarse en las diversas situaciones cotidianas, logra mantener una conversación, y desarrolla una independencia completa para el cuidado de su persona y para realizar las actividades prácticas de la vida doméstica, aunque el desarrollo sea más lento de lo normal.

Con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental, hasta edades posteriores. Durante la adolescencia pueden adquirir conocimientos académicos hasta un sexto grado de enseñanza básica. Durante la adultez adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para su autonomía, aunque pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, en situaciones de estrés. Pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad, ya sea de forma independiente o supervisada.

Retraso mental moderado

Está constituido por el 10 % de toda la población con retraso. Equivale a la categoría pedagógica de **entrenable**. Presenta lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos necesitan supervisión.

Otros aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Durante la adolescencia pueden tener dificultades para reconocer las convenciones sociales, lo que puede interferir en sus relaciones interpersonales. Pueden beneficiarse de una formación laboral.

De adultos son capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas en talleres protegidos y están supervisados; aprenden a trasladarse de forma independiente por lugares que son familiares. Se adaptan bien a la vida en comunidad con supervisión o en instituciones.

Retraso mental severo

Incluye del 3 a 4 % de las personas con retraso. Durante el período preescolar se observa un desarrollo motor pobre, y adquiere pocas o nulas habilidades verbales y para la comunicación. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiarización con el alfabeto y el cálculo simple.

En la adultez son capaces de realizar tareas simples supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en comunidad, sea con sus familias o en hogares colectivos, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especiales.

Retraso mental profundo

Está representado por el 1 al 2 % de las personas con retraso; no alcanzan autonomía para el cuidado de sí mismos y pueden necesitar un grado considerable de ayuda en este aspecto. Algunos pueden realizar tareas simples en instituciones protegidas y con mucha supervisión. Requieren un ambiente muy estructurado con ayuda y control constantes.

Tratamiento

El derecho a ser atendido y educado que tiene la persona con retraso mental es reconocido por leyes internacionales, pero por encima de cualquier consideración de carácter legal, se encuentran las más elementales normas de ética y moral profesionales que obligan a su tratamiento, que debe poseer un enfoque pluridimensional e individualizado, y en el que debe participar un equipo de profesionales formado por médicos, psicólogos, defectólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y educadores, entre otros. Debe abarcar la participación muy activa de la familia y de la comunidad.

Pilares

- Al profesional que le corresponda anunciar el diagnóstico a la familia, debe hacerlo de un modo adecuado, según sus características psicosociales, ofrecer una información lo más completa y precisa, y establecer estrategias para el futuro.
- Deben controlarse los aspectos relacionados con el cuidado de la salud general como el crecimiento y desarrollo, vacunaciones, otras enfermedades y discapacidades asociadas.
- La familia debe ser entrenada en el manejo afectivo y conductual del paciente, para fomentar la estimulación psicosensorial, acorde con las distintas etapas de desarrollo y con los problemas de cada una de éstas, sin asumir actitudes potencialmente psicopatógenas.
- El paciente debe ser atendido y orientado psicológicamente según su nivel intelectual y sus conflictos, de acuerdo con las distintas etapas de desarrollo, teniendo en cuenta la orientación vocacional, sexualidad y vida en comunidad.
- El tratamiento pedagógico del niño o adolescente consiste en la ubicación en el tipo de enseñanza apropiada (según sus discapacidades); el tratamiento laboral del adolescente o adulto debe orientarse a la vinculación a talleres u otras tareas laborales supervisadas o no, en dependencia del grado de desempeño en éstas.
- El tratamiento sintomático debe estar orientado a atender los síntomas de las enfermedades subyacentes, y los síntomas emocionales y psiquiátricos asociados al retraso mental como ansiedad, depresión, excitación, agresividad, psicosis y otros trastornos.

Pronóstico y profilaxis

La evolución y el pronóstico están muy relacionados con la gravedad, la causa y su carácter estático o progresivo; además, está influido por la evolución de las enfermedades subyacentes y por los factores ambientales.

La profilaxis está orientada a erradicar los factores de riesgo biológicos y ambientales, lo que debe realizarse en el momento en que éstas actúan, que incluyen captación precoz de la embarazada; adecuada atención prenatal; y evitar factores nosógenos o perjudiciales durante el embarazo, parto, primera infancia, niñez y adolescencia.

Es imprescindible fomentar los factores protectores como parte de la prevención.

El diagnóstico etiológico debe establecerse lo más tempranamente posible, con vistas a su tratamiento precoz y oportuno.

Se incluye el consejo genético, que implica siempre un conocimiento preciso sobre la enfermedad y su modo de herencia.

TEMA 15

Autismo infantil

*Elsa Gutiérrez Baró
Ovidia Rodríguez Méndez*

El autismo como enfermedad es un problema muy antiguo. Nadie sabe exactamente desde cuando existe. En la literatura se reporta un relato hecho por el médico francés Itard, en 1799, que trata sobre “el niño salvaje de Aveyron”, a quien llamó Víctor y lo describió “indiferente a todo y atento a nada”.

En 1911 Bleuler introdujo el término autismo. Esta palabra proviene del griego “autos” que significa ‘encerrado en sí mismo’, o sea, pérdida de contacto con la realidad que, como consecuencia de tal estado, causa la imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás.

Se puede afirmar que el conocimiento del autismo infantil como una base más científica data de los primeros años de la década de los cuarentas.

Fue Leo Kanner, médico vienés, radicado en los Estados Unidos, quien estudió a un grupo de 11 niños que tenían determinadas características y a los cuales diagnosticó como autismo infantil precoz.

Hubo otro investigador, también vienés, Hans Asperger, que por esa misma época hizo referencia a otro cuadro clínico que tenía semejanzas con el que describió Leo Kauner, pero a diferencia de aquellos niños, éstos sí tenían un amplio lenguaje (síndrome de Asperger).

Fue Van Krevelen quien abogó siempre por la causalidad orgánica cerebral, mientras Kanner pensaba que la causa era psicológica y Asperger la consideraba predominantemente constitucional.

Por sus aportes, estos médicos aparecen citados en algunas referencias como los tres pioneros más destacados en el estudio del autismo infantil.

Durante los últimos 40 años muchos otros estudiosos se han ocupado del tema y de otros cuadros asociados y no han faltado películas, literatura científica-popular y narraciones acerca de los niños autistas, siempre dotados de exageradas características intelectuales y rodeados de misterios y leyendas.

¿Pero, en resumen, qué es el autismo infantil? Es un síndrome de disfunción neuropsiquiátrica.

Al emplear el término síndrome queda implícito que se trata de un conjunto de síntomas y su presencia indica que hay un trastorno o mal funcionamiento de un órgano o de un sistema del organismo. En el caso del síndrome autista, el mal funcionamiento está en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro, órgano rector de todo el sistema y donde se originan todas las funciones psíquicas superiores del ser humano.

Es en el cerebro donde se desarrolla la inteligencia y el pensamiento, las emociones, lo consciente y lo inconsciente, los mecanismos del sueño y de la vigilia y muchos otros.

Lesiones mínimas, no demostrables a simple vista, alteraciones bioquímicas o eléctricas en los complicados mecanismos de sus células (neuronas) y centros nerviosos, generan desequilibrio o mal funcionamiento (disfunciones) y la aparición de síntomas.

En los mecanismos mencionados también influyen muchos factores del medio y de las relaciones interpersonales (factores psicológicos).

Para referirse a esta entidad también se emplean otros términos como: niños sin comunicación, perturbación emocional grave, Niños atípicos, etc. Todas hacen alusión a características que presentan los niños autistas, pero no se emplean en las Clasificaciones de Enfermedades Mentales, ni en las publicaciones de trabajos y textos porque pueden crear confusión con otros trastornos. Además, es necesario unificar la denominación de las enfermedades con el objetivo de que se entiendan los interesados y trabajadores del tema, para lo cual es imprescindible hablar el mismo lenguaje y así poder efectuar estudios epidemiológicos confiables.

El término síndrome autista no hace alusión a una causa ni enfermedad determinada y puede aplicarse a cuadros clínicos con síntomas autísticos, aunque existan algunas diferencias entre ellos, sin alejarse demasiado de lo que hoy se considera en el espectro autista.

Espectro autista. Esta denominación corresponde a Lorna Wing y tiene utilidad porque ubica al autismo en un amplio rango, o sea, se puede presentar en diversos grados y en diferentes trastornos ya sea el autismo infantil, en el sentido estricto de lo que se ha descrito, como en otros trastornos profundos del desarrollo: síndrome de Asperger, síndrome de Rett, trastorno desintegrado de la niñez y enfermedad de Heller.

Existen otras enfermedades neurobiológicas como esclerosis tuberosa, retraso mental, malformaciones cerebrales, afecciones cerebrales, enfermedades metabólicas, alteraciones genéticas, etc. donde pueden aparecer, o no, síntomas o rasgos autistas con distintos grados de severidad.

Diagnóstico

El diagnóstico del autismo infantil es clínico, sólo la observación cuidadosa y la historia que ofrecen los padres y otros familiares son los elementos básicos para conocer qué es lo que presenta el niño. No hay marcadores psicobiológicos que puedan tomarse en cuenta para afirmar o negar el diagnóstico de autismo. Si éstos se conocieran, evitarían dudas, errores, omisiones y contradicciones como ocurren a veces; bastaría con buscar la presencia o ausencia de estos marcadores para afirmar o negar la enfermedad.

De acuerdo con las investigaciones y los estudios realizados se puede afirmar que este trastorno no se debe a factores humanos. Por tanto, los padres no son culpables de la enfermedad de sus hijos, más bien sufren y enferman al tener que enfrentar un trastorno de esta naturaleza.

Por otra parte, los niños autistas no tienen signos o estigmas físicos que anuncien el trastorno. Muchos son, incluso, niños muy bellos, que no se diferencian de los niños normales.

Con frecuencia se indican estudios de gran utilidad para conocer si hay lesiones que expliquen si el paciente oye bien o no, si existe una atrofia cortical o cualquier otra lesión, o una epilepsia concomitante con el autismo, etc. Estos exámenes tienen por objetivo determinar el diagnóstico y tratamiento más adecuado.

Cuadro clínico

El lenguaje está afectado siempre. El habla puede estar ausente y algunos nunca llegan a hablar. Otros tienen lenguaje, pero el tono es monótono, singular, confunden los pronombres y no requieren interlocutor, con frecuencia repiten lo que oyen (ecolalia) el discurso es repetitivo e irrelevante.

Es muy evidente que se trata de un trastorno de la comunicación. El niño o el adolescente tiene una incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas adultas o con sus paraiguales.

La conducta es extraña, presentan aleteos de las manos, autoagresiones, impulsividad, agresividad con los demás personas, los juegos son repetitivos y el uso de los juguetes no es habitual. Con frecuencia hay síntomas obsesivo-compulsivos.

Leo Kanner, en 1943, describe las características de comportamiento del autista:

- Extrema soledad autista.
- Ausencia de una postura anticipatoria para ser cargados.
- Desviación o retraso en el desarrollo del lenguaje con ecolalia o inversión pronominal.
- Monótonas repeticiones de ruidos o expresiones verbales.
- Excelente memoria (mecánica).
- Limitada gama de actividades espontáneas.
- Estereotipias y manierismos.
- Deseo obsesivo-ansioso de mantener la identidad.
- Anomalías en las relaciones con las personas, con preferencia por las imágenes o los objetos inanimados.

El Manual Estadístico de los Trastornos mentales en 1980 lo clasifica dentro del grupo de los Trastornos Profundos del Desarrollo. Estos corresponden a un grupo de trastornos con afectación simultánea y grave de áreas básicas del

desarrollo psicológico del niño con variación en la severidad y expresividad de un paciente a otro.

La clasificación de 1992 CEI-10 (OMS) diferencia estos trastornos como sigue:

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperquinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastornos del desarrollo sin especificación.

La Asociación Psiquiátrica Americana en la IV Clasificación del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) clasifica los Trastornos Profundos del Desarrollo en:

- F84.0 Trastorno autista (de Kanner).
- F84.2 Trastorno de Rett.
- F84.3 Trastorno desintegrativo infantil.
- F84.5 Trastorno de Asperger.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Trastornos generalizados del desarrollo. Características generales

- Perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo infantil relacionadas con:
 - . Habilidades para la interacción social.
 - . Habilidades para la comunicación.
 - . Presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas y restrictivas.
 - . Claramente inadecuadas para el desarrollo mental del niño (retrasado o no).
 - . Se evidencian, habitualmente, antes de los 3 años.
 - . Puede observarse en el desarrollo de otras entidades médicas (algunas cromosopatías, lesiones del SNC, Enfermedades endocrino-metabólicas).

Criterios para el diagnóstico de F84.0: trastorno autista

Debe comprobarse que el paciente presenta un total de 6 (o más) ítems (1), (2) y (3):

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las características siguientes:

- a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (Ej.: no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las características siguientes:
- a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañados de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos, mímica, etc.).
 - b. En sujetos con habla adecuada, hay alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de intereses, la cual resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (Ej.: sacudir o girar las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos.

Los síntomas precoces en el lactante y el niño menor de 2 años son:

- Ignora o odia a otros niños.
- Parece estar desconectado o en su propio mundo.
- No establece contacto ocular.
- Busca la soledad.
- No es consciente de los sentimientos de la otra persona, no comprende lo que sucede.
- Utiliza a la otra persona de forma mecánica.
- Carecen de disfrute de la reacción con los demás.
- Tiene retraso o falta de adquisición del lenguaje (en todos sus procesos y no solo en el habla).
- No señala con el dedo para mostrar o solicitar alguna necesidad.
- Realiza carreritas sin sentido o giros sobre su eje o alrededor de los objetos.

Existen serias alteraciones en la comunicación verbal y extraverbal evidenciadas por los elementos siguientes:

- Algunos no hablan o no son capaces de entender el contenido de una conversación.

- Pueden tener una jerga ininteligible y sin fin comunicativo.
- Si articulan con claridad usan temas muy restringidos, repetitivos y fuera de contexto.
- Repiten preguntas similares a pesar de conocer las respuestas.
- Lenguaje idiosincrásico o metafórico.
- Ecolalia inmediata o mediata, funcional o no.
- Alteraciones en los aspectos semánticas, pragmáticos y prosódicos.
- No saben conversar (guardar su turno, iniciar la conversación o cambiar de tema, lenguaje figurado o comprender las metáforas).

El paciente se caracteriza por comportamientos y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas como son:

- Falta de imaginación en el juego.
- Estereotipias, manierismos (aleteo de manos) giros, balanceos, oscilaciones, falta de espontaneidad.
- Conductas ritualistas (por ejemplo: alinear objetos).
- Preocupación por la uniformidad, o por partes de un objeto o partes del cuerpo.
- Resistencia a los cambios del medio.
- Hipercinesis, agresividad, trastornos del sueño y del apetito.
- Déficit de atención.
- Anomalías posturales (por ejemplo, caminar en puntillas).
- Variabilidad sintomática.

El autismo en el niño más que una entidad es un síndrome, pues presenta un grupo de síntomas y signos similares a los descritos por Kanner, e incluye: autismo primario (de Kanner) y autismo secundario (en el curso de otras afecciones médicas).

Estos planteamientos tienen gran importancia para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del síndrome.

Entre las afecciones que pueden evolucionar con autismo podemos citar:

1. Síndromes epilépticos:
 - a. Síndrome de West.
 - b. Síndrome de Lennox-Gastaut.
 - c. Epilepsia mioclónica grave.
 - d. Síndrome de Landau-Kleffner.
2. Infecciones prenatales:
 - a. Rubéola congénita.
 - b. Citomegalia congénita.
3. Enfermedades metabólicas:
 - a. Fenilcetonuria.
 - b. Acidosis láctica.
4. Otras afecciones:
 - a. Cromosopatías:

- Síndrome de X Frágil.
- Síndrome de Down.
- Síndrome XYY.
- b. Otros síndromes genéticos:
 - Síndrome de Rett.
 - Síndrome de Laurence-Moond Biedl.
- c. Facomatosis:
 - Esclerosis tuberosa.
 - Neurofibromatosis.
- d. Enfermedades heredo-degenerativas:
 - Distrofia muscular progresiva.
 - Síndrome de Moebius.

Asimismo, existen trastornos que evolucionan con síntomas semejantes al autismo y que pueden confundir el diagnóstico, por ejemplo: ceguera, sordera y disfasias del desarrollo.

Diagnóstico diferencial de autismo primario y secundario

Para determinar este diagnóstico debemos tener en cuenta los aspectos siguientes:

- Antecedentes familiares. Historia personal de embarazo y parto, presencia de signos y otros cuadros neurológicos (ataques epilépticos, retraso mental, parálisis cerebral, etc.) u otras enfermedades, así como evidencias de otras enfermedades médicas o datos significativos al examen físico y estigmas físicos.
- Caracterización del cuadro clínico actual. Forma de comienzo, si hubo una desviación temprana del desarrollo o un periodo de regresión, características comportamentales, presencia de estereotipias y severidad de la sintomatología, así como la evolución.

Asimismo, deben descartarse otros tipos de trastornos profundos del desarrollo como:

- Trastorno de Rett. Aparece sólo en las niñas, que presentan un desarrollo aparentemente normal en los primeros meses de vida, pero al final del primer año empiezan a tener dificultades, se presenta microcefalia, comienzan a restregarse las manos como si estuvieran lavándolas y aparecen dificultades para la marcha.
- Trastorno de Asperger. La detección se hace más tarde, pues casi siempre tienen un nivel intelectual superior, menos problemas del lenguaje y la capacidad de comunicación es mucho mejor.
- Trastorno desintegrativo infantil. Se puede diferenciar del autismo por la edad de inicio, ya que el niño tiene un desarrollo normal hasta los 2 años y luego es que comienzan a hacerse evidentes los síntomas.

Además, existen otras entidades que se han de considerar en el diagnóstico diferencial como:

- Trastornos del lenguaje mixtos (receptivo-expresivo), pero el paciente mantiene relación afectiva y comunicación con niños y adultos, hace uso adecuado del juguete y tiene intereses apropiados a su edad, etc.
- Reactivo de la vinculación (o de la vinculación desinhibidos): manifiestan las alteraciones de la conducta en algunos contextos y en otros no.
- Retraso mental con trastorno emocional o conductual asociado y la esquizofrenia de inicio temprano, que no es lo frecuente.

Para diagnosticar autismo el paciente debe tener un funcionamiento general perturbado que dificulta el aprendizaje y a adaptación social, aun en los autistas de buen rendimiento intelectual.

El inicio del trastorno debe ser antes de los 30 meses, aunque algunos autores señalan que puede ocurrir antes de los 3 años.

Es un trastorno crónico. Los cambios pueden suceder solamente en largos periodos y nunca en horas o días. El 75 % de los pacientes presentan un nivel de retraso mental de grado variable y solo 20 o 25 % tienen un nivel normal o normal bajo.

Con frecuencia tienen descompensaciones de nivel psicótico; otras veces sufren convulsiones; en algún momento los autistas presentan crisis epilépticas (30 %).

Tratamiento

Las psicoterapias dinámicas han demostrado cierta utilidad en el tratamiento del autismo, en cambio, la educación ha sido mucho más efectiva; por tanto, la terapia debe proceder del exterior más que interpretar la vida interior del autista.

Los padres resultan excelentes coterapeutas en los tratamientos que se emplean.

Los psicofármacos no curan el autismo, solo se usan para adecuar la conducta y que se puedan obtener mejores resultados en su actividad educativa.

Se ha usado el haloperidol, tioridacina, pimozide, carbamazepina, etc., con algunos resultados de forma muy individual. Se están haciendo investigaciones con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, y también con la risperidona, con la cual se reporta mejoría sintomática.

TEMA 16

Trastornos psicóticos

Ana María Gómez García

Los trastornos psicóticos se encuentran entre las enfermedades psiquiátricas de mayor gravedad en cualquier etapa del desarrollo, en particular en niños y adolescentes. Aparte de los estigmas que llevan consigo estos trastornos y el deterioro del funcionamiento que provocan (el cual es más intenso cuanto más temprano aparece el cuadro clínico), pueden dificultar el proceso de desarrollo normal, en ocasiones, de manera irreversible.

Hasta hace poco más de dos décadas todas las psicosis que se presentaban en edades infanto-juveniles, sin una causa o lesión orgánica demostrable, se clasificaban como esquizofrenia infantil. El surgimiento de una nosología más precisa de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un hecho relativamente reciente, logrado a partir de la publicación del DSM-III, en 1980. Ya en el DSM-IV, publicado en 1994, se dedica un capítulo a los “Trastornos que se inician en la lactancia, niñez y adolescencia”. Sin embargo, no se incluyen los trastornos psicóticos. Para obtener el diagnóstico, se aplican los mismos criterios que los utilizados para los adultos.

Clasificación

Los cuadros psicóticos, que se pueden presentar en niños y adolescentes, son:

- Esquizofrenia.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno esquizofreniforme.
- Trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

Además, se pueden presentar psicosis sintomáticas, que incluyen:

- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

Kraepelin en el siglo XIX denominó *dementia praecox* al cuadro clínico que se conoce en la actualidad como esquizofrenia y señaló que en algunos pacientes ésta tenía un inicio en etapas tempranas del desarrollo. De Santis (1906) propuso el término *dementia precocísima* para aquellos sujetos que presentaban el trastorno en la infancia. Potter, en 1933, definió, por primera vez, la esquizofrenia

infantil sobre la base de que las alteraciones del comportamiento, del lenguaje, del pensamiento y de la afectividad tuviesen un inicio antes de la pubertad.

Las aportaciones iniciales de Kanner sobre **autismo infantil precoz** (1943), las descripciones de Heller de la **dementia infantilis** (1930), de Kramer de la **psicosis de la motilidad** (1932), y posteriormente de Asperger de la **psicopatía autística** (1944) (hoy denominado síndrome de Asperger), y de Mahler de la **psicosis simbiótica** (1952), contribuyeron a que a partir de la década de los 40 del pasado siglo, se hablase de las **psicosis infantiles**, que incluyen estos graves trastornos.

Los trabajos de Kolvin (1971) y otros autores como Rutter (1972), demostraron las particularidades entre algunos tipos de trastornos mentales graves de la infancia, la niñez y la adolescencia. Para ello tuvieron en cuenta: edad de inicio de los síntomas, características clínicas, antecedentes familiares y evidencia de alteraciones orgánicas en el SNC o en otros sistemas de la economía. Esto permitió englobar un mayor número de cuadros clínicos dentro de la denominación de psicosis infantiles. Todos estos cambios han sido reflejados en las diferentes clasificaciones internacionales, incluso en las actuales: DSM-IV y CIE-10.

Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes se aplican los criterios generales expuestos en el tema correspondiente a esta entidad. Sin embargo, la esquizofrenia en etapas infanto-juveniles posee determinadas características que guardan relación con la etapa del desarrollo por la cual transita el afectado (preescolar, escolar o adolescente). Podemos citar las particularidades siguientes:

- En niños y adolescentes más que la disminución en el funcionamiento previo, no se obtiene el grado esperado en el desarrollo social, académico y en el autocuidado, según la edad.
- Definir el nivel de funcionamiento psicótico en edades muy tempranas resulta muy difícil, dado que no han alcanzado la conceptualización lógica de la realidad ni el pensamiento abstracto, los cuales se logran en la adolescencia.
- Los síntomas positivos se presentan en niños con determinado grado de desarrollo perceptual y del pensamiento. Son más frecuentes en niños y adolescentes con nivel cognitivo superior.
- Los síntomas negativos son más comunes en niños con lesiones cerebrales, comprobadas en estudios imagenológicos, y no responden de manera favorable al tratamiento antipsicótico.
- Predominio de antecedentes de personalidad esquizoide en quienes el trastorno aparece más temprano.
- Por lo general en el adolescente el comienzo es insidioso y la evolución tiende a la cronicidad.

- Afecta por igual a ambos sexo, pero el inicio suele ser más temprano en el masculino, en el cual tiene peor pronóstico y menos componentes afectivos en su expresividad clínica.
- La capacidad de juego en los niños afectados se compromete de manera significativa. Tiende a ser repetitivo y además, es muy difícil de interrumpir. Tienden a utilizar los juguetes de forma idiosincrásica y poco simbólica.

Prevalencia

Aunque no se conoce con exactitud la prevalencia de la esquizofrenia en edades infanto-juveniles, se considera que es 50 veces menos frecuente en niños por debajo de los 12 años que en la población general y que es menos frecuente que el trastorno autista. Excepcionalmente, esta enfermedad comienza antes de los 9 años de edad; se produce un aumento súbito de su incidencia en los primeros años de la adolescencia y un aumento mantenido de nuevos casos durante la segunda década de la vida.

Diagnóstico diferencial

Queremos señalar algunas de las diferencias más significativas entre la esquizofrenia de aparición precoz (antes de los 9 años) y el autismo infantil, por la importancia que reviste para el tratamiento, la evolución y el pronóstico de los afectados:

Característica	Esquizofrenia	Autismo
Edad de inicio	Entre 5 y 9 años	Antes de los 30 meses
Proporción hombre-mujer	2:1	4:1
Capacidad intelectual mentales	Media a baja	75 % en rangos de retrasados
Alucinaciones e ideas delirantes	Sí	No
Evolución clínica	Disfunción progresiva a partir de un funcionamiento relativamente normal	Funcionamiento comprometido desde etapas tempranas

Hay un grupo de cuadros psicóticos que pueden presentar manifestaciones clínicas similares a las descritas para la esquizofrenia, pero el tiempo de duración de éstas constituye el elemento básico para obtener los diagnósticos positivo y diferencial.

La característica esencial del **trastorno psicótico breve** es que presenta un inicio súbito y, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes; alucinaciones; lenguaje desorganizado, disperso o incoherente; y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba

recuperando por completo el nivel previo de funcionamiento. La alteración no es atribuible a otros cuadros clínicos con síntomas psicóticos como esquizofrenia, efectos fisiológicos directos de alguna sustancia, un alucinógeno a enfermedad médica, por ejemplo un hematoma subdural.

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia con la excepción de que la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes y no mayor de 6 meses. No siempre existe deterioro de la actividad social y escolar.

Para llegar al diagnóstico de los trastornos del humor con síntomas psicóticos, **depresivo mayor grave y trastorno bipolar**, se utilizan de igual forma los criterios aplicados a la población general. Numerosos autores de diversos países, reportan que existe un subregistro de los trastornos del humor en las etapas infanto-juveniles, por no identificar las particularidades que dichos trastornos presentan en niños y adolescentes.

A continuación mencionamos algunos datos que permiten valorar la importancia de identificar estos cuadros clínicos en la adolescencia, lo cual redundará en un mejor pronóstico y evolución de las personas afectadas:

- Entre el 20 y el 30 % de los adolescentes con depresión mayor grave evolucionan hacia el trastorno bipolar.
- Alrededor del 20 % de todos los pacientes bipolares presentan el primer brote en la adolescencia, con un pico entre los 15 y los 19 años de edad.
- El antecedente de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en un adolescente con inestabilidad emocional, puede favorecer la aparición de episodios maníacos con el uso de tratamiento antidepressivo.

Las características de los trastornos bipolares en adolescentes son:

- Prevalencia del 0,8 al 1 % de población entre 14 y 18 años.
- La incidencia aumenta después de la pubertad.
- Es más frecuente el subtipo II con ciclos rápidos.
- Igual distribución por sexo y comienzo más temprano en el masculino.
- Más común las manifestaciones depresivas en las hembras.
- Predominio del inicio agudo y con antecedentes de funcionamiento premórbido normal.
- En el 90 % de los afectados el coeficiente intelectual es normal.
- En el 10 % restante podemos encontrar pacientes con retraso mental, autismo y trisomía 21, quienes presentan, por lo general, ciclos rápidos.
- En los antecedentes patológicos se encuentra que más o menos el 15 % de los familiares de primer orden presentan trastornos bipolares.
- Elevada comorbilidad con síndrome hiperquinético, trastornos de conducta, así como abuso de sustancias.

- Menor respuesta terapéutica que los adultos y falta de remisión con tendencia a la cronicidad.
- Mayor riesgo de suicidio consumado, especialmente en varones en fase depresiva.

Entre los síntomas presentes con mayor frecuencia en las psicosis sintomáticas, independiente de su causa, encontramos:

- Alteraciones de conciencia en mayor o menor grado.
- Desorientación en tiempo (por lo general se pierde o se olvida lo más reciente, en el orden siguiente: día del mes y de la semana, mes y año).
- Desorientación en espacio y en persona; esto último se presenta cuando hay una gran desorganización cognitiva.
- El lenguaje se torna incoherente o incomprensible.
- Delirios polimorfos o cambiantes (no estructurados).
- Alucinaciones visuales, olfativas y/o táctiles, y auditivas con menor frecuencia.
- Alteraciones de conducta muy marcadas: autoagresiones y pérdida de hábitos de alimentación, eliminación, sueño, higiene y del autovalidismo, en general. En ocasiones hay pérdida del pudor.
- Manifestaciones catatoniformes.

Los niños son más susceptibles al *delirium* que los adultos, en especial cuando éste se debe a enfermedades que se presentan con fiebre y a algunos medicamentos como los anticolinérgicos. En los niños el *delirium*, a veces, se considera de forma errónea como un comportamiento de falta de colaboración y puede ser difícil obtener los signos cognoscitivos diferenciales. Es sugerente de delirium el hecho de que el niño no se calme con la presencia de familiares.

Los cuadros psicóticos debidos a enfermedad orgánica o a consumo de sustancias, son:

- *Delirium*.
- Encefalopatías tóxicas:
 - . Psicosis tóxica por abuso de sustancias (anfetaminas, cocaína o disolventes).
 - . Psicosis tóxica por uso de medicamentos de prescripción (corticoides o anticolinérgicos).
- Trastornos neurológicos.
- Trastornos paroxísticos, en especial del lóbulo temporal.
- Tumores del SNC.
- Defectos anatómicos del SNC.
- Trastornos degenerativos: como enfermedad de Wilson o corea de Huntington.
- Enfermedades infecciosas del SNC como encefalitis, meningitis y síndromes relacionados con el VIH.
- Trastornos metabólicos y endocrinopatías.

Tratamiento

El enfoque terapéutico de la esquizofrenia debe ser multimodal. El uso de fármacos antipsicóticos asociados con intervenciones psicoterapéuticas y el manejo de los factores microsociales y macrosociales como la familia y la escuela, por sólo citar algunos ejemplos, demanda atención multidisciplinaria.

El objetivo de cualquier modalidad de tratamiento no es sólo reducir los síntomas, sino también fomentar el desarrollo adecuado de la personalidad. En diversas investigaciones se ha comprobado que el uso combinado de estos elementos terapéuticos reduce las recidivas.

Inicialmente utilizamos los neurolépticos convencionales en las dosis establecidas, y para determinar si es eficaz o no la medicación empleada, debe utilizarse durante un período de 3 a 6 semanas. De no observarse respuesta adecuada, se debe valorar el uso de antipsicóticos de segunda generación o atípicos como olanzapina o risperidona. Los neurolépticos de depósito también son utilizados en los pacientes que evolucionan hacia la cronicidad. Hay autores que plantean resultados favorables con el uso de interferón del grupo B y con medicamentos antivirales, lo cual apoya las hipótesis etiológicas de base inmunitaria y la de los virus lentos en la génesis de algunas formas clínicas de esquizofrenia.

Dosis indicadas. Haloperidol: dosis inicial de 0,025 mg/kg/día (0,5 mg/día en niños y 1 mg/día en adolescentes). Incremento gradual hasta una dosis máxima de 0,4 mg/kg/día (12 mg/día en niños y 25 mg/día en adolescentes). Risperidona: dosis inicial de 1 mg cada 12 h. Incremento gradual (1 mg cada 3 o 4 días) hasta 6 o 10 mg/día.

Existe una creciente tendencia internacional a las intervenciones de base comunitaria, pero durante los episodios psicóticos agudos, nuevos brotes, recaídas y recidivas es necesaria la hospitalización.

Pronóstico

Son predictores de mejor pronóstico, la presencia de:

- Adecuado funcionamiento psicosocial previo.
- Inicio agudo.
- Síntomas bien diferenciados y con predominio positivos.
- Edad de comienzo más tardía.
- Poca incidencia de factores identificables entre los antecedentes patológicos personales.
- Ausencia de alteraciones estructurales del SNC en estudios imagenológicos.

Esquizofrenia

Elsa Gutiérrez Baró

Se ha discutido mucho si en la infancia (antes de los 10 años), existe esquizofrenia o si ésta se inicia en la adolescencia o incluso en la juventud temprana. Las opiniones son variadas: Leo Kanner, en la primera etapa de sus estudios sobre el autismo, planteó que este trastorno se correspondía con una forma de esquizofrenia temprana.

Otros autores como Víctor Kovalov en la década de los 70 tenía igual criterio. Expertos en diferentes partes del mundo consideraban que el autismo era una psicosis y así aparecía en las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales. Posteriormente, Kanner modificó sus planteamientos iniciales y afirmó que el autismo no era una forma de esquizofrenia.

En las dos últimas clasificaciones, el autismo aparece dentro de un acápite correspondiente a los trastornos profundos del desarrollo (DSM-III y DSM-IV).

Estas consideraciones no niegan que puede coexistir el autismo y la psicosis, o se superpone al autismo un cuadro clínico que se corresponde con una esquizofrenia infantil o del adolescente.

¿Cuáles son las principales razones que han provocado esta polémica?:

- La esquizofrenia infantil es poco frecuente antes de los 10 años.
- No hay marcadores psicobiológicos en el autismo ni en la esquizofrenia.
- En el niño entre 5 y 10 años existe una inmadurez de todos sus procesos psíquicos.
- El examen psiquiátrico tiene limitaciones, pues es difícil explorar el pensamiento en estas edades.
- Es complicado separar las fantasías normales en estas edades de la realidad psicótica o esquizofrénica. Es necesario observar otras áreas como la conducta, los hábitos de sueño y eliminación, las relaciones con los parientes, así como la afectividad.
- Existen psicosis orgánicas como infecciosas, degenerativas, tóxicas, tumorales, etc., que pueden confundirse con la esquizofrenia.
- El lenguaje es insuficiente en estas edades.
- En la esquizofrenia infantil los delirios están muy poco estructurados.
- Cualquier niño puede sentir y expresar angustia (se debe recordar que la angustia no tiene edad) que se refleja en el aprendizaje, la conducta y la afectividad, no puede explicar lo que sucede, no tiene conciencia de sus alteraciones y, sin embargo, no tiene una esquizofrenia.

Cuadro clínico

- Tiene un comienzo insidioso. Según Bleuler 5 % de las esquizofrenias del adulto ya tienen expresión en la niñez. En los antecedentes aparece con cierta regularidad algún familiar cercano con esta enfermedad (madre, padre o abuelos); aparecen conductas obsesivas y compulsivas de difícil evolución.
- Miedo irracional y exagerado a cosas inexistentes o inofensivas.
- Afectividad ambivalente. Pueden haber agresiones a familiares allegados o retraimiento y no se reúne con otros niños. Las alucinaciones visuales aparecen más que las auditivas, aunque éstas pueden ocurrir también. Los delirios son muy poco estructurados.
- Existen alteraciones que, por su frecuencia, son de gran importancia, como:
 - Alteraciones del sueño. Insomnio, pesadillas, despertares frecuentes, etc.
 - Bloqueo en el aprendizaje. Es raro que un niño que padezca esquizofrenia pueda continuar su aprendizaje sin dificultades, aunque su cociente intelectual sea normal.
 - Se ven extraños, se miran al espejo y sienten que les crece la cabeza, la nariz o las orejas. Estas ideas son imposibles de cambiar, aunque se les explique que son ilógicas (“irreductible”).
 - La afectividad es incongruente, aplanada y pueden tener risas inmotivadas o llorar sin aparente motivo.

Diagnóstico diferencial

Algunos ejemplos pueden ayudar a comprender lo expresado.

Ejemplo 1. José tiene 7 años, tiene un amigo imaginario con el cual juega, dice que se llama Luis y con él se bate con una espada que realmente es un palo. Le pide a la madre que le sirva la comida a su amigo. José es un niño normal, tiene pocos amigos y se ha buscado uno con quien jugar.

Cuando se le pregunta sobre la veracidad de este amigo, reconoce que es de mentirita, pero se divierte con él.

Ejemplo 2. Lisandra es una niña que tiene dificultades para ver la pizarra, el oftalmólogo le indicó unas gotas para dilatarle la pupila. Durante 4 h se puso incoherente, no conocía a los padres y se mostraba muy excitada; 2 días después estaba mejor y finalmente no tuvo ningún problema. Lisandra sufrió una psicosis tóxica.

Ejemplo 3. Guillermo de 8 años presentaba marcadas alteraciones en el sueño, se negaba a ir a la escuela y lloraba sin aparentes motivos. Se mostraba retador, callado y comía continuamente. Su mamá estaba ingresada, pero nadie le había explicado nada sobre la realidad de ella. Guillermo pensaba que su madre estaba muy grave y que se iba a morir. La atención psicológica lo ayudó y el regreso de su mamá a la casa resolvió definitivamente la angustia que sufría Guillermo; el diagnóstico fue una reacción situacional.

Pronóstico

Depende de la sanidad mental anterior al inicio de la esquizofrenia, del grado de recuperación después del primer episodio, del diagnóstico y tratamiento precoz y del grado de apoyo familiar.

Tratamiento

El tratamiento de elección son los neurolepticos; entre ellos los más empleados son el haloperidol y la trifluoperazina. Las dosis de inicio deben ser bajas e ir aumentando gradualmente según sea necesario.

Pueden aparecer manifestaciones de extrapiramidalismo que desaparecen con tratamiento antiparkinsoniano.

Existen otras drogas como la risperidona (risperdal) y la clozapina, que se han usado más en adultos que en niños.

La psicoterapia individual y familiar debe emplearse siempre.

