

PPD-ED-84
A283

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Educación
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



BIBLIOTECA UPANA I. 17631
Q. 100.-

**“Psicoterapia infantil en niños de 6 a 10 años práctica realizada en el
Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil”
(Informe final de Práctica Profesional Dirigida)**

Byrón Saúl Aguilar Urrea

Guatemala, abril de 2011



**“Psicoterapia infantil en niños de 6 a 10 años práctica realizada en el
Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil”
(Informe final de Práctica Profesional Dirigida)**

Byrón Saúl Aguilar Urrea (Estudiante)

Licda. Cynthia Brenes (Asesora)

Guatemala, abril de 2011

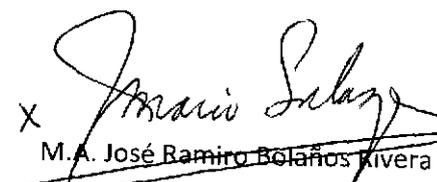
DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Byron Saúl Aguilar Urrea
Estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida
para completar requisitos graduación.

Guatemala, febrero 2010

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar Informe Final de Práctica Profesional Dirigida. Que es requerido para obtener el título Licenciatura en Psicología y Consejería Social resuelve:

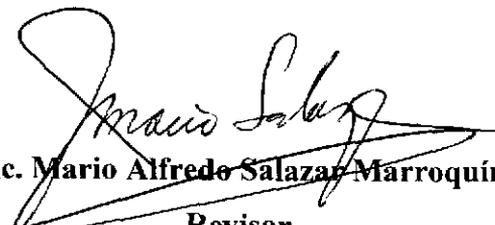
1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Psicoterapia Infantil en niños de 6 a 10 años, práctica realizada en El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil**, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo Cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Profesional Dirigida, Artículo.9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la **Licenciada Cynthia Brenes como Asesora – Tutora**, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

x 
M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN, Guatemala, a los veintisiete días del mes de enero del año dos mil
once.-----

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Psicoterapia Infantil en niños de 6 a 10 años, Práctica realizada en El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil.** Presentado por el estudiante: **Byron Saúl Aguilar Urrea**, previo a optar al grado Académico de Licenciado en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor

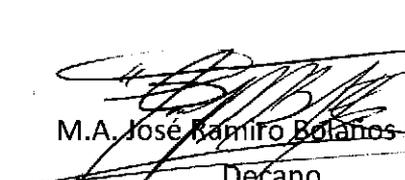
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala, 23 de octubre del año dos mil diez.

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Psicoterapia Infantil en niños de 6 a 10 años, práctica realizada en El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil**, presentado por el estudiante: **Byron Saúl Aguilar Urrea** quien se identifica con número de carné 0601509 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Cynthia Brenes
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN. Guatemala a los cuatro días del mes de abril del dos mil
once _____

virtud que el informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema:
**Psicoterapia Infantil en niños de 6 a 10 años, práctica realizada en El
Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil**, Presentado por el
estudiante **Byron Saúl Aguilar Urrea**, previo a optar al grado académico de
Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos
técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito
de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del
informe Final de Practica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis Descriptiva	3
Capítulo I Marco de Referencia	
1. Descripción de la Institución	4
1.1 Misión	
1.2 Visión	
1.3 Organigrama	
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivos Generales	
1.4.2 Objetivos específicos	
1.5 Población que atiende	
1.6 Planteamiento del problema	9
Capítulo II Referente Teórico	
2.1 Depresión	11
2.1.1 Aspectos históricos de la Depresión	12
2.1.2 Signos y síntomas	20
2.1.2.1 Estados de ánimo	
2.1.2.2 Pérdida de interés	
2.1.2.3 Sentimientos de culpa	21
2.1.2.4 Ideación suicida	
2.1.2.5 Insomnio	
2.1.2.6 Disminución de energía	22
2.1.2.7 Agitación	
2.1.2.8 Malestares Físicos	23
2.1.2.9 Alteraciones gastrointestinales	
2.1.2.10 Disminución del deseo sexual	
2.2 Enuresis Infantil	24
2.2.1 Definición	25

2.2.2	Razones	26
2.2.3	Tratamiento	
2.2.4	Síntomas	27
2.2.5	Tiempo de Inicio	30
2.3	Marcar el Territorio	32
2.4	Trastorno de ansiedad	40
2.4.1	Definición	
2.5	<i>Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	
2.5.1	Tratamiento	42
2.6	Trastorno de Estrés Post Traumático	43
2.6.1	Criterios	
2.6.2	Tratamiento	45
2.7	Trastorno Estrés Agudo	46
2.7.1	Causas	
2.7.2	Criterios	48
2.7.3	Tratamiento	49
2.8	Trastornos Alimenticios	50
2.8.1	Trastorno Alimenticio en los niños	51
2.8.2	Secuelas cardiovasculares	52
2.8.3	Secuelas dermatológicas	
2.8.4	Secuelas digestivas	
2.8.5	Secuelas nerviosas	53
2.8.6	Secuelas psiquiátricas	
2.8.7	Guía de Plan alimenticio	54
2.9	Abuso Sexual Infantil	55
2.9.1	Derechos de los niños y niñas	66
2.10	Inteligencia Emocional	68
2.10.1	Evaluación de Inteligencia Emocional	
2.10.2	Autoconciencia	70
2.10.3	Autorregulación	72
2.10.4	Motivación	75
2.10.5	Empatía	77

2.10.6	Habilidades Sociales	79
2.11	Duelo en el Niño	89
2.11.1	Miedo a morir	93
2.11.2	Programa para padres	96
2.11.3	Diferencia entre duelo y dolor	
2.11.4	Duelo en la infancia	98
2.11.5	Duelo en la adolescencia	
2.11.6	Conflictos en la relación	99
2.11.7	<i>Sentimientos producidos</i>	100
2.11.7.1	Negación	
2.11.7.2	Tristeza	
2.11.7.3	Culpa	
2.11.7.4	Miedo	101
2.11.7.5	Ira	
2.12	Depresión Infantil	
2.13	Ansiedad por separación	103
2.14	Trastorno de sueño infantil	105

Capítulo III Referente Metodológico

3.1	Programa de Práctica Profesional	107
3.2	Objetivos	
3.2.1	Objetivos Generales	
3.2.2	Objetivos Especificos	
3.3	Cronograma de Actividades	109
3.4	Informe de Planificación Mensual	111

Capítulo IV Presentación de Resultados

4.1	Programa de Casos	112
4.1.1	Logros	
4.1.2	Limitaciones	
4.1.3	Caso clínico atendido	113
4.2	Planificación de elaboración de proyecto de salud mental	134

4.3 Gráficas y análisis de resultados	133
Conclusiones	140
Recomendaciones	141
Referencias	143
Anexos	145

Resumen

El trabajo que en las siguientes páginas se presenta, fue realizado por el alumno Byrón Saúl Aguilar Urrea, de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana de Guatemala, ello como parte del informe final de la práctica supervisada del área clínica de dicha carrera, la práctica que con anterioridad se menciona, fue realizada en el Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil MAPSI, ubicado en la 1era calle "B" 5-55 zona 2 de Mixco colonia Cotio, el cuál es un centro cristiano que ofrece atención psicológica y psicopedagógica a niños y niñas que presentan dificultades en el ámbito emocional y educativo.

Dicho informe está conformado por diversas áreas y capítulos, que al constituirlos de forma integral dan el resultado final del mismo. El primer capítulo es el marco de referencia: en donde se describe la institución de la realización de la práctica, se hace referencia de la visión y misión, se presenta en orden jerárquico a las autoridades de la misma (organigrama), los objetivos tanto general como específicos, el tipo de población que atiende y el planteamiento del problema. En el capítulo número dos encontraremos el marco teórico, donde se presenta la exposición y análisis de la teoría o grupo de teorías que sirvieron como fundamento para explicar los antecedentes e interpretar los resultados del mismo. Seguidamente en el capítulo tres se encuentra el referente metodológico, donde se presenta el programa de práctica, el cronograma de actividades a realizar en el desarrollo de la misma, y la planificación de actividades por mes en el centro de práctica.

En el capítulo cuatro encontraremos la presentación de resultados, donde se ubica el programa de atención a casos, el programa de elaboración de proyecto de salud mental, gráfica y análisis de resultados y el análisis de datos.

Por último encontraremos las conclusiones y recomendaciones en virtud de nuestra experiencia, el referente bibliográfico utilizado para el sustento teórico y un apartado de anexos, donde se proporciona una muestra del material utilizado y fotografías del centro de práctica.

Introducción

La gran mayoría de países latinoamericanos actualmente transitan sobre una línea con gran variedad de crisis a nivel social, la mayoría de ellas son el derivado y resultado de ciertos factores que se han ido alterando por agentes como a corrupción que está dada en todos los niveles de la sociedad, tanto en las empresas públicas como privadas, en la función legislativa y en la función judicial y en nuestro país la corrupción se ha vuelto tan de moda, que goza de buena asesoría y respaldo nacional e internacional. Dando como resultado la pérdida de los principios éticos y morales, y con ello se destruyeron todos esos sentimientos que ahora más bien llevan a satisfacer deseos ajenos que facilitan o promueven la corrupción, la inmoralidad, y la desesperación de dañar a quien ha construido con el tiempo y con mucho trabajo y esfuerzo un hogar digno y de paz. También la violencia intrafamiliar que es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico, abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica, ello también nos llevaba a la desintegración familiar que no es nada más que la disolución de la unidad de la familia, y que en Guatemala un alto número de familias padecen a diario de dicha descomposición. Adicional a ello en Guatemala también se adhieren los problemas económicos sociales y en estos tiempos se puede ver que se han privilegiado más los logros personales que los grupales provocando que haya menos tiempo para la familia; incluso, llega a catalogarse como un obstáculo para la realización personal o para acceder a bienes materiales. Por tal motivo ahora se ven familias desintegradas, mono parentales que forman hijos con la ausencia de alguna de las figuras paternas. En terminación entre otros factores estos son únicamente unos de los temas que más afectan a nuestra sociedad, y por ende también a Guatemala, dichas problemáticas han dado como resultado gran porcentaje de la población que ha presentado deficiencias a nivel psíquico y desequilibrio emocional. Es ello lo que nos llevó a realizar dicha labor social y proveer ayuda en el área de la salud mental a toda aquella población que así lo requiera sin discriminación de raza, posición social ó credo. Con ello estamos contribuyendo a la sociedad guatemalteca propiciando de herramientas a individuos para lograr un porcentaje en el equilibrio interno y llevar una mejor calidad de vida a nivel personal, familiar y social.

Síntesis Descriptiva

En la quinta práctica supervisada, tuvimos la oportunidad de trabajar con una gran diversidad de personas tanto en rango de edades y niveles socioculturales como religiosos, que como todos los seres humanos cada uno se manifestó como único e irremplazable, con su propia cultura, patrones de crianza, dinámica familiar y por ende con sus propios conflictos.