Trastornos mentales orgánicos

Guillermo Barreto Ramírez

Constituyen motivos frecuentes de consulta en la práctica médica; la amplia gama de expresiones psicopatológicas y etiológicas que los producen, nos indica la importancia y necesidad de su conocimiento, que radica en el hecho de no interpretarlos como trastornos psiquiátricos de otra índole con las repercusiones que ello tendría para la calidad de vida de quien los padece, de su familia y del entorno social.

Sus antecedentes históricos se remontan al año 3000 a.n.e., en que se describe un deterioro senil en el príncipe Ptah-Hotep. En el 1500 a.n.e., el papiro de Ebers hace referencia al alcoholismo y al deterioro senil. Hipócrates en el 460 a.n.e. señala la presencia de trastornos mentales que se relacionaban con fiebre o enfermedades físicas a las que llamó *frenitis* o *delirium*, este último término se utiliza aún en nuestros días.

Definición. Grupo de trastornos mentales que tienen en común el hecho de ser producidos por una causa orgánica demostrable.

Patogenia

En la actualidad se considera que se produce una disfunción de la corteza cerebral y de las estructuras subcorticales que facilitan las funciones de excitación, alerta, atención, proceso de información y ciclo sueño-vigilia. Esto depende del agente etiológico que lo produce, su naturaleza, intensidad y localización. Por ejemplo: un tumor cerebral actuaría de forma directa sobre las estructuras cerebrales; de forma indirecta lo haría una infección respiratoria por las toxinas que se liberan. Se plantea un grupo de mecanismos en su producción como: fiebre; acumulación de productos tóxicos, que interfieren en el mecanismo de la glucosa; déficit de oxígeno; déficit vitamínicos, sobre todo del complejo B; edema cerebral, etcétera.

Entre las causas que pueden producir estos trastornos están:

- Enfermedades virales y bacterianas.
- Lesiones expansivas cerebrales (tumores, abscesos o hematomas subdurales).
- Intoxicaciones por drogas, alcohol, alimentarias y productos industriales.
- Déficit vitamínico.

- Enfermedades endocrinometabólicas (hipertiroidismo, síndrome de Cushing, diabetes, hipoglicemia e hiperparatiroidismo, entre otras)
- Epilepsia.

Formas clínicas

Se agrupan en tres categorías: síndromes encefálicos orgánicos agudos, síndromes encefálicos orgánicos crónicos y otros trastornos mentales por enfermedad, lesión o disfunción cerebral conocidos como **síndromes de paso**. En la producción de estos trastornos la causa orgánica no es el único factor a tener en cuenta; existen otros como edad, estado físico, personalidad, estado emocional, grado de ajuste familiar y social.

Síndromes encefálicos orgánicos agudos

El *delirium* junto con los estados confusional y crepuscular conforman estos síndromes, pero por su importancia haremos referencia al primero.

El *delirium* puede estar precedido por síntomas como cefalea, ansiedad e intranquilidad. Su comienzo es rápido y se presenta en cualquier etapa de la vida, con mayor frecuencia en las edades tempranas y tardías. Evoluciona hacia la curación, por lo general en las primeras 4 semanas y su duración no debe ser superior a los 6 meses, aunque puede dejar secuelas, llegar a la cronicidad e incluso provocar la muerte. Sus características fundamentales son la toma de conciencia y ser potencialmente reversible.

Cuadro clínico

Deterioro de la conciencia y de la atención. Oscila desde la obnubilación hasta el coma, y hay disminución en la capacidad para dirigir, focalizar o mantener la atención.

Trastornos de las funciones cognoscitivas. Pueden presentarse ilusiones; alucinaciones visuales, táctiles, cenestésicas y auditivas; deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad para comprender; desorientación en tiempo y en casos graves en espacio y persona; y deterioro de la memoria inmediata, pero la remota puede estar intacta.

Trastornos del ciclo sueño-vigilia. Ocasionan insomnio, somnolencia, pérdida total del sueño y pesadillas que pueden continuar en la vigilia en forma de alucinaciones o ilusiones.

Trastornos psicomotores. Incluyen hipoactividad o hiperactividad y cambios imprevistos de una a otra, acentuación de las reacciones de sorpresa, y aumento o disminución del flujo del habla.

Trastornos emocionales. Provocan depresión, ansiedad, irritabilidad, euforia y apatía, entre otros.

Fluctuaciones diurnas de los síntomas. Mejoría durante el día y agravamiento al caer la tarde.

Síndromes encefálicos orgánicos crónicos

Nos referimos a las demencias, las cuales pueden estar precedidas por comportamientos sociales inadecuados. Su comienzo es lento e insidioso, se puede presentar a partir de los 65 años en algunos casos pero sobre todo en edades más avanzadas, y evolucionan de forma progresiva durante años; esto depende de otras enfermedades, condiciones físicas y cambios del entorno que pueden agravar el comportamiento del paciente. Sus características fundamentales son: deterioro de la memoria y de las funciones intelectuales, y por lo general son irreversibles. Para llegar a su diagnóstico, los síntomas deben tener más de 6 meses de duración.

Cuadro clínico

Deterioro de la memoria. De inicio, daña la memoria de fijación; y se pierde la capacidad de registrar, almacenar y recuperar nuevas informaciones. En su evolución, llega a deteriorarse la evocación de información aprendida con anterioridad, como; no saber su edad, dónde vive y quiénes son sus familiares, y esto interfiere en sus actividades cotidianas.

Deterioro de la capacidad intelectual. El pensamiento se torna concreto, las ideas disminuyen, la capacidad de procesar información va desapareciendo y resulta difícil prestar atención a más de un estímulo a la vez, por ejemplo: conversar con varias personas.

Trastornos de afectividad. Producen ansiedad, irritabilidad, depresión y embotamiento afectivo.

Trastornos de la motilidad, comunicación y validismo. Provocan alteraciones del lenguaje e incapacidad para comprenderlo; se afecta la realización de funciones básicas como vestirse, asearse y comer; el control esfinteriano se torna deficiente, así como la marcha, por lo que aparecen discapacidades motoras.

Otros trastornos mentales por enfermedad, lesión o disfunción cerebral

A diferencia de las categorías descritas donde la causa orgánica se hace más evidente, este grupo se asemeja a una amplia gama de trastornos psiquiátricos que responden a otras causas, por ejemplo: esquizofrenia, reacción psicótica aguda, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, entre otros. Su comienzo, evolución y duración son semejantes a lo descrito en los síndromes encefálicos orgánicos agudos. Puede presentarse, en teoría, en

cualquier momento de la vida. Sus características fundamentales son: no toma de la conciencia y ser potencialmente reversibles.

Para clasificar estos trastornos en este grupo, se hace necesario la presencia de los elementos siguientes: antecedentes o presencia de datos objetivos clínicos, neurológicos y de estudios complementarios de una enfermedad cerebral o sistémica que los expliquen; una relación temporal con ésta; remisión o mejoría del trastorno mental; y ausencia de otras causas como estrés y conflictos familiares o escolares.

A continuación exponemos algunas de las categorías diagnósticas que conforman este grupo:

- Alucinosis orgánica.
- Trastorno catatónico orgánico.
- Trastorno de ideas delirantes orgánico.
- Trastornos del estado de ánimo orgánico.
- Trastornos de ansiedad orgánico.

Diagnóstico positivo

Se realiza ante la presencia de alguna de las formas clínicas que se debe a una enfermedad orgánica (cerebral, sistémica o de otra naturaleza que afecte el cerebro).

Diagnóstico diferencial

Es muy amplio por la gran variedad de expresiones clínicas de estos cuadros, por lo que sólo mencionamos algunos:

- Esquizofrenia.
- Trastornos psicóticos agudos.
- Trastorno bipolar.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos depresivos.
- Retraso mental.

Tratamiento

Es necesaria la más estrecha y activa colaboración del trabajo interdisciplinario (médicos de familia, pediatras, clínicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.), ya que su objetivo fundamental es garantizar la calidad de vida del individuo.

Nivel primario

- Prevención y promoción de salud (evitar enfermedades conocidas). Ejemplo: prevención de enfermedades infectocontagiosas como SIDA, hepatitis, meningoencefalitis, etc.
- Prevención de accidentes, consumo de drogas, alcohol y sustancias psicotrópicas.
- Prevención del retraso mental.
- Brindar atención a la tercera edad.

Nivel secundario

- De producirse el trastorno, conservar la vida del paciente.
- Hospitalización.
- Tratamiento etiológico, ejemplo: emplear antibióticoterapia en caso de infecciones.
- Tratamiento de sostén:
 - Hidratación.
 - Vitaminoterapia.
 - Cuidados generales (evitar escaras y úlceras).
 - Apoyo emocional y psicoterapéutico (paciente y familia).
 - Ambiente tranquilo y agradable.
- Tratamiento psicofarmacológico, ejemplo: en caso de excitación, uso de benzodiazepinas.

Rehabilitación

- Evitar recaídas y disminuir las secuelas.
- Brindar información, orientación y apoyo psicológico a la familia sobre cuidados, protección y evolución del padecimiento o trastorno.
- Sólo puede ser posible en el entorno familiar y social del paciente.

TEMA 19

Trastorno de ansiedad por separación

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Es un apego excesivo a una persona específica (la figura materna o paterna a un juguete o un lugar familiar que lleva al niño a resistirse a cualquier separación por breve que sea. La ansiedad es superior a la esperada en sujetos con el mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de, por lo menos, 4 semanas, empezar antes de los 18 años y provocar malestar clínicamente significativo, o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Cuadro clínico

- Sigue una evolución análoga a la de la timidez, que lo lleva a resistirse ante cualquier separación aunque sea breve.
- Una vez separados, necesitan saber el paradero de su padres y estar en contacto con ellos, aunque sea por teléfono.
- Tienen miedo, temor a accidentes o enfermedades, a perderse y no reunirse nunca más con sus padres, a los secuestros o asesinatos.
- Hay preocupaciones acerca de la muerte y el morir.
- Evitan ir solos a distintos lugares, pues se muestran nostálgicos y desgraciados.
- Sienten temor a la hora de acostarse, pueden trasladarse a la cama de los padres o tener pesadillas que expresen temores.
- Cuando ocurre o se anticipa la separación, tienen frecuentes quejas somáticas (cefalea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, palpitaciones etc.) en dependencia de la edad, así como síntomas cognitivos, afectivos y conductuales.
- Se niegan a asistir a la escuela.

Patogenia

- Suele ser secundaria a la timidez, pero también se puede presentar aisladamente.
- Es un fenómeno normal entre los 18 y 30 meses.
- Es más frecuente en parientes biológicos de primer grado, que en la población en general.
- Es más común en hijos de madres con trastorno o del estado de ánimo, trastorno de angustia o con antecedentes familiares de alcoholismo.
- Se presentan en familias cuyos miembros están muy unidos.
- Etapas del desarrollo que se convierten en períodos críticos: comienzo en el círculo infantil y la escuela, escuela al campo e inicio del régimen de internado.

Criterios de diagnósticos (DSM-IV)

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesto de manifiesto por tres (o más) de las circunstancias siguientes:
1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación, respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo extraviarse o ser secuestrado).
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas, o que éstas sufran un posible daño.
 4. Resistencia o negativa persistente o excesiva a estar en la casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
 5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante, o a ir a dormir fuera de casa.
 7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos), cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.
- B. La duración del trastorno es de, por lo menos, 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo, o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos, no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar: Inicio temprano, si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

Prevalencia

- Se estima en 3,3 y 4 % para niñas y adolescentes jóvenes, con ligero predominio en las niñas (2,1).
- Otros autores la estiman del 0,6 al 6 %.
- El ausentismo escolar es frecuente.

Evolución

Puede aparecer después de situaciones estresantes como:

- Fallecimiento de un familiar o animal querido.
- Enfermedad del niño o de un familiar.

- Cambio de escuela.
- Traslado de vivienda.
- Emigración.
- Períodos de exacerbación y remisión.
- La ansiedad puede persistir durante varios años.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Esquizofrenia.
- Otros trastornos psicóticos.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Angustia con agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Trastorno disocial.
- Fobia social o trastorno del estado de ánimo.
- Ansiedad de separación propia de la etapa de desarrollo.

Complicaciones

- Trastornos neuróticos sobreañadidos (ante situaciones estresantes).
- Trastornos del sueño como insomnio y pesadillas.
- Reducción del apetito.
- Disminución de la atención.
- Disminución del rendimiento académico.
- Irritabilidad.
- Tendencia al llanto.
- Fobia escolar.

Tratamiento

- Intervenciones psicosociales, como psicoterapia individual combinada con terapia familiar de orientación a los padres.
- Medicación ansiolítica, benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam).
- Trifluoperazina o buspirona.
- Medicación antidepressiva con tricíclicos (imipramina o amitriptilina), o con inhibidores de la recepción de serotonina (ISRR) como la fluoxetina.
- Terapéutica cognitivo-conductual y orientación a la familia.

TEMA 20

Trastorno de evitación: timidez

Ovidia Rodríguez Méndez

De modo general, se manifiesta por un distanciamiento persistente ante el contacto con extraños y hay predominio de conductas de inhibición delante de personas no familiares, lo cual interfiere en sus relaciones con otros niños.

En el lactante se evidencia con la reacción al extraño a partir del octavo mes de vida, con gran temor, se avergüenza y se refugia en la mamá, cuando algún desconocido se le acerca o se dirige a él.

A partir de los 2 años, en visitas o cumpleaños, no se relaciona con los niños ni participa. Más tarde le cuesta trabajo hacer nuevas amistades, y se mantiene retraído y callado; es penoso y evita las reuniones grupales o las actividades que exigen intercambios con los adultos como dar recados, hacer mandados, preguntar la hora, etc. Muestra un gran respeto hacia la autoridad de maestros y profesores, y son muy cumplidores para evitar la reprimenda.

Esta dificultad para relacionarse se mantiene hasta la adolescencia, fase durante la cual el joven se aísla, se siente molesto, e inferior, con baja autoestima, y esto lo priva de integrarse adecuadamente al grupo, lo que es tan decisivo en esta etapa de la vida.

En la adultez, el paciente busca formas compensatorias para que su trastorno sea menos evidente: habla poco, elige tareas donde no necesite el intercambio con otras personas y evita hablar con desconocidos, para controlar la ansiedad que le generan las actividades sociales.

Patogenia

- Teoría del apego-desapego, en la cual predominan los factores temperamentales congénitos de gran inclinación hacia las figuras familiares.
- Historia familiar de otros miembros con este trastorno.
- Madres sobreprotectoras que establecen lazos afectivos simbióticos muy fuertes con los hijos, donde se destaca la díada madre-hijo.

Evolución

Los niños con timidez son más propensos a manifestar ansiedad de separación, fobia escolar y otras manifestaciones de ansiedad ante situaciones de estrés.

Tratamiento

Debe manejarse de igual forma que en los niños con ansiedad por separación.

TEMA 21

Trastornos de personalidad en la adolescencia

Ovidia Rodríguez Méndez

La personalidad se forja en el proceso de interacción del sujeto con el medio, a partir del nacimiento, donde tienen un gran peso los factores genotípicos que incluyen la constitución o hábito corporal, el temperamento y las aptitudes (condiciones anatomofuncionales, hereditarias o daño prenatal), y los factores fenotípicos que incluyen los antecedentes posnatales como las enfermedades o traumas, las influencias climáticas directas o indirectas, la educación, el aprendizaje, las influencias sociales, etc.

La interrelación de este grupo de factores, de influencia recíproca, permite el desarrollo de la constitución como figura individualizada, del temperamento en carácter y de las aptitudes en capacidades a través del entrenamiento.

La personalidad no se individualiza por el mero conjunto de factores congénitos y adquiridos, sino por el papel que en cada individuo desempeñan los distintos valores sociales que él haya incorporado como rectores de su vida, por ejemplo: valores estéticos, científicos, utilitarios, justicia y normas morales, entre otros.

El niño comienza a consolidar los patrones morales a partir de los 6 años y aquí influyen las personas afectivamente importantes de su entorno: padres, abuelos, hermanos, tíos, amigos o maestros.

En el adolescente, se reafirma la personalidad que aún no estaba definida. Los valores sociales pueden sufrir o pasar por diferentes contingencias: si no existían, se generan nuevas y si existían, pueden reforzarse o extinguirse; pues se modifican por el intercambio de las influencias cambiantes externas con los otros factores ya existentes en cada individuo. Podemos decir, entonces, que la personalidad está integrada por el carácter y las capacidades del individuo que se manifiestan como la manera de ser, de reaccionar, de hacer, de percibir y pensar acerca de uno mismo y de los demás.

Definición. Los trastornos de personalidad son **formas inadaptadas de comportamiento** con malestar subjetivo, que aparecen en una gama de contextos sociales y personales, que son reconocibles desde la adolescencia y que prosiguen a lo largo de la mayor parte de la vida adulta. No se modifican de manera espontánea y generan sufrimiento para el paciente y para quienes lo rodean. En la adolescencia constituye un riesgo **etiquetar** una conducta anormal como un

trastorno de la personalidad, porque ésta es inestable y su estructuración se establece de forma lenta; la conducta puede cambiar, o desaparecer en unos meses o en unos años, con intervención terapéutica o no.

Características generales

Los trastornos de personalidad son el grupo de trastornos emocionales más frecuentes en la práctica psiquiátrica. Su prevalencia oscila entre 2 y 10 % de la población general, y se señala que aumenta entre los desventajados socialmente y en el grupo con mayores dificultades socioeconómicas. Las relaciones interpersonales se vuelven difíciles por su forma de comportarse. Ellos no se ven así mismos como los ven los demás y carecen de empatía, por lo que pueden ser calificados de malos.

Los adolescentes con diagnóstico previo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad están más predispuestos a presentar trastornos de personalidad y pueden mostrar signos neurológicos “blandos”. Otras lesiones neurológicas (epilepsia, estados posencefalíticos e intoxicaciones) pueden aumentar la incidencia y gravedad de los trastornos de personalidad.

La importancia de la herencia sobre el ambiente se ha señalado, sobre todo, en la introversión social; en estudios de gemelos monocigóticos, la concordancia de trastornos de la personalidad fue superior que entre los dicigóticos.

En otros trastornos de personalidad se involucran factores bioquímicos, metabólicos, de predisposición constitucional, etcétera.

Entre los factores culturales y ambientales se señalan los trastornos de personalidad desarrollados como una conducta reforzada y mantenida por recompensas y la mala adecuación del temperamento a las expectativas y formación de los padres, es decir, a la relación existente entre el temperamento o personalidad del niño y sus progenitores.

Clasificación

Trastorno orgánico

Está asociado a lesión demostrable o a un proceso neurológico morboso. Los pacientes con este trastorno se caracterizan por irritabilidad, impulsividad, agresividad, rasgos obsesivos, rigidez, perseverancia, egoísmo, ansiedad, y se descompensan con facilidad.

Trastorno esquizoide

Se manifiesta por retraimiento social, timidez, hipersensibilidad y pocas relaciones sociales; rara vez interactúan con la comunidad, se sienten mal,

padecen sentimientos de inferioridad y otras veces de superioridad; son poco combativos y falta entusiasmo.

Trastorno paranoide

Los adolescentes con este trastorno son personas hipersensibles, suspicaces, celosas, rígidas, envidiosas y litigantes. Se les hacen difíciles las relaciones interpersonales con los amigos, su pareja y la comunidad en general.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Quienes sufren este trastorno se comportan con excesiva responsabilidad, meticulosidad, perfeccionismo, rigidez e inflexibilidad; son propensos a la burla y al orden y son escrupulosos; tienen tendencia a la ansiedad, cuando no pueden cumplir con sus estrictos principios. Hacen padecer a las personas que están a su alrededor por sus exigencias.

Trastorno explosivo

Se manifiesta por escaso autocontrol, con respuestas de gran irritabilidad, cólera de inicio rápido y tumultuoso que lleva a la agresividad física y verbal, que no siempre guarda relación con la situación de estrés. Estos episodios aparecen como respuesta a diferentes estímulos psicológicos y sociales.

Entre episodios la conducta es normal. Este trastorno puede estar relacionado con la epilepsia o con la ingestión de alcohol.

Trastorno histérico

El adolescente se comporta excitable, inestable emocionalmente, hiperactivo, le gusta ser centro y llamar la atención; es inmaduro y vanidoso, con tendencia a la dramatización; es narcisista, con actitudes seductoras, por lo que establece relaciones superficiales y es muy sugestionable.

Trastorno antisocial

Los pacientes con este trastorno son incapaces de tener lealtad a valores individuales, grupales o sociales. Se comportan de forma egoísta, insensible, irresponsable e impulsiva, y son incapaces de sentirse culpables o de aprender con sus propias experiencias. La afectividad es fría, con poca o nula capacidad de empatizar con sus semejantes.

Se valora, en sus génesis, el fracaso en los procesos de socialización, con gran influencia del entorno, la herencia y la psicopatología familiar.

Evolución

Los trastornos de personalidad, cuando ya están definidos y se ha establecido un diagnóstico certero, tienen una evolución crónica con períodos de descompensación ante situaciones de estrés y conflictos de la vida cotidiana.

Los trastornos de origen orgánico dependen, para su evolución satisfactoria, del tratamiento adecuado de la enfermedad de base.

Los de personalidad paranoide, esquizoide y obsesivo-compulsivo deben vigilarse estrechamente en esta etapa de la vida, por la posibilidad de desarrollar una esquizofrenia.

El histérico sufre descompensaciones frecuentes, con manifestaciones ansiosas, conversivas o somatoformes y disociativas.

El trastorno de personalidad antisocial, tiene una evolución crónica y se desarrolla de forma tórpida, con descompensaciones ante situaciones de estrés.

Diagnóstico diferencial

En la adolescencia se hace difícil, en ocasiones, establecer el diagnóstico definitivo de trastorno de la personalidad, porque existen trastornos de conducta que pueden confundirse con alteraciones de la personalidad y desaparecen pasado algún tiempo.

Para llegar al diagnóstico debemos realizar un examen médico y neurológico para descartar las alteraciones orgánicas y realizar entrevistas a padres u otros familiares allegados, a maestros u otras personas relacionadas con el menor, que no exageren o minimicen la conducta.

Debe valorarse la psicosis incipiente, y tener en cuenta la repetición de la conducta alterada, y la historia social y familiar anterior.

Es también importante considerar el alcoholismo y la drogadicción como generadoras de trastornos de la conducta, pero se puede establecer el diagnóstico, si se indagan los antecedentes de ingestión de estas sustancias.

Tratamiento

Los pacientes con trastornos de personalidad no aprenden con su propia experiencia; los ambientes estructurados los pueden ayudar en este aprendizaje. Cuando los problemas son detectados tempranamente, la escuela y el hogar pueden intensificar la presión social para que cambien su conducta.

Las técnicas conductuales, en especial, las de condicionamiento operante y aversivas, así como las de extinción, favorecen que el adolescente modifique su conducta. Las rabietas y el mal humor, por ejemplo, desaparecen cuando esta conducta no obtiene respuesta.

La psicoterapia de grupo es útil para mejorar las relaciones interpersonales, sobre todo en las personalidades esquizoides, así como para lograr un reaprendizaje de las conductas inadaptadas.

La hospitalización se indica cuando existen descompensaciones con manifestaciones depresivas y riesgo suicida o síntomas psicóticos. A veces requieren hospitalización, de día, cuando existen manifestaciones de ansiedad y depresión.

Para controlar las descompensaciones psicóticas se ha usado, con buenos resultados, el haloperidol, de 2 a 5 mg por vía oral cada 6 h, hasta que el paciente mejore y tenga contacto con la realidad.

La conducta impulsiva y agresiva disminuye con el uso de la carbamazepina, entre 600 y 800 mg diarios divididos en 3 o 4 dosis.

Los antidepresivos como la imipramina y la amitriptilina y los ansiolíticos como el diazepam, el clordiazepóxido y la trifluoperazina en las dosis habituales pueden ser de utilidad y de fácil manejo para el médico general, para lograr estabilidad en los estados de descompensación de los trastornos de personalidad.

TEMA 22

Trastornos neuróticos

Juana Velásquez Argota

Tradicionalmente en psiquiatría infantil se ha hecho una diferenciación entre los trastornos neuróticos del niño y del adolescente, y los característicos del adulto.

Sigmund Freud postuló que toda neurosis del adulto tenía el antecedente en una neurosis infantil, pero los resultados de estudios clinicoepidemiológicos demuestran que la mayoría de los niños con trastornos de las emociones llegan a convertirse en adultos normales (sólo una minoría presenta trastornos neuróticos en la vida adulta) y que lo contrario también es posible: trastornos neuróticos del adulto que parecen tener comienzo en la vida adulta, sin antecedentes significativos en la infancia. Hay evidencia empírica de que los trastornos característicos de la infancia tienen mejor pronóstico.

La **inadaptación neurótica** se considera el paradigma de los trastornos neuróticos infantiles. Es un diagnóstico psiquiátrico realizado con frecuencia por los psiquiatras infantojuveniles cubanos, quienes decidieron que apareciera como una subcategoría diagnóstica definida en las versiones cubanas (GC-2 y GC-3) de la Clasificación Internacional de la OMS (CIE-9 y CIE-10).

Definición. Se trata de cuadros no bien definidos (recuérdese que todavía no se ha completado el desarrollo de la personalidad) en niños y adolescentes que desde los primeros años de vida padecen uno o varios síntomas neuróticos poco estructurados, (como ansiedad o su expresión somática, inquietud motora, miedos y síntomas aislados de carácter histérico, obsesivo-compulsivo, fóbicos o depresivos). Dichos síntomas tienen cierta estabilidad en el tiempo (más de 1 o 2 años de evolución) y también cierta independencia de factores medioambientales.

Cuadro clínico

El trastorno se desarrolla en niños con tendencia a mostrarse preocupados en exceso, acerca de eventos pasados y futuros, como la realización de exámenes, hacer nuevos amigos e incluirse en grupos de paraiguales. Por lo general, repiten preguntas sobre peligros reales o imaginados y son difíciles de tranquilizar. A menudo muestran ansiedad de anticipación; por ejemplo, una visita al médico o un viaje, pueden desencadenar miedo anticipado en relación con eventualidades propias de estas circunstancias.

El niño se presenta constantemente nervioso, tenso y tiende a reaccionar con inhibición y ansiedad ante situaciones nuevas. Es demasiado dependiente para su edad y perfeccionista, y está muy necesitado de recibir aprobación de quienes lo rodean. Muchas veces evita las situaciones competitivas con otros de su edad y se defiende mal o redirige su agresividad hacia situaciones o personas que no la provocaron.

El trastorno no es infrecuente, pero no hay información confiable respecto a la prevalencia ni edad de comienzo. La forma de inicio puede ser brusca o gradual y la evolución fluctuante, con atenuación o exacerbaciones de síntomas a veces, pero no siempre, en relación con factores estresantes.

El trasfondo familiar de estos pacientes se caracteriza porque hay varios miembros significativos del grupo familiar que padecen trastornos de naturaleza neurótica y porque el niño crece expuesto a situaciones conflictivas de diversa índole que interfieren el desarrollo psíquico normal.

El ejemplo clásico de estos trastornos es la llamada **fobia escolar**, que además de ser un trastorno característico de la niñez, constituye una urgencia psiquiátrica infantil. Se trata de un tipo especial de incapacidad para asistir a la escuela, que se presenta en niños tímidos y con ansiedad de separación, que se caracterizan por un predominio de reacciones de inhibición, temor excesivo a la autoridad extrafamiliar y un apego exagerado por la madre u otra figura emocionalmente significativa; dicho apego es recíproco.

Casi siempre en estos casos la primera experiencia extrafamiliar (primera experiencia de separación) la constituye la escuela y el niño reacciona con expresiones somáticas de ansiedad que incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarreas, dolor de cabeza, palidez, síntomas de debilidad y desfallecimiento que aparecen en las mañanas, antes de salir para la escuela. Estos síntomas desaparecen al terminar la sesión escolar y no se presentan los fines de semana ni en período vacacional. Puede existir ansiedad anticipada que se presenta en las noches. El miedo básico no es el ir a la escuela, sino dejar el hogar y separarse de la familia.

La fobia escolar es más frecuente en los primeros años de la primaria y a veces se reactualiza al promover el niño al nivel de secundaria básica. Su incidencia aumenta durante los meses de septiembre a octubre, o sea, al inicio del curso escolar.

Manejo de la fobia escolar

Esta urgencia psiquiátrica se maneja en el primer nivel de atención por el médico de familia o el pediatra, y es en esta primera fase que se descartan las causas orgánicas del dolor abdominal recurrente, la cefalea, etc., y se ponen en evidencia las causas emocionales del cuadro clínico entre ellas:

- La meta inmediata es el rápido retorno a la escuela, ya que cada día alejado de ésta hará más difícil el retorno y la adaptación del paciente.

- Si la fobia escolar ha sido desencadenada por una experiencia negativa en el medio escolar, podría indicarse un cambio de aula o de escuela.
- Puede sugerirse que la madre lleve al niño hasta el aula y permanezca allí un rato, hasta que se sienta tranquilo bajo la tutela de la maestra.
- En algunos casos el retorno a la escuela será progresivo y, al principio, sólo permanecerá una parte del tiempo en el aula.
- Cuando la madre experimente una marcada ansiedad que obstaculice la separación del niño, puede orientarse que lo lleve el padre u otro adulto, o un niño mayor con quien el paciente no tenga un apego muy marcado.
- Algunos niños se muestran incapaces de permanecer en el aula largos períodos, piden regresar al hogar y refieren dolor abdominal, cefalea u otros síntomas somáticos. El maestro debe tranquilizar al niño, permitirle descansar, estimularlo de forma adecuada y mantenerlo en el aula.
- No debe exigirse al niño que tome desayuno, merienda o almuerzo en la escuela, si esto intensifica los síntomas somáticos (vómitos, dolor abdominal, diarreas, etc.).
- Puede medicarse con ansiolíticos al levantarse, para suprimir las manifestaciones somáticas de ansiedad.
- Si estas medidas de emergencia no resultaran efectivas, el paciente debe remitirse al especialista, y aunque se logre el regreso a la escuela, la remisión está justificada para tratar conflictos subyacentes y prevenir las recaídas.

En los adolescentes también pueden verse trastornos neuróticos tan estructurados como los del adulto. El síntoma más frecuente es la ansiedad. Hay clara conciencia de enfermedad y sufrimiento existencial. El conjunto de síntomas es diverso y no se debe al efecto de estresores actuales, de evolución prolongada, crónica y tórpida; esto evidencia la existencia de necesidades afectivas hipertrofiadas y distorsionadas, y de mecanismos psicopatógenos inadaptativos. Pueden verse las mismas variedades clínicas descritas en el adulto y cuando se sospecha un cuadro clínico tan estructurado, el paciente debe ser remitido al especialista.

TEMA 23

Trastornos de adaptación

Juana Velásquez Argota

Definición. Se trata de la aparición de síntomas de intensidad variable, dependientes de la esfera emocional o conductual, o de ambas, en un niño o adolescente con desarrollo psíquico previo normal, que guardan relación temporal con la influencia de un agente del medio potencialmente psicotraumatizante. Los síntomas duran poco (entre 3 meses y 1 año más o menos) y muestra tendencia a la reversibilidad espontánea (sobre todo si dejara de actuar el factor nosógeno).

Epidemiología

La prevalencia de estos trastornos no es conocida, aunque en estudios clínicos y epidemiológicos se ha demostrado la validez de esta categoría diagnóstica.

Cuadro clínico

En los estudios de morbilidad oculta se ha señalado que, en muchos casos, los pacientes no han sido atendidos en servicios de salud y se ha supuesto que el carácter neurótico de los padres determina la solicitud de asistencia médica y se ha desconfiado de la reversibilidad de los síntomas con ayuda exclusiva del medio familiar.

La expresión sintomática es de variable intensidad, pero a veces se compone nada más de síntomas regresivos (conductas propias de una etapa del desarrollo, ya superadas).

Las formas conductuales como hostilidad, desafío, agresividad, promiscuidad, abuso de drogas legales e ilegales y actos antisociales, son más frecuentes en la adolescencia.

En adolescentes y escolares mayorcitos, síntomas frecuentes de la depresión situacional son el intento suicida y las somatizaciones (en especial el dolor). En general hay un amplio patrón de respuestas características del niño, según los diferentes niveles de desarrollo, con variaciones debidas a diferencias individuales.

El factor psicopatogenizante es de tal importancia en el cuadro clínico, que por lo general se coloca en primer plano al hacer la exposición de los síntomas: “desde que se operó de apendicitis, el niño tiene...”; “desde que nos divorciamos ...”; “desde que falleció la abuelita que lo cuidó siempre, el niño se manifiesta...”; etcétera.

Es conocida la variabilidad de los seres humanos en lo que respecta al grado de vulnerabilidad ante los agentes estresantes, pero en el paciente pediátrico es preciso tener en cuenta, además, la etapa del desarrollo por la que el individuo esté atravesando. Ejemplo: una experiencia de separación forzada de la madre, puede ser psicopatogénica para un lactante (si ésta no es sustituida por otra persona con el mismo estilo de cuidados físicos y afectivos) y no serlo para un adolescente. En la edad infantil hay que destacar, también, el carácter aparentemente baladí del factor psicotraumatizante. Ejemplo: el nacimiento de un hermano.

A continuación se describe el cuadro clínico del trastorno de adaptación en relación con algunos de los factores potencialmente psicopatogénicos más frecuentes en la edad pediátrica, junto con medidas preventivas.

Enfermedad aguda: hospitalización

La respuesta de un niño ante una enfermedad aguda, depende del sistema de órganos afectado, de su nivel de desarrollo cognitivo, del significado de la enfermedad para el niño y su familia, de la naturaleza del tratamiento necesario y de otros factores.

El efecto directo de dicha enfermedad sobre la conducta, puede incluir trastornos en la atención, postración, irritabilidad, trastornos del sueño y del apetito. La hiperactividad, con frecuencia, complica el cuadro del paciente. En niños mayorcitos pueden aparecer síntomas de angustia como palpitaciones, hiperventilación y diarreas (a veces, con implicaciones para el diagnóstico diferencial).

También puede producirse depresión con sentimientos de tristeza y abandono.

En las reacciones más severas, pueden presentarse síntomas obsesivos y compulsivos. La regresión emocional y conductual como respuesta a una enfermedad aguda es más común en preescolares y escolares pequeños, pero también ocurre en adolescentes.

El reposo absoluto en cama, tiene un efecto potencialmente dañino. La lucha por el control que se establece entre el niño y sus padres puede causar trastornos del apetito y del sueño, que pudieran persistir más allá de la recuperación física.

Según el grado de desarrollo alcanzado del concepto de enfermedad, el niño puede considerarla como un castigo merecido o no por una transgresión de normas y reaccionar con actitudes variables que faciliten u obstaculicen su recuperación.

La reacción del niño ante el estrés que ocasiona la enfermedad, puede agravarse por la hospitalización.

Las reacciones graves pueden ser prevenidas en cierto grado, si se prepara al niño de manera adecuada para la hospitalización. La preparación siempre es

un asunto difícil, ya que hay varios factores implicados: edad, razón de la hospitalización, personalidad de los padres, duración de la hospitalización, etc.

En la medida en que el niño pueda comprender, hay que decirle simple y sinceramente por qué va a ingresar, y explicarle las circunstancias, técnicas, procedimientos y experiencias de dolor. Asegurarle que la estadía durará sólo lo indispensable y que la madre o el padre u otra figura significativa permanecerá a su lado. No debe pretenderse que la experiencia resulte agradable.

Los tratamientos y proceder de diagnóstico es preferible describírselos inmediatamente antes de que vayan a ser realizados y, si es posible, por la madre.

En general, con sus preguntas, el niño indica hasta dónde debe conocer y qué es lo que le preocupa. Puede necesitar que se le repitan las explicaciones y esto debe hacerse sin dar muestras de impaciencia.

Todo proceder diagnóstico o terapéutico que se practique deberá hacerse en presencia de la madre.

Se recomienda que el menor tenga en el hospital algunos juguetes de su agrado, porque le proporcionan satisfacción y por el nexo que significan con el hogar, y las sensaciones de afecto y seguridad que provienen de allí.

La ansiedad y preocupación de los padres se transmiten al pequeño, por lo que ellos deben ser los primeros en recibir información y apoyo, para que puedan mostrarse tranquilos y confiados ante el paciente.

En el caso especial que plantea el tratamiento quirúrgico, es preferible que no conozca sobre su hospitalización hasta 1 o 2 días antes de que se lleve a cabo, para evitar una angustia de anticipación excesiva. Aunque la anestesia, la operación y el dolor no sean discutidos en detalle, evitar hablar acerca de ello es imprudente. Si han de producirse dolor y molestias es menos perturbador que esté avisado de antemano y para prevenir reacciones emocionales patológicas intensas, debe permitirle expresar sus fantasías, emociones y sentimientos, inclusive utilizando el juego.

No es posible preparar siempre al niño para la hospitalización y/o cirugía, por el carácter grave o agudo de su enfermedad y en los casos de accidentes, pero resulta tranquilizador para padres e hijos la continuidad de la atención de personas clave: médicos y enfermeras, sentidos por ellos como responsables de su caso y accesibles en todo momento, quienes con su actuación tranquilizadora atenuarán las agresiones psicológicas sufridas por el niño y su familia.

Enfermedad crónica

La reacción inicial de un niño ante una enfermedad crónica puede dar lugar a un trastorno de adaptación, pero también estas enfermedades o las lesiones que provocan una minusvalía física permanente, pueden interferir en el desarrollo de la personalidad de modo más serio y a largo plazo. La capacidad adaptativa

previa del niño, el equilibrio de la relación padres-hijo y sus modos de enfrentamiento al estrés, parecen ser los factores pronósticos más importantes.

La reacción de escolares y adolescentes ante una enfermedad crónica o lesión que produzca un *handicap* permanente, atraviesa por varias fases: al inicio hay miedo de origen real a la muerte, seguidos de una conducta de negación de daño físico a plazo largo.

Después de algunos días o semanas, la nueva fase se caracteriza por el reconocimiento de la seriedad de la situación y por la aflicción que puede estar enmascarada por una conducta demandante de atención. En esta etapa puede presentarse una depresión importante: expresión facial de tristeza, llanto, inhibición o falta de disfrute en el juego, disminución del rendimiento académico, sentimientos de desesperanza, tristeza y abandono, ideas suicidas e intentos de suicidio.

La próxima fase se caracteriza por la acentuación de algunos rasgos poco deseables de la personalidad en estructuración: marcada dependencia, invalidez psíquica o independencia sin base real.

Los padres van reaccionando al unísono con sus hijos y primero atraviesan por una fase de negación e incredulidad que puede durar días, semanas o meses, en la que se produce la búsqueda de otras opiniones calificadas. A continuación se muestran deprimidos, culpables y con frecuencia proyectan la culpabilidad de la enfermedad en el otro, así se produce una crisis de la pareja parental que puede terminar, por lo menos, en divorcio emocional. Después de semanas o meses, los padres alcanzan la etapa de comprensión y aceptación de la enfermedad, en la que se muestran capaces de manejar sus sentimientos y organizar la vida familiar de un modo funcional, aun con uno de sus miembros muy enfermo.

El manejo de estas reacciones iniciales consiste en guiar y acompañar al paciente y a su familia durante estas fases, pues los intentos para forzarlos a encarar la realidad de la situación antes de que estén listos, a veces sólo consiguen incrementar los mecanismos de negación, con sus graves consecuencias para la evolución de la enfermedad.

El paciente y sus padres pueden ser apoyados emocionalmente, y debe permitírseles ventilar sus sentimientos de frustración, ansiedad y culpa. Puede sugerirse la terapia ocupacional en el hogar, estimular que sean asumidas las actividades habituales de forma gradual y redirigir los intereses del niño hacia actividades que puedan compensar las que le están prohibidas. Los padres deben ser alertados sobre sus tendencias a la sobreprotección y permisividad. El niño debería asistir a la escuela, aunque sea una parte del tiempo, o los maestros en el hogar lograr que continúe su aprendizaje.

A veces es necesaria una intervención especializada, pues algunos niños desarrollan conflictos emocionales profundos, sobre todo en el seno de familias disfuncionales.

Situaciones de desajuste familiar

Con relativa frecuencia los niños y adolescentes se ven involucrados en una situación familiar que interfiere con su desarrollo psíquico normal. Uno de los ejemplos más claros es la convivencia con un familiar alcohólico. En ocasiones, los síntomas psíquicos del niño son la “tarjeta de presentación” de esta familia disfuncional y sólo después de varias entrevistas se aclarará el rol que en la dinámica familiar está representando el pequeño paciente que es identificado como enfermo, mientras que el alcohólico no es identificado como tal.

Además de los riesgos a largo plazo para la formación de la personalidad que significa el alcohólico como modelo, como figura de identificación en la infancia, el niño puede presentar síntomas de ansiedad y depresión actuales.

Experiencias de separación

Alrededor de las dos terceras partes de los niños presentan la llamada **ansiedad de los 8 meses** o temor al extraño, que puede variar en intensidad de un niño a otro, y que a menos que se prolongue mucho en el tiempo, no es un comportamiento anormal.

Las separaciones maternas forzadas de corta o larga duración, a menudo son fuente de trastornos en el niño pequeño. La depresión anaclítica fue descrita por Spitz como un efecto de la separación o interrupción de la relación madre-hijo en la etapa de lactante. Él observó este trastorno en hijos de madres que fueron encarceladas y separados de ellas cuando tenían de pocos meses a 1 año de edad. Los niños eran cuidados en casas-cuna limpias e higiénicas por personal que les proporcionaba los cuidados físicos mínimos, pero sin que se produjera la relación cálida, afectuosa y estimulante, propia de la diada madre-hijo.

Los lactantes mostraron profundas perturbaciones de su salud; en el desarrollo psicomotor, social y del lenguaje; y algunos de ellos, inclusive, murieron. En estos casos descritos por Spitz, el cuadro clínico alcanzó un nivel psicótico; pero por suerte el cuadro clínico que se presenta con más frecuencia si un bebé es separado de su madre es un trastorno depresivo de breve duración, caracterizado por llanto mantenido, rechazo al contacto social y a los alimentos, pérdida de peso e insomnio y es reversible si el lactante es sustraído del ambiente perturbador o se modifican sus condiciones adversas.

La experiencia de separación extrema la constituye la muerte de una persona emocionalmente significativa para el niño. Este factor interfiere o no, con el desarrollo psíquico, en dependencia de la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño y de si se produce la sustitución de la figura perdida o no.

El concepto de muerte está completo en la adolescencia y en esta edad la muerte puede ser comprendida, incluso, en su trascendencia filosófica, pero los escolares sólo tienen el concepto de muerte en su sentido de irreversibilidad y

algunos aspectos concretos como no se respira, no se come, lo entierran, etc.; en la etapa anterior a los 6 o 7 años, los niños creen que la muerte es reversible.

De este modo, un niño pequeño puede no dar señales de tristeza por la muerte de la madre si ésta es convenientemente sustituida desde el punto de vista afectivo e, incluso, preocupar a quienes lo rodean por considerarlo poco sensible, pues apenas pregunta por la ausente o pregunta una y otra vez, a pesar de que se le informa que está muerta; mientras que los niños mayorcitos y los adolescentes pueden presentar un cuadro depresivo por la muerte de un ser querido.

La muerte de las personas queridas debe ser informada al niño y sus preguntas son precisamente la medida de hasta dónde debe saber. Hay que darle la oportunidad de compartir su pena, su dolor con otros y no utilizar las mentiras que terminarían por trastornar toda la comunicación con el niño.

Tratamiento

El manejo general de los trastornos de adaptación en niños y adolescentes, se basa en varios principios:

- Identificar el factor psicopatogenizante del medio que está actuando.
- Suprimir, atenuar o modificar dicho factor, si fuera posible, o hacer otros ajustes en el medio ambiente que favorezcan la recuperación del equilibrio psíquico del paciente.
- Esperar, pues a veces el ajuste se produce con los propios recursos psicológicos del pequeño.
- Utilizar psicofármacos como ansiolíticos o antidepresivos, según los síntomas dominantes en el cuadro clínico.
- Las medidas preventivas tienen un papel destacado en estos trastornos.

TEMA 24

Depresión subclínica en la adolescencia

Francisca Cruz Sánchez

Cuando se analiza la morbilidad y mortalidad en la adolescencia (de 10 a 24 años), se encuentran cifras elevadas de intentos suicida, y que el suicidio ocupa el tercer lugar en la mortalidad general de 10 a 24 años, pero el segundo lugar de 15 a 24 años, sólo superado por los accidentes, en la mayoría de los países que muestran sus estadísticas cada año.

Se considera que una de las formas más prácticas y efectivas de disminuir esas cifras es hacer el diagnóstico precoz o en etapa subclínica, pues muchos adolescentes acuden a consulta por muchas causas y la verdadera no es detectada adecuadamente, ya que se pierden oportunidades valiosas en las consultas que pueden salvarlos posteriormente, de ahí la importancia de que los médicos de familia, pediatras, internistas y todos aquellos profesionales que atienden a adolescentes piensen en esta posibilidad, la cual es más frecuente de lo que parece.

Trastornos psicósomáticos

- Somatoformes (molestias o disfunciones somáticas que no están bajo control consciente y para las cuales no existe una causa orgánica demostrable), como:
 - Dimorfismo corporal.
 - De conversión.
 - Hipocondría.
 - De somatización.
 - De dolor somatoforme.

La alteración más frecuente durante la adolescencia son las **reacciones de conversión** (proceso psicofisiológico en el cual las emociones dolorosas, especialmente la ansiedad, depresión y culpabilidad son expresados por síntomas físicos).
- Psicofisiológicos (afectan el desarrollo o la recurrencia de una afectación física con aspectos patológicos demostrables). Los síntomas aparecen cuando la ansiedad activa el sistema nervioso autónomo y como resultado se tiene: taquicardia, hiperventilación, vasoconstricción e hipertensión arterial.
- Ficticios. Molestias o disfunciones somáticas y psicológicas controladas, conscientes y autoinducidas.

Patogenia (multicausalidad)

Teorías planteadas:

- Estos pacientes ignoran las señales de su cuerpo o no le dan importancia (sobreadaptados).
- Que las madres sobreprotectoras interrumpieron en sus hijos el desarrollo de la unidad psicosomática.
- Especificidad de respuesta. Debilidad genética de un órgano.
- Estado emocional negativo. Ansiedad, depresión, ira y hostilidad.
- Predisposición al estrés.

La base emocional de esos síntomas puede ser variada:

- Alteraciones psicosomáticas.
- Depresión.
- Estrés.
- Ansiedad.

Diagnóstico de sospecha

- Manifestaciones psicosomáticas recurrentes o persistentes:
 - Dolor de cabeza.
 - Dolor abdominal.
 - Dolor torácico.
 - Síncope o desvanecimiento.
 - Mareos o vértigos.
 - Letargia.
 - Pérdida de peso.
 - Trastornos del sueño.
 - Alteraciones en el apetito.
 - Hipertensión arterial.
- Síntomas inespecíficos:
 - Ausentismo escolar.
 - Fuga del hogar.
 - Desafío a la autoridad.
 - Conducta autodestructiva.
 - Delincuencia.
 - Abuso de drogas.
 - Inactividad sexual.

Evolución clínica

- Depresión subclínica.
- Depresión mayor.

- Intento suicida.
- Suicidio.

Tratamiento y manejo general

- Realizar entrevista o interrogatorio, y hacer énfasis en conflictos con los padres o divorcio, sobreprotección, enfermedad grave en un miembro de la familia, mudanza o cambio de escuela, problemas con la pareja y hallazgos clínicos inconsistentes.
- Indicar complementarios (diagnóstico diferencial).
- Enfatizar desde el inicio a los padres y paciente que tanto las causas emocionales como físicas necesitan ser comprendidas (la relación entre causa física, y dolor emocional y causa emocional de dolor físico debe ser bien explicada).
- Se le debe hacer entender al paciente que el síntoma puede persistir un determinado tiempo, pero recibirá ayuda.
- La medicación raramente ayuda a resolver los síntomas de conversión.
- Debe continuar sus actividades diarias en la escuela y con sus amigos.

TEMA 25

Conducta suicida

Ovidia Rodríguez Méndez

El enigma de esta conducta está precisamente en comprender porqué los seres humanos, se entregan a conductas autolesivas y amenazantes para la vida.

Definición. Es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la propia existencia e implica una variedad de estados y motivaciones que, a veces, pueden ser conscientes o inconscientes.

El adolescente actúa de forma impulsiva, después de una contrariedad, siente una angustia insoportable y pretende escapar mediante el suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres.

Podrían existir otros componentes relacionados con las crisis suicida como ingestión de alcohol o drogas, o incluso el ciclo menstrual. Otros autores consideran el impacto de factores genéticos y biológicos en esta conducta, cuando en realidad lo que se hereda no es la tendencia al suicidio, y sí una historia familiar de suicidio que puede ensombrecer la vida de una persona y afectar a varias generaciones.

Durkheim considera que el suicidio es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo y los clasifica en:

- Altruista (costumbre o regla del grupo).
- Egoísta (cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad).
- Anómicos (ruptura de la relación habitual entre la persona y la sociedad).

Litman 1967 comenta lo expresado por Freud y valora entre otros factores la cólera; la culpa; la ansiedad; la dependencia; y los sentimientos de desesperanza, desamparo y abandono en la psicodinamia del suicidio.

Cualquiera, y especialmente los adolescentes, en un momento de la vida pueden llegar a pensar que ésta no tiene sentido, y ante situaciones como un embarazo oculto o no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, pérdida de una relación valiosa y las dificultades comunes de la vida diaria, hacen que las personalidades poco tolerantes vean en este acto la **única solución** a sus problemas.

Se ha señalado que ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte y que cada día más de mil personas se suicidan en el mundo, y lo intentan cientos de miles de cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica.

Lo intentan más los adolescentes, en especial el sexo femenino, mediante el uso de los métodos suaves como la ingestión de tabletas, aunque esto está relacionado con los medios disponibles a su alcance en el momento de la crisis.

En el comportamiento suicida debemos valorar las ideas; las amenazas suicida con expresiones verbales o escritas; el gesto suicida, es decir, la amenaza con los medios disponibles; el intento de autoeliminación, que es el acto sin resultado de muerte; y el hecho consumado.

En la adolescencia es de gran utilidad explorar las ideas suicida que pueden expresarse en el deseo de morir con la representación suicida y adecuada planificación o no; de la acción la primera es la forma más grave.

Los riesgos suicida tienen especificidades individuales pero también varían de acuerdo con la etapa de la vida, y por ello se encuentran diferencias que atañen a la niñez y a la adolescencia. En cuanto al género, difieren para hembras y varones, aunque hay muchos que son comunes en cualquier edad y sexo.

Factores de riesgo

- El medio familiar es un factor de riesgo si desde el nacimiento no se recibe al niño con amor, si no es un hijo deseado, asimismo en madres muy jóvenes o demasiado mayores pueden existir patrones de crianza erróneos como la negligencia o la sobreprotección.
- En entidades o trastornos mentales como los trastornos de personalidad de los padres, la depresión, la esquizofrenia, o las adicciones al alcohol o las drogas, dificultan una adecuada comunicación entre padres e hijos y esto provoca sentimientos de inseguridad e insatisfacción en los segundos. Historia de trastornos en el control de los impulsos, agresividad, hostilidad, baja tolerancia a las frustraciones, y gran demanda de atención y afecto, celos de los hermanos mayores o más pequeños, o por el contrario pueden ser tímidos, ansiosos, retraídos y pasivos.
- La historia familiar puede revelar hogares rotos, inestables y sin patrones, con frecuentes discusiones que pueden llevar al maltrato físico y psicológico.
- La conducta suicida en algunos miembros de la familia, amigos o compañeros de escuela favorecen el aprendizaje y la imitación de esta actitud.

Factores predisponibles

Entre ellos, lo esencial es detectar:

- Presencia de hechos dolorosos como el divorcio de los padres o la muerte de un familiar allegado.
- Dificultades escolares.
- Regaños o humillaciones por parte de padres o maestros o conductas agresivas.
- Búsqueda de afecto y atención.

El doctor Pérez Barrero, presidente de la Sociedad Cubana de Suicidología en su obra *El Suicidio Comportamiento y Prevención*, hace una clasificación de los factores de riesgo en el adolescente de la forma siguiente: individuales, familiares y sociales.

Individuales:

- Intento suicida anterior.
- Alteraciones del comportamiento sexual (precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, víctimas de abuso sexual, violaciones, etc).
- Variaciones del comportamiento escolar (dificultades en el rendimiento habitual, fuga o deserciones escolares, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con maestros y profesores, presencia del fenómeno del “trajín-trajinador”, amistades con conducta suicida previa y la inadaptación a regímenes escolares militares (becas o servicio militar).

Familiares

Además de los factores de riesgo de la niñez, se deben considerar:

- Los que abandonan el hogar antes de los 15 años
- Identificación con familiares suicida, deprimidos o alcohólicos.
- Convivencia con enfermos mentales como único pariente
- Dificultades socioeconómicas
- Permisividad de conductas antisociales
- Familiares con personalidad antisocial

Sociales

- Noticias sensacionalistas (difusión masiva o rumor)
- Cuando identifica el suicidio con amistad, heroísmo u otra cualidad positiva
- Falta de apoyo social
- Posibilidad de adquirir drogas o armas de fuego.

Los cambios de actitudes y conductas en los hábitos de vida o de estados afectivos, deben constituir una **llamada de alerta**, por ejemplo:

- Una conducta muy agresiva o pasiva
- Pérdida o aumento del apetito
- Insomnio, pesadillas, exceso de sueño o enuresis
- Dificultades en el aprovechamiento docente
- Pérdida de intereses en los juegos y en las relaciones con su grupo
- Preocupaciones por la muerte y temas afines
- Hacer notas de despedidas a los familiares o amigos.

Factores desencadenantes

Entre los trastornos que pueden desencadenar el intento suicida se destacan en primer lugar, los trastornos del humor distímicos, la esquizofrenia, los trastornos de conducta, de adaptación y de ansiedad, el retraso mental y los trastornos incipientes de la personalidad.

Desde 1989 se inició en nuestro país el Programa de Prevención de la Conducta Suicida, cuyo objetivo es evitar el primer intento, su repetición o la consumación.

El médico de familia, por su estrecha vinculación con la comunidad, puede detectar al presunto suicida y ejercer acciones de salud. Ante un adolescente con los cambios conductuales señalados, al que se sumen factores de riesgo, debe ser evaluado por un especialista.

En la actualidad, se está reevaluando dicho programa para hacerlo más útil y dinámico, porque realmente la prevención del suicidio no es sólo tarea del equipo de salud mental y sus instituciones, sino de toda la comunidad.

Los mitos acerca del suicidio hacen que no podamos apreciar en su justo valor las señales que se emiten.

No es cierto que:

- La persona que habla de suicidarse nunca lo hace.
- El suicidio se comete sin previo aviso.
- El paciente que se repone de un intento suicida no tiene peligro de recaer.
- Todo el que se suicida está deprimido.
- El suicidio se hereda.
- El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.
- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.

La Asociación Médica Mundial reunida en Malta, en 1991, recomendó la necesidad de capacitar en la Escuela de Medicina y durante la Residencia acerca del desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, para reconocer señales y síntomas tempranos de angustia física, emocional y social en esta etapa de la vida, así como aprender a evaluar los riesgos suicida en sus pacientes.

Además, debe enseñarse a los médicos el tratamiento y las posibilidades de remisión ante conductas autodestructivas y en caso de que presenten traumatismos graves, deben evaluar la posibilidad de que las heridas puedan haber sido autoinfligidas.

Dicha asociación también recomendó la creación de servicios de consulta de salud mental destinados a prevenir el suicidio, atender a los que lo han intentado y desarrollar investigaciones epidemiológicas sobre suicidio, sus factores de riesgo y los métodos de prevención.

Tratamiento

Preventivo

Está encaminado a la promoción de salud, que debe ser realizada por los profesionales de Salud Pública, los familiares, los maestros y los propios adolescentes. Además:

- Promover estilos de vida más saludables, sin hábitos tóxicos, con una sexualidad responsable, prácticas de deporte y desarrollo de otros intereses en el tiempo libre.
- Brindar protección específica y dispensarizar a los grupos de riesgo.
- Realizar diagnóstico precoz, y tratamiento oportuno y adecuado.

Ayuda psicológica

Cualquier persona, sea profesional de la Salud o no, puede brindar ayuda a un adolescente en crisis. Los amigos, los vecinos, los maestros, entre otros, pueden brindar su apoyo.

Lo más importante es escuchar con atención al adolescente en crisis y facilitar su desahogo, demostrarle comprensión y que se aprecia lo difícil de su situación, al mismo tiempo que se le ayuda a encontrar soluciones diferentes del suicidio, si es que manifestó esta idea.

Preguntar directamente sobre el comportamiento suicida, nos permite evaluar la gravedad de la crisis.

Nunca se le debe abandonar ni hacerlo objeto de burla si está en crisis, hasta lograr que se dirija a un servicio de salud para recibir atención especializada.

En la ayuda psicológica es importante establecer un primer contacto en el cual se refleje aceptación, lo que permitirá conocer la dimensión del problema y evaluar el peligro suicida, para poder asumir una conducta responsable y oportuna.

De acuerdo con la gravedad de los síntomas, la intensidad y planificación de las ideas suicida, el paciente debe ser remitido a un servicio especializado.

TEMA 26

Trastorno del control esfinteriano: enuresis

Vivian Ravelo Pérez

Etimológicamente es “eliminación involuntaria de orina”, pero en la clínica se considera como micción involuntaria, cuando el niño duerme. La enuresis es una condición estresante, no aceptada por la sociedad, que afecta alrededor del 15 al 20 % de los niños de 5 años y al 20 % de los adultos jóvenes. La tasa de remisión espontánea es alta, pero los costes sociales, emocionales y psicológicos para el niño pueden ser grandes y sobre todo, causa molestias a los padres.

Definición. Es un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante las horas diurnas, o durante la noche, que es anormal para la edad mental del enfermo y no es una consecuencia de falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario.

Puede haber estado presente desde el nacimiento o aparecer después de un control adecuado. El inicio tardío o secundario suele iniciarse entre los 5 y 7 años; puede ser un trastorno aislado, o acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento. No hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación.

La emisión de orina debe ocurrir no menos de 2 veces por semana, durante un mínimo de 3 meses; o provocar malestar clínicamente significativo o deterioro escolar o social, o de otras áreas de la actividad del individuo.

La micción del lactante es espontánea y es del 40 % durante el sueño. En los primeros 3 años de vida, se van reduciendo el número de micciones por existir un incremento en la capacidad vesical relacionada con el crecimiento y el control voluntario del esfínter estriado, por lo que a los 4 años la mayoría ya tiene control de éste.

Además, en el niño normal hay disminución nocturna del volumen de orina a consecuencia de la secreción de la hormona antidiurética por la hipófisis. En el niño enurético disminuye los niveles nocturnos, por lo que se producen baja osmolaridad y aumento en la excreción de orina en este período.

Epidemiología

La prevalencia a los 5 años es del 7 % en varones y del 3 % en hembras; a los 10 años, es del 3 % en varones y del 2 % en hembras; a los 18 años, es del

1 % en varones y menor en las hembras. El 75 % tiene un familiar de primer grado que sufrió el trastorno. La concordancia es mayor en gemelos monocigotos que en los dicigotos.

Ocurre en todos los países (ricos y pobres) en niños con coeficiente intelectual normal o no y en cualquier raza.

Puede estar influida por actitudes sociales en la crianza. El 80 % de los enuréticos es nocturno. De cada cinco enuréticos, uno tiene causa orgánica.

Etiología

No está bien precisada; se plantean múltiples factores, a veces involucrados entre sí como: el retraso en la maduración del sistema nervioso central, las disfunciones neurovesicales, los factores genéticos, y los trastornos del sueño y emocionales.

La generalidad de los niños enuréticos monosintomáticos no presenta alteraciones orgánicas del tracto urinario que la justifique.

Se plantean algunos hallazgos como: los estudios del electroencefalograma (EEG) han demostrado disfunciones cerebrales leves, que indican retardo en la maduración del sistema nervioso central; la alergia alimentaria, que puede provocar hiperactividad y disminución en la capacidad vesical funcional; y la más consistente es la secreción deficitaria nocturna de la hormona antidiurética por la glándula hipófisis.

Cuadro clínico

El niño que acude a consulta porque se orina dormido, se acompaña de una gran preocupación personal y familiar, que puede ocasionar trastornos emocionales.

No se diagnostica en niños menores de 5 años o en caso de edad mental inferior a ésta. La enuresis puede acompañarse de encopresis; como consecuencia de la humedad persistente, pueden presentarse infecciones del tracto urinario. Se puede asociar con sonambulismo y terrores nocturnos.

El número de alteraciones asociadas a la enuresis depende de la limitación ejercida sobre la actividad social del niño o del efecto sobre su autoestima, el grado de ostracismo social a que se somete, y la cólera, el castigo y el rechazo de los cuidadores. La mayoría no presenta trastorno mental coexistente, pero la prevalencia de otros trastornos del desarrollo es mayor que en la población general.

El adiestramiento retardado del control de esfínteres, el estrés psicosocial, la disfunción en la capacidad para concentrar la orina y el umbral de volumen vesical para la emisión voluntaria más bajo de lo normal, son factores predisponentes.

Diagnóstico

Debe realizarse una entrevista cuidadosa y asegurarse de que el niño ya fue estudiado por el pediatra y remitido al urólogo, cuando sea necesario.

Hay que indagar sobre el comienzo de la enuresis, el control urinario, la evacuación vesical, si se orina varias veces en la noche y antecedentes familiares de dicho trastorno, además de profundizar en posibles trastornos emocionales y factores ambientales desencadenantes. El antecedente de que el niño “moja” la ropa durante el sueño, es el factor clave y es obtenido con facilidad por el familiar y/o por el propio niño.

La mayoría de los enuréticos no tiene causa física, pero algunos pueden deberse a trastornos neurológicos, diabetes, diuréticos, trastornos epileptiformes, anomalías estructurales e infecciones del tracto urinario y trastornos emocionales generalizados.

Cuando se evalúe inicialmente al paciente, deben hacerse análisis de orina. Si la cantidad de orina diaria es normal y la enuresis es el único problema, por lo general no se requieren otras pruebas.

Evolución y complicaciones

Después de los 5 años, la remisión espontánea oscila entre el 5 y el 10 %. La mayoría se vuelve continente durante la adolescencia. Sólo en el 1 % el trastorno persiste hasta la edad adulta.

Las complicaciones pueden resultar de mal manejo familiar o de conflictos en las relaciones interpersonales en el grupo de paraiguales. La prolongación de la enuresis hasta la adolescencia, también puede acarrear trastornos emocionales.

Tratamiento

- Información esencial para el paciente y sus familiares:
 - Es parte de un retraso específico en el desarrollo, que con frecuencia es hereditaria y tiene una evolución satisfactoria. El tratamiento, por lo general, es eficaz.
 - No está bajo el control voluntario del niño; la micción nocturna ocurre cuando está dormido. Castigarlo y regañarlo no ayuda y puede llegar a originar un trastorno emocional.
- Consejos específicos para el paciente y sus familiares:
 - El niño debe responsabilizarse con los problemas y su solución.
 - Haga que el niño lleve un calendario para marcar los días en que no se orina.
 - De ánimo para obtener éxito.
 - Ofrezca medidas que den confianza al niño cuando tenga que ir al cuarto de baño de noche o cuando esté fuera de casa.

- Pueden ser de ayuda los ejercicios que incrementen el control sobre la vejiga, mientras esté despierto.
- Se pueden utilizar sencillos sistemas de alarma cuando pueda disponerse de éstos.
- La hipnoterapia y otras formas de psicoterapia son convenientes para niños con trastornos emocionales. También se ha usado la acupuntura y la terapia floral, con buenos resultados.

Medicación. Generalmente, no se necesita una medicación de manera habitual, aunque puede ayudar. Entre los tratamientos más eficaces está la imipramina, de 25 a 50 mg, 2 h antes de acostarse. Este medicamento cura a más del 50 % de los pacientes y mejora del 15 al 20 % de ellos, pero la interrupción brusca de la medicación produce hasta 6 % de recaídas.

Este fármaco parece aumentar la capacidad vesical y la resistencia uretral, así como ejercer un efecto antiespasmódico sobre la musculatura lisa vesical. Es un estimulante del sistema nervioso central y actúa sobre los patrones de sueño.

También se pueden utilizar otros antidepresivos como amitriptilina, nortriptilina y desipramina en dosis de 1 a 2 mg/kg/día.

También se utilizan los anticolinérgicos como el bromuro de propantelina, de 1 a 2 mg/kg/día y el cloruro de oxibutinina, a razón de 0,4 a 0,8 mg/kg/día.

TEMA 27

Trastorno del control esfinteriano: encopresis

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Es un trastorno de los llamados **monosintomáticos**, porque la mayoría de las veces aparece aislado y sin formar parte de otra entidad.

Se caracteriza por la presencia de deposiciones voluntarias o involutarias de heces fecales de consistencia normal o no, en lugares no apropiados y no existe una causa orgánica determinante o contribuyente.

Cuadro clínico

Se manifiesta por la presencia reiterada de heces fecales en la ropa u otro lugar no apropiado, con heces de tamaño y consistencia normales, y el paciente afirma que no se da cuenta, aunque es difícil precisar si evade el castigo o si en realidad es tan “involuntario” como afirma.

Puede aparecer después de un período de control esfinteriano o ser la expresión de una incontinencia fisiológica infantil. A veces, el niño unta con heces su propio cuerpo o el medio circundante, o por manipulaciones o masturbaciones anales; también puede asociarse a la enuresis. Puede presentarse aislada o formar parte de un síndrome más amplio, como los trastornos emocionales o el disocial.

Puede comenzar con un cambio o tensión en la vida del pequeño, como el nacimiento de un hermano, separación o divorcio de los padres, cambio de hogar, problemas familiares, etc. La defecación se torna conflictiva y tiene incapacidad para controlarla, el síntoma se refuerza al sentirse avergonzado y no atreverse a ir al baño. Se siente desaprobado, inseguro, expuesto al ridículo y se aísla, lo que lo vuelve deprimido y ansioso. Puede tener períodos cortos de concentración, baja tolerancia a las frustraciones, hiperactividad y coordinación pobre.

Etiología

Se plantean diferentes causas para explicar el origen de este trastorno; entre ellas:

- Enseñanza inadecuada del control de los esfínteres (inconsistencia, rigidez o ambas) o falla en el aprendizaje con fracasos reiterados durante la etapa de párvulo.

- Trastorno psicológico donde hay rechazo, resistencia, rebeldía o fracaso a la aceptación de las normas sociales de defecar en el lugar apropiado, en el cual tiene un control fisiológico normal de la función.
- Retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no apropiados. El paciente pudo haber retenido las heces por las tensiones entre los padres y él para el control de los esfínteres, por una defecación dolorosa debido a una fisura anal o por otras razones que han permanecido latentes y no han sido resueltas.

Prevalencia

Por lo general comienza después de un período de control esfínteriano logrado, y con mayor frecuencia entre los 4 y 8 años. No es frecuente que sea primaria, es decir sin un período de control esfínteriano anal previo.

En algunas investigaciones se ha observado que es mayor en la población urbana que en la rural.

Es 2 veces más frecuente en el varón y en el DSM-III se reporta una prevalencia del 1 % en niños de 5 años.

Diagnóstico diferencial

El paciente debe ser evaluado por un médico de familia o pediatra, para descartar las causas orgánicas de la encopresis; entre ellas:

Megacolon agangliónico o enfermedad de Hirschprung. El trastorno se produce desde el inicio de la vida con episodios de obstrucción intestinal y el diagnóstico se corrobora mediante la biopsia rectal, por la ausencia de ganglios en la pared intestinal.

Fisura anal. Se descarta por el examen proctológico, produce trastornos en la defecación y dolor.

Constipación. Es un bloqueo fecal con rebosamiento de heces líquidas o semilíquidas, cuando la encopresis esté asociada con constipación.

Otras condiciones que deben descartarse son: la espina bífida, el hipotiroidismo, las infecciones gastrointestinales, etc.

Tratamiento

El síntoma evoluciona favorablemente y cede según aumenta la edad. Es importante la terapia que favorezca la confianza, la autoestima y la socialización del niño.

Debe tratarse con una combinación de métodos educativos, psicológicos y del comportamiento para prevenir o reducir el sufrimiento social y emocional, y la angustia para el niño y su familia. Hay que valorar el uso de laxantes o comidas de bajo residuo. El trabajo clínico con los padres es muy importante para valorar el pronóstico de este trastorno, que requiere un mínimo de 6 meses de tratamiento.

TEMA 28

Trastorno de la ingestión alimentaria en la niñez

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Se caracteriza porque el niño, habitualmente pequeño (menor de 6 años), no aumenta de peso o pierde una cantidad significativa de éste por no comer de forma adecuada.

Etiología

Debe descartarse que exista enfermedad física que explique la reducción de la porción de alimentos y que éstos estén disponibles en cantidad suficiente. El rechazo a alimentarse puede presentarse con variaciones muy caprichosas que se manifiestan en presencia de la persona que lo cuida, por lo general la madre, y a veces acepta el alimento cuando se lo ofrece otra persona. Quizás el niño presente caprichos alimentarios, rechazos a ciertos alimentos o irregularidades en el ritmo de alimentación.

Cuadro clínico

El trastorno puede establecerse de forma crónica; así el pequeño aprende a manifestar su rechazo reteniendo el alimento en la boca, haciendo arqueadas o vomitando, y los padres y familiares comienzan a hacerle cuentos, prometerle paseos o regalos, apurarlo, pegarle u obligarlo a tragar tapándole la nariz. Esto convierte el horario de alimentación en una verdadera “batalla”.

Puede acompañarse de rumiación o no, que es la regurgitación repetida sin náusea o malestar gastrointestinal.

Diagnóstico diferencial

Debe evaluarse con el pediatra para asegurar que no existe enfermedad orgánica, como:

- Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
- Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a los que habitualmente lo cuidan.
- Trastorno psiquiátrico más profundo.

- Pica (comer otras sustancias que no son alimentos).
- Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

Tratamiento

En primer lugar, debe normalizarse el estado nutricional del niño de forma razonable y lo más rápidamente posible; para ello:

- Cuando se produce un rechazo activo al alimento, han de ofrecérsele las comidas con una programación regular y sin otros alimentos intermedios para estimular el apetito.
- Debe dejarse que el niño decida si participa en el proceso de alimentación o no; después se retira la comida y no se le vuelve a ofrecer, hasta el siguiente horario.
- No deben utilizarse recompensas materiales por el hecho de comer.
- No debe ser castigado por no hacerlo, ya que deseamos restablecer el apetito normal que deben tener los niños, convertir este hecho en una experiencia agradable y respetar sus gustos.
- Debemos conocer el estado de salud mental de los padres, pues madres ansiosas, deprimidas o que hayan presentado problemas de alimentación cuando eran niñas, puede explicar la conducta de sus hijos.
- Se debe tener en cuenta que:
 - El lactante puede reflejar un problema importante de vinculación entre él y la madre o el cuidador.
 - El niño de 2 o 3 años puede reflejar problemas entre él y su mamá o cuidador, relativos a la autonomía propia de esta etapa.

Es preciso convencerla para que siga estas recomendaciones y deje de presionar al niño, para que logre alimentarse solo y escoger los alimentos en la cantidad deseada, pero esto resulta fácil, pues la conducta de la madre está fundamentada en creencias erróneas a cerca de la alimentación, que le han sido transmitidas por las distintas generaciones.

TEMA 29

Trastornos de la conducta alimentaria

Ovidia Rodríguez Méndez

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son dos entidades que aunque parecen extremas en el espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, se interrelaciona con relativa frecuencia y así podemos observar preocupaciones sobre el incremento de peso en adolescentes bulímicos que manifiestan conductas como provocarse el vómito, tomar laxantes o realizar excesivos ejercicios para mantenerse en la “línea”.

En diferentes culturas se pueden presentar estos trastornos y se manifiestan con más fuerza en la actualidad y en determinadas profesiones que exigen un ideal de figuras esbeltas, como por ejemplo la danza y el ballet.

Anorexia nerviosa

Definición. Es un trastorno severo frecuente entre los jóvenes en la pubertad o antes, que se caracteriza por una grave limitación de la dieta autoimpuesta, y que determina una gran pérdida de peso con peligro para la vida, mala dieta, malestar y otros síntomas asociados.

El comienzo de la enfermedad puede estar relacionado con un ligero aumento de peso, por lo cual el adolescente decide comenzar a hacer dieta, pero después que la pérdida de peso se hace muy llamativa, aunque los padres se alarman, el joven sigue considerando que está aún obeso y es imposible hacerlo desistir, aunque su salud empeore.

Las personalidades premórbidas son de tipo obsesivo o esquizotímicas y habitualmente se desarrollan en medios familiares con tabúes sexuales. Las manifestaciones son tan intensas que se considera la existencia simultánea de factores patogénicos, endocrinometabólicos y psicosociales.

El adolescente que pesa menos del 85 % del peso considerado normal según edad y talla, está por debajo del percentil que le corresponde. Otros calculan la relación del peso en kilogramos y la talla en metros cuadrados, equivalentes a $17,5 \text{ kg/m}^2$.

La pérdida de peso en el adolescente se acompaña de la reducción total en la cantidad de alimentos, aunque algunos comienzan por excluir de la dieta aquellos que consideran de altas calorías y después continúan con una dieta que está limitada a unos pocos alimentos.

Algunos adolescentes con este trastorno temen aumentar de peso o convertirse en obesos, por lo que usan otros métodos adicionales para perder peso, por ejemplo: uso de purgantes, inducirse el vómito, uso de laxantes o diuréticos e incremento excesivo de ejercicios. El temor a engordar no desaparece, aunque pierdan peso y se aprecia cómo la forma del cuerpo está distorsionada, porque a pesar de que están muy delgados, los pacientes se sienten obesos y se ven como tales.

A veces está limitado a partes de su cuerpo, en particular el abdomen, glúteos, muslos, etc., y usan técnicas para bajar de peso estas áreas que se las miran insistentemente en el espejo. Aunque puedan reconocer que están delgados, niegan las serias implicaciones médicas de su estado nutricional.

En hembras que ya han tenido la menarquia aparece la amenorrea, debido a los bajos niveles de secreción de estrógenos (disminución de FSH y LH), como un indicador de disfunción fisiológica. En otras puede retardarse, con la aparición de la enfermedad.

La preocupación de los padres después de la pérdida marcada de peso, hace que consulten con los profesionales para determinar el origen del trastorno.

Síntomas y trastornos asociados

Muchos adolescentes manifiestan síntomas como ánimo depresivo, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo. Aunque estos síntomas se puedan observar en personas sin anorexia nerviosa en estado de inanición, muchos de los síntomas depresivos pueden ser secundarios a las secuelas fisiológicas, por lo que pueden ser restablecidos de forma parcial o completamente después de la restauración del peso.

Los síntomas obsesivo-compulsivos relativos a los alimentos son, a menudo, destacados y así por ejemplo algunos adolescentes enfermos coleccionan envases o etiquetas de alimento.

Cuando los adolescentes presentan anorexia nerviosa con obsesiones y compulsiones que no son relativas a los alimentos, forma del cuerpo o al peso, debe valorarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo compulsivo.

Otros síntomas asociados se refieren a la vergüenza de comer en público, necesidad de dependencia, pensamiento rígido, limitación en la espontaneidad social, y pérdidas de iniciativa y de expresión emocional.