Ello nos llevó a trabajar en diversas áreas que se acoplaron a cada individuo según su origen cultural, social y el problema netamente dicho, con el fin de propiciar las herramientas para la resolución del conflicto. Dentro de las áreas que pudimos trabajar podemos mencionar las siguientes:

Área Emocional: Que trabaja temas como el **auto concepto** que es el sentido de sí mismo, el cual se basa en el conocimiento de lo que hemos sido y lo que hemos hecho y tiene por objetivo guiarnos a decidir lo que seremos y haremos. **La autoestima** que es la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo. Es una dimensión afectiva y se construye a través de la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en qué medida se es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales

Área Social: Esta área tiene como finalidad contribuir con el **desarrollo integral** de la persona como persona **individual** y como integrante de una **comunidad**. En su relación con su propia persona, se considera el **conocimiento** que la persona va construyendo de sí mismo, así como la adquisición de **autonomía**.

El área afectiva: que engloba todas las conductas referentes a sentimientos, valores, actitudes que se manifiestan en la persona en relación a su buen desarrollo con el medio que le rodea.

Área conductual: se utiliza para controlar las conductas no deseadas, promover las interacciones sociales, incrementar la autoconfianza, implementar el lenguaje y facilitar la conducta exploratoria y social.

Capítulo I

Marco de Referencia

1. Descripción de la Institución

El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil (MAPSI) ubicada en la 1era calle “B” 5-55 zona 2 de Mixco colonia Cotio, es un centro cristiano sin fines de lucro que ofrece atención psicopedagógica a niños y niñas que presentan diferencias en el aprendizaje, que ofrece un servicio profesional a través se un equipo de psicólogos y maestras para atender los casos, con el respaldo pastoral.

MAPSI es un servicio que ofrece la Iglesia Comunidad Evangélica, Fe y Misión, CEFEMI

A través de la supervisión de la Universidad Panamericana y por medio de los estudiantes de la Universidad se desarrolla el departamento psicológico, el cual consiste en la planeación, organización, desarrollo y coordinación, así como también control de técnicas.

El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil (MAPSI) cuenta con un aula de apoyo para dar atención a niños y niñas con diferencias en el aprendizaje, como proyecto piloto en la escuela Ave María en donde se ha capacitado a persona interesado. En la actualidad se hacen supervisiones a dicho proyecto y capacitan constantemente. También cuenta con un departamento de capacitación a instituciones que requieran de conocimiento sobre problemas de aprendizaje y adecuaciones curriculares. Se realizan evaluaciones psicopedagógicas y se imparten terapias a personas referidas por distintas instituciones, en las instalaciones de las diferentes clínicas en donde también participa el departamento de oración intercediendo por las necesidades de este ministerio.

Nació en el año 1,999 como parte fundamental de la Iglesia comunidad Evangélica Fe y Misión: de la visión que Dios diera a los pastores Israel y Lily de Ortiz; y que luego fue asumida por el equipo pastoral de la iglesia donde actualmente laboran.

Programas trabajados por MAPSI:

Diplomados

Se ofrece capacitación profesional para maestros en módulos a fin de prepararlos para la atención de niños con programas de aprendizaje en aulas de apoyo educativo en escuelas y colegios.

Talleres

Se ofrecen talleres para maestros en sus escuelas o colegios para informar y orientar sobre los problemas de aprendizaje, como detectarlos y como ayudará a los niños y niñas con estos problemas dentro del aula regular.

Aulas de Apoyo Educativo

Programa estratégico que permite la atención de la niñez con programas de aprendizaje dentro de su propio establecimiento educativo, se ofrece la inducción para el establecimiento del aula en coordinación con autoridades y maestros y la supervisión posterior para su implementación.

Centro de Evaluación y Terapias

Programa que permite la evaluación psicopedagógica formal y atención por medio de terapias educativas de los niños y niñas que son referidos y que no tienen acceso a un aula de apoyo en sus establecimientos educativos. También se ofrece orientación a los padres de familia.

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa, u organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formuladas.

Fortalezas

- **Respaldo por parte de la iglesia Comunidad Evangélica Fe y Misión (SEFEMI)**
- **Cuenta con un espacio físico para la realización del proyecto**
- **Cuenta con un equipo de profesionales**
- **Se tiene una visión clara sobre el proyecto**
- **Es conocido en varios lugares relacionados con los servicios que se proporcionan**
- **Se cuenta con suficiente material**
- **Se cuenta con un apoyo económico por medio de ofrendas.**

Oportunidades

- **El campo de trabajo es bastante amplio**
- **Existe especialización en el área de los problemas de aprendizaje**
- **Se tienen contactos en diferentes establecimientos para darle seguimiento al proyecto**
- **Se abren puertas en el interior de la república para dar capacitaciones a instituciones y maestros**
- **El reclutamiento de personal para la transmisión del proyecto es efectivo.**

Amenazas

- **Falta de recursos económicos para ampliaciones.**

Debilidades

- **Equipo de trabajo muy pequeño dado el enfoque**
- **Falta de organización para el levantamiento de fondos**

- Falta de finalización del proceso de personería jurídica
- Falta del recurso tiempo
- Falta de organización administrativa

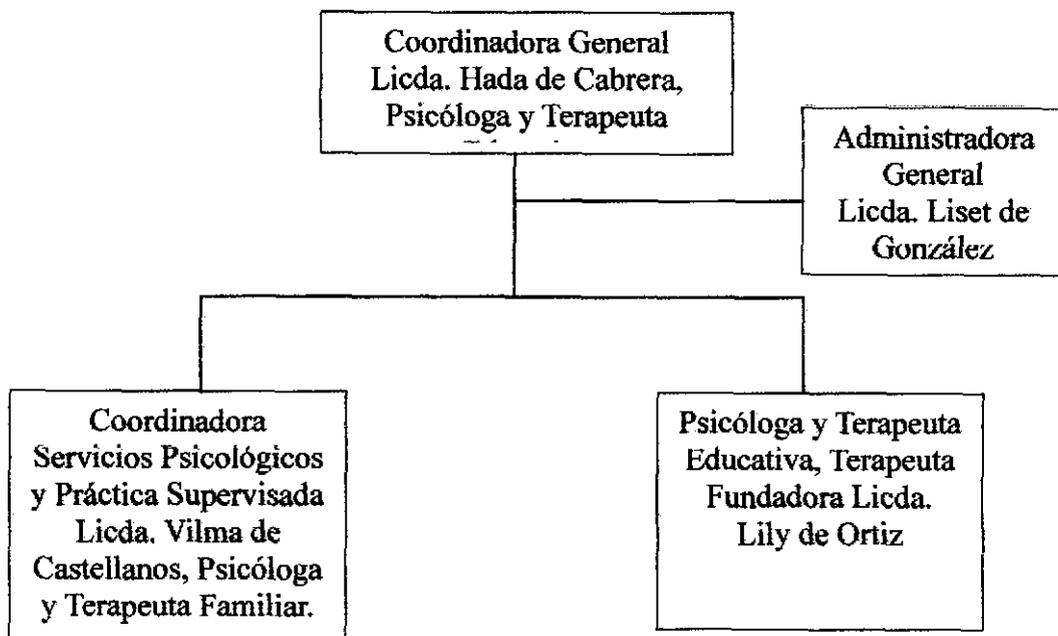
1.1 Visión

Ser un centro de atención psicopedagógica que contribuye al desarrollo integral de los niños y niñas, a fin de que alcancen su máximo potencial escolar.

1.2 Misión

Servir con amor, dedicación y excelencia, a la familia y niñez guatemalteca a través de un programa de Atención psicopedagógica, desde un enfoque cristiano

1.3 Organigrama del Centro de Práctica



1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Proclamar el Reino de Dios, siendo obedientes al mandato de ir y hacer discípulos a través de la salvación, restauración de los niños y niñas y de sus familias que asistan a MAPSI.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Que el centro provea una mejor atención psicopedagógica con el apoyo de estudiantes de la carrera de Psicología.
- Proveer atención psicopedagógica actualizada, según el caso lo requiera, a niños, adolescentes y padres de familia que asistan al Centro.

1.5 Población que atiende

MAPSI es una organización que primordialmente se dedicaba a prestar atención a niños en el área psicopedagógica infantil como parte de su prioridad, en la actualidad según los resultados de las evaluaciones diagnósticas en funciones a necesidades humanas y demandas de las mismas, decide atender y apoyar en otras áreas relacionadas a las mismas como lo son las siguientes:

- Niños y niñas en el área psicopedagógica y psicológica.
- Jóvenes y adultos
- Padres de familia como red de apoyo
- Por último MAPSI atiende a personas particulares, relacionadas en algún área o interés en el ámbito educativo, capacitándolas en temas de problemas de aprendizaje e hiperactividad.
- Se atiende a niños y niñas con diferencias de aprendizaje, los cuales no han logrado tener una integración total en los centros educativos porque presentan problemas de aprendizaje. MAPSI atiende a niños, niñas y adolescentes que no han logrado ingresar a la

vida educativa escolar puesto que han presentado desde muy pequeños problemas en el aprendizaje. A estos niños se les ofrece terapias educativas tales como NILD y el Método Montessori. También atiende a niños, niñas y adolescentes que ya están estudiando pero que, transcurriendo el tiempo, se ha logrado detectar que tienen algún tipo de problema que les dificulta el aprendizaje.

1.6 Planteamiento del Problema

La salud mental es, cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. Según el diccionario virtual wikipedia, “Es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida”. Cuando en la vida de las personas existen situaciones que alteran su estado emocional y físico, su salud mental puede verse afectada. La falta de salud mental puede ocurrir en cualquier ámbito social o a nivel particular. Cualquier persona puede presentar problemas a nivel familiar, personal, laboral, pero si esta persona no tiene los recursos económicos para asistir a una clínica especializada, su situación empeorará y afectará otras áreas psicoafectivas.

Por lo tanto, estos son grupos que también necesitan ser apoyadas en procesos psicológicos tales como terapias de diferentes tipos, talleres y charlas motivacionales con el fin de orientarlos hacia una salud mental tomando en cuenta su situación económica y sin que esto sea una limitante.

Muchas de las instituciones que ayudan a estos niños y niñas con dichos problemas son a veces muy caras puesto que requieren de profesionales especializados en la rama. Es por esto que MAPSI ha decidido brindar este servicio como un Ministerio para una población de escasos recursos, aunque también atiende a personas que puedan pagar un servicio profesional como el que MAPSI ofrece.