Comparando los dos tipos de anorexia (la restrictiva con la purgativa), esta última tiene otros problemas del control de los impulsos, abuso de alcohol o drogas, y tienen más labilidad afectiva y más actividad sexual.

Hallazgos de laboratorio

Algunos pacientes no presentan alteraciones, pero cuando están en inanición se les puede afectar la mayoría de los sistemas y órganos, con gran variedad de

alteraciones. El vómito inducido y el abuso de laxantes, diuréticos y enemas pueden provocar graves trastornos electrolíticos:

- Hematología. Son comunes la leucopenia y la anemia ligera, pero no es frecuente que exista trombocitopenia.
- Química. Aparece urea nitrogenada elevada en sangre (deshidratación), hipercolesterolemia y test de función hepática elevado. El magnesio, el zinc, el fósforo y la amilasa están disminuidos. Se presenta alcalosis metabólica, con **hipocloremia e hipocalemia** en los pacientes que se provocan el vómito, y acidosis metabólica en los que abusan de laxantes. Los niveles hormonales de T3 y T4 están disminuidos y los estrógenos en las hembras presentan bajos niveles al igual que la testosterona en algunos hombres.
- Electrocardiografía. Se observan bradicardia sinusal y raramente arritmias.
- Electroencefalografía. Se manifiestan anomalías difusas que pueden ser interpretadas como resultado de los trastornos electrolíticos.
- El metabolismo está disminuido.

Otros síntomas asociados con el estado de emancipación que podemos encontrar son: constipación, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia o exceso de energía, hipotensión, hipotermia, sequedad de la piel, lanugo y bradicardia.

Factores culturales

La anorexia nerviosa aparece más en sociedades industrializadas, en las cuales hay abundancia de alimentos y donde es atractivo ser delgado. Probablemente es más común en los EE. UU., Canadá, Europa, Australia, Japón y Nueva Zelanda. En Cuba, no es frecuente: hay un reporte de 1984 de tres adolescentes hembras hospitalizadas por este trastorno.

Por lo general comienza en la pubertad y la adolescencia temprana, en este caso evoluciona con un mejor pronóstico. Más del 90 % de los casos ocurre en el sexo femenino.

Prevalencia

En hembras adolescentes y adultos jóvenes oscilan en un rango del 0,5 al 1 %. Otros autores señalan 270/100 000 en hembras y 22/100 000 en varones.

La incidencia parece haberse incrementado en décadas recientes.

El inicio de la enfermedad está asociado a eventos estresantes de la vida en el área familiar o escolar. La evolución es muy variable. Algunos adolescentes se restablecen por completo después de un primer episodio, otros muestran fluctuaciones en la ganancia de peso seguidas de recaídas y en otros la enfermedad se hace crónica por muchos años. La muerte se presenta como resultado de la inanición, el suicidio o el desbalance electrolítico en el 10 % de los casos.

Diagnóstico diferencial

Deben ser considerados otras posibles causas de pérdida de peso significativa, como:

- Debido a condiciones médicas, por ejemplo: enfermedad gastrointestinal, tumores cerebrales, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que presentan serias pérdidas de peso, pero el paciente no tiene distorsión de la imagen corporal y desea recuperar el peso que ha perdido.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior, caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción gástrica intermitente, que debe ser distinguido de la anorexia nerviosa, aunque a veces en éste se puede desarrollar el trastorno por la emancipación.
- Trastornos depresivos mayores. Pueden ocurrir pérdidas severas de peso, pero los pacientes no desean ganar peso ni perderlo.
- Esquizofrenia. Los pacientes pueden presentar trastornos de la conducta alimentaria con pérdida de peso, pero no muestran deseos de ganar peso y no hay alteraciones de la imagen corporal como en la anorexia nerviosa.
- Trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno dismórfico del cuerpo y la fobia social en adolescentes que temen ser vistos comiendo en público o que tienen obsesiones y compulsiones relativas al alimento con temor a la contaminación, o pueden estar preocupados con defectos de la imagen corporal, pero relativo por ejemplo a la nariz que es muy grande.
- Bulimia nerviosa, cuando el paciente hace grandes ingestas, y después se provoca el vómito o toma laxantes o diuréticos para no ganar peso.

Tratamiento

El objetivo es restaurar del peso normal del cuerpo y resolver los trastornos psicológicos. Los programas de tratamiento tienen éxito en las dos terceras partes de los casos, porque restauran el peso normal y las menstruaciones. En ocasiones, es necesaria la hospitalización para lograr incrementar el peso. La mitad continúa presentando dificultades con la conducta alimentaria y problemas psiquiátricos.

Se han usado diferentes métodos de tratamiento sin que sea evidente la superioridad de unos sobre otros. Los cuidados médicos y de enfermería son probablemente lo más importante de la terapia.

La terapia de conducta estructurada, la psicoterapia intensiva y la terapia de familia deben utilizarse en todos los casos.

Entre los medicamentos usados se recomiendan los antidepresivos tricíclicos (imipramina, trimeprimina o amitriptilina), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina o paroxetina) y el carbonato de litio.

Los pacientes con mal nutrición severa necesitan ser estabilizados hemodinámicamente y pueden requerir alimentación enteral o parenteral. La

alimentación forzada debe ser reservada sólo cuando hay amenaza para la vida, ya que el objetivo del tratamiento es restablecer la conducta alimentaria normal.

Bulimia nerviosa

Definición. Es un trastorno de la conducta alimentaria en el cual el adolescente tiene preocupación constante por los alimentos y por el efecto que su ingestión, en cantidades exageradas, tiene sobre su peso y forma del cuerpo, a la vez que presenta dificultades para controlar el impulso de comer ante la comida; de ahí el uso de métodos inadecuados para evitar el aumento de peso, como vómitos autoprovocados, ingestión de laxantes, consumo de tabletas *anoréticas* o realización de ejercicios físicos excesivos. Estos episodios pueden ocurrir, como promedio, 2 veces por semana, al menos durante 3 meses.

El “atacón” es la ingestión exagerada de alimentos con intervalos menores de 2 h, en el que se destaca la **pérdida de control**, en la cual el adolescente refiere dificultades para dejar de comer una vez que ha comenzado.

Estos episodios pueden estar planificados o no, pero siempre hay un consumo rápido que puede ocasionar malestar y dolor. No hay discriminación del tipo de alimento, por lo que se incluyen dulces y otros que aportan muchas calorías. En ocasiones, esta conducta los avergüenza y pueden comer en secreto.

Entre los métodos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, el más común es la inducción del vómito entre el 80 y el 90 %; a veces, vomitan después de comer pequeñas cantidades de alimentos. Pueden usar los dedos (provocan callosidades en las manos) u otros instrumentos y más raramente usan la ipecacuana como emetizante. La tercera parte de los pacientes recurren a otras conductas de purgas, como los laxantes y diuréticos, y rara vez usan los enemas.

Síntomas y trastornos asociados

Se observa un incremento en la presencia de síntomas depresivos, con bajo nivel de autoestima o trastornos afectivos, en particular distimias y trastornos depresivos mayores, antes al unísono con la bulimia nerviosa. También es frecuente la presencia de síntomas ansiosos o trastornos por ansiedad. En la tercera parte de los adolescentes con este diagnóstico aparecen el abuso o dependencia del alcohol y otros estimulantes, que al comienzo usaron para lograr el control del apetito y del peso.

Hallazgos de laboratorio

La conducta purgativa puede provocar alteraciones electrolíticas; las más frecuentes son la hipocalcemia la hiponatremia y la hipocloremia. La pérdida de

ácidos estomacales por el vómito puede provocar alcalosis metabólica y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. En algunos casos aparecen niveles elevados de amilasa en sangre.

Complicaciones

Las fatales incluyen desgarramiento del esófago, dilatación gástrica con ruptura, pancreatitis y arritmias cardíacas. Los vómitos pueden dañar los dientes; producir faringitis, esofagitis y broncoaspiración; y son comunes la constipación y las hemorroides.

Cultura

El trastorno aparece con similar frecuencia en la mayoría de los países industrializados, incluyendo EE.UU., Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

Como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa es un trastorno predominantemente de la juventud, la raza blanca, el sexo femenino, y de las clases media y alta. Es más difícil de detectar que la anorexia.

Prevalencia

Entre adolescentes y adultos jóvenes hembras es de alrededor del 1 al 3 %. El rango de ocurrencia de este trastorno en hombres es aproximadamente de del 1 a 10 %, en relación con las hembras.

Evolución

Comienza en la adolescencia tardía o en la vida adulta temprana, después o durante una dieta impuesta. El trastorno persiste al menos por varios años, en un alto porcentaje de casos.

Puede ser crónica o intermitente, con períodos de remisión que alternan con recurrencia de ingestión de alimentos.

Algunos pacientes con bulimia nerviosa también pueden tener formas ocultas de anorexia nerviosa con significativa pérdida de peso y amenorrea. El peso termina siendo normal y las menstruaciones se mantienen.

Patrones familiares

Algunos estudios sugieren un incremento de la frecuencia de bulimia nerviosa, de trastornos afectivos, de abuso y dependencia de sustancias en

familiares de primer grado de consanguinidad. Además puede existir tendencia a la obesidad, más conductas impulsivas y antisociales.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa, tipo purgativa. Cuando el individuo come y se purga, pero tiene todos los criterios de la anorexia nerviosa.

Síndrome de Kleine-Levin, en el cual la conducta de comer está alterada después de un período de somnolencia, pero no existe la preocupación por la forma del cuerpo ni por el aumento de peso.

Trastorno depresivo mayor. No usan conductas compensatorias, no están preocupados por la forma del cuerpo ni por el peso.

Trastornos de personalidad *borderline*. Comer en exceso con conductas impulsivas, pero sin preocuparse por la imagen corporal.

Tratamiento

El tratamiento de la bulimia y de la bulimia-anorexia requiere cuidados médicos y psicoterapia.

Se han usado las terapias individual, de grupo, de familia y la conductual, con poco éxito. Los antidepresivos pueden ser de utilidad en algunos pacientes, y se han obtenido mejores resultados con el uso de la fluoxetina y de otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Aunque la muerte por bulimia es rara, a largo plazo el pronóstico en la forma severa es peor que el de la anorexia nerviosa, lo cual sugiere que los trastornos psiquiátricos subyacentes también pueden ser más severos.

TEMA 30

Pica en la infancia

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Trastorno de la conducta alimentaria que consiste en el consumo habitual de sustancias no nutritivas como tierra (geofagia), heces fecales (coprofagia), pintura, cal y cemento de pared, en mal estado, etc., de niños de más de 2 años con edad suficiente para distinguir lo que es comestible o no.

Puede aparecer como un síntoma aislado o formar parte de un trastorno profundo del desarrollo, como el autismo. Es más frecuente en niños con retraso mental, aunque puede aparecer en niños con inteligencia normal.

Diagnóstico

Entre los criterios diagnósticos del DSM-IV debe considerarse el diagnóstico, si la:

- Ingestión de sustancias no nutritivas persiste durante 1 mes.
- Ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- Conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- Conducta ingestiva aparece, con exclusividad, en el transcurso de otros trastornos (retraso mental, trastornos globales del desarrollo y esquizofrenia) de suficiente gravedad para merecer atención clínica independiente.

Etiología

Se sospecha que la pica, al igual que otros trastornos de la conducta alimentaria, pone en evidencia que el proceso normal de cuidado del niño se ha alterado y que este trastorno se manifiesta para satisfacer sus necesidades psicosociales.

También se ha encontrado déficit nutricional de zinc, hierro y vitaminas, y algunos autores plantean disfunciones bioquímicas con el hallazgo de disminución de neurotransmisión dopaminérgica.

Complicaciones

Éstas pueden ser más o menos graves; entre ellas tenemos: estreñimiento, oclusión gástrica, ingestión de productos tóxicos y muerte.

Algunas complicaciones están relacionadas con la sustancia ingerida, por ejemplo:

- Intoxicación crónica por plomo: ingestión de pinturas que contienen plomo.
- Infecciones por parásitos, en niños que ingieren suciedades. *Toxocara canis* o *Taenia* del perro.
- Ingestión de cabellos arrancados (tricotilomanía), lo cual da lugar a la formación de bolas de pelo (tricobezoar) que, en ocasiones requieren intervención quirúrgica.

Diagnóstico diferencial

Debe descartarse los déficit nutricionales específicos (anemia ferropénica), así como el déficit nutricional de zinc.

Tratamiento

- Tratar de interrumpir las conductas alimentarias anormales.
- Corregir los problemas en el cuidado de los niños.
- Tratamiento médico o quirúrgico de las posibles complicaciones de este trastorno.
- Tratamientos nutricionales y farmacológicos.
- Intervenciones conductuales como enriquecimiento ambiental y refuerzo diferencial de sabores y olores desagradables.

TEMA 31

Trastornos de tics y de la Tourette

Ovidia Rodríguez Méndez

Pueden aparecer como un fenómeno normal en la quinta parte de los niños, de forma transitoria, aunque la gravedad varía mucho. Es más frecuente en varones que en hembras y en quienes tienen antecedentes familiares. Comienza entre los 2 y 13 años o de los 5 a los 10 años.

Trastorno de tics

Agrupar un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una de las formas de los tics.

Definición. Tics es un movimiento o vocalización irresistible, rápido, recurrente, no rítmico, súbito e involuntario, que puede suprimirse o contenerse durante un tiempo. Por lo general, afecta un grupo circunscrito de músculos o una vocalización de aparición brusca y que carece de un propósito aparente.

Clasificación

- Tics motores:
 - Simples: parpadeo, guiños, sacudir los hombros o encogerlos y muecas faciales.
 - Complejos: gestos faciales, acicalarse o arreglarse, golpearse o morderse, saltar, brincar, lanzar, tocar, patear u oler algún objeto.
- Tics vocales:
 - Simples: toser, carraspear, gruñidos, olfatear, bufear, emitir ladridos, inspiraciones nasales ruidosas y siseos.
 - Complejos: repetir palabras o frases fuera de contexto, coprolalia (uso de palabras obscenas), palilalias (repetición de los mismos sonidos o palabras) y ecolalias (repetición del último sonido, palabra o frase de otra persona).

Diagnóstico positivo

Los tics se diferencian de otros trastornos motores por la repentina rapidez, por ser transitorios, los movimientos están circunscritos, no existe un trastorno

neurológico subyacente, desaparecen durante el sueño y pueden ser suprimidos o reproducidos fácil y voluntariamente durante minutos y hasta horas.

Los niños pueden ser objeto de burlas y rechazos por el grupo y sentirse avergonzados, por lo que tratan de ocultar sus síntomas.

Diagnóstico diferencial

- Movimientos estereotipados que se presentan en algunos pacientes con diagnóstico de autismo o retraso mental, que son movimientos más complejos y variados.
- Trastornos obsesivos compulsivos recuerdan los tics complejos, pero sus manifestaciones tienen una finalidad (como girar un número de veces).
- Disquinesias que se manifiestan por contracciones involuntarias que afectan la boca, la lengua, el cuello o contracciones de los músculos masticatorios, síntomas óculo giros (ojos hacia arriba y atrás), movimientos coreoatetósicos de los miembros con hipertonía y además existe el antecedente de ingestión de psicofármacos del tipo de las fenotiacinas, butirofenonas o reserpina y la desaparición del cuadro clínico después del tratamiento adecuado.
- Deben descartarse, además, los trastornos neurológicos como los movimientos atetósicos, coreicos y las mioclonías.

Evolución

Los tics pueden aparecer como fenómenos aislados o acompañar los trastornos de las emociones con manifestaciones obsesivas e hipocondríacas.

Pueden ser variables y cambiarse unos por otros por temporadas, es decir, durante semanas o meses, o pueden permanecer sin manifestarse hasta que surja un evento estresante.

Estos tics intermitentes son de mejor pronóstico que los que se hacen crónicos.

Tienden a desaparecer hacia la adolescencia y en pocas ocasiones llegan a la vida adulta.

Trastorno de la Tourette o síndrome de Gilles de la Tourette

Se caracteriza por la presencia de tics motores múltiples durante un período mayor de 1 año, acompañados por lo menos de un tics vocal (simple o complejo), aunque no se hayan presentado conjuntamente y pueden ser suprimidos de manera voluntaria durante cortos períodos, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño.

Se puede acompañar de coprolalia y ecopraxia de naturaleza obscena, y de pensamientos y actos obsesivos. Aparece en la infancia o en la adolescencia, antes de los 18 años, y pueden persistir hasta la adultez. Debe descartarse que

los síntomas se hayan producido por el consumo de alguna sustancia (por ejemplo, los estimulantes) o por un problema médico (por ejemplo, encefalitis).

La clasificación del DSM-IV considera tics crónicos motores o verbales, si existen de forma aislada y como tics transitorios, si dura menos de 1 año.

Todos estos trastornos son parte de un mismo espectro y representan una variedad cualitativa del mismo desorden, con rasgos obsesivos de personalidad, y obsesiones y compulsiones, por lo que se plantea un origen común. Fisiológica y genéticamente los autores consideran la génesis del trastorno como una disfunción de los ganglios basales del sistema nervioso central. También aparecen con mayor frecuencia en quienes poseen antecedentes familiares de tics.

Tratamiento

Es el mismo para los dos trastornos. El medicamento más usado es el haloperidol (tableta de 1,5 mg) en una dosis de 0,1 a 0,3 mg/kg/día dividida en 2 o 3 subdosis; se inicia con 0,5 mg en la noche y aumenta hasta lograr la mejoría, sin pasar de 5 mg al día. Puede acompañarse de parkisonil (tableta de 2 mg), a razón de 3 mg/día para prevenir reacciones secundarias desagradables.

Otros autores recomiendan usar el pimozide (orap) en dosis de 1 mg/día o la clonidina a razón de 0,05 a 0,3 mg/día.

En pacientes con trastorno comórbido de déficit de atención con hiperquinesia, los anfetamínicos pueden exacerbar los síntomas.

Se debe indicar psicoterapia para identificar otros síntomas fóbicos, obsesivos o hipocondríacos, así como las relaciones interpersonales y familiares, y brindar apoyo al paciente y a la familia.

Trastornos del sueño

María de la Concepción Galiano Ramírez

En los últimos años se han considerado como un problema para la salud, que puede llegar a constituir una amenaza para la integridad física y mental del hombre. Están formados por un grupo heterogéneo de alteraciones que pueden presentarse a lo largo de la vida, y pueden evidenciarse como una alteración objetiva de la forma normal del dormir, tanto conductual, autonómica o electroencefalográfica; también se considera el poder reparador deficiente.

Para llegar al diagnóstico se debe partir del concepto de que el paciente padece una enfermedad, y el diagnóstico y el tratamiento deben estar regidos por los principios de la medicina del sueño y; además, implica tener en cuenta las horas nocturnas y la calidad de la vigilia.

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño vigente los divide en: disomnias, parasomnias, asociados a enfermedades y trastornos propuestos.

Disomnias

Incluye el **insomnio** y la **hipersomnia**.

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo; se clasifica en transitorio y persistente. Puede ser una manifestación intrínseca, que depende del organismo, o de causa extrínseca.

El insomnio tiene una repercusión negativa por la afectación en el aprendizaje, la concentración y la memoria, trastornos conductuales, retrasos madurativos, fatiga crónica, aparición de síntomas ansiosos y dificultades psicosociales.

La hipersomnia se caracteriza por somnolencia excesiva. Pondremos dos ejemplos de entidades que evolucionan con hipersomnia:

1. Narcolepsia. Aparece somnolencia excesiva y ataques irreflexivos de sueño REM durante el día, en asociación con cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. Existe un subregistro en el diagnóstico, porque generalmente no se piensa en este trastorno.
2. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Se manifiesta por la aparición durante el sueño de episodios de obstrucción de las vías respiratorias altas, asociada

a un descenso en la saturación de oxígeno, lo cual provoca pausas respiratorias. Son frecuentes los ronquidos, respiraciones laboriosas, sudación, inquietud marcada, pesadillas y despertares nocturnos. También existe un infradiagnóstico, lo que afecta de manera considerable la calidad de vida.

La hipersomnia repercute de forma negativa por aumentar el riesgo de accidentes, consecuencias educacionales negativas, deserción escolar y laboral, dificultad para cumplir con las exigencias del medio, inadaptación social y síntomas depresivos secundarios.

También se destacan los **trastornos del ritmo circadiano**, que consisten en un desajuste entre el reloj biológico y el horario convencional para el sueño, lo que da lugar a somnolencia en horas de vigilia o de vigilia exagerada en las horas de sueño; se citan las causas extrínsecas como el síndrome de pereza aviacional por cambios en el huso horario, y las intrínsecas primarias y secundarias.

Parasomnias

Son fenómenos inoportunos que ocurren durante el sueño y pueden interrumpirlo; con frecuencia se acompañan de actividad física de intensidad y complejidad variables; entre éstos se encuentran:

Sonambulismo. Es un automatismo con inicio en la infancia. Su prevalencia es mayor a los 12 años y es más frecuente en los varones. Se caracteriza por episodios de incorporación del lecho y marcha, con facies inexpresiva y aparición de conductas aprendidas durante la vigilia que se realizan con gestos lentos e imprecisos. La actividad motora nunca es organizada, intencionada ni violenta. El episodio dura entre 15 y 20 min, y ocurre en el primer tercio de la noche. No hay recuerdo del episodio al día siguiente.

Terror nocturno. Se caracteriza por un despertar brusco y desesperado, acompañado de dilatación pupilar, piloerección, sudación, respiración jadeante y taquicardia. El niño parece alucinado, confuso e incoherente. El episodio dura entre 10 y 15 min, y ocurre en el primer tercio de la noche. Hay amnesia para el episodio.

Errabundismo. Son episodios estereotipados de deambulación sin destino fijo que se acompaña de marcha rápida, conducta violenta y vociferante, que pone en peligro la integridad física del paciente. Suele presentarse en varones entre los 10 y 20 años de edad. Los episodios suceden en la segunda mitad de la noche. En las dos terceras partes de los pacientes se observan descargas epileptiformes en el electroencefalograma (EEG), no asociadas a los episodios de errabundismo.

Pesadillas. Son ensueños intensos y angustiosos que generalmente despiertan a la persona durante el sueño REM, y pueden recordar el contenido

onírico desagradable. Suele ocurrir en la segunda mitad y final de la noche, cuando el sueño REM es muy abundante.

Somniloquio. Se caracteriza por la expresión del lenguaje hablado poco inteligible durante el sueño nocturno, sin conocimiento del sujeto. Se limita a palabras o frases con poco contenido semántico, y pueden llegar al grito, al llanto o la risa.

Bruxismo. Consiste en un movimiento lateral de la mandíbula durante el sueño, lo cual origina un sonido característico al roce de los dientes, que también se ha denominado **rechinamiento**. Por su cronicidad e intensidad puede dar lugar a dolor mandibular, erosiones dentales y lesión periodontal.

Sueño intranquilo. Es muy frecuente y suele manifestarse cuando hay malestar, enfermedad física y estrés diurno. Es pasajero y tiende a desaparecer de forma espontánea.

Enuresis. Se caracteriza por la micción involuntaria durante el sueño en edades en que ya se ha alcanzado el control del esfínter vesical; los episodios enuréticos ocurren en el primer tercio de la noche, durante el sueño lento.

Algunas parasomnias repercuten en: riesgo de accidentes, dificultad para cumplir con las exigencias del medio, inadaptación social y síntomas depresivos secundarios.

Trastornos del sueño asociados con alteraciones médicas o psiquiátricas

Incluye las enfermedades orgánicas y psiquiátricas que dan lugar a insomnio o hipersomnia, como:

Trastornos mentales como los afectivos. Incluye insomnio matinal en la depresión mayor y en las distimias e hipersomnias en las depresiones mayores atípicas, e insomnio en la manía. En los trastornos psicóticos se observa insomnio inicial, despertares, sueño intranquilo y alteración del ciclo sueño-vigilia. En los trastornos neuróticos, puede verse insomnio.

Enfermedades neurológicas. La epilepsia es la más importante por la estrecha relación entre ésta y el sueño, así como las demencias y los trastornos del movimiento.

Enfermedades orgánicas. Se consideran sobre todo las respiratorias (asma) y el reflujo gastroesofágico producen despertares durante la noche.

Trastornos del sueño propuestos

Aquí se agrupan los fenómenos relacionados con el sueño, de los cuales no existe suficiente información o algunos que son muy difíciles de diagnosticar y pueden constituir extremos de la normalidad.

Manejo y tratamiento

Los trastornos del sueño pueden aliviarse y curarse con un tratamiento racional y multifactorial.

Las intervenciones terapéuticas pueden clasificarse en medidas de higiene o profilaxis del sueño, intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, cronoterapia y luminoterapia e intervenciones quirúrgicas:

- Las medidas de higiene o profilaxis del sueño y el tratamiento de los factores de riesgo son tanto o más importantes que cualquier terapéutica farmacológica, entre éstas: procure levantarse siempre a la misma hora; evite dormir durante el día; realice un ejercicio regular durante el día; elimine el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y otras drogas; duerma en una habitación con temperatura adecuada, sin luz y en silencio; evite realizar tareas activas antes de dormir; no lleve sus preocupaciones a la cama; establezca un ritual relajante antes de acostarse y evite la utilización de hipnóticos.
- Intervenciones farmacológicas. Los fármacos serán utilizados cuando sean necesarios: benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio y algunas parasomnias; anfetaminas para la narcolepsia y otras hipersomnias primarias; tricíclicos en las parasomnias; hipnóticos no benzodiacepínicos para el insomnio, por ser más eficaces y menos tóxicos; melatonina para el insomnio y el modafinilo para la narcolepsia, etc.
- Las intervenciones psicoterapéuticas y modificadoras de la conducta, técnicas de relajación mental, *bio-feedback* y estrategias cognitivas, se emplean sobre todo, en los insomnios rebeldes.
- La cronoterapia y luminoterapia se utilizan en los trastornos del ritmo circadiano.
- La cirugía del sueño está limitada para el tratamiento de la apnea obstructiva.

TEMA 33

Mutismo selectivo

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas, como la escuela y con compañeros de juego, aunque es capaz de hacerlo en otras situaciones como en su casa o pueden comunicarse con gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, o mediante vocalizaciones monosilábicas o con voz alterada.

Cuadro clínico

- Los niños no hablan en uno o en varios de los ambientes principales en que conviven.
- Pueden hablar en ciertos lugares como su casa.
- Manifiestan mutismo parcial o total en lugares que no son familiares o en determinadas situaciones.
- Pueden utilizar gestos, movimientos de cabeza, monosílabas, notas escritas o cuchicheos.
- Evitan la vocalización completa y el lenguaje hablado normal.
- La comunicación se limita en presencia de profesores, compañeros y personas extrañas.
- Presentan ausentismo escolar.

Comorbilidad

- Timidez excesiva.
- Fobia social.
- Aislamiento y retraimiento sociales.
- Rasgos obsesivo-compulsivos.
- Conducta negativista.
- Rabietas o conductas regresivas.
- Grave deterioro de la actividad social y escolar.
- Trastorno de la comunicación (fonológico).
- Trastorno del lenguaje expresivo o mixto y anomalías de la articulación.
- Trastorno de ansiedad.
- Retraso mental.
- Estrés psicosocial grave (malos tratos o abusos sexuales).

Diagnóstico (criterios DMS-IV)

- Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera que hable, por ejemplo en la escuela, a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social.
- La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no se limita al primer mes de escuela).
- La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- No se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudez) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Prevalencia y evolución

- El mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los niños que asisten a un centro de salud mental. Recientemente era de 180 por cada 100 000 niños.
- Es algo más frecuente en niñas que en niños (1:1-2), se inicia antes de los 3 o 5 años de edad y puede no presentarse hasta el ingreso escolar.
- Puede durar semanas o meses, o prolongarse por años.

Patogenia

- Sobresalen los estrechos lazos emocionales con los padres y la actitud sobreprotectora de éstos.
- Los padres utilizan el silencio como elemento coercitivo y para expresar enfado.
- Los padres pueden sufrir trastorno de personalidad, trastorno de estado de ánimo, ansiedad, temores, timidez o agresividad y violencia (índole biológica).
- Pueden existir historias de traumatismos bucales o castigos relacionados con la boca (lavarse los dientes o bofetones en la cara), durante el período de desarrollo del habla (factor etiológico neurovegetativo).
- Factores etiológicos multidimensionales.

Clasificación

Se realiza según las características psicodinámicas y conductuales; de esta forma, es posible obtener los tipos siguientes:

- Simbiótico. Madre dominante y celosa de relaciones con otras personas; padre pasivo o que habla poco; el niño parece sumiso, pero puede ser manipulador. Este es el grupo más numeroso clínicamente.

- Pasivo-agresivo. El niño emplea el silencio de forma desafiante y hostil, presenta conductas agresivas o antisociales y los padres tienen también estas características.
- Reactivo. El niño puede presentar rasgos de depresión y retraimiento social; además, encontramos antecedentes familiares de timidez y trastornos del estado de ánimo.
- Fóbico al habla. El niño siente miedo de oír su propia voz, muestra reacciones de ansiedad al oírse hablar (incluso a través de una grabadora) y presenta conductas obsesivo-compulsivas.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos de la comunicación. Fonológico, del lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo- expresivo o tartamudeo.
- Niños inmigrantes (falta de conocimiento del idioma).
- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Esquizofrenia.
- Otro trastorno psicótico.
- Retraso mental grave.
- Trastorno de ansiedad (fobia social).
- Sordera, afasia e histeria.

Evaluación

- Estudio psiquiátrico completo del niño y de sus padres.
- Evaluación neurológica.
- Examen logopédico del habla y del lenguaje, y de los patrones familiares de comunicación.
- Descartar en el niño y la familia malos tratos, abusos sexuales, depresión, conducta antisocial, timidez o retraso mental.
- Realizar visita domiciliaria.

Tratamiento

- Terapia conductual. La administración de contingencias, reforzamiento positivo, desensibilización y adiestramiento en asertividad.
- Uso de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina como la fluoxetina.
- Tratamiento logopédico, si coexisten trastornos de la comunicación o problemas neuroevolutivos.
- Asesoramiento a padres y profesores para que no refuercen la pasividad del niño o contribuyan a las ganancias secundarias.
- Ambos deben mantener las expectativas sobre el niño: de qué va a hablar en la escuela y durante el tratamiento.

TEMA 34

Trastorno de la identidad sexual

Ovidia Rodríguez Méndez

Definición. Se manifiesta bastante temprano durante la infancia entre los 18 y 36 meses; se caracteriza por un malestar intenso y persistente de que el sexo asignado no es el apropiado, junto al deseo de pertenecer y participar en conductas del sexo opuesto.

Cuadro clínico

La elección de juguetes en los varones (muñecas, cocinitas y casitas), los papeles sexuales de fantasía (reinas o *vedette*), las funciones asumidas en el juego de mamá o tía y el sexo de los compañeros de preferencia del juego, es decir, las niñas, denotan con claridad sus inclinaciones, a la vez que muestran un intenso rechazo hacia el atuendo en el vestir y las actividades del propio sexo. Pueden aislarse o deprimirse por las burlas de los demás niños.

Los varones tienen preferencia por los juegos tranquilos y rechazan los rudos, en los cuales tienen que defenderse; en las hembras, se manifiesta de forma contraria.

Los varones con trastorno de identidad sexual tienen una marcada preferencia por la madre, a quien trata de imitar, y rechazan la figura paterna. Muestran, además, un gusto estético por el arreglo personal, los colores, la decoración, las flores, etc.

En el medio familiar podemos detectar actitudes *feminizantes* de la madre u otros familiares, donde predominan las mujeres (madres, tías o hermanas), y hay ausencia física o emocional del padre, así como un déficit de juego y de relación social con varones de su edad.

Etiología

Se plantean los factores ambientales señalados en el medio familiar.

- Factores genéticos o biológicos por la aparición tan temprana del trastorno, la poca modificación por el tratamiento, el hallazgo en gemelos monocigóticos y en los antecedentes patológicos familiares.
- La influencia de la hormona masculina durante la diferenciación cerebral “sexo-específica” durante el sexto y séptimo mes de vida intrauterina.
- En los niños se está estudiando la hiperplasia suprarrenal congénita y la falta de sensibilidad a los andrógenos.

Prevalencia

No hay estudios valederos que muestren la prevaencia del trastorno de identidad sexual en el varón o en la hembra.

En las hembras, el diagnóstico es menos frecuente y más tolerable, por lo que no demandan asistencia médica de la misma forma que ocurre con el varón.

Las niñas también eligen a los varones como compañeros de juego, prefieren las actividades rudas y deportivas, y rechazan el juego con las muñecas o las casitas, así como los adornos y las vestimentas femeninas.

Evolución y pronóstico

Los estudios demuestran que las dos terceras partes de los pacientes con trastorno de identidad sexual evolucionan hacia una orientación homosexual en la adolescencia, son más propensos en esta etapa al aislamiento y la depresión, a veces hasta con ideas suicida por el rechazo que puedan encontrar entre los compañeros.

Tratamiento

El objetivo es la reestructuración de la identidad sexual mediante la psicoterapia individual o grupal, que favorece la relación social y el juego. Es muy importante lograr mejorar la relación, aceptación y comunicación entre el padre y el hijo, para favorecer una buena identificación y evitar el rechazo mutuo.

Deben modificarse las actitudes feminizantes de la madre u otros familiares en el hogar.

Debe favorecerse la relación social del niño con el grupo del mismo sexo, para mejorar su autoestima y sus capacidades competitivas.

Es fundamental lograr en el paciente, con ayuda de la psicoterapia, un aprendizaje de patrones masculinos para que llegue a desear ser y sentirse de acuerdo con su sexo.

Trastornos sexuales

*Yodalia Leiva Marín
Celestino Vasallo Mantilla*

Es necesario referirnos a algunos términos que se emplean en la explicación del tema, por su importancia, para comprender mejor estos trastornos.

La salud sexual, según la organización mundial de la Salud (OMS, 1974), es la “integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, y de dar y recibir amor”.

E También se define como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural, relacionado con la sexualidad. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos. Para que esto se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.

Del 19 al 22 de mayo de 2000 en Antigua Guatemala (Guatemala), se reunió un comité de expertos para revisar este concepto y otros que referimos a continuación:

Sexo. Se refiere al “conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos”.

Sexualidad. Dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, pensamos y hacemos”.

Género. Es la suma de valores, actitudes, papeles y prácticas o características culturales basadas en el sexo.

Identidad de género. Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, constituido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género.

Orientación sexual. “Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos”.

Identidad sexual. Incluye la manera en que el ser humano se identifica como hombre o mujer o como una combinación de ambos y su orientación sexual. Es el marco de referencia interno que se forma con el transcurso de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse en la sociedad conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Erotismo. “Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general se identifican con placer sexual”.

Vínculo afectivo. “Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.”

En definitiva, salud sexual se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Sexualidad sana. Para disfrutar una sexualidad sana en el Informe 572 sobre Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana para la formación del personal de la salud de la OMS, aparecen como elementos básicos:

- La amplitud para disfrutar la actividad sexual y reproductiva, y para regularla conforme a una ética personal y social.
- La ausencia de temores, de sentimientos de venganza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
- La inexistencia de trastornos orgánicos de enfermedades y deficiencias que entorpezcan las actividades sexual y reproductiva.

En 1997 en la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) en el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia (España), se discutieron los derechos sexuales. Estos fueron aprobados en dicha Asamblea en el XIV Congreso Mundial de Sexología efectuado en Hong Kong, 1999. Estos constituyen derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad y la igualdad inherentes a todos los seres humanos, y la salud sexual es el resultado de un ambiente que los reconoce, respeta y ejerce.

Estos derechos son:

- Libertad sexual.
- Autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.

- Privacidad sexual.
- Equidad sexual.
- Placer sexual.
- Expresión sexual emocional.
- Toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
- Información basada en el conocimiento científico.
- Educación sexual integral.
- Atención a la salud sexual.

Los trastornos sexuales pueden ser:

- Síntomas de trastornos emocionales profundos o los de una enfermedad mental.
- Ocasionados por una relación inadecuada de la pareja, con difícil o mala comunicación, desinterés y desamor.
- Provocados por situaciones familiares conflictivas, falta de privacidad, problemas laborales, etc.
- Consecuencias del uso de ciertos medicamentos, alcohol, cigarrillos y otros.
- Síntomas de enfermedades neurológicas, endocrinas y urológicas.

Pueden presentarse en personas sanas, libres de síntomas psíquicos o de cualquier otra enfermedad, y que se presentan de súbito por ejemplo: ante la experiencia de un fracaso en la relación sexual y temor al rechazo o a la humillación por parte del compañero sexual, y suelen ser transitorios.

Se clasifican en: disfunciones y desviaciones o perversiones (también reciben el nombre de variantes sexuales), y actualmente llamadas parafilias. Las disfunciones son trastornos de la adecuada respuesta sexual, sin placer ni gozo del acto sexual. Son trastornos psicossomáticos que impiden el coito o su disfrute. Las desviaciones o perversiones son trastornos en los cuales el funcionamiento sexual placentero está condicionado por un objeto u objetivo sexual desviado de la norma.

Para explicar cada una de estas desviaciones, se debe recordar ciertos aspectos de la respuesta sexual normal, descritos por Masters y Johnson, en la que se señalan cuatro fases:

1. De excitación. Se produce a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica, que produce un incremento en la tensión sexual; durante ésta se logra una ingurgitación por vasocongestión del clítoris o del glande, una expansión y un elongamiento involuntario de las paredes de la vagina en la mujer; y en el hombre se elevan ambos testículos hacia el periné, por acortamiento del cordón espermático, y hay erección del pene. Se logra la lubricación de la vagina en la mujer y la erección peneal en el hombre. También se produce tumescencia de las mamas.
2. De meseta. En la mujer se produce la retracción del clítoris, se establece una **plataforma orgásmica** que provoca una constricción fisiológica hacia el tercio externo vaginal que actúa como una especie de tapón. En el hombre hay un cambio de color en el glande, que se torna rojo-púpura.

3. Orgásmica. Aparecen contracciones en la vagina y en el pene, ocurre la eyaculación en el hombre y la sensación de máximo placer en la mujer. Estas contracciones expulsivas son rítmicas en ambos sexos.
4. Resolutiva. Es una fase regresiva, de relajación y sensación de bienestar, y de aflojamiento, en la cual los varones quedan refractarios a nuevas erecciones durante un tiempo.

Las **disfunciones sexuales masculinas** se clasifican en: disfunción eréctil, eyaculación precoz y eyaculación retardada:

- Disfunción eréctil. Llamada **impotencia**, consiste en dificultad o inhibición de la fase vasocongestiva local en la respuesta sexual y como resultado, no se produce la erección. La fase orgásmica puede mantenerse sin dificultad, por lo que un hombre sin erección puede presentar eyaculación.
- Eyaculación precoz. El orgasmo se produce muy rápido, antes de lo deseado y los miembros de la pareja quedan insatisfechos y frustrados.
- Eyaculación retardada. Es también un trastorno de la fase orgásmica. Suele ser no sólo difícil y demorada, sino que llega a no producirse; como ocurre en algunas enfermedades orgánicas o ingestión de medicamentos. No es tan frecuente como la eyaculación precoz y la disfunción eréctil. Las disfunciones masculinas muchas veces se presentan al intentar repetir la actividad durante la fase de resolución, cuando la inhibición es fisiológica o ante la inhibición del deseo.

Las **disfunciones sexuales femeninas** se clasifican en: disfunción sexual general, disfunción orgásmica, dispareunia y vaginismo:

- Disfunción sexual general. Más frecuentemente llamada **frigidez**. Existe al igual que en la disfunción eréctil masculina, una dificultad en la fase vasocongestiva de la respuesta sexual que provoca la no ingurgitación y la ausencia de lubricación, por lo cual la mujer no lo desea, y no responde a la estimulación, aunque puede llegar a tener orgasmos. El término y la clasificación de frigidez son mal aplicados a estos casos, en que se trata de pacientes anorgásmicas, o sea, con disfunción orgásmica.
- Disfunción orgásmica. Consiste en la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual, aunque puede quedar sin afectarse el componente vasocongestivo: la paciente puede tener deseos, lograr la lubricación y sin embargo no llegar al orgasmo. Es la disfunción más frecuente en la mujer.
- Dispareunia. Consiste en dolores asociados con el coito, sin antecedentes de daño físico. Es factor de tensiones y conduce a la frigidez y/o anorgasmia.
- Vaginismo. Es causa de falta de consumación sexual del matrimonio; consiste en un espasmo de la musculatura del tercio externo de la vagina, lo cual provoca tensión y dolor en el intento del coito.

La inhibición del deseo o ausencia del deseo sexual puede originarse por trastornos orgánicos o psicológicos.

Ante todo paciente con disfunción sexual, se impone una entrevista con privacidad, que permita una anamnesis completa, una buena relación médico-paciente y el logro de un diagnóstico que en la mayoría de las veces no es tan fácil, debido a la presencia de serios conflictos intrapsíquicos. Por tanto, es preciso conocer si el trastorno por el que se consulta es ya conocido por el otro miembro de la pareja y si éste quiere cooperar en la terapia, pues la disfunción sexual, aunque parezca un problema individual, corresponde generalmente a una situación de pareja. Se debe verificar los errores de concepto que, por la falta de educación sexual, se presentan en hombres y mujeres.

Los elementos que hacen infructuosa una relación sexual pueden ser: criterios de machismo, de diferencias entre sexos, conceptos erróneos de lo que es **decente** y de lo que es **moral**, de lo que está permitido a un sexo y no al otro, las relaciones extramatrimoniales, los tabúes y mitos, el temor al ridículo, la pérdida de ilusión, el desamor, las dificultades en la comunicación, el resquemor, los disgustos y el miedo a un embarazo no deseado o a complicaciones durante una enfermedad (posinfarto, por ejemplo).

La falta de privacidad, la presencia de los hijos, el agotamiento físico y mental, y el estrés psicofísico mantenido conspiran contra una relación sexual exitosa.

Un vínculo de amor, compañerismo y compenetración es esencial para lograr la felicidad y el éxito en la relación sexual.

También resulta muy importante en el diagnóstico, definir hasta qué punto la patogenia de la disfunción sea orgánica o psíquica. Estudios muy recientes destacan que del 50 al 60 % de las disfunciones masculinas responde a una causa orgánica. Esto impone un estudio multidisciplinario de todo caso que consulte por disfunción, que incluya al psiquiatra, al psicólogo, al urólogo, al ginecólogo o al endocrinólogo; todos son imprescindibles en un equipo de trabajo que atienda estos trastornos.

Desviaciones sexuales (variantes sexuales o parafilias)

Las **desviaciones o variantes sexuales** es la conducta sexual preferida por una persona que no se corresponde con la norma (moral o social) establecida. Puede variar de acuerdo con la edad, la época, la cultura y el país. Estas conductas son más frecuentes en los hombres y están asociados a la incapacidad de tener actividad sexual recíproca. Tienen un carácter compulsivo y placentero. Generalmente, estas personas no alcanzan la madurez sexual y predominan las fantasías infantiles.

Etiología

Se desconocen las causas específicas de las **parafilias**. La teoría psicoanalítica conjetura que es “una regresión o fijación en un estadio primario de la evolución sexual”. Los conductistas señalan que es un proceso de acondicionamiento clásico y los factores predisponentes del individuo, que le dificultan establecer una relación sexual interpersonal y poca autoestima.

El paciente no busca ayuda ni tratamiento por sí mismo; sólo lo hace cuando es arrestado o se ve descubierto por un miembro de la familia.

Se distinguen dos grupos principales de desviaciones:

1. Del objeto sexual. Cuando el objeto del deseo sexual es un niño, un anciano, una parte del cuerpo, un animal, una cosa inanimada o una pieza de vestir.
2. De la meta sexual. La satisfacción sexual se relaciona con la práctica utilizada, ejemplo: exhibición de los órganos genitales, oír y observar las relaciones de otros, por la sumisión cruel de la otra persona o por la propia humillación. La desviación de una persona puede cambiar y existir varias a la vez en un mismo individuo. Hay que diferenciar las variantes en la vida sexual normal, de los **desviados puros** con problemas en su vida sexual; estos impulsos tienen una fuerza tal que dominan su vida, todos los propósitos y las aspiraciones.

Cuando se necesita a otra persona para las prácticas desviadas, ésta sirve sólo como objeto del que se dispone casualmente para liberarse de las tendencias intuitivas.

Breve descripción de las desviaciones o variantes sexuales (parafilias)

Exhibicionismo. Es un estado en el cual la persona muestra repetida y preferentemente los órganos genitales a desconocidos, que no se lo esperan, con el fin de alcanzar una excitación sexual. Por lo general se muestra impotente frente a la actividad heterosexual. Su práctica es compulsiva y el método estereotipado: “como impulsado por una fuerza que está fuera de su voluntad, se esconde detrás de un arbusto, a la orilla de un camino o frente a la ventana abierta de una casa a realizar su práctica masturbatoria”. Esta tendencia se presenta entre los 20 y 30 años, y disminuye de manera notable entre los 30 y 40 años.

Son personas tímidas, pasivas y sexualmente inhibidas. Por vía legal son sancionados por escándalo público. El objetivo principal del exhibicionista es provocar conmoción o miedo a sus víctimas. Si no provoca esta reacción, apenas obtiene placer. En general, no agrede ni viola.

Voyerismo (“*mirahueco*”). Es la persona que obtiene gratificación sexual mientras observa a otras durante la actividad sexual, o que se desvisten o están desnudas.

Voyeur es una palabra francesa derivada del verbo *voir* que significa ver. El voyerismo se presenta en los jóvenes y desaparece en la mediana edad de 45 a 50 años y es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Los varones tienen más dificultades para las relaciones heterosexuales. El voyerista prefiere atisbar oculto a las mujeres que no conoce, ello constituye una novedad y acentúa la condición prohibitiva de su acción. La excitación alcanza el máximo en situaciones en que corre el riesgo de ser descubierto.

Por lo general, son espectadores pasivos, algo tímidos e inseguros.

Frotteur (frotador). La persona busca el contacto de su cuerpo con otro (pegarse), casi siempre los genitales o las zonas erógenas; busca encontrarse con un tipo de mujer preferido y apretarse contra ella, sin despertar sospechas de hacerlo de forma intencional. Se observa en los medios de transporte repletos. El individuo se coloca delante o detrás de su “víctima”, de manera que las sacudidas del vehículo actúen como fricción, o se deja caer sobre la mujer cuando el vehículo se detiene o arranca, y se justifica con la acción de la inercia. También en los cines y teatros, cuando se sienta busca que sus piernas rocen las de la mujer junto a él. A veces, la excitación es mayor cuando el “frotador” piensa que sus actos estimulan sexualmente a la mujer utilizada.

Fetichismo. La excitación sexual se obtiene mediante un objeto inanimado o una parte del cuerpo. El objeto se incorpora a la actividad sexual para lograr una mayor excitación. Por lo general, el fetichista colecciona esos objetos y puede llegar al robo, para añadir a su colección la prenda que lo obsesiona.

En la lista de los objetos fetiche, las prendas femeninas frecuentes son: blúmers o bragas, ajustadores o sostenes, medias, zapatos, botas o pañuelos, y las partes del cuerpo como: cabellos (trenzas), piernas, glúteos, senos y pies. Prefiere el objeto fetiche y no a su dueña, porque resulta seguro, sin riesgo, silencioso y cooperante”. A menudo, sólo puede excitarse y alcanzar el orgasmo, si hace uso del fetiche. En otros, la falta del objeto (fetiche) disminuye, pero no imposibilita, la respuesta sexual. En ocasiones, necesita que su pareja haga uso del fetiche de forma especial para que éste surta efecto ejemplo: frotarle los genitales con una prenda.

Este tipo de persona no ofrece peligro para los demás.

Pedofilia. El pedofílico es el adulto que prefiere tener relaciones sexuales con niños (hembras o varones) prepúberes (de 8 a 12 años).

Casi siempre, son hombres (puede haber mujeres) de cualquier edad, aunque se plantea que es más frecuente en jóvenes solteros y ancianos con trastornos orgánicos. Estudios recientes señalan que cualquier persona, de cualquier edad, comete abusos físicos y sexuales con niños y es un problema social mundial.

No queda duda de que el alcoholismo, la drogadicción y la pobreza extrema contribuyen al auge de estas manifestaciones en la actualidad.

Zoofilia o bestialismo. Persona que prefiere tener relaciones sexuales con animales.

Necrofilia. La excitación sexual se experimenta mediante la vista o el contacto sexual con un cadáver.

Coprofilia y urofilia. El placer sexual se obtiene mediante el contacto con las heces fecales y la orina.

Sadismo y masoquismo. Se llama sadismo al acto de infligir o provocar dolor de forma repetida a otra persona para excitarse sexualmente. El nombre se deriva del marqués de Sade, escritor francés que trató con amplitud la crueldad como medio de obtener la gratificación sexual. Sus variedades van desde las escenificaciones controladas y moderadas hasta la agresividad, tortura, violación y a veces asesinato.

El masoquismo es un estado en el cual la persona experimenta placer sexual, cuando se le causa daño o se le humilla. Recibe el nombre del novelista austríaco Sacher-Masoch y en su obra ofrece una explicación detallada sobre los goces del dolor.

En su manifestación moderada, los actos de servidumbre (ser atado, golpeado o azotado) se realizan en compañía de una pareja seleccionada cuidadosamente; en sus manifestaciones extremas, se produce flagelación, semiestrangulación y automutilación, por lo que los actos sadomasoquistas son muy peligrosos.

Para muchos parafilicos de este tipo, el goce radica en su erotismo y en la sensación de “quebrantar las reglas” de la conducta sexual ordinaria. Muchas personalidades de esta clase se han educado en un medio rígido sexualmente, lo cual provoca una hostilidad interna que no puede liberar por otras vías.

En muchos países se ha creado una industria del sexo (pornografía, prostitución y venta de instrumentos) alrededor de estos actos.

Tratamiento

El psicoanálisis clásico no ha resultado eficaz en las parafilias y requiere varios años, para lograr mejoría.

La terapia con hipnosis ha dado resultados ambivalentes.

En la actualidad el tratamiento se centra en:

- Terapia aversiva.
- Métodos de desensibilización.
- Reforzamiento en la capacidad de relación.
- Reacondicionamiento orgánico.

La terapia de aversión y el empleo de los antiandrógenos suscitan polémicas éticas.

Trastorno de la identidad de género

El **transexualismo** es un trastorno de la identidad del género.

El transexual puede pertenecer al sexo femenino o masculino, pero sus sentimientos, preferencias, convicciones y conducta corresponden al sexo contrario psicológico y su sexo anatómico. Si es hombre, se considera y siente

como una mujer encerrada en un cuerpo que no le pertenece, o sea, en un cuerpo de hombre y si es mujer, se siente como un hombre encerrado en un cuerpo de mujer. Siempre plantea que se siente atrapado en un cuerpo que no le pertenece, que no desea ni entiende. Su deseo persistente, irresistible, poderoso, que lo hace sufrir y angustiarse, es lograr el cambio de sexo.

No le atraen los hombres o las mujeres como tal, no es el placer sexual el que lo domina, es su rol de género. Ser hombre para su hombre en todo. Siente que lo desea como puede desearlo una mujer y lo mismo le sucede a las mujeres con los hombres. En ocasiones evita el contacto con el mismo sexo, lo rechaza, no deja ver sus genitales. Esto puede diferenciarlo del homosexual.

Desde niños, a edades tempranas (3 o 4 años) el afeminamiento, la inclinación por jugar con las niñas y disfrutar de sus juguetes caracterizan a los varones, igual sucederá con las niñas que desean y les atrae jugar con los varones y con sus juguetes. Sucede lo mismo con la ropa, con la que se siente bien es con la del sexo opuesto, el sexo que según su sentir y creer es el que le pertenece.

La única solución que los transexuales ven a su problema es el de la reasignación sexual: el acto quirúrgico que los libre de los genitales que, según ellos, no les pertenecen. Es una insatisfacción constante por sus caracteres sexuales y secundarios desde la infancia. Su identidad mental es distinta a la genital.

Es necesario realizar estudios por un equipop multidisciplinario (psiquiatra, psicólogo, urólogo, ginecólogo, endocrinólogo, etc.), para realizar el diagnóstico, y que evaluará el proceso por años, desde antes, durante y después del cambio de sexo. Requiere múltiples intervenciones de los especialistas mencionados por ser un trastorno muy complejo y sus resultados irreversibles.

Para justificar la determinación de la conducta sexual se realizan numerosos estudios por distintas especialidades, como: neurología, genética, endocrinología, psicología, etcétera.

Parece ser cierto que la conducta sexual adulta es el resultado de la actuación en diversas proporciones de las hormonas sexuales durante algunos períodos anteriores al nacimiento y después de nacer, junto con las influencias sociales recibidas en la infancia y en la pubertad.

El transexualismo es más frecuente en el hombre que en la mujer.

El **travestismo** (del inglés *transvestism*) es un trastorno en el cual al individuo le gusta vestirse con la ropa del sexo opuesto. Para algunos es una forma de obtener placer sexual; visto con la ropa del sexo opuesto, se siente que gusta más. Se viste y se maquilla escondido de los demás y en ocasiones se acompaña de una masturbación.

Son trastornos de la conducta que no involucran en la misma, necesariamente al sexo y por tanto no clasifican como homosexuales aunque a algunos de estos les ayuda vestir o como una mujer sobre todo en referencia de su pareja y en su

actitud sexual. Muchos hombres se visten con ropa del sexo opuesto sin ser homosexuales, lo que algunos autores llaman “travestis de tabla”. Con frecuencia son artistas del género humorístico que convierten el trastorno en su fuente de trabajo, pero se visten así sólo en los momentos de su actuación.

El transvestista a diferencia del transexual no reniega de su sexo, puede tener una identificación doble o masculina (casi no existen mujeres travestis) y alterna en ambos papeles (bisexualismo).

No desea ninguna cirugía ni cambiar sus genitales. Se viste y vive como corresponde a su sexo biológico, pero gozando por momentos del vestuario del otro sexo. Su placer es vestirse y pasar por mujer, si es posible. La mayoría de los transvestis de tabla son heterosexuales o bisexuales.

Trastornos de la orientación sexual

En este grupo se incluyen la homosexualidad, la bisexualidad y la hetersexualidad, que analizamos a continuación.

Heterosexualidad. En todas las sociedades conocidas, el comportamiento heterosexual es la pauta preferida por la mayoría de la población.

Homosexualidad. Ha existido siempre a lo largo de la historia; no obstante aún son muchas las personas que reaccionan con hostilidad ante este tema y los señalan con epítetos como “degradante”, “asqueroso”, “inmoral”, “repugnante”, etcétera.

A pesar de estas actitudes negativas hacia la homosexualidad, las últimas décadas han ocurrido una serie de hechos que han compensado las evaluaciones anteriores. Hay mayor conocimiento científico y más aceptación sociocultural. Un número creciente de tribunales respaldan sus derechos civiles; para ello, esgrimen el argumento básico de que la discriminación contra las personas por sus preferencias sexuales, es contraria a la ley. Los hombres y las mujeres homosexuales se han pronunciado públicamente en diversas actividades profesionales, como ciencias, deportes, artes y letras y política para luchar contra los prejuicios y estereotipos.

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría la excluye en su Manual de Clasificación Diagnóstica (DSM-IV) como enfermedad.

La palabra homosexual alude a un hombre o a una mujer, que siente una atracción sexual presente por la persona del mismo sexo, durante un lapso de tiempo significativo.

Existen múltiples teorías sobre el posible origen de la homosexualidad. Para el profesor John Money, sexólogo, psiquiatra y psicólogo de la Universidad y del

Hospital “Jonh Hopkins” en Baltimore, EE.UU., la orientación sexual podría verse determinada por tres factores:

1. Biológico. Está configurado por los genes, las hormonas y las estructuras cerebrales, los cuales predisponen la orientación sexual.
2. Impronta. Es decir, el estímulo específico en el momento oportuno, estímulo que puede ser dado por la familia y la sociedad entre los 3 y 5 primeros años de vida.
3. El medio. Incluye el ambiente social y familiar, y la educación que se recibe en ese período “crítico” comprendido en los 3 y 5 primeros años de vida.

Bisexualidad. Los bisexuales son hombres y mujeres que se sienten sexualmente atraídos por personas de uno y otro sexo. No siempre el individuo bisexual mantiene una relación declarada con sujetos de uno u otro sexo. Se ha escrito y estudiado muy poco en torno a la bisexualidad. Es difícil precisar cuál es el porcentaje de bisexuales en la sociedad actual.

Se estima que del 10 al 15 % de las mujeres y del 15 al 20 % de los hombres solteros de 30 años pudieran tener una conducta o comportamiento bisexual; esta cifra es mucho mayor que la de los homosexuales.

Masters y Johnson (1970) describieron un subgrupo de bisexuales a los que denominaron ambisexuales: son hombres y mujeres que no muestran preferencia alguna por sujetos de ningún sexo; que desconocen una relación sexual seria y comprometida; y que tienen contactos sexuales frecuentes con hombres y mujeres, aceptan o rechazan cualquier oportunidad sexual según sus necesidades biológicas y el atractivo físico de la otra persona no cuenta en el momento de elegir.

Las mujeres bisexuales alegan tener distintas necesidades emocionales: algunas son satisfechas por hombres y otras por mujeres.

Los hombres bisexuales justifican sus preferencias al aducir imperativos de variedad y creatividad. Se desconocen las causas de la bisexualidad y las diversas pautas que rigen su conducta no son coherentes con las teorías sobre los orígenes de la orientación sexual.

Se evalúan los grados de inclinación sexual, según la escala de Kinsey en:

- Exclusivamente heterosexual
- Predominio heterosexual y accidentalmente homosexual.
- Predominio heterosexual y homosexual en grado mayor que el accidental.
- Heterosexual y homosexual en la misma medida.
- Predominio homosexual y más que accidentalmente heterosexual.
- Predominio homosexual y accidentalmente heterosexual.
- Exclusivamente homosexual.

TEMA 36

Trastorno disocial en niños y adolescentes

Vivian Ravelo Pérez

Los trastornos conductuales en la infancia y la adolescencia se añadieron al *II Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana, con vistas a lograr una clasificación diagnóstica más específica de los niños cuyas alteraciones de conducta están tipificadas como reacciones transitorias a las circunstancias ambientales, aun sin constituir todavía un modelo de conducta con caracteres constantes.

En la actualidad, los “desordenes de conducta” que sufren niños y adolescentes que tienen mucha dificultad para seguir las reglas y comportarse de manera aceptable en la sociedad, constituyen un reto. Otros niños, adultos e instituciones sociales los consideran “malos” o “delincuentes”, en lugar de enfermos mentales, y no reciben una adecuada, temprana y oportuna atención. Mejorar nuestra preparación para ayudarlos es de gran importancia si se considera que, como parte de la violencia, estamos ante un problema de salud de gran envergadura, pues constituye una amenaza para la vida, la salud y la felicidad.

Definición. El trastorno disocial se caracteriza por un patrón de comportamiento anormalmente agresivo o desafiante, que viola los derechos básicos de los otros o las normas sociales, más de lo que sería aceptable para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en que vive.

Son desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de 3 años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico; los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos, base para el diagnóstico.

Estos trastornos de la infancia y la adolescencia tienen carácter más estable, interno y resistente al tratamiento que los trastornos transitorios, pero menos que los trastornos de la personalidad y las psicosis. Esta estabilidad intermedia se atribuye a una mayor fluidez de la conducta en estas edades.

En el DSM-IV el trastorno hiperquinético queda incluido en la categoría general de Trastornos de la Conducta, en la que también se ubican los Trastornos Disociales.

Epidemiología

Los trastornos de conducta constituyen una de las condiciones más comunes que precisan atención psiquiátrica antes de la primera fase de la adolescencia y después de ésta.

La prevalencia del trastorno disocial (TD) se ha incrementado en las últimas décadas, y puede ser más elevada en los núcleos urbanos. Las tasas varían en función de la población estudiada y los métodos de análisis: en varones con edad inferior a 18 años, las tasas oscilan entre 6 y 16 %; en hembras, entre 2 y 9 %. Es uno de los diagnósticos más frecuentemente realizados, tanto en régimen ambulatorio, como en hospitalización.

Etiología

Estos trastornos con frecuencia están muy vinculados con actitudes incorrectas de los padres y prácticas inadecuadas de crianza. También puede influir el temperamento del niño, así como otras circunstancias ambientales, enfermedad de éste o de los padres.

La disfunción familiar crónica desempeña un papel importante; a veces las primeras desviaciones conductuales, son la respuesta ante una baja adaptación de las actitudes y prácticas de los padres a las necesidades temperamentales y emocionales del niño. Luego, la transformación y justificación abstracta y simbólica parecen ser procesos secundarios que se añaden a estos trastornos del desarrollo.

Dentro de los factores ambientales, el familiar es fundamental; aquí se destacan: hacinamiento, promiscuidad, alcoholismo, educación contradictoria o cruel, internamientos precoces, prostitución, fracaso escolar, violencia familiar y daño al cerebro, entre otros. La combinación de estos factores muchas veces genera una conducta aprendida que cala muy hondo en la personalidad infantil, al punto de estructurarse de forma patológica. También se han involucrado factores constitucionales y genéticos.

Puede haber elementos predisponentes constitucionales, pero los factores ambientales (maltrato, falta de ejemplo, límites, adecuado ejercicio de la autoridad y falta de afecto) tienen un papel fundamental.

El problema es educacional y social, y mientras aumente la permisividad y la carencia de autoridad familiar, escolar y social, las estadísticas seguirán elevándose.

Cuadro clínico y diagnóstico

En el DSM-IV, se describen las manifestaciones siguientes:

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes propias de la

edad, que se manifiesta por la presencia, durante los últimos 12 meses, de tres o más de los criterios siguientes:

1. Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con éste a otras personas o animales:
 - a. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
 - b. A menudo inicia peleas.
 - c. Ha utilizado un objeto o arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
 - d. Ha manifestado crueldad física con personas.
 - e. Ha manifestado crueldad física con animales.
 - f. Ha robado y se ha enfrentado a la víctima con violencia.
 - g. Ha forzado a alguien para tener actividad sexual.
 2. Destrucción de propiedad:
 - a. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
 - b. Ha destruido de forma deliberada propiedades de otras personas.
 3. Fraudulencia o robo:
 - a. Ha violentado la casa o el automóvil de otra persona.
 - b. A menudo miente para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones.
 - c. Ha robado objetos de valor o ha falsificado sin tener enfrentamiento con la víctima.
 4. Violaciones graves de normas:
 - a. A menudo permanece fuera de su casa de noche, a pesar de prohibiciones paternas, esto puede comenzar antes de los 13 años.
 - b. Se ha escapado de su casa de noche, por lo menos 2 veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustituto.
 - c. Hace “novillos” en la escuela, práctica que inicia antes los 13 años.
- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Este diagnóstico no se recomienda si el trastorno no tiene 6 meses de evolución o más.

El trastorno es más frecuente en varones y una sola de las anteriores manifestaciones es suficiente para hacer el diagnóstico.

En la CIE-10, se distinguen cuatro tipos:

1. Trastorno disocial limitado al contexto familiar. El comportamiento disocial está restringido al hogar o a los miembros de la familia nuclear o allegada. Las manifestaciones más frecuentes son el robo en el hogar, combinado con comportamiento destructivo deliberado. Incluye actos de violencia contra miembros de la familia. Para definir el diagnóstico se requiere la ausencia de toda alteración significativa del comportamiento antisocial fuera del ambiente familiar; esto no implica el mal pronóstico de los trastornos disociales generalizados.
2. Trastorno disociales en niños no socializados. Se trata de manifestaciones disociales persistentes que satisfacen igual que en el anterior los criterios y no son simples

manifestaciones opositoras, desafiantes o subversivas, con una profunda dificultad para las relaciones personales con otros muchachos.

La clave para establecer el diagnóstico la constituye la falta de una integración efectiva entre los compañeros y tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones; los problemas de relaciones con ellos se manifiestan principalmente por un aislamiento o rechazo, y con los adultos están marcadas por la discordia y la hostilidad; si hay un comportamiento delictivo, éste es solitario.

3. Trastorno disociales en niños socializados: Es igual a los dos anteriores en cuanto a una conducta persistente disocial y no son simplemente manifestaciones opositoras, desafiantes o subversivas, se presenta en personas por lo general bien integradas en grupos de compañeros.

Para el diagnóstico es clave la existencia de amistades adecuadas y duraderas con personas de la misma edad; con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales.

4. Trastorno disocial desafiante y opositor. Es característico en niños con edades por debajo de 9 a 10 años con un comportamiento muy desafiante, desobediente y provocador, así como la ausencia de otros actos disociales agresivos y más graves que violen la ley y los derechos de los demás; algunos plantean que ésta es una forma menos grave de trastorno disocial, más que una forma cualitativamente distinta. Para dictaminar el diagnóstico es importante una conducta fuera de los límites normales del comportamiento; tienen baja tolerancia a las frustraciones y pierden el control con facilidad. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos; con frecuencia se comportan con grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Diagnóstico diferencial

Corresponde hacerlo entre los 4 tipos descritos, por el elemento básico que distingue a cada uno.

Debe establecerse con el trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención, episodios maníacos y trastornos adaptativos.

Una disciplina aberrante o conflictos en el seno familiar puede contribuir a reforzar un comportamiento disocial.

El trastorno disocial puede ser causado por un estado depresivo, dificultades para aprender, problemas personales y problemas paternos filiales.

Algunos de los comportamientos de rebeldía pueden ser considerados normales.

Evolución

El inicio puede ser hacia los 5 o 6 años de edad, pero por lo general ocurre hacia el final de la infancia o el inicio de la adolescencia. Su evolución

es variable. En la mayoría el trastorno remite en la edad adulta, pero una parte sustancial cumple criterios de trastornos de personalidad antisocial. Muchos niños con diagnóstico de trastorno disocial que presentan síntomas escasos y leves, alcanzan en la adultez una adaptación social y laboral adecuada.

Las personas con trastorno disocial corren el riesgo de desarrollar con posterioridad trastorno del ánimo, trastornos somatomorfos y trastornos por consumos de drogas.

Tratamiento

Es difícil y la participación de la familia es fundamental para el éxito.

La edad de inicio del tratamiento es básica, y el paciente mejora en la medida en que esta es más temprana, por la menor posibilidad de interiorización de la conducta y el manejo de la agresividad.

Las pautas de actuación, de acuerdo con la información esencial para pacientes y familiares, son:

- Establecer una disciplina eficaz, clara y motivada, pero no abrumadora.
- Evitar los castigos. Es más eficaz reforzar con premios las conductas deseadas.

Entre los consejos específicos para el paciente y sus familiares están:

- Intentar comprender las razones del comportamiento disocial. Según lo observado, se deben cambiar las circunstancias que inciden sobre el comportamiento del niño tanto como sea posible.
- aconsejar a los padres para que den refuerzos positivos y premien el buen comportamiento. Asimismo, que establezcan una disciplina motivada, fijando límites claros y firmes para definir el comportamiento, e informar al niño de antemano sobre las consecuencias que tendrá el sobrepasar estos límites. Los padres deben imponer las penalizaciones que hayan comunicado al niño inmediatamente y sin falta.
- Advertir a los padres la importancia de informar en la escuela sobre estos aspectos disciplinarios.

Los familiares, los amigos o los servicios sociales pueden ser de gran ayuda para que los padres lleven a cabo el desarrollo de una disciplina correcta sobre la base a este punto; no se debe olvidar la importancia de involucrar al maestro en el tratamiento, que conozca todas las medidas y comunique convenientemente los cambios.

Siempre que sea necesario, se debe implicar a algún miembro de la comunidad (prevención social, oficial de menores, etc.).

Las técnicas de modificación de conductas pueden resultar muy útiles.

Tratamiento medicamentoso

No hay tratamiento establecido. La fenotiacinas puede ayudar a disminuir la agitación, de forma que sea más tratable y fácil de socializar.

Se pretende que el niño desarrolle sus controles internos y un nuevo sistema de adaptación.

Algunos casos pueden requerir la separación de su medio familiar, lpero se recurrirá a esto como última alternativa.

Todo lo que hagamos es poco, si tenemos en cuenta que entre 70 y 85 % de los menores con conductas antisociales acaban siendo delincuentes, entre 60 y 70 % son alcohólicos y de 60 a 90 % acaban consumiendo drogas en forma habitual.

Debe considerarse la consulta con especialistas, si persisten los problemas de conducta graves después de haber tomado las medidas que antes se mencionaron.

TEMA 37

Alcoholismo y otras adicciones

Ricardo González Menéndez

El consumo de sustancias que afectan la conciencia y el comportamiento parece remontarse a los albores de la humanidad, cuando el hombre primitivo en su etapa de recolector comenzó a interesarse por el efecto de las plantas y logró, mediante ensayo y error, acumular rudimentarios conocimientos que pronto se hicieron exclusivos de una élite de chamanes, brujos, hechiceros y sacerdotes, cuyos poderes, en gran parte, se basaban en la supuesta comunicación con fuerzas sobrenaturales durante sus viajes alucinóticos, experiencias que por lo general eran transmitidas a sus descendientes en forma directa, desde muchos miles de años antes que apareciera la escritura.

El mito sumerio de Enki sancionado por Ninhursag, la diosa madre, por tratar de conocer el corazón de las plantas, apoya la hipótesis planteada por Escohotado de que el pecado original de Adán y Eva no parece haber sido sólo la desobediencia, sino el probar alguna planta de efecto alucinógeno como la *Amanita muscaria*, un hongo que en las Sagradas Escrituras pudo haberse sustituido por la manzana.

A partir de la apreciación de las enfermedades como castigo divino y determinadas por miasmas o impurezas que debían ser eliminadas (catarsis), las plantas psicodélicas entraron a formar parte del arsenal terapéutico de los más remotos antecesores en la ciencia y el arte de curar, quienes luego de una etapa esotérica, las difundieron al grupo social primitivo por la vía del banquete sacramental, forma colectiva de ofrenda a los dioses donde las plantas psicoactivas consumidas recibieron el nombre de *pharmacon*.

Aun cuando la apreciación de los efectos del líquido resultante de la caída y fermentación de algún fruto en el agua colectada entre las raíces de un árbol podría haber ocurrido decenas de milenios antes, no fue hasta la aparición de la alfarería 10 000 años atrás, que al posibilitarse los depósitos adecuados, se hiciera factible el consumo de alcohol como fenómeno social.

Las primeras referencias escritas sobre la utilización del opio como medicamento aparecen en unas tablillas de arcilla sumerias cuya antigüedad es de 5 000 años, y unos 1 000 años después se registraron el vino, la cerveza, la mandrágora y los derivados de la *Cannabis sativa* (marihuana). Ya desde esta época se reportan hojas de coca en enterramientos peruanos, como testigos de la ancestral costumbre andina de masticar dichas hojas para enfrentar los rigores de la altura.

Estos consumos con finalidades rituales o medicamentosas que utilizaban los productos vegetales en su forma original de baja concentración, contrastan en significación medicosocial con el consumo con supuestos objetivos recreativos, de sustancias cada vez más purificadas y costosas y dotadas de alto poder adictógeno.

La incorporación masiva de la droga al estilo de vida hedónico que prolifera en las sociedades de consumo, se establece con mayor nitidez a partir de la década del los 60, y coincide con la nefasta y progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización altamente rentable, sólo superada por el tráfico de armamentos en un mundo regido por las actuales tendencias neoliberales, donde las crudas leyes del mercado se priorizan sobre el bienestar individual y social.

Definición droga

Aun cuando el concepto más amplio de droga podría equipararse con el de medicamento, no resulta práctico a los efectos del presente texto, por que bajo la definición de “toda sustancia que incorporada al organismo determina un cambio en éste” incluiría indistintamente cardiotónicos, vitaminas, antibióticos y otras sustancias sin efectos psicoactivos. Es por ello que se aplica el concepto restringido que define como droga “toda sustancia de origen natural o artificial, de efectos psicoactivos, cuyo consumo frecuente conduce a la tolerancia y dependencia con la determinación de efectos nocivos sobre el sujeto, la sociedad o ambos”.

Estas sustancias pueden ser de carácter legal o ilegal, médico o no médico y natural o sintético, así como que sus efectos psíquicos son indistintamente estimulantes, depresores o distorsionantes, y que sus nefastas consecuencias finales repercuten sobre el hombre en sus niveles biológico, psicológico, social y espiritual.

Clasificación

Si se parte de su categoría como sustancia, las drogas se clasifican en:

Legales. Cola, té, café, tabaco y alcohol.

De prescripción médica. Narcóticos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, antiparkinsonianos, simpaticotónicos, vagolíticos y antianoréxicos.

Ilegales. Marihuana, cocaína, heroína, LSD, hongos, polvo de ángel y drogas de síntesis como el ICE, éxtasis y desafortunadamente muchas más.

Inhalantes. Derivados del tolueno presentes en pegamentos plásticos, disolventes y barnices, así como combustibles, betunes, descongelantes, etcétera.

La segunda categoría incluye también medicamentos ajenos a los psicofármacos o medicamentos psicoterapéuticos como se propugna y que existen sustancias legales cuyo consumo es ilegal, como el caso de los inhalantes y otras que como la marihuana, cocaína y heroína resultan ilegales como sustancias y consumo.

La lista siguiente expone las diferentes drogas, según sus efectos sobre las funciones psíquicas:

Drogas estimulantes o excitadoras. Cola, cacao, té, mate, café, metilfenidato, anfetaminas, simpaticotónicos, metanfetamina (ICE), cocaína.

Drogas depresoras, sedantes o inhibidoras. Alcohol, tranquilizantes, hipnóticos, antiepilépticos, morfina, heroína, meperidina, metadona, fentanil e inhalantes.

Drogas distorsionantes, psicodélicas o alucinógenas. Antiparkinsonianos, vagolíticos, marihuana, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (polvo de ángel o PCP), peyote (*Mezcalina mesalin*), hongos (psilocibina), metanfetamina (ICE), metilendioximetanfetamina (éxtasis, MDMA), metilendioxietilamfetamina (Eva o MDEA) y metilendioxianfetamina (Love. MDA).

Drogas de efectos simultáneos estimulantes y depresores. Ejemplo: tabaco.

Drogas de efectos simultáneos depresores y alucinógenos. Marihuana.

Existe una clasificación de alta significación, que es la que distingue las sustancias sin efectos relevantes sobre la conciencia y la personalidad (como el café y el tabaco que en las dosis convencionales carecen de dicha acción), y otras drogas que ocupan todo el espectro restante desde el alcohol en adelante.

Significación social de las drogas en el mundo actual

Antes de hablar sobre este trascendente problema social mundial, reflexionemos sobre algunos aspectos indispensables para su valoración integral, como:

- Las drogas deben ser consideradas como un sistema interactuante con efectos inductores y reforzadores cruzados.

Está demostrado que el riesgo de consumo de alcohol en un fumador triplica al de los no fumadores, y que el riesgo de consumo de tabaco es 3 veces mayor entre los consumidores de café. De la misma manera, el riesgo de consumo de sustancias ilegales es mayor entre las personas que consumen drogas legales, sobre todo aquéllas que, como el alcohol, afectan el comportamiento.

Esta realidad epidemiológica ha determinado que el tabaco y sobre todo el alcohol hayan sido designados como drogas “porteras,” ya que quien consume una sustancia dañina adictógena corre el riesgo de sufrir el fenómeno de

la “pendiente resbaladiza” que lo iniciaría en otras sustancias de carácter ilegal.