Capítulo II

Referencia Teórica

2.1 Depresión

Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aun más severo que estar cansado. Aún cuando los tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene un enfermo que padece de depresión. Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el re-iniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente, por ejemplo: una ama de casa tiene problemas para hacer cosas tan comunes a ella como el arreglo de su hogar, y aún el arreglo personal. El deprimido puede tener disminución importante en su apetito, lo cual lo lleva a bajar de peso, y también suelen tener problemas de concentración y memoria. Otro de los apetitos, que está de manera importante disminuido es el deseo sexual. Es común que las personas, tengan deseo sexual, y que esto los motive a la búsqueda de pareja y el realizar una relación sexual, o tener fantasías respecto a lo anterior. El enfermo con depresión esta materialmente en ausencia del deseo sexual, y por supuesto, esto puede tener cierto impacto en sus relaciones interpersonales, principalmente en el área marital. Un aspecto serio del problema del deprimido es que presenta constantemente ideas de muerte. Estas van desde ya no querer estar vivo, pidiéndole a Dios, el que "los recoja", hasta la maquinación de su propia muerte, que en ocasiones, se llevan a cabo. En la tabla 1 están enumerados los síntomas que más frecuentemente tienen los enfermos deprimidos.

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la diabetes Mellitus o la hipertensión arterial. Estar

deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, está constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.

2.1.1 Aspectos históricos de la Depresión

Los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo.

La primera descripción en inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) Anatomía de la Melancolía el cual se publica en 1621. El trabajo de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. Burton nació en Leicestershire, y se educó en Oxford, en donde llegó a ser bibliotecario de la "Christian's Church College". La primera edición de la Anatomía de la Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato. En vida de Burton, él la revisó las cinco ediciones que le tocó vivir.

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía. Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que

llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Dementia Praecox); Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva.

El por qué nos deprimimos es una de las preguntas que mantiene a una serie de grupos de especialistas en la salud mental ocupados. Estos han encontrado que existen una serie de factores, cuya combinación o a veces por separado hacen que una persona se deprima. Por un lado existen los factores hereditarios. Hay datos epidemiológicos que muestran que los gemelos idénticos (monocigotos), tienen muy frecuentemente ambos depresión. En menor grado, pero también es frecuente que gemelos que no se parecen (dicigotos), se enfermen de depresión, más frecuentemente que el resto de sus hermanos o sus padres. Finalmente los familiares de primer grado de un enfermo deprimido (hermanos, padres y abuelos) presentan cuadros de depresión mas frecuentemente que el resto de la población. Lo anterior ha llevado a la búsqueda del gen o genes de la depresión.

La comunidad Amish, es como los mormones, un grupo de seres humanos que no se han mezclado con otros grupos, ya que practican los matrimonios, únicamente con gente de su comunidad. En los amish, se ha detectado que el cromosoma número 11, puede tener que ver con la alta frecuencia de la enfermedad "Maniaco-Depresiva" o enfermedad bipolar, en donde en la fase del polo de la depresión, las manifestaciones de la enfermedad son indistinguibles de la forma de depresión que son nada mas depresiones o que se llaman unipolares. Mas adelante trataremos en detalle de la enfermedad bipolar.

Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual "X", esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión. Por supuesto que otros factores biológicos (v.gr., hormonales) o sociales (v.gr., sociedades machistas, la doble carga de trabajo, etc.), pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean mucho más vulnerables a desarrollo de depresión que los hombres. Se sabe por ejemplo que las mujeres casadas, padecen con más frecuencia depresiones que los hombres. En ellos, es más frecuente las depresiones cuando son solteros. Este último dato nos habla de la importancia de factores psicosociales para la expresión o desarrollo de esta enfermedad.

Cuando hablo de vulnerabilidad, me estoy refiriendo a una labilidad que existe en algunas funciones del sistema nervioso que no responden adecuadamente, cuando una persona desarrolla depresión. En este sentido, se puede suponer que hay un sistema que nos protege de que desarrollemos depresión, y que cuando este sistema se "fatiga" o es más vulnerable, entonces sobreviene la depresión. Por supuesto que en algunas personas puede fatigarse más rápido ese sistema que en otras, y entonces, cuando esto ocurre, hablamos de vulnerabilidad. En un sentido más simplista se podría conceptualizar como el tener un umbral muy bajo para que se instale la depresión y que además, cuando esta llega, permanezca más tiempo.

En un sentido simplista se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa (v.g taquicardia), estamos con mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

Por supuesto que lo anterior, que podríamos llamar: "La historia natural de la depresión", es sólo una especulación hipotética. Sin embargo existen algunos modelos animales, que hacen suponer que esto puede estar cercano, por lo menos en algunos casos a lo expuesto anteriormente.

El modelo animal que mas sustenta lo anterior, se llama "Learned Helplessness", que podría ser traducido como "Aprendizaje sin esperanza" o "Aprendizaje desesperado". De manera breve se podría describir este tipo de modelo, en unas ratas de laboratorio, las cuales se les coloca en una caja de dos compartimentos. Un compartimiento tiene un foco y el otro no, además el compartimiento con el foco tiene un piso que puede pasar corriente eléctrica. Ambos espacios están comunicados por un agujero por donde pasa fácilmente el animal. El animal aprende que cuando se enciende el foco, a los pocos segundos pasa una corriente eléctrica en el piso. El animal aprende a escapar del espacio iluminado al oscuro, en donde no recibe carga eléctrica. Cuando este proceso se repite una serie de veces, ya no es necesario el impulso eléctrico, basta sólo que se encienda el foco, para que la rata pase al otro extremo de la caja (el compartimiento seguro). Se ha creado un condicionamiento clásico Pavloviano. El animal se sigue comportando sin cambios notorios. Sin embargo, en la segunda parte del experimento, se cierra el agujero, y se vuelve a acoplar la maniobra de encender el foco, con el choque eléctrico. Entonces, al no poder

escapar de un estímulo nocivo que se presenta después de encendido el foco, la rata desarrolla una serie de conductas, que podríamos llamar "depresivas". Deja de comer, no se acicala, hay erección de su pelo, hay baja de peso, poca interacción social, etc. Lo más interesante de este modelo, es que se revierte cuando se trata con los medicamentos que llamamos antidepresivos.

Este tipo de experimentos, fueron derivados de un hallazgo que Martin Seligman y Maier, descubrieron por casualidad cuando trabajaban con condicionamiento clásico con perros. Un grupo de perros, a los que llamaron de "escape", recibían un estímulo eléctrico en las patas, y al mover su cabeza en alguna de las direcciones, cortaban el choque eléctrico. Otro grupo de animales, que ellos llamaron "controles", estaban sujetos al mismo modelo experimental, solo que el mover la cabeza, no los libraba del choque, este terminaba, según hubiere sido programado. Un día después cuando los animales fueron sometidos a la misma prueba, Seligman y Meier, observaron que el grupo control era el más interesante, pues un porcentaje importante de animales, no hacían ningún esfuerzo para escapar del choque, es decir se daban por vencidos

En la investigación de la depresión y de sus mecanismos, se ha tenido que tomar mano de diversos recursos, algunos de ellos tratando de emular lo que ocurre naturalmente. Harlow y sus colegas, observaron cual era el comportamiento de simios pequeños, cuando estos eran separados tempranamente de sus madres. También cuando estos eran colocados con "madres sustitutas", las cuales resultaban ser monas de alambre o monas de alambre recubiertas con algún material suave como la felpa. Si se ponía el biberón en la mona de alambre, el bebe chango, iba, se nutría y luego regresaba con la mona de felpa. Si la mona de felpa era la que tenía el biberón, el bebe chango no se despegaba de ella. En todos los casos en mayor o en menor grado los bebes changos, presentaban conductas características, en donde por ejemplo se mecían sobre sus patas traseras, se abrazaban a sí mismos, y sobre todo, tenían muchas dificultades para interactuar con el resto de sus congéneres. Esta situación, sin embargo se podía revertir, si se le introducía al changuito "deprimido", a otro simio de su misma edad aproximadamente, que tuviera un comportamiento normal, a este nuevo animal se le llamó "el terapeuta". La otra situación igualmente interesante, fue el que el bebe mono, fuera adoptado por una nodriza de entre los simios. Este último hecho hizo especular a los etólogos (v.gr., científicos que estudian el comportamiento de los animales), de que quizás alguna de las funciones de la depresión en los animales, fuera el de un tipo de señal, es decir como un tipo de lenguaje, que en el caso de los bebes, indicaría que se han quedado huérfanos y que esta señal llevara a fenómenos como la

adopción, o lactancia, y a fin de cuentas a aumentar la posibilidades de sobrevivencia de las crías, mediante esta serie de eventos altruistas.

Este tipo de conductas observadas en los simios, bien pudieran estar en la base del desarrollo de nuestros orfanatos, sitios en donde René Spitz, describió una alteración que observó en los niños crónicamente hospitalizados, y que él denominó depresión anaclítica. Uno de los signos tempranos de esta alteración consiste en la conducta de *mecerse*, mientras los niños se abrazan a si mismos. Estos niños, fueron estudiado posteriormente en un contexto de los cambios en su desarrollo, ya que resultaba, que ellos crecían menos, que sus contemporáneos en hogares comunes. Los niños con depresión anaclítica, se encontraban siempre por debajo del resto de sus congéneres. Cuando se midió una de las hormonas que regulan nuestro crecimiento, la llamada precisamente la hormona del crecimiento, se observó que estos niños tenían niveles por debajo de lo normal de esta proteína, lo cual explicara la desaceleración tan importante en su crecimiento. Estas observaciones, por demás interesantes, fueron rematadas, por el hecho de que estos niños recuperaban su peso y tamaño, al ser adoptados, y no solo eso, sino que recuperaban la cantidad de secreción de hormona del crecimiento.

Este tipo de trabajo nos indica que hay vías recíprocas entre nuestro ambiente y nuestra biología, modificando un extremo modificamos el otro.

La crianza, los aspectos de la relación entre nuestros padres, y de ellos para nosotros, es el otro aspecto que puede crearnos cierta vulnerabilidad para el desarrollo de depresión en etapas posteriores de nuestra vida. El modelo de los monos de Harlow, también podría explicar el que una mala calidad en la relación entre los padres, o aún la ausencia real o simbólica de alguno de ellos o de los dos, pueda llevar a una modificación en nuestra respuesta a eventos estresantes, y a una facilidad para el desarrollo de cuadros depresivos. Es abundante la literatura científica que apoya lo anterior, se ha propuesto que la pérdida de un padre antes de los 10 años, conlleva a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión.

¿De qué manera está afectando ésto a nuestro sistema nervioso? Aún no lo sabemos. Quizás se trate de un sistema que tiene que ver con la regulación del afecto, o de las emociones que termina de madurar solo después de los 10 o 12 años, y esto explicaría muchas de las propuestas psicoanalíticas, en el sentido de que el período de la primea década de la vida, sería crucial, para explicar mucho del estilo como reaccionamos posteriormente en la vida.

El sistema generador del estrés y su relación con la depresión.

Este término de estrés, que tanto se utiliza hoy en día coloquialmente, tuvo su origen en la década de los años 1950s por Hans Selye. Este término corresponde a una respuesta general de adaptación, que tiene que ver con ciertos insultos del medio ambiente o con la expectativa aún de que éstos se presenten. Por ejemplo una persona ingresa a un barrio peligroso, por desconocimiento de su ubicación cuando esta de visita en una ciudad, de pronto detecta a un grupo de pandilleros que lo observan. En ese instante sus mecanismos de activación del estrés se disparan.