- El problema mundial de las drogas sólo se comprende si se tiene en cuenta que el daño individual y social de estas sustancias no se limita al consumidor excesivo que termina siendo un esclavo de la sustancia, sino también a los casos en que la sustancia sea consumida en forma irresponsable, cuyo paradigma es la conducción de un vehículo en estado de embriaguez por alguien que sin resultar todavía propiamente un alcohólico, presenta un patrón de consumo sumamente irresponsable.
- De la misma manera que existe el fumador pasivo que sufre los daños del tóxico sin consumirlo directamente, también existen los bebedores pasivos y los que sufren las consecuencias del consumo de sustancias ilegales en el rol de cónyuges, hijos, padres, hermanos, abuelos, compañeros de trabajo, amigos y en el de transeúntes víctimas de accidentes, violencia u otros comportamientos reprobables.
- La actitud social ante los patrones de consumo de tóxicos es uno de los factores más trascendentes en la prevención de las consecuencias de éstos.

El descubrimiento del fumador pasivo desempeñó un papel de primordial en la reducción sensible del consumo de tabaco en el primer mundo, al desarrollarse la crítica de su consumo en lugares cerrados.

De igual manera y sin que exista prohibición religiosa para el consumo de alcohol, en países de cultura asiática y hebrea se consume dicho tóxico, pero se critica con frecuencia el estado de embriaguez. Esta actitud vinculada epidemiológicamente a bajos indicadores de alcoholismo, explica que entre los judíos no existan en la práctica abstinentes al alcohol, pese a lo cual resultan el grupo humano de menor consumo per cápita del tóxico y con menor frecuencia de problemas relacionados con el alcohol.

Ahora el estudiante está en condiciones de analizar algunas realidades estadísticas mundiales, regionales y nacionales.

La expectativa mundial de por vida para sufrir en algún momento un problema de salud relacionado con el abuso de sustancias que afectan el comportamiento (excluye té, café y tabaco) llega casi a 10 % de la actual población mundial (de no menos de 600 millones de habitantes) y si se suma a dicha cifra la totalidad de personas que sufrirán las consecuencias indirectas de dicho consumo anormal o irresponsable, en el transcurso del presente siglo) se afectará (de no ser efectivas las medidas preventivas que se tomen) la tercera parte de la población total del planeta, que rondaría entonces los 7 000 millones de habitantes.

Al valorar el fenómeno en los Estados Unidos de Norteamérica, país que sirve de prototipo a lo que ocurre en el mundo desarrollado, se tiene que en estos momentos, con sus 275 millones de habitantes existen en activo unos 20 millones de alcohólicos, y la expectativa de que en el transcurso de sus vidas los nacidos hoy puedan presentar un alcoholismo, alcanza 13,7 %, mientras que la posibilidad del establecimiento de una adicción a sustancias ilegales llega

a 7 % sin tener en cuenta que según el último estudio del prestigioso National Institute on Drug Abuse 38 % de la población adulta actual ha probado alguna vez una droga ilegal, pero que la cifra llega desde ahora a 60 % en los jóvenes entre 18 y 25 años, lo que expresa la tendencia al incremento del consumo de estas peligrosas sustancias.

Cálculos conservadores consideran que en dicho país las drogas son responsables de más de 50 % de los arrestos policiales, muertes por accidentes de tránsito, muertes por inmersión, violaciones, homicidios, accidentes laborales y violencia familiar; de 30 % de los suicidios y asaltos a mano armada, y que la mitad de las camas hospitalarias de adultos se dedican hoy a la atención de problemas relacionados con el uso, abuso y dependencia de sustancias.

La repercusión económica anual del consumo de drogas alcanza los 250 000 millones de dólares, suma cercana a la tercera parte de la deuda externa global de América Latina y suficiente para resolver las necesidades de vivienda de todas las villas miserias de dicha región. Se debe destacar que 50 % de esta trágica cifra se vincula al consumo irresponsable de alcohol. Es decir que en dicho país, éste determina una repercusión económica equivalente a la producida por la suma del resto de las drogas conocidas hasta hoy, que este tóxico se vincula anualmente a 200 000 muertes, además de 25 000 fatalidades por accidentes de tránsito y 150 000 invalideces como secuela de éstos. El alcohol es responsable, además, de la cuarta parte de los 4 000 trasplantes hepáticos efectuados en el año.

Más doloroso aún es que en igual período nacen en dicho país 350 000 niños bajo el efecto de drogas consumidas por sus madres, lo que implica anomalías morfológicas y déficit funcionales cognitivo-afectivos implícitos en el nuevo concepto de teratogenias conductuales, afectación temperamental que propende a las conductas disociales y al consumo de sustancias. Estas cifras, pueden trasladarse al primer mundo.

La situación comparativa de América Latina que en la práctica duplica la población norteamericana es también catastrófica, con la existencia actual de unos 40 millones de alcohólicos (de casi igual proporción) y cifras sólo algo menores en lo relativo a sustancias ilegales, pero mayores en lo que respecta a otras sustancias legales, con la notable desventaja implícita en la mucha mayor prevalencia de trastornos cerebrales crónicos como secuelas de las carencias en los sistemas de salud, con la consecuente mayor vulnerabilidad determinante de los famosos síndromes de Dr. Jekyll y Mr. Hyde, expresados por violencia extrema bajo la influencia de tóxicos.

En Cuba la preocupación fundamental está en lo referente al consumo de alcohol, ya que aunque las cifras actuales (alrededor de 4 % de alcoholismo en mayores de 15 años, al considerar sus dos variantes de abuso y dependencia) se encuentran todavía por debajo de muchos países de la región, donde llegan a ser superior 20 %, existen patrones de consumo generalizados y nada recomendables en la población, expresados en las cifras de bebedores de riesgo (mayores que

10 %) modos de consumo que de no ser modificados conducirían a la más trascendente y subvalorada de las drogadicciones: el alcoholismo, vinculado en nuestro país a casi la tercera parte de los accidentes de tránsito, y violencia familiar y social, así como a una alta proporción de divorcios.

En lo que respecta a las drogas ilegales, las inevitables medidas económicas tomadas para salvar los logros sociales ante el recrudecimiento del criminal bloqueo y la pérdida de nuestro mercado con el antiguo campo socialista, han determinado (como fue oportunamente previsto por la dirigencia) una nueva situación vinculada al incremento masivo del turismo y la legalización del dólar que convierte a Cuba en una plaza atractiva para el narcotráfico internacional, aunque sin duda alguna el riesgo mayor está implícito en el recalo de drogas en las costas, facilitado por nuestra condición de isla y que abarata el precio de los tóxicos, factor que en algún grado incrementa la accesibilidad pese a las medidas de control celosamente tomadas.

A pesar de que la situación no alcanza los niveles existentes con el consumo de alcohol, que ya comienza a perfilarse como problema de salud, el consumo de sustancias ilegales en la forma de marihuana, cocaína aspirada o fumada en forma de crack; y algunas sustancias de prescripción como los antiparkinsonianos, simpaticotónicos y vagolíticos, comienzan a manifestarse discreta, pero peligrosamente si se tiene en cuenta la progresión geométrica que esta problemática presenta en la actualidad en otros países.

Es por ello que siguiendo la proyección preventiva y promocional del Ministerio de Salud Pública, se han tomado de forma inmediata las medidas pertinentes para que de manera intersectorial se lleven a cabo las acciones oportunas para detener a tiempo este fenómeno que se erige a escala mundial como una tragedia de rango sólo comparable con las guerras, la miseria extrema y la hambruna, y muy superior (en lo referente a la determinación de sufrimientos prolongados) a otros azotes actuales de la humanidad como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el SIDA, afecciones en las que las drogas en sus diferentes modalidades desempeñan también un papel patogénico trascendente.

Se concluye con la definición operativa de que las drogadicciones son una categoría supranosográfica que incluye los trastornos crónicos de conducta ocasionados por el uso excesivo y/o prolongado de cualquier droga, así como los efectos biopsicosocioespirituales inherentes a dicho abuso.

Definición de alcoholismo

Se analiza este tipo de drogadicción con el propósito de utilizarla como modelo, por ser el alcohol la droga prototipo, además de “portera”. Los conceptos y categorías que se presentan a continuación pueden, por tanto, generalizarse en su mayor proporción al resto de las sustancias de abuso potencial que se estudian después.

Aunque el término **alcoholismo** fue acuñado por Magnus Huss en 1849 cuando Suecia sufría el mayor consumo de alcohol del mundo, durante mucho tiempo fue considerado un vicio propio de **débiles morales** y no fue hasta 1960 que Jellinec en su trascendente obra *The disease concept of alcoholism* estableció que dicha categoría nosográfica incluía “todo uso de alcohol que produjera algún tipo de daño en el consumidor, en la sociedad o en ambos” La segunda definición surgió en 1976 de un grupo de expertos de la OMS y planteaba que “el alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestiones de alcohol que se consideran excesivas según los patrones dietéticos y culturales de la comunidad y que finalmente perjudica la salud y las funciones sociales y económicas del consumidor”.

Epidemiología

En párrafos anteriores se dan algunos datos epidemiológicos descriptivos orientados a expresar la magnitud del problema, sólo se agrega que sin tener en cuenta los países de cultura islámica e hindú, se calcula que 70 % del resto de la población mundial consume alcohol en alguna cantidad y que de ellos, 1 de cada 10 se convierte en alcohólico, mientras que la proporción de adictos por cada 10 consumidores sería: café y tabaco 5; marihuana y cocaína por vía nasal, 6; cocaína fumada (*crack*), 8; y morfina y heroína, 9; con el reporte no excepcional de casos “esclavizados” desde el primer consumo con las dos últimas sustancias.

Debe valorarse, sin embargo, que el alcohol es la droga de mayor consumo (en algunos países llega a 25 L de alcohol puro per cápita en mayores de 15 años) y por ello la de peores consecuencias familiares y sociales, y que la potencialidad adictógena del tóxico resulta sensiblemente mayor en los que presentan patrones de consumo de riesgo.

La morbilidad y mortalidad por alcoholismo puede establecerse mediante métodos directos que implican la exploración en el terreno mediante grupos focales, entrevistas a fuentes de información como serían en Cuba el médico de familia o los Comités de Defensa de la Revolución, entrevistas individuales, exámenes directos, cuestionarios y pruebas hematológicas; o mediante métodos indirectos como concurrencia a consultas, ingresos hospitalarios, conductores ebrios, alcoholemia en accidentados, proporción de arrestos vinculados al alcohol, indicadores de ausentismo y accidentes laborales, muertes por cirrosis y proporción de éstas determinadas por el alcohol, prevalencia de psicosis y demencias alcohólicas y otros.

La epidemiología en su vertiente analítica aporta resultados de extraordinario valor para la programación y ejecución de programas preventivopromocionales (los más relevantes) y para los esfuerzos rehabilitatorios; además tiene en cuenta factores históricos, culturales y socioeconómicos relacionados con la producción de materia prima e industrialización de bebidas alcohólicas, así como de sus

normas de distribución en lo referente a cantidad de centros de expendio, precios, horarios y edades, tipo de bebida consumido con mayor frecuencia (el mayor consumo proporcional de cerveza en relación con las bebidas destiladas se relaciona estadísticamente con menores indicadores de alcoholismo) y sobre todo la actitud social ante el consumo y la embriaguez, factor de enorme relevancia.

Patogenia

Las clásicas discusiones académicas sobre la hegemonía de la constitución o el ambiente en el origen del alcoholismo establecieron la tesis del factor hereditario, la antítesis del factor psicosociocultural y finalmente la síntesis multifactorial que valora aspectos biopsicosocioculturales y espirituales, así como las especificidades del tóxico, todo ello dentro del modelo conceptual de interacción: vulnerabilidad individual-ambiente-tóxico.

Factores personales

La temprana observación de que alrededor de 50 % de los alcohólicos tenían padres con igual diagnóstico, los posteriores estudios de Godwin sobre adopción en gemelos, así como la descripción de indicadores de tendencia como el aplanamiento de la onda P-300 en hijos de alcohólicos, apoyaron los planteamientos de que por vía hereditaria pudieran transmitirse:

- El impulso irresistible a beber.
- Deficiencias metabólicas que hicieran necesaria la ingestión de alcohol.
- Un distinto nivel de actividad de las enzimas degradadoras del alcohol.
- Diferentes grados de reactividad de los neurotransmisores y centros nerviosos relacionados con el placer-saciedad.
- Características temperamentales de hiperactividad e impulsividad.
- Afecciones que como la depresión predisponían al alcoholismo. Las posibilidades reconocidas actualmente van desde la tercera hasta la sexta y se catalogan como determinantes de vulnerabilidad.

Los factores psicológicos considerados han ido desde:

- El cumplimiento por el alcohólico de un script o guión establecido desde la infancia.
- La fijación oral o anal y la homosexualidad latente.
- Los sentimientos de soledad, desesperanza y necesidad de evasión.
- El aprendizaje instrumental implícito en el reforzamiento de la conducta de beber por los efectos inmediatos del tóxico.

Entre los socioculturales donde deben diferenciarse las categorías macrosociales (muy vinculados al sistema de producción social y grado de

preocupación por el bienestar y desarrollo de la población) y los microsociales, que aunque necesariamente influidos en diferente grado por lo macrosocial, pueden manifestarse en cualquier medio, y sus ejemplos son: hogares rotos, violencia familiar, falta de afecto, abandono, fracasos escolares, laborales y matrimoniales, discriminaciones paternas entre hermanos, y otras.

Factores ambientales

Los aspectos más trascendentes que se han de tener en cuenta son:

- Set de actitudes sociales ante el beber donde se describen cuatro modelos básicos: abstinentes, como la islámica; ambivalentes, como ocurre en países con proporciones equilibradas de población religiosa con prohibiciones o sin ellas; tolerantes condicionadas, donde se acepta el consumo pero se critica muy en serio la embriaguez; y tolerantes incondicionadas, donde ésta también es aceptada.

La experiencia internacional ha demostrado el fracaso de la ley seca y también la notable proliferación de los problemas relacionados con el alcohol en los medios tolerantes incondicionados.

- Factores socioeconómicos y ocupacionales. Existen formas de alcoholismo vinculadas a la pobreza y otras relacionadas con la riqueza, pero este aspecto se refiere sobre todo a países donde existe una alta producción agrícola e industrial vinculada a las bebidas alcohólicas, pues se ha demostrado que los países vitivinícolas (término que se hace extensivo a otras producciones agrícolas ajenas a la vid como la caña de azúcar o el maguey y a bebidas ajenas al vino como el ron o el tequila) donde existe una alta accesibilidad al alcohol, el consumo per cápita aumenta de manera relevante y con él, los indicadores de los problemas relacionados con el alcohol y el alcoholismo. Como puede inferirse, esto también ocurre con quienes trabajan en licorerías y expendios de bebidas de cualquier tipo o los que lo hacen en los giros de gastronomía, turismo, diplomacia, marina, mecánica, chapistería y construcción donde por diferentes razones es frecuente el consumo de alcohol.
- Nivel de tensiones. El efecto sedante-depresor del alcohol implica que en personas sometidas a tensiones de diferente tipo su ingestión produzca un reforzamiento positivo y quien establezca un estilo de vida en que éste y otros tóxicos sean los recursos básicos para enfrentarse a las macrotensiones y microtensiones corren un alto riesgo de alcoholizarse.
El deporte, el trote, el arte, la lectura, los *hobbies* y el humor son alternativas mucho más sanas.
- Red de apoyo social. La vinculación de ésta y otras adicciones a los hogares rotos sirve de paradigma para valorar el significado de una red de apoyo social extensible a otros familiares, amigos, compañeros de trabajo y organizaciones de masa, sobre todo cuando todos ellos han desarrollado estilos de vida saludables y una actitud responsable ante el alcohol.
- Disposición de medios de recreación adecuados. Pese a que este aspecto ha sido sobrevalorado y utilizado como pretexto por muchos jóvenes, es indiscutible que la provisión (y sobre todo incorporación al estilo de vida) de

actividades recreativas “secas” representan un factor a considerar, si se recuerda que la ociosidad es la madre de todos los vicios.

Educación, deporte y cultura, y en general cualquier actividad que conduzcan al desarrollo de la espiritualidad son las alternativas al limitado paradigma de las discotecas y las fiestas, por cierto, bien “mojadas” de nuestros días a escala mundial.

- La propaganda. Tanto en su forma intencionada como en la ingenua que se aprecia muchas veces en producciones televisivas y cinematográficas es también un factor relevante que va más allá de las potencialidades del equipo de salud en su gestión educativa, dada la significación de los medios masivos en el establecimiento de estilos de vida. El constante énfasis en la educación para la salud es la contrapartida adecuada.
- Factores climatológicos. Existe cierta relación entre las temperaturas frías y la ingestión de ciertas bebidas alcohólicas; sin embargo, en África existen zonas de temperaturas tórridas donde el alcoholismo supera el 40 % de la población adulta.

Factores dependientes del tóxico

Existen diferentes tipos de alcohol derivados de granos (propílico), tallos (butílico), tubérculos (amílico), todos presentes en alguna proporción en las preparaciones alcohólicas según la materia prima utilizada, pero el etílico, derivado de la fermentación de frutas, es el de mayor relevancia y delimita, como polo opuesto al alcohol de madera (metílico); el espectro de toxicidad de estos productos, que llega en el último a producir ceguera inmediata o muerte.

La máxima concentración de alcohol lograda por fermentación es de 12 a 14°; ya que a partir de esta cifra el propio tóxico inactiva las bacterias responsables de la fermentación. Las mayores, que en algunos tipos de bebidas llega a 70 %, se logran mediante destilación. Las proporciones más frecuentes de alcohol en las preparaciones industrializadas de mayor consumo son: bebidas espirituosas como ron, cognac, whisky o tequila, 40 %; vermouth, 16 %; vino, 10 %; y cerveza y sidra, 5 %.

Del alcohol ingerido se degrada 90 % por acción enzimática en los tejidos, sobre todo en el hígado, de ahí que la reducción de la tolerancia al tóxico en las etapas avanzadas del alcoholismo se relacione frecuentemente con daño hepático. El restante 10 % se elimina en forma pura por la orina o la respiración. La capacidad metabolizadora se limita a un trago por hora, esto es más o menos una línea de bebida fuerte (también llamada espirituosa) un vaso de vino o una lata de cerveza.

El proceso metabólico sigue los pasos siguientes:

- El alcohol ante la acción de la enzima alcoholdehidrogenasa se convierte en acetaldehído.
- El acetaldehído en presencia de acetaldehidodeshidrogenasa se transforma en ácido acético y acetilcoenzima A.

- La acetilcoenzima A mediante el ciclo de Krebs llega a CO_2 y H_2O , aunque vale aclarar que la energía liberada sólo puede ser utilizada en el metabolismo basal de las células y no para otro tipo de demanda que sólo los alimentos pueden satisfacer. Además de ser el ácido acético un precursor del colesterol, la esteatosis hepática y la aterosclerosis precoz en los alcohólicos, se explican por la afectación del metabolismo de las grasas implícita en el déficit relativo de enzimas y vitaminas determinado por los requerimientos metabólicos del tóxico.

Está demostrado que el establecimiento de la dependencia se incrementa de manera notable cuando el alcohol aporta 20 % de las calorías de la dieta, cifra que se alcanza con un cuarto de botella de bebida fuerte, o una botella de vino o dos latas de cerveza.

Pese a existir moderadas diferencias individuales en cuanto a tolerancia, se considera que cuando se alcanza una concentración plasmática de 50 mg por 100 cm^3 comienza la desinhibición; con 100 mg aparece la toma de crítica fina y cierto grado de ataxia, con 200 mg hay signos francos de embriaguez, y sobre los 350 mg aparece el riesgo de coma alcohólico y muerte.

Junto con el alcohol existen otros tóxicos, igualmente presentes en las bebidas industrializadas y artesanales, aunque con mayor proporción en las últimas. Entre ellas está el metanol, el furfural, los aceites de fusel como el isobutil alcohol, el acetaldehído y el acetato que suman sus efectos nocivos a los del etanol.

Luego de recordar que estos aspectos pueden, en su gran mayoría, adaptarse a otras drogadicciones se analizan también los mecanismos básicos para el establecimiento de esta adicción modelo y la imbricación de éstos con los factores de riesgo hasta ahora valorados.

Vía sociocultural

Está vinculada a costumbres, tradiciones y estilos de vida incorporados por influencias macrosociales o microsociales, que en esencia pueden llevar al consumo de alcohol vinculado a los alimentos de los asiáticos y hebreos, donde la ingestión se limita a las comidas y sus objetivos son ajenos a la embriaguez, o con el modelo del irlandés emigrado que pretendía superar su “añoranza del terruño” mediante ingestiones masivas de alcohol.

La presión del grupo de paraiguales, la copia de modelos individuales o estilos de vida y la errónea pretensión de demostrar audacia y hombría, se imbrican en esta vía patogénica con los frecuentes mitos sobre el alcohol y otras drogas donde se cuentan las paradójicas apreciaciones populares de que mejoran la vida sexual, combaten el frío, protegen el hígado de las personas laboralmente expuestas a altas temperaturas, tienen efecto nutritivo, estimulan y aumentan la productividad, mejoran la personalidad y alivian los problemas nerviosos.

Vía hedónica

Para muchos es una variedad de la primera y está presente en clases sociales e individuos marcados por la búsqueda de placer a toda costa y que actualmente desempeña un importante papel en la proliferación mundial de las drogadicciones. Esta vía es la paradigmática en los antisociales, aunque se puede destacar en otras personas como consecuencia de factores formativos, manipulación excesiva de dinero o incorporación de estilos de vida muy distantes de los presentes, en sujetos con valores espirituales adecuados.

Vía evasiva

Es la más conocida popularmente y se simboliza en la expresión “bebe para ahogar sus penas.” Aquí el bebedor pretende resolver problemas de su personalidad o vinculados a contingencias (macrosociales o microsociales) mediante el efecto distorsionante del tóxico. El resultado final es la evasión secundaria, donde se consume para olvidar las desgracias derivadas de la propia adicción.

Vía asertiva

Muchos la incluyen dentro de la categoría anterior y se basa en la utilización del tóxico como “muleta” para enfrentar sentimientos de inseguridad, es típica de las personas tímidas y su frecuencia resulta nada despreciable.

Vía sintomática

El consumidor pretende eliminar o atenuar síntomas determinados por alguna afección (psíquica o somática) aunque los resultados sean catastróficos. Esta es la vía fundamental en las llamadas drogadicciones secundarias, siempre precedidas por alguna enfermedad, que desempeñan un papel relevante en el establecimiento de la toxicomanía.

Vía constitucional

Es la más discutible y se ajustaría al modelo descrito por Cloninger en un tipo de alcoholismo, exclusivo de hombres, de aparición temprana y vinculada a la personalidad disocial, así como a la fuerte carga genética que le da su nombre.

Lo expuesto permite concluir que en la patogenia del alcoholismo y de otras drogas interactúan, con diferente relevancia según el paciente, factores dependientes del sujeto expresados en sus características biopsicosocioespirituales; factores derivados del contexto sociohistoricocultural con que interactúa; y factores vinculados con las potencialidades adictógenas y nocivas de la sustancia, así como su nivel de accesibilidad e incorporación al estilo de vida.

Los factores genéticos actúan por vía de la vulnerabilidad y consecuente facilitación (menor tiempo de consumo para establecerse la adicción), pero el factor de más peso es sin dudas la incorporación de un estilo de vida donde sea frecuente el consumo del tóxico que lleva en corto, mediano o largo plazo a la drogadicción, exista predisposición genética o no.

Lo esencial en el enfrentamiento a la problemática de las drogadicciones de cualquier tipo son la proyección sanitarista con enfoque sistémico e integral, el énfasis en las gestiones preventivopromocionales y la involucración de todos los sectores sociales. El garantizar las mejores condiciones para la atención rehabilitatoria de los pacientes es importante también por su alto significado humano y por implicar cierto grado de prevención al disminuir, con el cese del consumo, las peligrosas acciones del adicto orientadas a captar nuevos consumidores como fuente de recursos económicos, pero la efectividad de los esfuerzos terapéuticos y la consecuente relación costo-beneficio es menor.

Diagnóstico

Para ello se comienza por la identificación de los consumos sociales, de riesgo y anormales, y se analizan los distintos comportamientos posibles ante el alcohol, recordando su condición de droga modelo.

Las posibilidades son comportamientos normales, que incluyen tanto al que no bebe como al que lo hace en forma ajustada a las normas sociales, y comportamientos anormales expresados por las distintas variantes de alcoholismo. Empero, se debe destacar que en Cuba se adoptó por consenso mantener una categoría intermedia o de tránsito llamada **consumo de riesgo**, de mucha relevancia epidemiológica.

El abstinente es aquél que nunca ha bebido o que no lo ha hecho en cantidad alguna durante un período determinado; el bebedor social es quien bebe sin consumir más de 2 veces en la semana el equivalente en alcohol puro por día de consumo a un cuarto de botella de bebida fuerte, o a una botella de vino o 5 latas de cerveza, (cifras cercanas a 20 % de calorías de la dieta) y que los posibles excesos (con embriaguez ligera) no superan la cifra de 12 veces en el año. Cuando estos topes son sobrepasados sin estar aún presentes los efectos nocivos de dicho comportamiento, se habla de bebedor de riesgo, cuyo estilo de vida y patrón de consumo, de no ser modificados, lo lleva inevitablemente al alcoholismo.

Las etapas siguientes incluidas entre las formas clínicas de alcoholismo son: el consumo perjudicial, también llamado abuso de alcohol, caracterizado por la presencia de efectos dañinos biológicos, psicológicos, sociales o espirituales; y el síndrome de dependencia alcohólica, o dependencia alcohólica donde se hace bien evidente la pérdida de libertad ante el tóxico, y que evoluciona en tres etapas: sin complicaciones, complicada y fase final.

Crterios operativos para identificar los distintos comportamientos ante el alcohol y otras drogas

Luego de destacar que por razones éticas no es aceptable el consumo social de las sustancias ilegales, por lo que su utilización se considera siempre un abuso, se propone al profesional no especializado la generalización de estos criterios, con los ajustes pertinentes, ante cualquier tipo de droga.

Criterio temporal. Exige que el comportamiento valorado forme parte del estilo de vida o que, al menos, se haya mantenido por más de 2 meses. Persigue excluir situaciones coyunturales de corta duración y esperada desaparición espontánea.

Criterio de cantidad y frecuencia. Ya se estableció en relación con el alcohol; reflexione sobre su aplicación en el caso de sustancias de prescripción médica.

Criterio de nocividad o tóxico. Se cumple cuando se hacen evidentes daños biológicos como gastritis, hepatitis y queilitis; psicológicos como ansiedad, tristeza o culpabilidad; sociales como reiteradas pérdidas de pareja y empleo; y espirituales como aparición de notable egoísmo, irresponsabilidad, y relajación de valores éticos y morales (deontológicos).

Criterio de pérdida de libertad o esclavitud. Está presente cuando se afecta la capacidad de decisión ante el tóxico, que se erige como interés central del sujeto y cuyas más frecuentes variantes de expresión son:

- Pérdida de control. Incapacidad de detenerse una vez que comienza el consumo.
- Imposibilidad de abstenerse. No puede pasar más de 2 días sin consumir.
- Incapacidad para desarrollar las actividades y responsabilidades cotidianas, sin estar bajo la influencia del tóxico.

Criterio de etiquetado. Se basa en los juicios de valor sobre los patrones de consumo y comportamiento general del sujeto y presenta dos modalidades:

1. Aloetiquetado. Se basa en la valoración de familiares, convivientes, vecinos o fuentes de información no médicas.
2. Autoetiquetado. Es de alto significado clínico, pues expresa que el sujeto ha superado los importantes mecanismos típicos de negación y ha establecido su crítica de enfermedad.

Delimitación de la forma clínica del alcoholismo y de otras drogadicciones

La aplicación los criterios anteriores permite llegar los juicios diagnósticos siguientes:

- Abstinente y bebedor social. No cumple ninguno los criterios establecidos.

- Consumidor o bebedor de riesgo. Se cumplen los criterios temporal, cantidad y frecuencia, y a veces el autoetiquetado.
- Consumidor perjudicial o dañino. Se cumplen los criterios temporal, cantidad y frecuencia, nocividad y generalmente el autoetiquetado, pero muchas veces no está presente aún el autoetiquetado.
- Dependiente alcohólico. Por lo general cumple todos los criterios que se refuerzan de manera progresiva, cuando aparecen las complicaciones o llega a la etapa final de vagabundeo.

Un aspecto de alta trascendencia es que una vez que se llega a la categoría de drogadicto en cualesquiera de las sustancias legales, de prescripción o ilegales, la orientación rehabilitatoria es siempre hacia la abstinencia total, ya que el reinicio del consumo (aun después de varios años de abstinencia) conduce en muy breve plazo al catastrófico comportamiento del adicto.

Otros aspectos del diagnóstico

Aun cuando existen pruebas biológicas relativamente sensibles y específicas como la gammaglutamiltranspeptidasa, el volumen corpuscular medio y la determinación del índice ácido aminobutírico plasmático y leucina, así como recursos más sofisticados basados en análisis discriminantes sobre múltiples pruebas hematológicas y algunos indicadores neurofisiológicos del consumo de alcohol como la onda P-300, su utilización se limita a casos excepcionales.

Existen, sin embargo, recursos diagnósticos de corte epidemiológico validados, de notable utilidad para estudios de pesquiasaje en la población general e institucional.

Los más utilizados en Cuba han sido el BMAST, de 10 preguntas, el CAGE de 4, y el CID de 7, y su descripción detallada aparece en varias publicaciones nacionales.

Uno de los más manejados internacionalmente es el cuestionario CAGE:

- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?
- ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?
- ¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Por el carácter indirecto de sus preguntas, este cuestionario supera muchas defensas en los entrevistados y sus equivalencias a las categorías señaladas según son, según el número de respuestas positivas, las siguientes:

- De 0 a 1: Bebedor social.
- 2: Bebedor de riesgo.

- 3: Consumidor perjudicial.
- 4: Dependiente alcohólico.

En realidad cuando arroja 3 respuestas positivas o más, hay grandes posibilidades de que se trate de un consumo anormal de alcohol.

Formas clínicas del alcoholismo y otras drogadicciones

También se incluyen manifestaciones de abstinencia y psicosis.

Aun cuando se ha tratado de simplificar y unificar los aspectos conceptuales y los criterios diagnósticos de las diferentes sustancias, según los propósitos básicos de este texto, los más avanzados manuales de clasificación y pautas diagnósticas (CIE-10 y el DSM-IV de las clasificaciones de la OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana, respectivamente) enfatizan la proyección paramétrica con el objetivo de hacer cada vez más científica la gestión clínico-terapéutica. A ellos debe remitirse el lector especializado, pues aquí sólo se destacan las categorías básicas y se comentan aspectos esenciales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Categorías generales: F-10 a F-19

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de diversas sustancias son:

- F-10. Alcohol.
- F-11. Opioides.
- F-12. Canabinoides.
- F-13. Sedantes o hipnóticos.
- F-14. Cocaína.
- F-15. Otros estimulantes, incluso cafeína.
- F-16. Alucinógenos .
- F-17. Tabaco.
- F-18. Disolventes volátiles.
- F-19. Múltiples drogas u otras sustancias psicotropas.

Subcategorías

- Intoxicación aguda.
- Consumo perjudicial.
- Síndrome de dependencia.
- Síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia con *delirium*.
- Trastornos psicóticos.

- Síndrome amnésico.
- Trastornos psicótico residual y de comienzo tardío.
- Otros trastornos.
- Trastornos sin especificación.

Dados los objetivos de este tema, se hace énfasis en las más relevantes:

Intoxicación aguda (F-1x.0). Se trata de un estado transitorio consecutivo a la acción de una sustancia psicótropa y su espectro se extiende desde los comportamientos bajo influencia del inglés Under Drug Influence (UDI) donde predomina la desinhibición, hasta los estados de embriaguez donde se afecta la conciencia, la cognición, el estado afectivo, el comportamiento y otras funciones psicológicas o fisiológicas.

Este cuadro clínico debe diferenciarse de la embriaguez patológica muy frecuente con el alcohol, pero posible también con otras sustancias en sujetos con propensión disrítmica, en quienes la ingestión de cantidades moderadas del tóxico (coincidiendo a veces con alguna situación estresante) determina un cuadro crepuscular con notable agresividad y destrucción del que el sujeto no guarda recuerdo alguno.

Consumo perjudicial (F-1x.1). Se trata de una forma de consumo que ya está afectando a la salud física como el caso de hepatitis por administración de sustancias por vía parenteral, o mental, como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Apréciase que en la conceptualización se suman los aspectos sociales y espirituales, aunque sólo cuando éstos sean reiterados y relevantes.

Síndrome de dependencia (F-1x.2). Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga (o de un tipo de ellas) adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída de una persona que la lleva al consumo de una sustancia después de un período de abstinencia implica la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos dependientes.

Síndrome de abstinencia (F-1x.3). Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia (carencia) absoluta o relativa de una determinada sustancia tras un consumo reiterado, por lo general prolongado o en dosis elevadas.

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de la sustancia y las dosis consumidas

inmediatamente antes de la abstinencia. Este síndrome puede complicarse con convulsiones, alucinaciones y *delirium*.

Observaciones. En la actualidad se aceptan diferentes tipos de dependencia que van desde la biológica o fisiopatológica hasta la psíquica y sociocultural; estas concepciones hacen que los criterios actuales no exijan como indispensable la presencia de francas manifestaciones de abstinencia como las que se ven en adictos al alcohol, algunos tranquilizantes e hipnóticos, morfina y heroína, cuya dependencia biológica es notable. Existen otras sustancias como la marihuana y la cocaína cuyos mecanismos de adicción son en lo fundamental psíquicos y están basados en la búsqueda del efecto reforzador, y otras como algunos hongos cuya dependencia es, en esencia, sociocultural. Otros autores plantean la dependencia psicopatológica que se presenta en drogadicciones secundarias a esquizofrenia o depresiones.

Estos aspectos se destacan para comprender que en las pautas diagnósticas actuales del síndrome de dependencia se plantea que el diagnóstico de ésta sólo debe hacerse si en algún momento durante los 12 meses previos, o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión al consumo.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo, ya sea para evitar el comienzo o para terminarlo.
- Aparecen síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
- Hay evidencia de tolerancia, es decir, que se requiere una mayor dosis para lograr los efectos.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia o aumento del tiempo dedicado a su consumo o recuperación.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos o estados de ánimo depresivos por consumo excesivo de alcohol.
- Apréciase que los tres rasgos o más se cumplen sin necesidad del codificado como el tercer elemento.

Trastornos psicóticos (F-1x.5). Estos cuadros psicóticos pueden verse indistintamente como consecuencia de etapas de consumo masivo y también en casos de abstinencia absoluta o relativa. Su aparición es generalmente brusca, en sus manifestaciones pueden predominar las alucinaciones, las ideas delirantes o el *delirium*, su mejoría resulta esperable en el transcurso de 1 mes y su recuperación en alrededor de 1 semestre.

Aun cuando la embriaguez patológica alcanza un nivel psicótico de funcionamiento, por su breve duración se considera una modalidad de la embriaguez aguda.

Trastornos psicóticos con predominio de alucinaciones (alucinosis). Se caracterizan por alucinaciones auditivas ofensivas y amenazantes, que se intensifican con la caída del crepúsculo y de las que al principio el paciente tiene

crítica, aunque evolutivamente ésta se pierde y aparecen ideas delirantes de tipo interpretativo.

A veces las alucinaciones son de tipo funcional y la falsa percepción sólo ocurre cuando el órgano de los sentidos, por lo general el auditivo, está siendo activado por un estímulo real, como cuando el paciente sólo escucha las voces amenazadoras al arrancar su auto y escuchar su motor.

Este tipo de trastorno puede prolongarse y a veces se hace indiferenciable con cuadros tardíos de esquizofrenia paranoide.

Trastornos psicóticos con predominio de ideas delirantes (estado paranoide) Mediante mecanismos de racionalización y proyección, el adicto valora de forma distorsionada la nefasta repercusión de su adicción sobre su vida de pareja e interpreta que el cónyuge se “aleja” porque existe algún rival. Esto desencadena una actividad delirante de contenido celopático de alto riesgo por llevar con frecuencia a conductas violentas, muchas veces extremas. Los delirios también pueden ser de daño o persecución y la duración del cuadro clínico requiere por lo general varios meses de tratamiento y abstinencia total.

Trastorno psicótico con delirium. Por aparecer indistintamente el *delirium* con la abstinencia o la ingestión masiva de un tóxico, preferimos incorporarlo en este acápite y no como lo hace la clasificación que sólo lo vincula a la abstinencia.

Este cuadro clínico reviste importante gravedad pese a que los avances de la ciencia han reducido su otrora alta mortalidad de 15 %. Las manifestaciones fundamentales están dadas por un síndrome de turbación de conciencia con notable actividad alucinatoria sobre todo táctil y visual, determinante de conductas defensivas muy peligrosas para el paciente y su entorno personal. La agitación ante grandes espacios, las notables fluctuaciones en la orientación y los temblores, se acompañan de notable deshidratación y desequilibrio electrolítico con significativo déficit de potasio.

Su atención requiere un servicio de urgencias clínicas, pues el desfallecimiento cardíaco es frecuente. Su evolución, cuando el tratamiento es exitoso, es satisfactoria en unos 10 días.

Síndrome amnésico (deterioro y demencia asociados al alcohol y otras drogas). La descripción hecha por Korsakoff de un dramático cuadro clínico integrado por notable toma de la memoria de fijación con desorientación, abundantes confabulaciones, reducción de capacidades, juicio crítico, así como manifestaciones carenciales evidentes por polineuropatía, ha quedado históricamente vinculada sobre todo al alcohol, pero puede asociarse también a otros tóxicos y secuelas de las adicciones.

Por su excepcional incidencia en Cuba, se considera relevante comentar la diferencia entre el deterioro y la demencia asociados al alcohol y a otras drogas. El primero se caracteriza por la relajación de los valores deontológicos, así como por la reducción de otros aspectos de la espiritualidad, pero se conservan capacidades físicas y mentales; mientras que la segunda que manifiestan por el síndrome demencial implica afectación de memoria, juicio crítico; capacidades y hábitos estéticos, higiénicos laborales, y sociales, lo cual lleva al paciente a las

etapas finales de estos cuadros clínicos en la condición de persona sin hogar ni objetivos en la vida ajenos a las drogas.