En la figura 2, se muestra un esquema de la diferentes estructuras de nuestro cuerpo que se sabe intervienen en el estrés. Por un lado están las estructuras dentro de nuestro cerebro: el hipotálamo, las amígdalas de los lóbulos temporales, y el tallo cerebral en una área conocida como el "sitio gris" (núcleo Locus Coeruleus o LC). Por otro lado a nivel periférico encontramos a las glándulas llamadas suprarrenales, llamadas así por situarse arriba de nuestros riñones.

La respuesta general de adaptación o estrés funciona, como lo dijo Hans Selye (1907-1982), para preparar al organismo a atacar o para huir, dependiendo de la magnitud del peligro, y de otras circunstancias medio-ambientales. Ante la expectativa de ser asaltado o atacado por la pandilla de barrio, se observan respuestas en nuestro cuerpo como son aumento de las palpitations (taquicardia), aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de la pupila (con lo cual se aumenta nuestro campo visual para tener más opciones de ataque o huida); aumento del flujo sanguíneo a nuestros músculos (los músculos son los motores que nos preparan para el desplazamiento que se necesitará). Hay disminución del riego sanguíneo a la piel y mucosas, lo cual nos protege de pérdida excesiva de sangre en caso de ser heridos. Todo lo anterior nos da una idea de que el organismo esta en un exceso de actividad. Para que todas estas actividades que hemos mencionado, se den en una coordinación temporal y espacial, se requiere de una orquestación precisa, en donde intervienen tanto las conexiones nerviosas, como sustancias. Este último punto es vital para conocer el cómo se comunican las células de nuestro cuerpo y en especial las neuronas.

En nuestro cerebro y demás estructuras del sistema nervioso, existen células llamadas neuronas, que se comunican entre si por sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos son el lenguaje con el que una célula se comunica con la otra, y le dice que aumente su actividad (o excitabilidad) o que no se active. Este concepto, de sustancias que modifican la excitabilidad de las neuronas o de otras células excitables, como son las células de los músculos (lisos o estriados)

y de las células ganglionares, se originó a principios del siglo XX. Otto Lewi, mostró que un corazón de rana sin conexiones nerviosas, y colocado en un recipiente, en donde estaba otro corazón con sus fibras nerviosas, disminuía su frecuencia de latido, si las fibras nerviosas del corazón eran estimuladas (ver figura 3). Ambos corazones se encontraban incluso, separados por una membrana semipermeable (es decir que permitía el paso de algunas sustancias.). Lewi propuso que una sustancia pasaba de un lado a otro de la membrana celular, y que esto era a fin de cuentas el factor que influía en el corazón sin nervios.

La noradrenalina y la adrenalina, son sistemas de neurotransmisores involucrados en el estrés, lo mismo que otras sustancias llamadas hormonas que se producen en zonas como el hipotálamo, una de ellas la llamada hormona estimulante de las suprarrenales o ACTH (adreno corticotrophin hormone), la cual a su vez es activada por un factor del hipotálamo, llama el factor liberador del ACTH o CRF (corticotrophin release hormone) .

Además de las sustancias antes mencionadas intervienen otras, de las cuales la serotonina, dopamina y acetilcolina son algunos ejemplos. Es aquí, que entramos al terreno de la intersección de los aspectos medioambientales, como son la crianza, las relaciones con los padres, y la genética, con la biología o como es del sistema nervioso, con la neurobiología de la depresión.

¿Cómo sabemos que el sistema general de adaptación esta funcionando mal en la depresión? Por las evidencias que apuntan en esa dirección. Por ejemplo los pacientes deprimidos tienen una disminución en los niveles de los neurotransmisores antes mencionados (v.gr. serotonina, norepinefrina, dopamina), que se involucran también en la causa de la depresión. En el caso de la norepinefrina, se tiene conocimiento que los niveles cerebrales de la misma están disminuidos. Esta baja se ha correlacionado con signos de la depresión específicos, como son bajas en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales, y aún para divertirse. También se ha observado que algunos enfermos tienen disminución de la serotonina y esto se ha correlacionado con algunas manifestaciones por ansiedad, angustia o nerviosismo que suelen acompañar a estos pacientes. Incluso se ha observado que los niveles de serotonina muy bajos en el líquido cefalorraquídeo, correlacionan con la posibilidad que tiene una persona para suicidarse, a más bajos niveles hay mayor probabilidad, y habitualmente cuando se consuman los suicidios, estos son con mucha más auto agresividad, por ejemplo con mutilación, o desgarrar más amplio de tejidos. La serotonina se ha involucrado en la regulación del apetito y de la sexualidad, dos de las funciones que ciertamente se encuentran alteradas en el enfermo deprimido.

También hay un agotamiento de la dopamina. Este neurotransmisor, participa en la regulación del movimiento fino, y en los aspectos que tienen que ver con la experiencia para experimentar placer. Todas las actividades y las drogas que son adictivas o fuentes de placer aumentan la disponibilidad de dopamina en una región específica del cerebro llamada sistema límbico. En el enfermo con depresión, la disminución de esta actividad, hace que el paciente tenga dificultades para disfrutar las cosas o actividades que antes solían causarle placer. Si antes gozaba con ir a un concierto, ver una película o simplemente ver un atardecer, ahora estas actividades no solo no le interesa, sino que las encuentra inclusive aburridas. A esta situación se le conoce con el nombre de anhedonia y es lo opuesto al hedonismo o capacidad para disfrutar las cosas placenteras de la vida. Los dos síntomas básicos que presenta un enfermo con un episodio de depresión mayor son: (1) Estado de ánimo deprimido o triste, la mayor parte del día o la mayoría de los días y (2) Pérdida del interés por las actividades que antes solían causar placer.

Algunos enfermos deprimidos fuman, y con el tiempo se han dado cuenta que cada que desean interrumpir el consumo del tabaco, se exagera su depresión o si no fuman se deprimen. Se pensó por un tiempo que la depresión era parte del síndrome de supresión a la nicotina, la cual es el principio activo del tabaco. Sin embargo, esta especulación original, dio paso a una serie de coincidencias que se fueron transformando en hechos científicos. La nicotina del tabaco, es una sustancia que actúa sobre unos receptores neuronales llamados nicotínico. La acción de la nicotina sobre estos receptores produce la liberación, es decir mayor disponibilidad de algunos neurotransmisores como son la acetilcolina, dopamina, serotonina y norepinefrina. En una persona deprimida, en donde estos mismos neurotransmisores están disminuidos el fumar hace que se aumenten momentáneamente estas sustancias, por lo que se ha propuesto que algunos deprimidos usan al tabaco como "corrector" del estado de ánimo, o de las deficiencias en concentración y memoria inherentes a la depresión, aunque el costo a la larga sea repercusiones de otro tipo en su salud. La adicción a la nicotina, se logra mediante la liberación de dopamina en el sistema límbico, cada vez que se inhala una bocanada de humo de tabaco. Esta experiencia gratificante para el fumador, es en centro de la dependencia y en gran parte la dificultad que tienen los enfermos deprimidos que fuman para dejar de fumar.

La acetilcolina es un neurotransmisor que también está involucrado en algunas manifestaciones de la depresión, por ejemplo, en las alteraciones del dormir. En nuestro sueño, ciertas áreas del cerebro se encuentran activas, aún cuando a simple vista pareciera que el sueño es homogéneo

como proceso, si registramos la actividad eléctrica del cerebro, y colocamos detectores que midan el movimiento de los ojos y el estado de contracción muscular, nos asombraremos de ver que nuestro dormir está compuesto de diferentes etapas, en las cuales diferentes estructuras del cerebro intervienen.

2.1.2 Los signos y síntomas de la depresión

2.1.2.1 Estado de ánimo. Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

2.1.2.2 Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que está leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.

2.1.2.3 Sentimientos de culpa. Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión

pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no sólo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acusen e insulten.

2.1.2.4 Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es más, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado); o insomnio termina (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

2.1.2.5 Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión. El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. El paciente se despierta a las 03:00 hrs. de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni

siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora más temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿A qué hora solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? y ¿A qué hora en promedio se ha estado despertando sin poder dormir nuevamente, en la última semana?

2.1.2.6 Disminución de energía. Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama acostado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su arreglo personal, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonía, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado: "Flexibilidad cérea" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones anti gravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

2.1.2.7 Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes".

2.1.2.8 Malestares físicos. Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.

2.1.2.9 Alteraciones gastro intestinales y pérdida de peso. Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de mas de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

2.1.2.10 Disminución del deseo sexual. Se ha notada una baja en el deseo sexual (libido) o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Caso clínico

Rosa era una mujer de 40 años, abogada, había trabajado desde muy joven y estudiado. A los 25 años tuvo el primer episodio depresivo. Empezó a tener flojera, le costaba mucho trabajo levantarse de la cama, a pesar de que no dormía bien por la noche. No tenía apetito, y notó que su ropa le quedaba algo grande. Aumentó el consumo de cigarrillos de 10 al día a una cajetilla y a veces una y media. Supo que estaba en serios problemas cuando dejó plantado al soltero más codiciado de la oficina, por falta de ganas, a pesar de que ella le había asegurado que si iría. Su deseo sexual estaba por los suelos, y de solo pensarlo le daba flojera.

Su padre, que era médico, consultó con un amigo psiquiatra, y se le prescribió *impramina*, la tomó en dosis que desconoce por seis meses con buenos resultados, pocos efectos secundarios, pero si recuerda que la sequedad de boca y el estreñimiento eran los que más le molestaban.

Esta vez, acudió por presentar las mismas manifestaciones clínicas, solo, que ahora se ha agregado, un deseo de ya no querer estar viva. Es una especie de obsesión, que se mete en su cabeza y que le impide no hacer nada más que correr a algún sitio, para quitarse la vida, se le ha detenido en el metro, se ha colgado del cuello dos veces sin éxito, y una más se tomó una caja completa de benzodiazepinas. Se ordenó el internamiento, y se le mantuvo en vigilancia con un cuidador las 24 hrs. Se le indicó fluoxetina 40 mg, mirtazapina 15 mg por la noche. A las tres semanas, se observó una respuesta parcial, por lo que se decide iniciar terapia, electroconvulsiva, por 15 sesiones, con resultados favorables. Se le da de alta con la misma dosis de medicamento y hay una remisión completa de la sintomatología a los seis meses. Pero se mantiene con fluoxetina 20 mg, por un año más. Después se retiró el medicamento y después de dos años, no ha tenido un nuevo cuadro depresivo. Se volvió a casar y ejerce su carrera.

2.2 La Enuresis Infantil

Es la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, de forma involuntaria o intencionada. La conducta es clínicamente significativa y se manifiesta con una frecuencia de 2 veces por semana durante un tiempo de 3 meses consecutivos. La edad cronológica a partir de la que se considera problema es de cinco años, en el caso de las niñas y de seis en el de los niños, o un nivel de desarrollo equivalente. Son edades aproximadas ya que se considera que la madurez orgánica para el control de esfínteres está en torno a los tres años.

La mayoría de los niños consiguen el control diurno entre los dos y tres años; el nocturno puede tardar bastante más: uno de cada diez no lo logra antes de los seis años de edad. A partir de esta edad, si el niño sigue orinando en la cama, busca una orientación médica. Según algunas investigaciones, aproximadamente un 15% de los niños mayores de los 3 años se orinan en la cama mientras duermen. Y son los niños, más que las niñas, los que se encuentran en esta situación.

Los niños no se orinan en la cama a propósito. La enuresis puede tener un sin número de causas que pueden estar relacionadas con un desorden del dormir, con un desarrollo más lento que lo normal del control de la vejiga, o con el resultado de emociones y tensiones que requieren especial atención. Raramente significa que el niño tiene un problema de los riñones o de la vejiga.

Las causas emocionales son muchas. Cuando un niño pequeño comienza otra vez a orinarse en la cama después de meses o años de no hacerlo, se sospecha que estos síntomas puedan ser causados por nuevos temores o inseguridades. Esto puede suceder después de que el niño presencie algunos cambios en su vida, por ejemplo, el traslado de la familia a un nuevo ambiente, la pérdida de un miembro de la familia o de un ser querido, la llegada de un nuevo bebé en la familia, el cambio de escuela, situaciones de estrés, etc.

La enuresis puede estar relacionada con algún conflicto psicológico y afectivo del niño, con la necesidad del niño de llamar la atención. También se produce por cansancio o estrés emocional. Otra posible causa puede estar en el ambiente familiar en que vive el niño, en una familia que lo sobreprotege o que ofrece poco cariño a sus hijos. Hay padres que creen que si el niño no controla el pis es porque es perezoso y no presta mayor atención al tema, y así les aplican castigos y los provocan con burlas, lo que hará con el problema crezca aún más.

2.2.1 Definición

Tener enuresis significa orinarse de manera involuntaria a una edad en la que el control de la micción debería estar establecido. Generalmente nos referimos a mojar la cama (enuresis nocturna), aunque también existe la enuresis diurna. La enuresis será primaria cuando nunca existió control y secundaria cuando se consiguió el control durante más de 3-6 meses y se perdió en un momento dado (mas allá de un simple accidente). La más frecuente, con gran diferencia, es la enuresis nocturna primaria.

La edad a la que cada niño establece el control de esfínteres es muy variable. Entre el 15-20 % de los niños de 5-6 años aún se hacen "pis" en la cama. Es mucho más frecuente entre los varones. En la adolescencia el problema afecta al 1%. Entre estas edades se produce una solución espontánea, es decir, que el problema se resuelve solo sin intervención.

2.2.2 Razones

La mayoría de los niños se han hecho "pis" toda la vida y no tienen una causa detectable para mojar la cama. Suele haber una tendencia familiar, de manera que lo mismo le ha pasado a un pariente cercano en un 85% de los casos. Casi un 60% de niños que presentan enuresis nocturna primaria tienen un hermano o progenitor que ha experimentado el mismo problema.

Una explicación podría ser que estos niños tienen un sueño tan profundo que no se despiertan cuando sus vejigas urinarias están llenas. Otra causa podría ser que tienen una vejiga más pequeña, lo que se detecta midiendo el volumen máximo de orina que pueden aguantar. Por fin, algunos estudios señalan que en estos niños existe una tendencia a producir menos hormona antidiurética (HAD) por la noche. La HAD controla la producción de orina (disminuyéndola). En la mayoría de las personas existe un ritmo de secreción, de tal manera que producen más hormona de noche y por lo tanto menos orina.

En una minoría de casos existe una causa médica o psicológica, como una infección urinaria (de vías bajas o cistitis, generalmente), diabetes, problemas en el colegio o en casa (celos por el nacimiento de un hermanito, divorcio de los padres, etc.). En la mayoría de estos casos se presenta como una enuresis secundaria o adquirida, que aparece después de un tiempo de control. En algunas malformaciones urinarias o problemas neurológicos existe una pérdida continua de orina o una salida anormal de la misma (por la vagina, por ejemplo).

2.2.3 Tratamiento

Se puede considerar normal que el niño se haga "pis" en la cama hasta los seis años. Lo mejor es o intervenir hasta esa edad. Tampoco debe hacerse de la enuresis un gran asunto familiar. A la mayoría de los niños les da vergüenza hacerse "pis", por eso es de ayuda que la familia lo apoye y muestre una actitud positiva. No hay que enfadarse ni castigar al niño si moja la cama, pues lo único que se puede conseguir con ello es empeorar las cosas. Hágle saber que muchos otros niños de su edad mojan la cama. También le consolará saber que otro miembro de la familia ha tenido el mismo problema. El conocer que otros han estado afectados igual que él, le ayudará a enfrentarse con el problema.

Asegúrese de que el niño no bebe mucho dos horas antes de acostarse. Por el contrario es beneficioso que beba mucho durante el día y animarlo a que aguante todo lo que pueda antes orinar. También puede beneficiarle el interrumpir el chorro varias veces mientras orina ("abrir y cerrar el grifo"). De esta manera podría aumentar su capacidad vesical y hacerse más consciente del control de su vejiga. Compruebe que el niño haga "pis" antes de acostarse.

Todo ello no garantiza que el niño deje de mojar la cama, pero puede ayudar. Despertar al niño en mitad de la noche para llevarlo al baño no sirve de gran ayuda, dado que el niño no se despierta por sentir él mismo la necesidad de orinar y suele recaer en cuanto sus padres dejan de vigilarlo.



Debe protegerse la cama usando un colchón o una funda o protector impermeable debajo de la sábana inferior. Debe sujetarse firmemente para prevenir el riesgo de asfixia. Si el niño es lo suficientemente mayor, ponga ropa de cama seca al alcance del niño para que pueda cambiarla si se despierta mojado. Deje que él cambie las sábanas, no como castigo, si no para que se haga cargo del tema con naturalidad. Ello lo hará también más consciente de la situación.

Cuando el niño esté preocupado y motivado para ello, puede llevar un calendario o diario y registrar los días secos y mojados para ver los progresos. Por supuesto, celebrar cada noche seca. Animarlo a menudo es la mejor manera de enfrentarse a su problema.

El uso de pañal impide que el niño enfrente el tema y no le enseña a percatarse cuando necesita orinar. En cualquier caso, si es menor de seis años, no parece interesarse por el problema o no hay ni una noche seca aislada, puede ser una opción higiénica aceptable hasta que la situación madure, especialmente en invierno.

2.2.4 Síntomas para consultas médicas

- Niños mayores de seis o siete años.
- Comienzo brusco de la enuresis después de varios meses de control previo.
- Si la orina tiene mal olor o le duele al orinar.
- Si orina mucho más de la habitual, se acompaña de mucha sed o pérdida de peso.
- Si la orina se emite poco a poco pero continuamente o es emitida por el ano o la vagina.
- Si tiene estreñimiento y tiene encopresis (se hace "caca" encima).
- En los niños que tienen problemas neurológicos tales como parálisis, la enuresis no suele ser el problema principal que motive la consulta.

Realizará unas preguntas acerca del niño tales como cuando comenzó a controlar el pis durante el día. También si hay antecedentes familiares. Después lo explorará (palpación abdominal, examen de genitales y quizás del ano y los reflejos de los miembros inferiores). A menudo realizará un análisis de orina para descartar infección y otras anomalías. Excepcionalmente se precisarán otras exploraciones, como análisis de sangre o pruebas de imagen (radiografías o ecografías) o de funcionamiento dinámico de la vejiga. Si a juicio del pediatra puede existir alguna alteración

Dado que entre los seis años y la adolescencia se va produciendo la curación espontánea de la práctica totalidad de los niños, se han hecho estudios que comparan los tratamientos existentes entre sí y con la evolución natural de niños sin tratamiento alguno, para saber los que obtienen mejores resultados y verdaderamente son más útiles que el propio paso del tiempo. También ha de asegurarse de que los tratamientos sean inofensivos, pues no es tolerable un tratamiento potencialmente dañino para un trastorno que cura solo, tarde o temprano. El objetivo del tratamiento es dar un "empujoncito" a la naturaleza.

Siempre se debe intentar un tratamiento de condicionamiento sin aparatos ni medicinas, basado en una combinación de lo señalado anteriormente:

- Régimen de líquidos (beber mucho durante el día, pero poco después de la merienda).
- "Gimnasia vesical" (aguantar todo lo que pueda, cortar la micción varias veces).
- Llevar un registro de la cantidad máxima que aguanta (midiéndola con un recipiente calibrado adecuado), y un calendario de noches secas y mojadas.

Debe negociarse un premio (no necesariamente que tenga que comprarse con dinero: ir a dormir a casa de un amigo, acudir a un campamento de verano, etc.).

Es siempre mejor y más eficaz que una persona ajena a la familia y con autoridad para el niño, como su pediatra o la enfermera, controle el proceso con citas periódicas para valorar progresos y comprobar el porcentaje de noches secas. También es positivo mostrar al niño alguna lámina sobre el sistema urinario y enseñarle como funciona. Hasta un 40-50% de niños pueden responder a este tipo de enfoque, que siempre debe complementar los descritos a continuación.

El tratamiento que ha demostrado mejores resultados es la alarma o "pipí stop". Se trata de un dispositivo que produce un timbre, zumbido o vibración cuando el niño se orina por la noche. Detecta la humedad y ésta pone en marcha la alarma. Ha demostrado su eficacia hasta en el 70% de los casos. Es muy efectivo porque despierta al niño cuando comienza a orinarse, haciéndole consciente de lo que pasa y de lo que se siente cuando la vejiga urinaria está llena. Hay diferentes tipos de alarmas, las más modernas pueden adoptar forma de reloj de pulsera con sensores de humedad muy pequeños que se pueden situar en el pantalón de pijama o braguita.

Existen varios preparados comerciales de hormona antidiurética (ADH) o que se pueden administrar antes de acostarse.

Existen varios preparados comerciales de hormona antidiurética (ADH) o que se pueden administrar antes de acostarse.

Recientemente se ha detectado que la que se vende en spray nasal ha causado algunos percances graves en Estados Unidos. Por este motivo el organismo que controla las medicinas en ese país (la FDA) ha desaconsejado su uso.

Los pacientes que toman tabletas de ADH deben suspender el tratamiento durante períodos de posibles alteraciones del equilibrio de agua y sales del organismo (por ejemplo, fiebre, diarrea o vómitos, ejercicio intenso y otras situaciones y enfermedades que estén asociadas con aumento en la ingesta de líquidos). Probablemente deban evitarse en pacientes que beban mucho habitualmente o por un trastorno psíquico, o que tomen medicinas que les hagan beber más líquidos, como algunos medicamentos llamados antidepresivos tricíclicos.

En la medida que disminuye la producción nocturna de orina, facilita el control, pero existe una alta tasa de recaídas al suspender el tratamiento. Puede complementar el tratamiento condicionado antes descrito o incluso combinarse con la alarma. También puede ser una solución de compromiso para asegurarse un control ocasional en un día o días señalados.