El alcohol como droga modelo y “portera”

Por ser la sustancia legal y de carácter no médico capaz de conducir a situaciones similares a las determinadas por otras drogas, ésta ha devenido droga modelo, mientras que el calificativo de “portera” se debe a su acción facilitadora del consumo de otras sustancias psicoactivas, por lo que se afirma que “abre la puerta a otras drogas”. De forma muy sintética se señalan a continuación algunos de los mecanismos que confirman este acierto:

- En el nivel histoquímico se ha demostrado que existen efectos comunes con otras drogas en su acción sobre los canales de calcio, neurotransmisores, neuromoduladores y centros límbicos de gratificación, y la necesidad biológica de las sustancias no es tan específica como se creía. Esto se evidencia clínicamente por la frecuente sustitución de drogas después de un tratamiento, y también por el riesgo cruzado de consumo y tolerancia.
- Desde el punto de vista neuropsicofisiológico, el consumo excesivo de alcohol lleva al sujeto a adoptar como “estilo funcional” el nivel subcortical, de naturaleza instintivo-afectiva y bien distante del cognitivo-volitivo del único animal dotado de conciencia. En este nivel, se establece la prioridad de las tendencias hedonistas y cualquier sustancia que conduzca a dicho funcionamiento atávico es rápidamente aceptada.
- En lo psicológico determina una actitud de tolerancia pasiva ante cualquier sustancia nociva y esclavizante, y se aprende (sobre todo por mecanismos instrumentales) la necesidad de la desinhibición y embriaguez, sin importar la sustancia para lograrlas.
- En el ámbito social determina consecuencias personales, familiares y laborales de las que el consumidor trata de evadirse con sustancias **más potentes**. Se establecen, además, actitudes irresponsables basadas en la apreciación de que ya nada puede ser peor y contribuye a tener actitudes comunitarias de tolerancia incondicional ante los tóxicos.
- En el plano espiritual determina un profundo deterioro de los más altos valores con la consecuente marginación y vinculación a personas con politoxicomanías.

La progresiva indulgencia ante el consumo de drogas se hace evidente en las producciones cinematográficas y en la absurda paradoja de la publicación de revistas inductoras al consumo en países supuestamente “preocupados” por el flagelo de las drogas.

De la misma manera que existe el **fumador pasivo** existe la expectativa de por vida que 2 000 millones de personas, en los roles de cónyuges, padres, hijos, hermanos, abuelos, vecinos y hasta de transeúntes, sufran las consecuencias del consumo irresponsable, por otros, de sustancias que afectan la conciencia: estos son los **drogadicto pasivos**.

Nociones de terapias psicológicas

Ricardo González Menéndez

Es posible que un millón de años atrás, algún australopiteco muy avanzado hubiese sido capaz de sentir compasión ante el sufrimiento de un congénere herido o enfermo, de involucrarse en su situación, de disponerse a ofrecerle la ayuda a su alcance y de sentarse junto a él para esperar su recuperación o su muerte.

Lo que resulta altamente improbable es que al hacerlo, este prehomínido estuviese consciente de que su comportamiento se inscribiría en la prehistoria de la Humanidad como el esbozo de lo que hoy se llama relación médico-paciente. Tampoco resulta esperable que se percatara de cuánto había de humanismo, espiritualidad y ética en su gesto solidario, y de seguro le hubiese resultado imposible imaginar que un millón de años después, los formadores médicos se afanaran por evitar a toda costa la peligrosa subvaloración de esas actitudes y conductas durante la interacción de los profesionales de la salud con pacientes y familiares, como consecuencia de la catastrófica tendencia mundial a la deshumanización de la más humana de las profesiones.

Con el transcurso de cientos de milenios y el surgimiento del hombre, la primitiva relación de ayuda dejó atrás la pasividad de su etapa inicial de compañía y el “ofertador de ayuda” desarrolló su arsenal terapéutico, basado al principio en el empirismo y después en la investigación científica, hasta que esta ancestral relación de ayuda devino relación médico-paciente; los rituales mágicos, las maniobras exorcistas y los sacrificios dieron paso a complejos métodos psicológicos, las tisanas, los masajes y los baños se transformaron en recursos biológicos de alta tecnificación; y las elementales orientaciones a otros miembros del grupo humano para cooperar con el tratamiento, se convirtieron en las gestiones sociales orientadas en nuestros días a la atención integral al enfermo.

Pero desde el inicio se hizo evidente que la utilidad de los diferentes recursos estaba directamente relacionada con la calidad en la relación de ayuda lograda, que transitó después por una etapa mágica basada en supuestos poderes para manejar fuerzas sobrenaturales; una etapa mística, basada en el animismo primitivo y en la supuesta posibilidad de utilizar las **potencialidades** de los espíritus; otra clerical, muy vinculada con la aparición del cristianismo y con su desarrollo en el Medioevo cuando **todo era visto en razón de Dios**, con lo que la responsabilidad de la relación de ayuda médica recayó en el clero; le

siguió la profesional, al ganar terreno la concepción natural de las enfermedades, la profesión médica se despojó de sus matices mágico-místico-clericales y surgió el médico de familia; después vino la **tecnicista**, iniciada en la segunda mitad del siglo XIX y vinculada con el desarrollo científico técnico, donde médicos y pacientes fueron **deslumbrados** por el equipamiento moderno, cuya distorsionada incorporación inicial en un contexto exclusivamente **somatista** convirtió al paciente en un conjunto de órganos cuyas disfunciones o lesiones debían evidenciarse mediante pruebas de laboratorio o gabinete cada vez más sofisticadas y cuyo diagnóstico y terapéutica, con igual tipo de **aparataje** llegaron a ser considerados los objetivos básicos de la profesión.

Relación médico-paciente

Se trata de un tipo de relación interpersonal que requiere las potencialidades del facultativo para ubicarse en el lugar del reclamador de ayuda, sentir como él y disponerse a ayudarlo en su problema de salud. Estos tres requisitos descritos por Pedro Lain Entralgo, el brillante médico e historiador español, a los que llamó fase coejecutiva, fase compasiva y fase cognoscitiva de la relación, es muy difícil que puedan cumplirse por un profesional incapaz de sentir respeto absoluto por el hombre, y de preocuparse por su desarrollo y bienestar (esto es humanismo) ni tampoco por alguien cuya conducta no se rija por los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, así como por la regla de oro de tratar a los demás como quisiéramos ser tratados de estar en su situación (esto es ética), y mucho menos en quien carezca de la vocación médica suficiente para involucrarse en los problemas de otros y cumplir los más elementales principios deontológicos (paradigmas de espiritualidad), que resultan medulares en nuestra profesión.

Quizá podamos justificar, ahora, la valoración del imaginario australopiteco como pionero en la relación de ayuda en materia de salud y con potencialidades para expresar humanismo, espiritualidad y ética desde mucho antes de la aparición del hombre, del surgimiento de estos conceptos y de la creación de la primera escuela de medicina.

También estamos en condiciones de definir la relación médico-paciente como una relación interpersonal de tipo profesional que constituye la piedra angular de la gestión de salud y recordamos que aunque preferimos mantener la prototípica denominación de relación médico-paciente, ésta conceptualmente va más allá del médico y trasciende al equipo profesional y técnico, va más allá del paciente y trasciende al hombre sano, y también va más allá de las responsabilidades asistenciales, para trascender a la gestión integral de salud.

Significación profesional de la relación médico-paciente

El profesional de la salud debe conocer que sus potencialidades diagnóstico-curativas y de rehabilitación se incrementan de forma proporcional con su

motivación y capacidad para desarrollar sus relaciones con pacientes, familiares y usuarios sanos, así como que éstas, por mecanismos de retroalimentación comunitarios incrementarán también el efecto positivo de sus acciones preventivo-promocionales.

La praxis cotidiana requiere una actitud de permanente alerta que garantice la adecuada valoración por el profesional de aspectos como las características demográficas y socioculturales de sus usuarios; los objetivos que persiguen en la relación profesional; las potencialidades ansiogénicas y los mitos culturales sobre la afección que motiva la consulta; el estado afectivo del reclamador y también del propio ofertador de ayuda; la posición de desventaja, igualdad o inferioridad asumida por el paciente y su familia; las vías de comunicación utilizadas, tanto en sentido centrípeto como centrífugo; la presencia de defensas o distorsiones de la comunicación y la potencialidad frustrante (para ofertador y reclamador de ayuda), según el pronóstico del problema de salud enfrentado.

Debe disponerse siempre en forma consciente, y por tanto profesionalmente planificada, para asumir ante el enfermo una actitud de profundo respeto, disponibilidad afectiva, sensibilidad humana, empatía, atenta escucha y trato afectuoso.

Garantiza también, de esa forma, que se manifiesten desde el inicio los efectos terapéuticos espontáneos de una buena relación médico-paciente, denominados por Shapiro y Frank, quienes los describieron en 1971, **efectos placebo**.

Los efectos placebo de la relación médico-paciente son:

- Confianza y seguridad derivadas de la profunda relación interpersonal establecida con el médico.
- Efectos sugestivos espontáneos implícitos en el reconocimiento de la calidad del facultativo como ser humano y profesional integral.
- Aporte de informaciones y consejos implícitos en la relación.
- El llamado despertar de la esperanza en la curación (“Usted es el médico que me va a curar”).
- Superación espontánea de la frecuente posición inicial de desventaja.
- Efectos derivados de la identificación con su médico.
- Mejoría como gratificación no siempre consciente al facultativo.
- Mecanismo de la pena compartida, cuando se comunican preocupaciones relevantes.

Significación profesional de la entrevista médica

De la misma manera, el profesional de la salud tiene siempre en cuenta la importancia de cuidar cada uno de los pasos de la entrevista médica, desde la técnica para llamar al paciente, seguida de una cálida recepción,

la identificación, el interrogatorio, el examen físico, la información (que es el aspecto más descuidado a escala mundial), las medidas terapéuticas y la despedida.

Definición de psicoterapia

Nos gustaría partir de la sintética definición de Vallejo Nágera, quien plantea que “es el tratamiento mediante el influjo psíquico del médico”. Para nosotros “es la utilización en el marco de una relación profesional, de recursos que actúen por vía psíquica, orientados a promover o restablecer la adaptación creadora del paciente a su medio”.

En el campo de la salud, los más frecuentes obstáculos para la adaptación creadora (productiva) al medio en esencia son:

1. Los síntomas y las reacciones inadecuadas ante éstos.
2. Patrones de comportamiento no deseables (como las adicciones).
3. Detención del desarrollo emocional, antes de alcanzar la madurez.

Se infiere que la promoción de la adaptación se vincula básicamente con el inciso 3, mientras que el propósito de restablecerla se relaciona sobre todo con el 1 y 2. También se entiende que a profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos y otros) les corresponderán con más frecuencia los objetivos restablecedores o la maduración de la personalidad.

Concepto de psicoterapia

Aun cuando el primer método psicoterapéutico de la historia (el psicoanálisis en su forma clásica) le imprimió a la terapia psicológica relevantes matices de esoterismo, complejidad, y consecuente utilización exclusiva por profesionales superespecializados, la psicoterapia (en sus modalidades accesibles al médico no psiquiatra) constituye un recurso terapéutico tan medular, manejable e imprescindible que se ha llegado a sustentar el criterio de que en una relación médico-paciente sólo existen dos alternativas en lo referente a la comunicación: la psicoterapia o la yatrogenia.

La comprensión de esta reflexión se facilita si destacamos los elementos indispensables para establecer el concepto de psicoterapia, como son:

- Interacción de quien reclama ayuda en materia de salud con alguien calificado para ofrecerla.
- Establecimiento de una relación interpersonal con los requisitos destacados por Lain Entralgo en el contexto profesional.

- Que el ofertador de ayuda defina los objetivos a perseguir y los recursos a utilizar por vía psicológica (verbales y extraverbales, directos o indirectos, mediante medios auxiliares que incluyen otras personas previamente orientadas).
- Que se planifique cuanto se diga y haga para perseguir los objetivos
- Que mediante la observación cuidadosa se capte la retroalimentación necesaria para mantener o modificar las comunicaciones utilizadas.

La conducta médica siempre debe tener un planeamiento que incluya tanto la identificación de los objetivos perseguidos por el paciente como los recursos a utilizar por el facultativo para satisfacerlos, donde se cuentan sus comunicaciones y el resto de sus influencias psíquicas sobre pacientes y familiares. Este planeamiento representa el más objetivo indicador del uso de la psicoterapia en alguna de sus variedades y cuando esto ocurre las yatrogenias, por vía psíquica, resultan prácticamente imposibles.

Psicoterapia y concepciones filosóficas

Mucho antes de que el hombre se preocupara por las leyes más generales de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, los sufrimientos implícitos en la pérdida de salud lo llevaron a recurrir a un semejante en busca de ayuda y éste trató de ofrecérsela en la medida de sus limitadas posibilidades.

Con el transcurso de milenios, esta relación de ayuda (cuyas expresiones paradigmáticas actuales son la relación médico-paciente y la psicoterapia utilizada en su contexto) asumió diferentes características según la formación filosófica de quien brindara la ayuda y el contexto socioeconómico en que se desarrollara, pero sus efectos positivos trascendieron no sólo los métodos, técnicas y recursos utilizados, sino también las concepciones filosóficas, posición ideológica y afiliación política de quienes la ofertaron y recibieron, pues sus resultados dependen en esencia de la vocación médica, aptitudes, potencialidad empática-compassiva, disponibilidad afectiva, congruencia, consistencia y entrenamiento de quien la oferte.

Esta conclusión está avalada por la experiencia de infinidad de hombres y mujeres que en diferentes latitudes, etapas de la historia, sistemas socioeconómicos y clases sociales, han abrazado la profesión médica y han contribuido a mitigar los sufrimientos implícitos en las enfermedades, tanto corporales como mentales.

Mientras más conozca un profesional su basamento filosófico, cualquiera que éste sea, tanto más armónica y efectiva será su práctica psicoterapéutica.

A continuación comentamos algunas características de la gestión psicoterapéutica desarrollada por la mayoría de los especialistas cubanos y sustentada en la filosofía marxista leninista. Para ello partiremos, de cinco principios básicos:

1. Objetividad.
2. Enfoque multifactorial.

3. Historicismo o desarrollo.
4. Concepción sistémica.
5. Práctica social transformadora.

La expresión más objetiva de la aplicación de estos principios a la práctica cotidiana implica:

- La valoración no prejuiciada; el estudio y la atención multifactorial de los fenómenos; la concepción del hombre y su entorno, como resultados de un proceso en desarrollo donde el conocimiento de los aspectos etnosocioculturales y vivenciales resultan esenciales para la comprensión de su conducta; el enfoque del sujeto como integrante de un sistema e integrado por múltiples sistemas a tomar en cuenta, y la participación activa en la y solución de problemas; todo ello en un contexto donde el dogmatismo y sectarismo carecen de espacio y donde la esencia del hombre se define como el conjunto de sus relaciones sociales.
- El reflejo de esta base conceptual en la praxis psicoterapéutica lleva a considerar al sujeto y objeto de ésta como el producto de su interacción dialéctica con el entorno natural, cultural y social, interacción básicamente mediada por su conciencia, pero también influida por motivaciones inconscientes.
- La personalidad es valorada como el fruto de la modelación (durante dicha interacción) de sus características constitucionales, gracias a mecanismos condicionados, instrumentales e imitativos de aprendizaje establecidos a partir de vivencias relevantes y vínculos interpersonales significativos. De manera que genética y ambiente representan el par dialéctico que mediante un tamiz multifactorial dibuja el amplio espectro delimitado por los polos salud-enfermedad.

Clasificación

Según los objetivos propuestos, la clasificación básica de psicoterapia incluye:

- Supresiva.
- Reeducativa.
- Reconstructiva.

La primera categoría se denomina también psicoterapia centrada en el síntoma, mientras que la segunda (y sobre todo la tercera) recibe también el nombre de psicoterapia centrada en la personalidad.

Estas modalidades se corresponden, en igual orden numérico, con las tres categorías de obstáculos a la adaptación creadora al medio, que ya destacamos. Apréciase que la más frecuentemente incluida en la praxis del generalista sería la centrada en los síntomas o supresiva aunque a veces también podría utilizar la reeducativa, sobre todo en casos de patrones inadaptativos de conducta muy focalizados.

Según resulte imprescindible la valoración biográfica detallada del paciente o no, la psicoterapia se clasifica en:

- Exploratoria.
- No exploratoria.

Según el grado de modificación de la personalidad perseguido, se clasifica en:

- Superficial.
- Profunda.

De acuerdo con el tiempo requerido por el tratamiento, se establecen las modalidades:

- Breve.
- Media duración.
- Duración prolongada.

Según el número y las características de las personas a quienes va dirigida:

- Individual.
- De grupo.
- De matrimonio.
- De familia.

Cuando se tiene en cuenta el basamento teórico, se delimitan las modalidades siguientes:

- Basadas en el efecto de la palabra con la psicoterapia racional (persuasiva) e informativa como modelo.
- Basadas en la exploración del inconsciente, cuyo prototipo es el psicoanálisis y sus técnicas dinámicas derivadas.
- Basadas en los principios de la experimentación psicológica con la terapia conductual y cognitivo-conductual como paradigma.
- Basadas en las concepciones sistémicas y comunicacionales con la psicoterapia de familia como expresión más típica.
- Basadas en la exploración, exteriorización e intercambio vivencial, cuyos ejemplos más relevantes resultan las terapias existenciales humanistas.

Dados los objetivos del presente tema, nos limitamos sólo a enunciar estos cinco principios básicos y a remitir al lector interesado en el tema a varias monografías publicadas en nuestro medio.

Al valorar los recursos fundamentales que explican sus efectos, surgen las siguientes modalidades que ordenamos en forma decreciente según la frecuencia aproximada de utilización por el médico no psiquiatra; ellas son:

1. Basadas en la relación.

2. De apoyo o reforzamiento de la asertividad.
3. De ventilación o inducción de catarsis.
4. De orientación o guía de acción.
5. Persuasiva o racional.
6. Informativas e inspirativas
7. Sugestivas.
8. Manejo del medio.
9. Biblioterapia dirigida.
10. Recompensa y sanción.
11. Cognitivo-conductuales.
12. Introspectivas o dinámicas.
13. Comunicacionales.
14. Vivenciales.

Las de mayor utilización en el primer nivel de atención (aunque no las únicas posibles) son los métodos supresivos, no exploratorios, superficiales, breves e individuales, basados en el efecto de la palabra, la relación, la orientación, la información, la persuasión y la sugestión, mientras que los psiquiatras y psicólogos añadimos los métodos reeducativos o reconstructivos, exploratorios, profundos, de moderada o larga duración, de grupo, y de matrimonios y familia, con todo el espectro de fundamentación teórica y mecanismos de acción básicos.

Trataremos de forma selectiva, las variedades que cumplen los criterios de accesibilidad, factibilidad y utilidad de acuerdo con las especificidades de las características personales y las manifestaciones de los pacientes más frecuentemente atendidos en el nivel primario y destacaremos sus recursos esenciales y mecanismos de acción.

Mecanismos básicos de la psicoterapia individual centrada en los síntomas

Los efectos terapéuticos inespecíficos o placebos derivados del buen cumplimiento de las diferentes fases de la entrevista médica y el establecimiento de una buena relación médico-paciente-familiar, es fundamental para lograr el éxito.

Pese a los indiscutibles efectos terapéuticos de la entrevista y la relación, infinidad de profesionales a escala mundial tienden (de forma progresiva) a subvalorar estos trascendentes factores como expresión de la actual tendencia a la deshumanización de la medicina, manifestada con más crudeza en medios donde el trabajo médico actual está influido por diferentes factores como los socioeconómicos: vinculados a las proyecciones neoliberales que exoneran a los estados y gobiernos de responsabilidades ante la salud de sus pueblos, estimulan el surgimiento de empresas privatizadoras, y la intromisión en el escenario médico de la prensa sensacionalista y los abogados cazadores de demandas; los

profesionales: bien distantes del rol y status del médico de familia del pasado siglo, donde el facultativo desempeñaba en forma espontánea el papel de líder social respetado y considerado; y los interpersonales: derivados del serio obstáculo, para la actitud compasiva del profesional, implícito en pacientes que sustituyen su tradicional situación de reclamador de ayuda por la de demandante potencial.

Apoyo o reforzamiento de la asertividad

Las palabras orientadas a reconocer aspectos positivos de la personalidad, y a reforzar la autoestima y seguridad son recursos de notable significado cuando proceden de un médico y se utilizan de forma planificada en el contexto de una relación médico-paciente positiva.

Un hombre deprimido por la muerte de su madre en una situación de duelo, se angustia al considerar dicha reacción como expresión de debilidad de carácter. Palabras como: “Este es un golpe duro para cualquier hombre y es lógico que usted se sienta triste, aunque sabemos que en poco tiempo se repondrá sin ningún tipo de consecuencias futuras”, no deben jamás subvalorarse en el ámbito de la gestión asistencial.

Ventilación y catarsis

Facilitar la exteriorización verbal y afectiva de preocupaciones o vivencias penosas ante un médico con potencialidades compasivas, actitud respetuosa y disponibilidad afectiva, resulta muchas veces un recurso ansiolítico más potente que el más efectivo de los tranquilizantes. La técnica para lograrlo es bien sencilla y basta una pregunta: ¿tiene usted preocupaciones?

El mecanismo por el que la ansiedad se atenúa es una modalidad de catarsis, cuya esencia conceptual es la descarga o salida de vivencias dolorosas y el conocido popularmente como la pena compartida.

Orientación o guía de acción

Aunque esta técnica debe ser utilizada en personas con escasos recursos intelectuales o de carácter, es necesario que el médico tome decisiones sobre la conducta que deberá seguir el paciente en situaciones mal manejadas por el usuario y también resulta fundamental en lo referente al seguimiento del programa terapéutico que incluye modificaciones en el estilo de vida, que debe ser guiado en casos donde sus consecuencias serían fatales en breve o a mediano plazo.

Así, un hombre tímido, frustrado en su primera relación amorosa, duda si será aceptado por una compañera de trabajo que se le insinúa. La influencia orientadora del médico puede tener, en este caso, efectos inimaginables, siempre que exista una buena relación profesional.

Persuasión o convencimiento

La utilización de argumentos lógicos y llenos de buenas intenciones puede lograr importantes cambios de actitud y conducta en los pacientes y es, sin duda, uno de los más antiguos recursos psicoterapéuticos en la historia de la Humanidad, sólo precedido posiblemente por la sugestión.

Una mujer, muy apegada a sus hijos, sufre dificultades familiares de índole económica que se atenuarían en gran medida si consintiera el internamiento de ellos en una beca escolar.

El rechazo inicial a esta posibilidad por considerarla de forma errónea como evidencia de desamor, es combatido de manera exitosa por un médico integral cuando la convence de las ventajas para sus hijos (desarrollo sociocultural y alimentación), pero teniendo cuidado de no hacer evidente su objetivo central: reducir la carga tensionante de su paciente hipertensa, ya que de otra forma se incrementarían los sentimientos de culpa con la ratificación de la decisión inicial.

Información

El aporte de información adecuada que tenga en cuenta los objetivos específicos y el nivel cultural del paciente es un recurso de primerísimo rango, que puede ser utilizado tanto de forma individual como colectiva (este último sería ejemplificable con pacientes diabéticos o hipertensos) y se relaciona con objetivos instructivos y educativos.

La utilización frecuente de este recurso, hace resurgir en el médico su ancestral papel de maestro.

Una paciente deprimida por una disfunción orgásmica, la cual atribuye a la reciente ligadura de trompas, a lo que erróneamente le achaca sus dificultades, no se repondrá con facilidad si el médico no dedica unos minutos a explicarle la función mecánica de la trompa y su desvinculación funcional con la respuesta sexual.

Inspiración

Este recurso al alcance de cualquier médico con intuición y disposición de ayuda es uno de los más subvalorados y subutilizados en el ámbito médico, tanto general como especializado, y sin embargo sus resultados resultan sorprendentes.

Consiste en ofrecer al paciente nuevos enfoques ante situaciones de conflicto y en sentar las bases para actitudes más positivas.

Una mujer muy dependiente, con gran demanda de afecto, es atendida por un intento suicida determinado por un embarazo no deseado. El médico, conocedor de sus frustraciones afectivas precedentes le plantea: ¿no ha pensado usted que

ese niño que lleva en el vientre pudiera ser la fuente de cariño que tanto ha esperado? Este fue un caso real y la depresión se resolvió casi en la propia entrevista.

Exteriorización de intereses

La intuición médica y el conocimiento básico de las características biopsicosociales y espirituales de los pacientes son el sustento de este recurso, también de cierto matiz inspirativo, aunque específicamente orientado a crear o reactivar motivaciones que superen conflictos actuales.

Un paciente con importantes sentimientos de inferioridad, que obstaculizan su relación con el sexo opuesto, logra mediante la influencia del médico “reverdecer” su antigua afición por la guitarra y comienza así el desarrollo de una habilidad que reforzará su autoestima.

Manejo del medio

Es uno de los recursos más al alcance del médico integral, y su clímax de utilización y efectividad se alcanza durante la praxis comunitaria que viabiliza una constante y significativa influencia del terapeuta sobre el entorno familiar, laboral y comunitario.

El manejo del medio se viabiliza mediante recomendaciones a la familia u otros componentes significativos del entorno, y puede manejarse tanto en forma directa como mediante la gestión de otros miembros del equipo como la trabajadora social y la enfermera.

Sugestión

Es, sin dudas, el más antiguo y subutilizado recurso psicoterapéutico en nuestros días, aunque paradójicamente sus efectos beneficiosos son la base de las a veces impresionantes curas obtenidas por los equivalentes de chamanes de nuestros días.

Su esencia conceptual es la introducción de una idea o imagen en la mente del paciente, que sea aceptada violando sus potencialidades críticas, y se basa en el prestigio y ascendencia del terapeuta.

Consideramos que las ancestrales raíces mágicas y su actual utilización profana desempeñan algún papel en la subutilización profesional limitada a las diferentes variantes de hipnosis.

Sin embargo, el médico debe, recordar que la sugestión puede utilizarse tanto en su forma directa, sin la existencia de intermediarios entre el profesional y el paciente; y la indirecta, donde sí existen aquéllos en forma de tabletas,

inyecciones, recursos fisioterapéuticos y otros cuya efectividad puede ser incrementada por la influencia psíquica.

Biblioterapia dirigida

La proliferación mundial de los manuales de autoayuda en el ámbito médico contrasta significativamente con la escasa utilización profesional de un recurso de alta efectividad llamado biblioterapia dirigida, donde el facultativo programa de acuerdo con la situación específica del paciente, qué tipo de lectura puede ayudarlo a profundizar en conocimientos, experiencias y modelos a imitar ante situaciones humanas conflictivas o afecciones en algún grado invalidantes.

La orientación de leer el diario del comandante Ernesto Che Guevara a un asmático severo angustiado por las limitaciones impuestas por su afección, sería un ejemplo de las potencialidades de este recurso. Deben evitarse, sin embargo, libros orientados a profesionales, pues su lectura podría determinar efectos yatrogénicos.

Recompensa y sanción

Este recurso de alto significado en el proceso enseñanza-aprendizaje y en la educación de los hijos, es también una valiosa herramienta en cualquier tipo de interrelación humana, donde se pretenda en algún grado modificar comportamientos negativos.

Este es uno de los recursos que expresa en mayor grado la similitud entre la gestión psicoterapéutica y la docente.

Nunca debe olvidarse la importancia de las manifestaciones de reconocimiento ante los comportamientos positivos y las de inconformidad ante los negativos, y los reforzadores van desde una sonrisa o comentarios de reconocimiento hasta expresiones faciales o verbales de disgusto. La efectividad de este recurso depende de la calidad de la relación establecida, y también de su utilización planificada y dosificada. Como contrapartida existe la mejoría del paciente como gratificación (muchas veces inconsciente) al médico.

Las terapias de orientación cognitivo-conductual son las que más acuden a este recurso, cuyo paradigma es la **carta de estrellas** utilizada con notable éxito en niños enuréticos quienes acumulan como premio estrellitas que al llegar a cierta cantidad dan derecho a un premio significativo para el paciente.

Relajación

Esta técnica está al alcance del generalista y resulta de utilidad en las afecciones en cuya patogenia la tensión emocional tenga un papel preponderante como en algunas formas de hipertensión, gastritis, úlcera duodenal o bronquitis asmáticoforme.

La más utilizada es la técnica de Jacobsen, en la cual donde el sujeto es entrenado para lograr, en forma ascendente, a partir de los dedos de los pies estados sucesivos de contracción y relajación con intervalos aproximados de 15 s. La focalización profunda de la atención activa en estas maniobras es, además, un buen inductor del sueño, sobre todo en insomnios vespertinos.

Valoración biográfica

Este recurso, potencialmente utilizado por generalistas motivados por profundizar en el entrenamiento psicoterapéutico, consiste en valorar la posible significación de experiencias pasadas determinantes de patrones de comportamiento inadaptativo, rasgos negativos en la personalidad, vulnerabilidad ante situaciones poco relevantes, o sobrevaloración de síntomas físicos o psíquicos.

Métodos psicoterapéuticos individuales y de grupo centrados en la personalidad

Estos métodos considerados justamente fuera del espectro de acciones terapéuticas del médico general básico, requieren para su utilización entrenamiento especializado y su uso implicaría la necesidad de incursiones teóricas profundas de poco valor utilitario para la práctica del generalista.

Psicoterapia de grupo para niños, adolescentes y padres

Argelia Pérez Hernández

Antes del siglo xx eran escasas las muestras de contacto terapéutico con niños; se orientaba a los padres.

La era moderna de la psicoterapia infantil comienza con Freud (1909), quien trató a Hans, un niño fóbico de 5 años, con ayuda del padre, quien fungió como coterapeuta orientado por Freud.

Los primeros intentos de tratamiento a niños, sin intermediarios, fueron realizados sin éxito por Ferenczi (1913).

Después, el psicoanálisis infantil desarrolló el juego como medio directo de intervención terapéutica. Hicieron grandes aportes a esta técnica Melánie Klein (1932) y Ana Freud (1946).

Slawson (1934) fue el precursor de la psicoterapia de grupo, practicó la clásica terapia psicoanalítica y la psicoterapia lúdica, y trabajó con niños y adolescentes.

En la actualidad, la psicoterapia de grupo es la más utilizada en todo el mundo.

Definición. Es una modalidad de tratamiento psicológico en la cual un grupo de individuos (en nuestro caso, niños, adolescentes y padres) que presentan trastornos psiquiátricos diversos, se reúnen con la finalidad de apoyarse unos a otros, con la participación de personal calificado (terapeutas y coterapeutas), para estimular y dirigir las acciones terapéuticas, para contribuir, entre todos, a efectuar un cambio evidente en las relaciones interpersonales de los pacientes; a la vez que desarrollan su madurez emocional y social. Los padres también mejorarán sus relaciones interpersonales intrafamiliares y extrafamiliares, lo que les permite enfrentar los problemas propios, y estar así en mejores condiciones para educar y formar a sus hijos.

Selección de pacientes

Se escogen previamente, de acuerdo con diagnóstico clínico, edad y sexo. Son remitidos al tratamiento por psicólogos y psiquiatras del equipo de salud mental.

Reglas fundamentales del grupo

Deben tenerse en cuenta:

- La libre interacción entre sus miembros, es decir, entre los pacientes, y entre éstos y el equipo terapéutico. Hay que tener en cuenta que las interacciones entre los pacientes se consideran un elemento terapéutico.
- Todos los pacientes son aceptados y tienen la posibilidad de expresarse con toda libertad.
- El grupo funciona como un pequeño “universo”.

Otro aspecto muy importante es la relación médico-paciente, que no sólo es fundamental en psicoterapia, sino en toda nuestra práctica diaria.

Relación médico-paciente

Sería más conveniente llamarla relación **equipo terapéutico-paciente**.

Este equipo está formado por un terapeuta (un psicólogo o psiquiatra) y coterapeutas (residentes, trabajadores sociales, psicopedagogos, psicometristas etc.).

Es imprescindible valorar que el paciente pediátrico no llega a nosotros en busca de ayuda (lo cual contribuiría, sin duda a su mejoría), lo traen sus familiares, y es indispensable lograr con ellos una relación positiva, que acepten que tienen problemas y se dispongan a trabajar para superarlos para lograr el *insight*.

¿Cómo se establece la relación con los pacientes? Depende de la edad; siempre nos dirigimos a ellos de forma afectuosa, pero sin excesos. Es preciso que la primera relación sea con los niños y los adolescentes para evitar que puedan pensar que estamos de acuerdo con los padres, situación que se agrava si existen serias divergencias entre ellos, en especial si se trata de jóvenes que vienen en franca rebeldía.

Esta relación tiene características peculiares, ya que no es sólo con el paciente sino también con su madre, padre u otros familiares significativos para él e, incluso, con la familia, por lo que debemos ser cuidadosos en nuestras expresiones con ellos y con sus familiares. Es importante desde que los recibimos tener en cuenta la comunicación extraverbal, que puede ser clave para lograr el diagnóstico. Así observamos la forma de sentarse, el movimiento de las manos, los movimientos oculares, el inicio de lágrimas, etcétera.

La comunicación debe establecerse acorde con su edad, en forma respetuosa, con naturalidad y sin burlarnos de sus expresiones; por el contrario, los estimulamos mediante interrogantes a plantear sus dificultades. Se les proporciona seguridad, comprensión y discreción en cuanto a sus planteamientos, a menos que existan situaciones de peligro, como pueden ser ideas suicidas, y planes que impliquen escape del hogar, dañar a personas o propiedades ajenas y otros.

Con los pequeños, se enriquece la comunicación a través del juego (cuya importancia se destaca con posterioridad).

Relación con los padres

Con los padres, la relación es entre adultos y se facilita por la necesidad de ayuda que presentan y el interés por resolver los problemas de sus hijos, y cooperan para establecer buena relación. Es indispensable escucharlos, comprenderlos y nunca agredirlos, para evitar que surjan en ellos sentimientos hostiles ante la agresión y así se distorsione la comunicación.

La mayoría de las madres y los padres cometen errores al manejar a sus hijos por desconocimiento, por lo que resulta necesaria una gran sensibilidad cuando hagamos estos señalamientos, unidos a expresiones extraverbales adecuadas que contribuyan a que acepten nuestros planteamientos y, por ende, a que cumplan las orientaciones recibidas y reflexionen al respecto.

Ellos transmitirán al resto de los familiares, sus nuevos conocimientos, y de esta forma cooperan a la estabilidad familiar. Es posible que los padres tengan serios problemas de personalidad, pueden ser muy rígidos, rechazantes o presentar severos trastornos psiquiátricos, lo cual interfiere con el tratamiento. Es posible, siempre que seamos capaces de utilizar nuestros conocimientos y habilidades para manejar la entrevista, lograr algún grado de cooperación. También tenemos la posibilidad de citar a otro familiar, visitar el hogar y en los casos extremos apoyarnos en los recursos de la comunidad, como círculos infantiles, escuelas, áreas deportivas, centros de recreación, etcétera.

Resulta clave en la relación con los padres, la honestidad, la sencillez, el respeto y la aceptación que seamos capaces de brindarles.

Características del grupo

Pueden ser:

- Pequeños, cuando participan hasta 15 pacientes.
- Grandes, cuando participan 50 pacientes o más.
- Homogéneos con similares características.
- Heterogéneos con peculiaridades disímiles.
- Abiertos, cuando en el transcurso del tratamiento ingresan otros pacientes.
- Cerrados, con duración limitada que puede fijarse previamente o no.

El período de funcionamiento del grupo depende del terapeuta, así como la frecuencia de las sesiones y las técnicas a utilizar.

Trabajamos con grupos pequeños de 10 a 15 pacientes, cerrados con duración de 4 meses, con una sesión semanal. Los dividimos de acuerdo con las distintas

etapas del desarrollo: así realizamos grupos de párvulos y preescolares (de 3 a 6 años), escolares (hasta 9 años), preadolescentes (de 9 a 11 años) y adolescentes (de 12 a 16 años). Son grupos heterogéneos en cuanto a síntomas; se excluyen los pacientes psicóticos, retrasados mentales, y aquéllos con severos trastornos de conducta y acusados rasgos disociales, quienes se benefician en grupos homogéneos. Los mixtos, es decir, de hembras y varones.

Simultáneamente y en local aparte, se realiza el grupo de madres y padres. Cada uno tiene su terapeuta responsable y varios coterapeutas. El tratamiento simultáneo a pacientes, madres y padres es necesario, ya que la problemática de éstos puede repercutir en alteraciones emocionales de sus hijos. Además, es indispensable el **enganche** no sólo con los pacientes sino también con los padres y las madres, ya que son quienes traen a los pacientes al tratamiento.

¿Por qué estas características? El número de pacientes nos permite, aun cuando haya deserciones, trabajar con 8 o 10 que es lo óptimo, pues las interacciones serían suficientes, lo que nos permite manejar el grupo sin dificultades.

La frecuencia semanal mantiene la continuidad de las sesiones, de modo que los temas planteados en la anterior puedan continuarse en la siguiente, ya que el lapso de tiempo no es tan largo.

La duración de 1 h debe cumplirse; puede pasarse unos minutos (no más de 30), cuando se está analizando algún material de interés para todos, o si dejado a medias crea dificultades emocionales o conductuales.

El grupo cerrado permite mayor cohesión (sentido de pertenencia) entre los pacientes y conduce a que trabajen por un fin único: la mejoría de todos.

El establecer el período de tratamiento limitando las sesiones, hace que terapeutas y pacientes se sientan presionados a ponerse en función del tratamiento, por lo que el proceso se realizará con mayor seriedad y exigencia profesional.