La imipramina, un medicamento antidepresivo, se ha utilizado con éxito variable, pero muchos pediatras no son partidarios por sus potenciales efectos adversos. Puede considerarse en pacientes con síntomas depresivos asociados o secundarios a su enuresis en los que han fracasado otras alternativas más seguras.

El urólogo o el pediatra pueden utilizar medicamentos que modifican la movilidad vesical y/o el tono del esfínter urinario en niños con alteraciones de la dinámica de los mismos muy seleccionados, y previa realización de las pruebas consiguientes.

2.2.5 Tiempo de inicio

En los niños mayores de seis años que son conscientes de su problema y quieren solucionarlo (ellos, no sus papás), preferiblemente si saben escribir para llevar por si mismos la responsabilidad de apuntar la cantidad de orina que pueden aguantar o si la noche fue seca o mojada. Para no sufrir desilusiones contraproducentes, es mejor esperar a que haya tenido varias noches secas, aunque sean aisladas, indicando así el comienzo de una maduración propia, imprescindible para el éxito.

Incluso los tratamientos con éxito (hasta un 70% en el mejor de los casos) pueden tardar semanas o meses en comenzar a funcionar. El adiestramiento del niño puede llevar tiempo. Por lo tanto se requiere paciencia por parte de todos los involucrados. No dude en discutir con su pediatra las diferentes opciones del tratamiento descritas, si no han funcionado los métodos "caseros".

Tener enuresis significa orinarse de manera involuntaria a una edad en la que el control de la micción debería estar establecido. Generalmente nos referimos a mojar la cama (enuresis nocturna), aunque también existe la enuresis diurna. La enuresis será primaria cuando nunca existió control y secundaria cuando se consiguió el control durante más de 3-6 meses y se perdió en un momento dado (más allá de un simple accidente). La más frecuente, con gran diferencia, es la enuresis nocturna primaria.

La edad a la que cada niño establece el control de esfínteres es muy variable. Entre el 15-20 % de los niños de 5-6 años aún se hacen "pis" en la cama. Es mucho más frecuente entre los varones. En la adolescencia el problema afecta al 1%. Entre estas edades se produce una solución espontánea, es decir, que el problema se resuelve solo sin intervención.

La mayoría de los niños se han hecho "pis" toda la vida y no tienen una causa detectable para mojar la cama. Suele haber una tendencia familiar, de manera que lo mismo le ha pasado a un pariente cercano en un 85% de los casos. Casi un 60% de niños que presentan enuresis nocturna primaria tienen un hermano o progenitor que ha experimentado el mismo problema.

Una explicación podría ser que estos niños tienen un sueño tan profundo que no se despiertan cuando sus vejigas urinarias están llenas. Otra causa podría ser que tienen una vejiga más pequeña, lo que se detecta midiendo el volumen máximo de orina que pueden aguantar. Por fin, algunos estudios señalan que en estos niños existe una tendencia a producir menos hormona anti-diurética (HAD) por la noche. La HAD controla la producción de orina (disminuyéndola). En la mayoría de las personas existe un ritmo de secreción, de tal manera que producen más hormona de noche y por lo tanto menos orina.

En una minoría de casos existe una causa médica o psicológica, como una infección urinaria (de vías bajas o cistitis, generalmente), diabetes, problemas en el colegio o en casa (celos por el nacimiento de un hermanito, divorcio de los padres, etc.). En la mayoría de estos casos se

presenta como una enuresis secundaria o adquirida, que aparece después de un tiempo de control. En algunas malformaciones urinarias o problemas neurológicos existe una pérdida continua de orina o una salida anormal de la misma (por la vagina, por ejemplo).

Se puede considerar normal que el niño se haga "pis" en la cama hasta los seis años. Lo mejor es o intervenir hasta esa edad. Tampoco debe hacerse de la enuresis un gran asunto familiar. A la mayoría de los niños les da vergüenza hacerse "pis", por eso es de ayuda que la familia lo apoye y muestre una actitud positiva. No hay que enfadarse ni castigar al niño si moja la cama, pues lo único que se puede conseguir con ello es empeorar las cosas. Hágale saber que muchos otros niños de su edad mojan la cama. También le consolará saber que otro miembro de la familia ha tenido el mismo problema. El conocer que otros han estado afectados igual que él, le ayudará a enfrentarse con el problema.

Asegúrese de que el niño no bebe mucho dos horas antes de acostarse. Por el contrario es beneficioso que beba mucho durante el día y animarlo a que aguante todo lo que pueda antes orinar. También puede beneficiarle el interrumpir el chorro varias veces mientras orina ("abrir y cerrar el grifo"). De esta manera podría aumentar su capacidad vesical y hacerse más consciente del control de su vejiga. Compruebe que el niño haga "pis" antes de acostarse.

Todo ello no garantiza que el niño deje de mojar la cama, pero puede ayudar.

Despertar al niño en mitad de la noche para llevarlo al baño no sirve de gran ayuda, dado que el niño no se despierta por sentir él mismo la necesidad de orinar y suele recaer en cuanto sus padres dejan de levantarlo.

Debe protegerse la cama usando un colchón o una funda o protector impermeables debajo de la sábana inferior. Debe sujetarse firmemente para prevenir el riesgo de asfixia. Si el niño es lo suficientemente mayor, ponga ropa de cama seca al alcance del niño para que pueda cambiarla si se despierta mojado. Deje que él cambie las sábanas, no como castigo, si no para que se haga cargo del tema con naturalidad. Ello lo hará también más consciente de la situación.

Cuando el niño esté preocupado y motivado para ello, puede llevar un calendario o diario y registrar los días secos y mojados para ver los progresos. Por supuesto, celebrar cada noche seca. Animarlo es a menudo la mejor manera de enfrentarse a su problema.

El uso de pañal impide que el niño enfrente el tema y no le enseña a percatarse cuando necesita orinar. En cualquier caso, si es menor de seis años, no parece interesarse por el problema o no hay ni una noche seca aislada, puede ser una opción higiénica aceptable hasta que la situación madure, especialmente en invierno.

2.3 Marcar el Territorio

La apropiación del espacio, tiene una base animal, es la apropiación del mundo, de un sector del entorno para la comida y la cría, que se llama territorialidad. En biología, todo animal, especialmente los mamíferos, tienen códigos de marcación del territorio, tienen territorialidad, la forma más común de marcar su territorio es con secreciones corporales, con orina, por eso los perros cuando salen orinan un poquito en cada árbol, no descargan la vejiga en uno sólo, es un mensaje para los otros perros: “este es mi barrio”

En el hombre los espacios también están demarcados para el uso, por ejemplo: hay zonas para el peatón que son las veredas, tienen el cordón como borde, siempre hay un límite, el cordón define la zona privada del peatón, del otro lado es la zona privada del automovilista. También está la demarcación que llamamos puerta de calle, cambian incluso las posibilidades de operación legal de la policía, por ejemplo, para adentro tiene que tener la orden de allanamiento, el territorio es privado. Hay culturas como la inglesa en que esa privacidad es sagrada. Pero hay otra complicación en el humano, que es que tiene que realizar lo que se llama introyectar, que significa hacerla propia subjetivamente, introyectar una zona del espacio, es hacerla parte del yo, y eso a veces, tiene perturbaciones, alguien puede ser el dueño legal de una casa y decir: “yo no la siento mía”, no la puede percibir por razones psicológicas, por razones íntimas, no la siente de él, subjetivamente no es el propietario, la propiedad para perfeccionarse necesita de esa introyección psicológica subjetiva. Alguien puede considerar como propio un lugar público, yo tenía en el bar de San Juan y Boedo, mi mesa particular, todas las mañanas me sentaba en la misma mesa durante meses, entonces ya todos los parroquianos aceptaban que esa era “mi mesa” y si venía algún descolgado de otro barrio, algún no habitué y se sentaba en mi mesa el mozo lo atendía igual, pero todos los demás lo miraban raro, y si venía yo y encontraba mi mesa ocupada,

me sentaba en una mesa cercana y lo miraba de cierta manera, que la persona al rato se iba porque sentía que estaba cometiendo una transgresión, que estaba invadiendo un territorio que no le correspondía. Así que la constancia de ir al mismo lugar, socializaba ese sentimiento mío, subjetivo, de pertenencia, que también era aceptado por el resto de la gente, “tenía la propiedad de esa mesa” (hay un cuento de Isidoro Blaisten que relata esta relación, donde me describe como propietario de esa mesa). De la misma manera, una familia que va un domingo a Palermo, extienden un mantel en el piso, ponen las sillas, una pelota, el mate, etc. y se sabe que ese territorio es totalmente de ellos, por ese día a nadie se le ocurriría invadirlo, como si tuvieran título de propiedad, incluso para pasar por ahí la gente pide permiso, si llega a caer una pelota cerca el que la busca se acerca temeroso como si hubiera caído en el fondo de la casa, alucinando una medianera. En los espacios públicos también: en un viaje tengo ese asiento, y ese asiento es mío, es “mi asiento”. En ese caso la propiedad es momentánea. Es la segregación de un sector del universo asignado al yo, esto genera el concepto de burbuja personal, cada persona tiene alrededor de sí un cierto espacio que lo asigna al yo, si alguien lo traspasa siente que lo están invadiendo. Esa burbuja tiene distintas dimensiones de acuerdo a las horas del día, no es lo mismo en un barrio peligroso a las cuatro de la mañana que mi burbuja que tiene cinco metros alrededor mío, que mi pobre burbuja en el subterráneo a las siete de la tarde, en dónde me la aplastan contra la cara. Esa sensación de molestia cuando el otro está más cerca, es que el otro desconocido está invadiendo mi espacio personal, se percibe en los ascensores con un desconocido y hay una sensación que la proximidad hace que se invadan mutuamente estas burbujas, que son mi propiedad privada alrededor mío. E incluso este sentimiento de propiedad puede ser muy extenso, por ejemplo, de un país, ¡nos invaden el país!, han violado nuestro territorio, hay un sentimiento colectivo en los ciudadanos de un país de que ese país les pertenece, la frontera es la gran medianera nacional. Ese sentimiento de propiedad puede ir desde el territorio nacional, hasta la frontera de nuestro propio cuerpo que es nuestra piel, por eso una violación es la invasión del espacio privado corporal y es gravísimo al nivel de la seguridad del yo, y si vinieran marcianos seguramente sentiríamos que el globo terráqueo ha sido invadido en su privacidad. En relación al cuerpo, también se ha especulado mucho cuál es la zona más privada, ¿es el corazón, el cerebro?, ¿cuál es mi zona más íntima? Según los sujetos conciben como zonas más íntimas los genitales, el corazón, el cerebro, hablamos del sentimiento de interioridad. Seguro que una pierna, un pie está menos asimilado al yo que cualquier víscera o el

interior del cráneo. En cuanto al sentimiento de propiedad, en las instituciones cerradas, en las que el espacio debe ser compulsivamente compartido, hay recursos para reconstruir ese espacio privado. En los hospicios he observado muchas veces pacientes que están tapados totalmente con una frazada, incluso en verano, lo cual pareciera disfuncional, pero sí es funcional con respecto a lograr privacidad. Incluso la vida transcurre entre dos espacios absolutamente privados: uno es el comienzo, el útero (siempre aforado), y el último espacio privado que es la tumba, donde estamos ahí acomodados esperando la prometida resurrección de las almas.