Los síntomas heterogéneos permiten interacciones, dada la diversidad de problemas y patrones conductuales. Estas características del grupo facilitan la comprensión más efectiva de la realidad, ya que las dificultades y deficiencias de algún miembro son compensadas por el funcionamiento efectivo de otro, lo que constituye un ejemplo positivo para todos.

En las primeras sesiones de tratamiento, el terapeuta aporta las normas del grupo y comienza a elaborar los objetivos.

Normas del grupo de niños

Se exponen las más importantes:

- Asistencia regular y puntual (tener en cuenta el enganche).
- Duración de 4 meses con 1 sesión semanal.

- Es importante la participación activa, para exponer experiencias y opiniones que contribuyan a la mejoría colectiva.
- Se unen para resolver los problemas existentes: el de uno es objeto de preocupación para el colectivo, por lo que entre todos encuentran soluciones.
- Cooperar con la mejoría de sus compañeros, estimula la propia.
- Cualquier tema puede hablarse, ningún planteamiento es objeto de burla y se establece que no habrá censuras.
- En la discusión y el análisis de los problemas existentes van aprendiendo a encontrar soluciones que utilizarán para enfrentar sus propios problemas.
- Existen problemas comunes a todos y el tratamiento comienza enfrentándolos (generalización).
- Se indicarán tareas que, una vez aceptadas por todos, deben ser cumplidas.

Normas del grupo de padres

- Pueden analizarse los problemas que planteen de forma espontánea.
- Se estimula la participación activa.
- Pueden exponerse temas específicos relacionados con la problemática de los niños, que con posterioridad ellos debaten y obtienen así una información adecuada.
- Se aportaran orientaciones precisas y tareas.
- Se les trasmite lo que el equipo considera que deben conocer en relación con el grupo de niños (previo consentimiento de éstos).
- Deben plantearse los problemas de ellos, que también serán analizados, ya que contribuyen a resolver los síntomas de los niños.
- Se aportan nociones de educación sexual a ambos grupos (padres e hijos), para superar tabúes, y prohibiciones sobre hablar de sexo y temas sexuales.
- Se establece el enganche.

Objetivos generales

- Mejorar los síntomas que presentan los pacientes y cooperar con la mejoría de los demás miembros del grupo.
- Lograr actitudes familiares adecuadas.

Objetivos específicos

- Aprender a identificar sus problemas y cómo enfrentarlos.
- Expresar sus dificultades sin inhibiciones.
- Participar en el análisis de las situaciones comunes al grupo y las particulares.
- Mejorar su autocontrol.
- Mejorar la motivación por el aprendizaje y crear hábito de estudio diario.
- Conocer las necesidades psicológicas de cada etapa.
- Impartir nociones de educación sexual a ambos grupos.
- Superar manejos familiares inadecuados.
- Mejorar comunicación intrafamiliar y extrafamiliar.

Variantes de psicoterapia

En niños pequeños (párvulos, preescolares y escolares hasta 9 años) se utiliza la psicoterapia de juego, que no constituye un método psicoterapéutico, sino que une diferentes técnicas psicoterapéuticas que recurren al juego como instrumento de trabajo.

En niños mayores (de 9 años en adelante), se utilizan las técnicas verbales, ya que por la maduración cerebral y su cociente intelectual, pueden realizar operaciones lógico-concretas y en la adolescencia, lógico-formales, lo que les permite analizar situaciones cada vez más complejas.

Variantes de juego

Juego de relación. Se realiza mediante actividades en colaboración, que motivan intercambios, reflexiones y comentarios adecuados, para establecer una relación terapéutica, que es distinta a las relaciones habituales del paciente con familiares, amigos, etc. Implica alto grado de afectividad positiva. La aceptación del paciente, indudablemente, facilita la comunicación.

Juego de divertimento. Como los niños no llegan a nosotros solicitando ayuda, sino porque los traen sus familiares es conveniente para la relación con ellos que disfruten de actividades de juegos y después podemos explorar sus dificultades y problemas, y trataremos que se propongan superarlos.

Los niños pequeños, a través del juego, proyectan sus dificultades y conflictos, y podemos, sin entrar en el análisis de éstos, estimular soluciones que contribuyan a disminuir sus síntomas.

Juego socializante. Mediante el juego los niños y las niñas incorporan los roles que en la sociedad van a desempeñar, ya que ellos aprenden jugando y en la medida en que crecen, el juego se hace más complejo, pues se incorporan reglas y normas de conducta que contribuyen a su socialización, lo cual se facilita por realizarse con compañeros de juego.

Juego espontáneo. Se les permite expresarse con total libertad, sin intervención de adultos, lo que resulta terapéutico, ya que permite la descarga de ansiedad y la expresión de conflictos. Es importante realizarlo con niños inhibidos, o que no se les permite jugar libremente (reprimidos en sus juegos o guiados todo el tiempo por adultos). En ocasiones es necesaria la participación del terapeuta, para modificar y lograr vivencias más constructivas para el paciente, y estimularlo siempre a encontrar soluciones.

Juegos controlados. En éstos sometemos al paciente a una situación determinada, por lo habitual conflictiva para ellos, o que les permita percatarse de su enfermedad, y encontrar con el auxilio del terapeuta las soluciones más adecuadas.

El juego es un recurso terapéutico de gran importancia, ya que permite:

Al paciente:

- Descargar la ansiedad acumulada.
- Desarrollar iniciativa, creatividad y habilidades.
- Mejorar la socialización y la autoestima.
- Expresar conflictos y buscar soluciones.
- Reflejar conflictos del ambiente escolar y familiar.

Al grupo terapéutico:

- Reforzar conductas positivas.
- Enfrentarlos con sus conductas inadecuadas.
- Modelar conductas y superar mitos.
- Estimular en los pacientes la iniciativa y la creatividad.
- Brindarles apoyo.
- Actuar sobre los conflictos para propiciar soluciones adecuadas.
- Orientar a los padres acerca de la importancia de esta actividad.

Otras técnicas

Las de narraciones, las del dibujo en la cual los niños proyectan sus conflictos que pueden interpretarse, y estimular soluciones adecuadas. También son útiles la psicoterapia con títeres y el psicoballet con el cual nuestro medio contamos, creado por la licenciada Georgina Fariñas, quien utiliza la música, la danza, la pantomima, la dramatización, la expresión corporal, la cultura física y el juego. Sus indicaciones han rebasado los trastornos psicológicos de los pacientes y se utiliza como método de rehabilitación para retrasados mentales, sordos, ciegos, limitados motores y también con pacientes psicóticos. Nos hemos referido sólo a las técnicas de más frecuente utilización.

Con niños mayores de 9 años, hemos podido comprobar la factibilidad de utilizar las técnicas de psicoterapias verbales y dado que seguimos una postura ecléctica, realizamos psicoterapia integrativa, por la posibilidad de emplear técnicas de diversos tipos de psicoterapia, siempre que sean adecuadas para enfrentar los problemas de nuestros pacientes, en el contexto en que se encuentran.

Las modalidades teóricas que pueden ser sustentadas por los distintos psicoterapeutas, con la finalidad de que los pacientes aprendan a conocer y a enfrentar sus problemas, y lograr así una adaptación creadora al medio, son:

- Psicoanálisis.
- Terapia de la Gestalt.
- Psicoterapia transaccional.

- Psicoterapia racional.
- Psicoterapias sugestivas.
- Psicoterapias breves.
- Psicoterapia de familia.
- Técnicas conductuales.
- Técnicas profilácticas.
- Enfoque sistémico.
- Psicodrama.
- Formas eclécticas, etc.

Las cuales pueden ser revisadas por el interesado en la bibliografía brindada.

Recursos terapéuticos

Se exponen los recursos terapéuticos que utilizamos con mayor frecuencia:

- Apoyo. El terapeuta emite mensajes que resultan de reafirmación para el paciente, quien se encuentra en una situación difícil, coopera con su seguridad, a que se sienta capaz y actúe acorde con esto.
- Persuasión. Se utilizan argumentos lógicos que llevan a un cambio de actitud en los pacientes.
- Tareas. Son acciones que debe realizar una vez terminada cada sesión con la finalidad de mejorar su conducta. Son controladas por la opinión del grupo. Sus efectos son más evidentes cuando ellos mismos la deciden.
- Clarificación. El terapeuta resalta lo esencial de la comunicación. Conduce a los pacientes a lo más importante de la situación y facilita el *insight*.
- *Insight*. Consiste en que los pacientes interioricen lo que les está ocurriendo, es decir, que tengan conciencia de su problema y trabajen para superarlo.
- Confrontación. Permite focalizar el problema y enfrentar a los pacientes con su realidad. Hace posible que se vuelvan más conscientes de su conflicto. En el grupo, los que tienen problemas similares (o no) son capaces de pensar más seriamente en lo que les está pasando.
- Reetiquetación. Se hace evidente que el rol que se le asignó y que siempre ha desempeñado, no le corresponde y hace posible que asuma el rol real.
- Modelaje. Se ejemplifica un comportamiento que deseamos imiten.
- Afirmación. Se les demuestra que son capaces y pueden. Les permite hacer frente a la vida con optimismo y seguridad. Se vuelven asertivos.
- Información. Se les transmiten nuevos conocimientos necesarios a todos. Permite precisar criterios erróneos.
- Condicionamiento operante. Es el resultado de una conducta que se refuerza. Se establece un reflejo que facilita la eliminación de un síntoma. Es frecuente su uso en niños **enuréticos**.
- Juegos de roles. Puede manejarse con el propósito de **modelaje**, o con el objetivo de evidenciar conductas inadecuadas o impropias.
- Técnicas participativas. Se realizan a través de actividades agradables que refuerzan la unificación del grupo y contribuyen a su cohesión. Todos se

incorporan a la actividad, estimulan la creatividad, se evidencian conflictos y permiten modelar conductas. Facilitan la relación terapéutica entre los miembros del grupo y con el equipo. Desarrolla el pensamiento al buscar soluciones ágiles. Hace posible que unidos logren mejores soluciones.

- Juego. Es otro recurso terapéutico que ya se explicó con detalle.

En la psicoterapia de grupo comenzamos con una actividad participativa de presentación que da la posibilidad, no sólo de conocerse, sino de percibir objetivamente que tienen muchos puntos en común, muchos aspectos en los cuales sienten y piensan de forma similar, y muchas dificultades en las cuales coinciden, todo lo cual facilita la relación terapéutica.

Con este tratamiento los niños son capaces de comprender su situación, por lo que abordamos los problemas confrontándolos con la realidad y haciendo evidente la consecuencia de la conducta patológica, y así aprenden, en la interacción con el grupo, el modo de superarlo.

TEMA 40

Urgencias siquiátricas

Ovidia Rodríguez Méndez

La urgencia para demandar atención por cualquier entidad psiquiátrica depende, fundamentalmente, de lo agudo del cuadro, de la crisis que desencadena para el paciente o para los familiares y de la interpretación del cuadro clínico.

Definición. La urgencia siquiátrica es una perturbación del pensamiento, los sentimientos o las acciones, que implican un riesgo inminente para la integridad física del paciente, de los familiares o de otras personas, o de riesgos notables de conductas sociales inadecuadas y que requieren tratamiento inmediato.

La entrevista siquiátrica constituye el pilar fundamental para establecer un diagnóstico correcto, y para la historia de la anamnesis se requiere toda la información aportada por familiares, amigos, maestros u otros, lo que permite reconocer los síntomas manifiestos o encubiertos, los motivos o situación desencadenante o precipitante de la crisis y del entorno familiar, social o institucional de la vida del enfermo.

La consulta donde se realice la entrevista y el examen psiquiátrico debe contar con las condiciones adecuadas de privacidad y seguridad para el paciente, donde esté protegido, y donde el médico tenga los instrumentos necesarios para realiza, además, un buen examen físico.

Si se requiere establecer un diagnóstico positivo o diferencial de la entidad que se sospecha, el médico debe realizar exámenes de laboratorio de hemoquímica, análisis toxicológico, radiológico, electrocardiograma o electroencefalograma, etc. Después de confirmado un trastorno o perturbación siquiátrica, el enfermo debe pasar a la Unidad de Intervención en Crisis, servicio de breve estadía, que garantiza una atención más especializada de la urgencia y brinda la asistencia inmediata del Equipo de Salud Mental (psiquiatra infanto-juvenil, psicólogo, enfermera, trabajadora social y personal auxiliar) que estudian la problemática del paciente con un enfoque biosicosocial.

Las afecciones en la etapa de la adolescencia presentan características propias, ya que, por lo general, son más graves y no aparecen en otras edades, por ejemplo, los trastornos psicológicos y psiquiátricos y el consumo de drogas ilegales.

Las entidades siquiátricas que constituyen urgencias médicas en niños y adolescentes son las siguientes:

- Crisis de excitación.
- Trastornos de ansiedad aguda.

- Trastornos del estado de ánimo.
- Intentos suicidas.
- Trastornos sicóticos agudos con estupor o no.
- Trastornos conversivos.
- Discinesias por fármacos.
- Intoxicaciones por sustancias.

Destacaremos de cada entidad el cuadro clínico característico, los diagnósticos diferenciales, el tratamiento adecuado y la valoración de remisión al segundo nivel de atención.

Trastornos conversivos

También nombrados en las clasificaciones como **trastornos somatomorfos**, se caracterizan por la pérdida de las funciones motoras o sensorio-perceptivas por lo que pueden confundirse con alteraciones neurológicas. El cuadro clínico está precedido por situaciones estresantes o conflictivas para el individuo, que no sabe cómo manejarlas.

Las expresiones sintomáticas pueden afectar cualquier órgano, por lo que a esta entidad se le llama la “gran simuladora”, sin que esto signifique que el paciente esté fingiendo o que los síntomas los provoque intencionalmente.

El cuadro clínico se evidencia por: pérdida de conocimiento o desmayos, que es lo más frecuente, convulsiones, parálisis de los miembros, debilidad muscular, anestias o parestias, imposibilidad para hablar, dificultades en la marcha o en el equilibrio, movimientos atetósicos, ceguera, sordera, etc., y es característico la falta de preocupación del paciente ante su enfermedad, lo que se denomina la “*belle indifference*”.

Estas manifestaciones clínicas se pueden presentar en individuos con trastorno de personalidad histérica o sin éste, así como en pacientes con cuadros disociativos, depresivos o de personalidad disocial.

Diagnóstico diferencial

Debe establecerse con:

- Enfermedad médica. Se debe basar en un buen examen físico y neurológico y con el apoyo de los medios diagnósticos, si es necesario.
- Trastorno de simulación, si se constata que es producido de forma intencional por la ganancia obtenida con sus síntomas.
- Trastorno facticio, si se produce intencionalmente, pero por factores internos inconscientes.
- Disfunción sexual en adolescentes y jóvenes, cuando el síntoma afecta sólo esta área.

- Trastorno por dolor, si este es el síntoma predominante.
- Trastorno por somatización, cuando se expresa en síntomas somáticos con diferentes localizaciones que pueden confundirse con alteraciones neurológicas.

Tratamiento

Es primordial establecer una adecuada relación médico-paciente, de apoyo y atención a sus síntomas. El diagnóstico de trastorno conversivo se debe hacer por exclusión, después de un examen médico exhaustivo. No deben hacerse burlas, amenazas o maltratos al paciente.

La sugestión y la hipnosis logran muy buenos resultados, por lo que no siempre estos enfermos requieren hospitalización. Puede asociarse algún hipnótico o sedante, por vía oral o parenteral, como el diazepam, o de un antidepresivo como la trifluoperacina o amitriptilina, si sospechamos que concomita con depresión.

El objetivo del tratamiento es eliminar la excitación, si con estas medidas no cede, se debe remitir al segundo nivel de atención para ser valorado por el equipo de salud mental del área de salud o al Servicio de Urgencias Siquiátricas del hospital más cercano.

Trastorno por ansiedad

La ansiedad, síntoma fundamental de este cuadro, se expresa en el plano psíquico como un estado de malestar, alerta o tensión ante un peligro desconocido, y la angustia se expresa en el plano somático con disnea, taquicardia, temblor, etcétera.

El paciente angustiado puede estar irritable, en alerta constante, con insomnio, palpitaciones, cefaleas, tristeza, parestesias o tensión muscular, boca seca, mareos, sudación, poliuria o disuria, diarreas, vértigos, náuseas o vómitos y temblores, entre otros síntomas.

Diagnóstico diferencial

Se establece con:

- Ansiedad por enfermedad orgánica o inducida por consumo o supresión de drogas.
- Trastorno de pánico-angustia inesperada.
- Trastorno de pánico con agorafobia, angustia por los espacios públicos.
- Agorafobia sin trastorno de pánico.
- Fobia social-temor a expresarse en público.
- Fobia simple (temor a un objeto o animal).

- Trastorno obsesivo compulsivo, si la ansiedad se acompaña de obsesiones y compulsiones.
- Trastorno por ansiedad generalizada, si las manifestaciones han durado mas de 6 meses y están presentes siempre.
- Estrés postraumático (recordar situaciones psicotraumatizantes pasadas que generan mucha ansiedad).
- Trastorno adaptativo con ansiedad. Se presenta ante el ajuste de eventos nuevos para el paciente.

Tratamiento

El psicofármaco de uso más frecuente es el diazepam por vía intramuscular u oral.

Presentación: tabletas de 5 mg y ámpulas de 10 mg en 2 mL.

Dosis: de 10 a 30 mg/día, por vía i.m.

Pueden usar otros fármacos como: clorpromacina o levomepromacina en ámpulas de 25 a 75 mg/día, por vía i.m. y clobazan (tabletas de 20 mg) de 30 a 80 mg/día, por v.o.

En ocasiones con una sola dosis inicial se controlan las manifestaciones clínicas y se puede pasar al tratamiento ambulatorio. Si es necesario mantener al paciente hospitalizado, se debe administrar la medicación cada 4, 6 u 8 h de acuerdo con la evolución clínica.

Trastornos del afecto y de los estados de ánimo

El síndrome depresivo alcanza un rango de 3 a 4 % en la población general y solo el 10 % llega a la consulta de psiquiatría; el 90 % restante es atendido por internistas o médicos de familia por síntomas somáticos, que deben valorarse como depresiones subclínicas, entre las cuales se encuentran: desmayos, cefaleas, dolor torácico o abdominal, cansancio físico o decaimiento, anorexia, trastornos del sueño, etc., y que son frecuentes en la adolescencia.

La depresión como síntoma puede ser expresión de cualquier trastorno psiquiátrico, como entidad nosológica tiene una génesis, un curso y un pronóstico determinado, y como síndrome agrupa las manifestaciones de tristeza, abulia, desgano, apatía y sentimientos de culpa e inutilidad, que pueden llevar al paciente a la ideación de autoeliminación y al suicidio, por lo que deben ser valoradas seriamente debido al riesgo que implica para la vida.

El suicidio se asocia con: depresiones, crisis en la adolescencia, alcoholismo e intoxicaciones por drogas, crisis de parejas, psicosis esquizofrénicas y afectivas, violaciones sexuales, maltrato y enfermedades terminales.

Las manifestaciones clínicas incluyen: tristeza, aislamiento, apatía, abatimiento, desmotivación, pérdida de memoria, anorexia e hiperfagia, ansiedad, desinterés

por el sexo, trastornos del sueño como despertares frecuentes o matutinos, baja autoestima, ideas suicidas e ideas delirantes o referenciales, si son de nivel sicótico.

Diagnóstico diferencial

Se establece con:

- Depresión causada por enfermedad orgánica o inducida por consumo de drogas.
- Episodio depresivo menor: aquél que se extiende más de 2 semanas y no es debido a un duelo.
- Trastorno bipolar I asociado a un episodio maniaco.
- Trastorno bipolar II asociado a un episodio hipomaniaco.
- Trastorno de depresión mayor: uno o más episodios depresivos menores.
- Distimia: depresión por más de 2 años.
- Reacción adaptativa depresiva.
- Duelo.

Se debe considerar también las enfermedades médicas que evolucionan con depresión como son: infecciones, abscesos, tumores cerebrales y los hematomas subdurales, insuficiencia hepática o renal, desequilibrios electrolíticos, hipotiroidismo, hipoglicemia, esclerosis y mieloma múltiples, corea de Huntington, enfermedad de Wilson, enfermedad de Addison, y los estados terminales de cualquier enfermedad crónica. Asimismo, los fármacos pueden originar la depresión, como por ejemplo: el propanolol, la reserpina, las sulfas, el ácido nalidixico, los corticoides, los ansiolíticos, el meprobamato, el digital, la indometacina, los anticonceptivos y la clonidina.

Tratamiento

El enfoque del tratamiento requiere de un análisis de las manifestaciones clínicas de acuerdo con el nivel de funcionamiento neurótico o psicótico, la edad del paciente, si es un primer episodio o tiene antecedentes del trastorno (él o su familia), si existen componentes motores o si sufre de alguna otra condición médica que agrave su cuadro clínico como, por ejemplo, las enfermedades renales, hepáticas o cardíacas.

La urgencia de la hospitalización depende de las ideas suicidas o de las depresiones psicóticas y está dirigida a preservar la vida del enfermo.

Los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias en Atención Primaria, con un intento suicida, deben recibir el tratamiento clinicoquirúrgico que necesite, con el objeto de eliminar el factor de riesgo para su vida; si se trata de una intoxicación por ingestión de sustancias se debe indicar lavado gástrico,

hidratación, carbón activado, antídoto específico, e investigar en la orina otras sustancias tóxicas. Además, se recomienda usar flumazenilo para contrarrestar el efecto de las benzodiazepinas polimedamentosas; en este caso el paciente puede presentarse asintomático, si la ingesta es reciente, o con síntomas de máxima gravedad, si han transcurrido más de 8 h. La mayor afectación casi siempre se corresponde con síntomas neurológicos entre los que destacan somnolencia, hipotonía, ataxia, midriasis o síntomas digestivos como mareos o vómitos.

Después de concluidos estos cuidados, y resultan suficientes, es importante una valoración psiquiátrica inmediata, en las primeras 24 h de ocurrido el hecho.

El médico debe reportar los pacientes con intento suicida, llenar la tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria y ajustar el seguimiento de la conducta suicida según el Programa Nacional establecido para estos casos.

Como factores de riesgo para el suicidio se consideran, entre otros: adolescentes y jóvenes que no estudian ni trabajan, embarazadas solteras o embarazo precoz, drogadicción y/o prostitución, familiares con intento suicida o suicidio consumado, problemas económicos, hacinamiento, familias disfuncionales, etcétera.

Como los antidepresivos demoran entre 2 y 3 semanas para comenzar su efecto terapéutico, debemos seleccionar un antidepresivo de uso intramuscular. Los fármacos recomendados son:

- Imipramina (ámp. de 25 mg) por vía i.m., a razón de 100 mg diarios en dosis fraccionada, o tab. de 25 mg por v.o., a razón de 30 a 50 mg/día en dosis fraccionada.
- Amitriptilina (tab. de 25 mg) por v.o., en dosis de 1 a 5 mg/kg/día.
Niños de 6 a 12 años: a razón de 10 a 30 mg o 2 dosis.
Adolescentes: dosis inicial de 10 mg por v.o., 3 veces/día y 20 mg antes de acostarse; dosis máxima: 100 mg/día.
La respuesta se aprecia entre la segunda y la cuarta semana. El tratamiento se mantiene de 4 a 6 meses.
- Desipramina (grageas de 25 mg):
Adolescentes: dosis de 25 a 50 mg/día, por v.o. en dosis fraccionadas; dosis máxima de 100 a 150 mg/día.
- Clormipramina (tab. de 25 mg) en dosis de 75 a 150 mg/día.

Otros medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se recomiendan porque tienen menos efectos colaterales que los anteriores y se reportan buenos resultados:

- *Fluoxetina-Prozac* (tab. de 20 mg) por v.o., en dosis de 20 a 40 mg/día en una sola toma y dosis máxima de 80 mg/día.
- *Sertralina* (tabletas orales) en dosis de 50 a 100 mg/día.

En los pacientes con depresiones psicóticas debe usarse un antipsicótico asociado al antidepresivo seleccionado. Se recomienda uno de los siguientes:

- Haloperidol (tab. de 1,5 mg) en dosis de 5 a 10 mg/día en 3 tomas.
- Trifluoperazina (tab. de 5 mg). Dosis máxima: de 15 a 20 mg/día.

Si el paciente manifiesta ansiedad es recomendable el uso, además, de un ansiolítico, en los cuadros de duelo o depresiones reactivas siempre con el apoyo de la psicoterapia.

Para el tratamiento del niño y el adolescente con conducta suicida, remitirse al capítulo 25.

Trastornos psicóticos con agitación psicomotora o sin ella

Dentro de este grupo encontramos, en primer lugar, los trastornos de origen orgánico (como las encefalitis, los tumores, etc.), o tóxico (como el alcoholismo, la cocaína, la atropina, etc.) y que son de hecho los que más demandan atención de urgencia; y, en segundo lugar, los trastornos psicóticos llamados **funcionales**, de los que no se ha demostrado su origen, pero que se sospecha un compromiso neurobiológico y que incluye las entidades de las esquizofrenias y los trastornos esquizofreniformes.

Cuadro clínico

Los diferentes cuadros pueden presentarse en su mayoría con excitación psicomotriz, o sea, aumento de la actividad sin objetivo, que puede llegar a ser peligrosa para la integridad física del paciente.

Predomina y caracteriza al enfermo psicótico la pérdida de contacto con la realidad, que en los pacientes orgánicos puede llegar a diferentes grados de afectación de la conciencia, y la alteración de la orientación temporoespacial. Además, no concentra la atención y la memoria está afectada, tanto la anterógrada como la retrógrada.

El pensamiento puede tener un curso acelerado o lento y en el contenido aparecen ideas de culpa, pobreza, grandiosidad, etc., con un lenguaje incoherente e incomprensible.

En los trastornos de las sensopercepciones son frecuentes las alucinaciones auditivas y, en menor grado, las visuales y las cenestésicas. La afectación del estado de ánimo evoluciona con una gran labilidad afectiva, de la alegría a la tristeza, a la violencia o a la indiferencia, o un afecto inapropiado, aplanado, indiferente o apático.

Como se expresa arriba, el paciente puede manifestar gran agitación psicomotora o, por el contrario, permanecer inmóvil, incapaz de cubrir sus necesidades básicas, por lo que requiere ser alimentado por sonda nasogástrica. Puede presentar, también, movimientos estereotipados, manierismos, tics, signo de la almohada aérea, flexibilidad cérica, etcétera.

Diagnóstico diferencial

Los cuadros psicóticos causados por trastornos orgánicos, enfermedades médicas o por tóxicos son los primeros que deben descartarse, debido al riesgo que implican para la vida del paciente si no se realiza un diagnóstico correcto y oportuno. Se precisa realizar un interrogatorio detallado al paciente y a sus familiares, un examen físico apropiado y exámenes de laboratorio que corroboren el diagnóstico que se sospeche.

Las sustancias tóxicas como anfetaminas, drogas simpaticomométicas, marihuana, cocaína, alucinógenos, opiáceos e inhalantes, pueden desencadenar un cuadro psicótico por intoxicación o por abstinencia y se puede recoger el antecedente de uso y abuso de la droga.

Las esquizofrenias paranoide, catatónica e indiferenciada son diagnósticos que se han de considerar, si el paciente ha presentado alucinaciones, delirios y trastornos del estado de ánimo desde 6 meses antes del cuadro agudo.

Otros diagnósticos posibles son los trastornos esquizoaffectivos con depresión y manía o mixtos y, si se ha mantenido al menos por 1 mes, hay que valorar el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

Las situaciones o eventos vitales de gran intensidad y corta duración como los accidentes, las muertes violentas, las guerras, etc., son capaces de producir trastornos psicóticos breves, que pueden durar horas, días o semanas.

Entre otros, el trastorno afectivo con síntomas psicóticos en fase maniaca debe ser una entidad nosológica que hay que valorar.

Tratamiento

El tratamiento psicofarmacológico está encaminado a lograr la sedación rápida del paciente para protegerlo, pues las alucinaciones y los delirios guían la conducta del enfermo y pueden poner en riesgo su vida o la de los demás, por lo que se debe fijar a la cama, si es necesario.

En los cuadros clínicos descritos de excitación psicomotriz producida por una esquizofrenia o una fase maniaca de un trastorno bipolar se recomienda haloperidol (ámp. de 5 mg) a razón de de 1 ámp. por vía i.m., o clorpromacina (ámp. de 25 mg) en dosis de 1 ámp. por vía i.m., pero esta última no se debe usar en pacientes que presenten algún grado de toma de la conciencia con afectación neuronal, pues disminuye el umbral convulsivo.

Si es necesario, puede indicarse haloperidol más clorpromacina, y se combina con ampulas de benadrilina de 20 mg o prometazina de 25 mg para potenciar el efecto de los fármacos y atenuar las reacciones secundarias de las fenotiacinas.

En casos de trastorno orgánico, la terapéutica debe dirigirse a eliminar la causa que lo provoca, pero siempre se ha de considerar el grado de afectación o toma del sensorio, el daño que se ha provocado y su intensidad y el estado físico del paciente, así como las enfermedades concomitantes.

Puede usarse, preferiblemente, uno de los siguientes fármacos:

- Diazepam (10 mg) en dosis de 1 amp. por vía i.m.
- Haloperidol (15 mg) en dosis de 1 amp. por vía i.m.
- Benadrilina (20 mg) o prometazina (25 mg) por vía i.m.

En los cuadros de intoxicación alcohólica se pueden observar síntomas mixtos, tanto psíquicos como somáticos, depresión respiratoria, toma del sensorio que puede llegar hasta el coma, y pérdida de los reflejos y de la estabilidad para la marcha, por lo que este paciente requiere cuidados generales de enfermería, y el mantenimiento de los signos vitales, por el riesgo de sufrir accidentes con traumas craneales severos, con la posibilidad de hematoma subdural, vómitos con broncoaspiración y paro respiratorio.

En la desintoxicación de la crisis aguda debemos aplicar el lavado gástrico si la ingestión de alcohol es muy reciente y sospechamos que todavía puede haber residuos. Además, se indica hidratación por vía parenteral, intravenosa para forzar la diuresis y eliminar el tóxico, preferiblemente con suero glucosado, sodio y potasio añadido, así como vitaminoterapia con la aplicación de tiamina, a razón de 100 mg cada 12 h por vía i.m.

La utilización de psicofármacos depende del grado de agitación o violencia que pueda presentar el paciente, y se debe tener en cuenta que la sedación potencia el efecto del alcohol y puede agravar el cuadro. Se puede utilizar el diazepam, la clorpromacina o el haloperidol, 1 amp. de uno de éstos o una combinación de ambos o en asociación con la benadrilina o la prometazina, o una fenotiacina con menos efectos sedantes

Las afecciones en la etapa de la adolescencia presentan características propias, suelen ser más graves y no aparecen en otras edades, por ejemplo, los trastornos psicológicos y psiquiátricos y el consumo de drogas ilegales.

En la intoxicación por opiáceos (morfina, codeína, meperidina, etc.) un signo clínico importante es la pupila puntiforme, además, náuseas, vómitos, inestabilidad de la marcha y depresión respiratoria. El tratamiento consiste en mantener las vías aéreas permeables, canalizar una vena y si hay depresión respiratoria se debe aplicar naloxona 1 o 2 amp. de 0,4 mg por vía i.v.; si no hay respuesta pupilar, puede aplicarse una nueva dosis 20 min después, que puede repetirse

transcurrido el mismo lapso de tiempo. Si no hay una recuperación total, se indica diluir 4 o 5 amp. de este fármaco en 500 mL de dextrosa para pasarlo en 5 h, siempre bajo rigurosa vigilancia para observar su evolución.

Los sedantes e hipnóticos son otro grupo entre los que están incluidos las benzodiacepinas, barbitúricos, hidrato de cloral y otros, con frecuencia son la causa de intoxicaciones agudas. El cuadro clínico se presenta con somnolencia, incoordinación motora, marcha inestable, diplopía, disminución de las funciones vitales, mareos, sequedad de la boca, bradisiquia, labilidad emocional, conductas agresivas y desinhibidas. La afectación del sensorio se hace poco a poco más profunda y puede causar desde el estupor hasta el coma. Para definir el cuadro clínico se precisa constatar la ingestión del fármaco, ya que puede confundirse con estados depresivos o con la intoxicación por alcohol o marihuana.

La conducta que se ha de seguir va dirigida a tratar de identificar el tipo de medicamento consumido, indicar el lavado gástrico, mantener al paciente despierto y, si es necesario, debido a depresión respiratoria o cardiovascular, se ordenará el trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos, para su atención especializada. Se administra flumazenil en dosis de 0,2 mg/min hasta 1,0 mg.

La intoxicación por marihuana inhalada en cigarrillos o ingerida en forma de resina provoca manifestaciones de euforia con lenguaje taquilálico o, por el contrario, tranquilidad; además, aparecen alteraciones en la percepción del tiempo y el espacio, ansiedad, náuseas, aturdimiento y confusión, pensamiento incoherente con ideas paranoides, excitación que se acompaña de sequedad de las mucosas, taquicardia, enrojecimiento de la conjuntiva y aumento del apetito.

El tratamiento consiste en explicar al paciente la relación de los síntomas con la droga usada, para tranquilizarlo, y que ellos desaparecerán pronto. La ansiedad y la excitación se puede tratar con clobazán en dosis de 10 o 20 mg por v.o. Si aparecen síntomas psicóticos, se debe administrar haloperidol de 5 a 10 mg por vía i.m. o 25 mg de clorpromacina por igual vía. No es necesario la hospitalización, pues los síntomas ceden fácilmente con la medicación indicada. Debe solicitarse una interconsulta y valoración psiquiátrica para tratamiento de la deshabitación si esta existe.

Las anfetaminas y la cocaína provocan una intoxicación en la que predominan síntomas como excitación psicomotora, mareos, náuseas y vómitos, midriasis y arritmias cardíacas. Se compromete la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal, que pueden estar elevadas o no. Hay insomnio, temblores e irritabilidad, que puede llegar hasta la agresividad con manifestaciones psicóticas alucinatorias (visuales, táctiles o auditivas). Se deben descartar todas las entidades clínicas ya descritas que son capaces de provocar un cuadro de excitación psicomotriz.

Con el objetivo de sedar al paciente pueden usarse las benzodiacepinas en las dosis ya descritas y se indica haloperidol o levomepromacina, si aparecen las manifestaciones psicóticas. Si coexisten otras manifestaciones somáticas

respiratorias o cardiovasculares enunciadas, el enfermo debe ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para prevenir complicaciones fatales.

En el grupo de los inhalantes aparecen, en primer lugar, los empleados en anestesia como son el óxido nítrico, éter, halotano, cloroformo, etc., que producen efectos euforizantes y provocan, además, desinhibición de la conducta. En segundo lugar están los productos usados como solventes industriales en gasolina, pinturas, betunes, pegamentos, líquido de mechero y pintura en spray; estas sustancias son muchas veces usadas en el hogar, baratas, legales, y fáciles de adquirir. Ambos grupos tienen en común que son sustancias muy lipofílicas, que se absorben con facilidad a nivel del sistema nervioso central (el más vulnerable a los tóxicos), y producen el mismo efecto sobre la conducta y el sensorio. Provocan excitación, incoordinación motora, marcha inestable, disminución de los reflejos, temblor, debilidad muscular, conductas agresivas y alteraciones del juicio. También causan diplopía, ataxia, desorientación y alucinaciones visuales y auditivas, e incluso, estupor, disnea, arritmia ventricular y muerte.

El tratamiento se basa en mantener los signos vitales y administrar benzodiazepinas en las dosis referidas para lograr la sedación.

La intoxicación voluntaria, con fines recreativos, ocurre por el consumo de drogas de síntesis, que tienen efectos tóxicos similares a las anfetaminas, con crisis de ansiedad y ataques de pánico y trastornos paranoides de nivel psicótico que se pueden acompañar de trastornos cardiovasculares, arritmias, asistolias y colapso cardiovascular.

Los síntomas de inicio son euforia, intensa emotividad, facilidad para el contacto interpersonal y la comunicación, aumento de la capacidad de empatía, hiperestesia táctil e incremento de la actividad psicomotora de tipo repetitiva. Las complicaciones aparecen después, con hipertermia, pérdida de líquido y deshidrataciones severas, cansancio y sensación de mareos, dificultades para orinar, ausencia de sudación y calambres. Pueden ocurrir alteraciones de conciencia, agitación, convulsiones, rabdomiolisis, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda.

Discinesias por fármacos

Estos cuadros clínicos, considerados urgencias médicas, son provocados por una reacción extrapiramidal originada por una intoxicación por neurolepticos, bien si se incrementó la dosis o si suspendió el antiparkinsoniano que generalmente tiene asociado.

En un paciente que refiere haber ingerido neurolepticos el síntoma característico más frecuente es el síndrome faciolingüocervical, que se identifica por presentar una desviación hacia arriba de los ojos, protrusión de la lengua, dificultad para deglutir y torsión del cuello. Puede presentarse acatisia, que

debe diferenciarse de la ansiedad aguda. A veces los síntomas son aislados y en otras aparece como una forma más atenuada de la enfermedad de Parkinson.

El tratamiento indicado en estos casos puede ser:

- Cafeína (250 mg) a razón de 1 o 2 ámp. por vía i.m. o benedrilina (20 mg) 1 ámp. por vía i.m., o la combinación de ambas.
- Diazepam (10 mg) a razón de 1 ámp. por vía i.m.; si el paciente presenta ansiedad marcada, se puede repetir la dosis cada 10 o 15 min hasta que se logre remisión del cuadro clínico.
- Propanolol o atenolol como betabloqueador en los casos de acatisia.
- Trihexifenidil o parkisonil en tabletas, en dosis de 1 o 2 tab. cada 8 h.

Debe tranquilizarse al paciente y a sus familiares porque esta reacción puede que influya para que se nieguen a continuar el tratamiento con el neuroléptico indicado.