Observando dentro de la casa familiar, dentro del hogar, vemos cómo cada uno, los niños, los adultos, incluso los animales domésticos, también tienen sus espacios privados (y esto se usa en psicoterapia familiar para diagnósticos). Cada miembro de la familia tiene un lugar que siente que es de él, puede ser un rincón del balcón, uno de los asientos de la cocina, un lugar cerca de la ventana, incluso la cama de cada uno es el espacio asignado al yo, como el espacio más privado. Hay personas que podrían compartir hasta su mujer pero no su cama, es el último espacio del yo y es nuestro vehículo para navegar los sueños. El espacio de la infancia tiene que ver con la ecología. Me acuerdo señoritas que venían del interior a trabajar en casas de familia en Buenos Aires y de pronto decía: “señora yo me voy porque no me hallo”, quiere decir que no se encuentra a sí misma porque el paisaje, la escenografía cambió demasiado, porque son escenografías que sostienen nuestra historia particular, y esa escenografía ambiental es más trascendente que el espacio operacional que necesitamos para la vida física. Hay espacios que actúan por la capacidad psicológica que tienen, incluso hay pacientes, chicos de madres muy posesivas, cuyo único lugar privado es el baño y hasta llegan a hacer episodios de estreñimiento para estar más tiempo a salvo de la invasión territorial de esas madres.

Después hay espacios que no son de nadie y que tienen un gusto especial, por ejemplo los baldíos, son espacios misteriosos, me acuerdo que en mi infancia me parecían una tierra de nadie y, por lo tanto, una tierra que yo podía conquistar, eran los espacios de los secretos juegos infantiles. Ésta propiedad misteriosa después también la descubrí en las azoteas, que son como baldíos en las alturas, tienen esa fascinante característica de ser tierra de nadie. Incluso ésta fantasía de apropiación de un espacio puede ser absolutamente delirante, como alguien que sube al Aconcagua y dice “yo conquisté el Aconcagua”, plantó una banderita y define como propio esos millones de toneladas de granito y esto sería equivalente a una pulga que llegue a la cabeza de un gigante y diga “el gigante es mío”.

El estudio de estos límites a los que llamaríamos “la teoría general de las medianeras psicológicas”, dan lugar siempre a conflicto, siempre es una zona de conflicto, desde los tradicionales juicios de medianería, hasta la pelea de los hermanos por los espacios familiares más deseados, o también dentro de la pareja, la cama matrimonial, la lucha por los espacios privados, “me estás tirando de la cama”, “este costado es mío” (una lucha que no existió en los primeros fogosos tiempos de la exploración sexual de la pareja).

Existe la propiedad formal y la psicológica, si comparamos a alguien que tiene el título de propiedad de una casa, pero no la siente suya y un inquilino que vivió veinte años en esa casa a la que siente como suya, entonces ¿de quién es la casa?, ¿cuál es la verdadera propiedad, la formal o la subjetiva?, eso trasladado a la pareja, una mujer enamorada de su amante ¿propiedad de quién es psicológicamente?, es decir, ¿quién la posee realmente, el amante o el marido, quién tiene el título de propiedad?. Además, cuando más se tiene, diría un proverbio chino, menos se tiene, porque alguien que tenga una casa con doscientas habitaciones y treinta hectáreas, creo que tiene menos que alguien que vive en un departamentito convencional que recorre y posee en todo momento, eso sería el tema de la monogamia y la poligamia, seguro que un califa con veinte mujeres tiene menos sentido de posesión que un monogámico marido celoso conurbano. Entonces el tema es qué segrego yo del territorio, del espacio, para mí. La definición del yo subjetivo tiene que ver con el territorio, como un chacarero con su tierra, si lo sacas de su tierra él desaparece, porque su identidad estaba en esa tierra, o como el señor feudal, él era su castillo y esto en oposición al habitante de la ciudad que poseyó tantas casas que luego, en sus recuerdos, no puede saber cuál fue su real casa, su identidad está diluida el extremo de éste es Martín Fierro, y relata que su espacio, su casa era donde él estaba, siempre “huyendo” donde estaba, estaba en su casa.

En la vida humana, cotidianamente hay una cantidad de espacios que se comparten, que se rotan, mi asiento de ayer, en el mismo colectivo, no es el asiento de hoy, pero es mi asiento en ese momento.

Esta cultura post-moderna de la sociedad tiende a generar poblaciones de elite, “no trespassing”, “members only”, que son los espacios privados, cada vez hay más, se privatizan parques, playas, se privatizan calles, incluso el shopping es un lugar ambiguo porque ni es público, ni es privado. Siempre los espacios conocidos sirven, a nivel psicológico, como escenografías que nos permiten conservar la identidad, conservar la identidad frente a los cambios del tiempo, frente a las

mudanzas del tiempo. ¿De quién es el obelisco, la Nueve de Julio?. Hay gente que posee más la calle Corrientes y otros la Avenida Santa Fe, o la isla Maciel, que cuando nos perdemos en el tiempo nos hacen encontrar en el espacio.

Cualquier casa doméstica tiene una secuencia de privacidad, en ese sentido el antiguo zaguán era un espacio intermedio entre el espacio público y el espacio privado, era donde se hacían los intercambios entre lo público y lo privado, el lechero, los vendedores ambulantes, incluso con la nena en edad de noviar, el novio, mientras estaba en el zaguán tenía la posibilidad de escapar, si llegaba a entrar a la sala había entrado en el espacio privado del compromiso de parentesco. La casa antigua, luego tenía una zona que era el comedor, donde entraban las visitas, después estaban las habitaciones, la cocina y el dormitorio, que era el santo "santorum", el lugar de la privacidad, de los sueños y la sexualidad de los padres. Las casas familiares en el tiempo de la colonia tenían un primer patio que era semipúblico y un segundo patio que era privado de la familia, donde los visitantes no entraban, ahí se desarrollaban las escenas privadas de la familia. Siempre la arquitectura ha debido corporizar esta necesidad de la transición entre los espacios más públicos y los más privados, incluso esto cambia en las distintas culturas. En Brasil los ventanales no tienen cortinas y el espacio es mucho más compartido a nivel de las miradas, en cambio en Argentina, en Buenos Aires especialmente, la mayoría de las ventanas están eternamente cerradas, con sus persianas para generar espacios casi fóbicos, acorde a la melancolía porteña. En Brasil queda todo abierto, todo expuesto, el concepto de privacidad es más laxo, más en clase popular. Entre el pueblo hay más espacios compartidos, en los viejos conventillos, tal vez por el hacinamiento, producto de la pobreza, traía como contraparte, compartir la vida diaria que hacía que aquello fuera una comunidad, que desde un casamiento hasta una puñalada, se viviera como una cuestión de todos. Solamente el dormir era privado, el cocinar también era grupal y nuestro mundo actual, individualista, competitivo, hace que cada uno se encierre en su celda de cemento y quede solo, como propietario de su soledad, la persona queda como una celosa propietaria pero no del espacio, sino de su aislamiento. No hay espacios a compartir, son todos privados. Las casas de departamentos son colmenas sin enjambre, son colmenas absurdas de abejas solitarias.

Estaba viajando por el Amazonas y veía a los indios Caboclos cómo, en una gran choza abierta sin divisiones, compartían todas las funciones, incluso en la noche se colgaban cantidades de

hamacas y compartían también el dormir, grupos grandes, y la verdad que lo pasaban mejor que nosotros, que debemos tomar somníferos para poder dormir a pesar de la soledad.

Hay un espacio, público por excelencia, que conecta los espacios privados, una casa es un espacio privado pero yo para ir a otra tengo que pasar por un espacio conectivo, que también lo tengo que poseer de cierta manera, también tiene que ser mío, y estoy hablando del espacio de la calle, del espacio del barrio, que antes era un espacio poseído por esa comunidad, que se lo usaba para carnaval, para las fiestas familiares, para navidad, para los bailes de fin de año, la calle era propiedad de todos, era un lugar de contacto, de conexión entre los vecinos. Ese espacio, especialmente después de la dictadura, que nos robó la calle, por el temor y la brutalidad de los secuestros, y luego en democracia, la violencia urbana que trajo este sistema injusto, nos terminó de robar la calle y la calle ahora no es de nadie, es solo de los policías y los delincuentes, que cada vez se parecen más entre sí. Nos han robado ese espacio que nos conectaba, entonces quedamos encerrados en los espacios privados, los cuales se han convertido en pequeñas celdas en las que estamos condenados, en arresto domiciliario, y solo salimos por el espacio virtual del televisor, y de Internet, que en realidad nos deja más solos que antes, porque a pesar que siempre nos habla nunca nos escucha, somos espectadores, telespectadores y nunca protagonistas. En los pueblos chicos, en el campo, la población posee todos los espacios: los muy privados, los semipúblicos y los públicos. En éste caso la posesión del espacio es total, toda la comunidad de ese pequeño pueblo, posee la totalidad de los espacios del pueblo. Nos dicen los etólogos (los científicos que estudian el comportamiento animal) que cuando dos animales de la misma especie luchan entre sí, siempre lo hacen por una de estas dos causas: o bien para establecer su dominio sobre los otros y alcanzar o mantener la jefatura dentro de un grupo, con los privilegios que esto supone a la hora de elegir hembra y comida; o bien para ejercer sus derechos territoriales sobre una determinada porción de suelo. Esto es algo instintivo, un rasgo inherente a la condición de todos los animales.

Todo ser vivo precisa de un territorio para poder crecer y desarrollarse, una porción de espacio de donde obtener los medios necesarios para su subsistencia. Es el espacio vital. Naturalmente, las dimensiones de este territorio irán en función de sus necesidades y serán proporcionales a su grado de desarrollo.

Cuando un ser vivo defiende su integridad física ante un peligro inminente, lo hace movido por un instinto de conservación a corto plazo: defiende su vida en ese preciso momento. Cuando defiende su territorio, lo hace bajo el mismo instinto, pero a largo plazo: defiende unos medios de subsistencia sin los cuales moriría tarde o temprano.

Todos los animales, de un modo u otro, delimitan y marcan su territorio; generalmente lo hacen mediante sus excrementos (orina y heces). No hace falta formar parte de un safari para observarlo; basta con pasear por la ciudad con un perro y ver cómo va depositando sus «marcas» por doquier.

La historia del ser humano —sus avances en el campo de la técnica, sus migraciones, sus asentamientos en nuevas tierras, sus conquistas y sus guerras— depende directamente de su necesidad de encontrar nuevos espacios vitales y de adaptarse a ellos. El invento y perfeccionamiento de las armas perseguía un claro fin de defensa y conquista territorial. Y el actual y vertiginoso avance aeroespacial no sólo está determinado por el afán de adquirir nuevos acontecimientos, sino que, concomitantemente, está alentado por la posibilidad de ampliar un espacio vital en presunto peligro por la explosión demográfica.

Pero, yendo a lo que nos interesa: ¿Cómo influye el concepto de territorio en la psicología del individuo? El hombre primitivo pocas preocupaciones de espacio tenía. Había terreno para todos. Pero, a medida que crecía en número y desarrollo intelectual, fue extendiendo sus fronteras vitales. Cada tribu expandió sus linderos sin problemas. Sin problemas hasta que topó con las fronteras de la tribu vecina. Las libertades de uno terminan donde empiezan las del prójimo. Y comienzan los conflictos. Es la Historia; y no hay más que repasar cualquier tratado de la misma para ver que es un continuo y desaforado trasiego de linderos y fronteras.

Y llegamos al hombre civilizado que vive en sociedad y en teórica armonía con sus vecinos. Teórica, porque la aparente comodidad que supone el vivir en comunidad tiene a veces un alto precio: el desequilibrio psicológico por el estrés competitivo en defensa de un mínimo territorio digno.

Es curioso observar cómo trastornos tan comunes en el ser humano, como la ansiedad, la depresión, la agresividad desmedida, las disfunciones sexuales, las úlceras digestivas y demás

manifestaciones neuróticas y psicósomáticas, sólo aparecen en los animales cuando están sometidos a limitación territorial, como ocurre en los zoológicos. Prácticamente, tales alteraciones no aparecen en el animal libre y en estado salvaje.

Realmente, ¿la pérdida territorial influye tanto en el ser humano como para ser responsable de una gran parte de entidades nosológicas, objeto de una ciencia como la psicopatología? Rotundamente, sí.

El individuo no puede ser separado en esencia de su medio vital. Un ser vivo es él y su territorio, con el cual se identifica como una prolongación de su propio cuerpo.

Un refrán dice: «Tanto tienes, tanto vales.» Y, aunque nos pese, ése es el juicio frío con el que, desgraciada y habitualmente, nos juzgamos en sociedad. «Cuanto más tengo, cuanto mayor es lo propio, más grande soy.» Esta concepción un tanto desmedida de la territorialidad (como lo propio) es el origen de la ambición. Ya que territorio ya no es sólo terreno, sino todo cuanto en él se pueda incluir: pertenencias, posesiones inmuebles y por supuesto el dinero, que asegura adquirir más territorio.

Así hemos desarrollado el afán de marcar nuestra identidad en el ambiente, señalando: esto es mío y aquello es ajeno.

Múltiples ejemplos adornan este fenómeno: las casas de campo están valladas, tienen nombres, etc. Las casas de ciudad cuentan con un inconveniente: están construidas por grupos, a veces numerosos, y siguen una idéntica estructura arquitectónica. No obstante, nos ocupamos en que tengan una identidad con la decoración: una pintura de pared, un empapelado, unos adornos, buscando un «toque de distinción». Algo similar ocurre con todo objeto de consumo: vestuarios, coches, bebidas, etc. Siempre anhelando la identidad, la originalidad, el ser destacado de entre la mayoría: yo y mi territorio.

Todo esto se observa claramente en su carácter expansivo. Pero hay otro aspecto más restringido y defensivo: existe un límite mínimo territorial del que muchas veces no somos conscientes. Todos tenemos un espacio aéreo a nuestro alrededor que asumimos como propio. Puede variar de

una persona a otra, según su carácter y sus costumbres; pero lo cierto es que nos sentimos incómodos cuando nos lo invaden.

Generalmente es un perímetro de unos 50 cm del espacio que nos rodea. Es aproximadamente la distancia que guardamos con nuestro interlocutor cuando mantenemos una conversación cordial. Si alguien nos habla desde más cerca, nos incomodamos, nos sentimos agredidos y retrocedemos guardando distancias. Socialmente se acepta que no es de buena educación rebasar ese espacio, que sólo es violado en dos ocasiones opuestas: la lucha y el amor.

El hombre, como ser privilegiado en la Naturaleza y en continua evolución, precisa de una identidad que la potencie y de un territorio donde desarrollarla. Es un derecho natural, ancestral e instintivo, que, cuando se ve atentado, puede acarrear serias consecuencias en su equilibrio psicológico.

Como última reflexión se me ocurre pensar, a nivel de los espacios más dilatados, los espacios astronómicos, por ejemplo la Luna ¿es norteamericana? Ya no es de todos, sólo los norteamericanos plantaron una bandera ahí, así que los enamorados, que la tenían como propia, tienen que modificar esa actitud, deben modificar esa sensación, porque ya ha sido poseída, investigada y violada por el pie del astronauta. (Hasta la Luna nos privatizaron...)

2.4 Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

Aunque normalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos equivalentes, no son realmente lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones externas corporales que acompañan a la ansiedad.

2.4.1 Definición de Trastorno

Molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona, su estado de ánimo y el físico. El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) es una preocupación continua o miedo que no se relaciona con ningún evento o situación en particular, o que está fuera de proporción con lo que se debería esperar. Por ejemplo, una persona que tiene TAG puede preocuparse continuamente por un niño que está perfectamente sano.

2.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada

El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) es una preocupación continua o miedo que no se relaciona con ningún evento o situación en particular, o que está fuera de proporción con lo que se debería esperar.

Síntomas que abarcan:

Dificultad para concentrarse

Fatiga

Irritabilidad

Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido, y sueño que a menudo no es reparador ni satisfactorio.

Nerviosismo o sentirse agitado o "con los nervios de punta", a menudo resultando sobresaltado con mucha facilidad.

Junto con las preocupaciones y las ansiedades, también pueden estar presentes muchos síntomas físicos, incluyendo tensión muscular (temblor, dolor de cabeza).

La depresión y la drogadicción pueden ocurrir con un trastorno de ansiedad.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Los genes pueden estar implicados. Las situaciones estresantes de la vida o el comportamiento aprendido también pueden contribuir al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno puede comenzar en cualquier momento de la vida, incluso en la niñez. La mayoría de las personas que sufren de este problema dicen que han estado ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Información al paciente sobre la naturaleza de la ansiedad generalizada: mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción. Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva. Prevención de las conductas de preocupación. Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y organización del tiempo. Técnicas cognitivas: reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo. Para favorecer estos cambios es frecuente utilizar ejercicios estructurados, "experimentos conductuales", cuestionamiento de hipótesis mediante "diálogo socrático" o contrastes con la evidencia.

Desarrollo de habilidades sociales y mejora de la calidad de las relaciones interpersonales. Planificación de actividades agradables y placenteras. Poner el acento en lo que se quiere que suceda, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada. Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico, si bien en algunos casos dicha asociación está desaconsejada. Los medicamentos más utilizados son los ansiolíticos, particularmente las benzodiazepinas. Las azapironas han demostrado una eficacia similar. Se han utilizado con éxito antidepresivos tricíclicos e Inhibidores Selectivos de la Receptación de la Serotonina (ISRS). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico. Materiales de autoayuda, como complemento de la terapia. Los tratamientos suelen desarrollarse individualmente, aunque en algunos en ocasiones, en función del caso y del momento, puede estar indicada la terapia grupal. La duración de los tratamientos oscila normalmente entre seis meses y un año, si bien en algunos casos pueden ser más largos.

2.6 Trastorno por Estrés Post Traumático

El Trastorno por estrés Post Traumático se caracteriza por un conjunto de síntomas que se hacen presentes en los pacientes luego de haber vivido un acontecimiento estresante o traumático, en el cual se tuvo sensación de ver en peligro la vida propia o la integridad física.

Generalmente, el paciente tiene recuerdos o pesadillas recurrentes, en los que ese acontecimiento se repite. Los síntomas incluso pueden surgir en presencia de estímulos que recuerdan algún aspecto de esa situación. El paciente tiende a evitar estos estímulos, esforzándose por no pensar

ni hablar acerca de esa situación, también intenta evadir actividades o personas que le recuerden ese hecho traumático.

El individuo que sufre Trastorno por estrés Post Traumático, pierde significativamente el interés por participar en actividades que antes le parecían gratas, se aleja de los demás, pierde la capacidad de expresar sus sentimientos y experimenta desesperanza respecto al futuro.

Causas

El trastorno de estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas. Las imágenes de la situación traumática vuelven a reexperimentarse una y otra vez (flashback), en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con todo lujo de detalles, acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.) Todo ello genera un fuerte estrés, agotamiento, emociones intensas, y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de ese estrés, del agotamiento, de las emociones intensas.

2.6.1 Criterios

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ambos estuvieron presentes:

La persona ha experimentado, presenciado o le confrontado con un evento o eventos que se trate de o amenazado de muerte real o lesiones graves, o amenaza a la integridad física o la de los demás.

La respuesta de la persona con un temor intenso, desamparo u horror.

Nota: En niños, esto puede ser expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es persistentemente nueva experiencia en uno (o más) de las siguientes maneras:

recuerdos intrusivos angustiantes y recurrentes del evento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En niños pequeños, juegos repetitivos, puede ocurrir que los temas o aspectos característicos del trauma se expresan.

Sueños de carácter recurrente angustiantes de la situación.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

Nota: En niños pequeños, juegos repetitivos, puede ocurrir que los temas o aspectos característicos del trauma se expresan.

Sueños de carácter recurrente angustiantes de la situación.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

Actuar o sentir como si el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: En niños pequeños, específicos de recreación trauma puede ocurrir.

Que el sufrimiento psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la capacidad de respuesta general (ausente antes del trauma), tal como se indica por tres (o más) de los siguientes: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma

Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Disminución acusada del interés o la participación en actividades significativas.

Sensación de desapego o enajenación de los demás.

De rango restringido de afecto (por ejemplo, incapaz de tener sentimientos de amor)

Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera tener una carrera, matrimonio, hijos, o una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la excitación (no presente antes del trauma), tal como se indica por dos (o más) de los siguientes:

Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Irritabilidad o ataques de ira.

Dificultad para concentrarse.

Hipervigilancia.

Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) es más de 1 mes.

F. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro laboral o de otras áreas importantes, social del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: si el inicio de los síntomas es de al menos 6 meses después de que el agente estresante

2.6.2 Tratamiento

Los tratamientos más ampliamente utilizados y validados actualmente son los que comparten una orientación cognitivo-conductual.

Estas teorías se basan en los principios del condicionamiento clásico y operante, como la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowrer, que postula que el miedo se adquiere durante el trauma a través de un proceso de condicionamiento clásico, para posteriormente mantenerse debido a la evitación de los estímulos que provocan el miedo.

También intentan explicar el TEP otros modelos, como el de la indefensión aprendida de Seligman o, más recientemente, los relacionados con el procesamiento de la información.

Los diversos acercamientos cognitivos exploran aspectos tales como las creencias sociales, los sistemas de procesamiento de la información y las estrategias de afrontamiento relacionadas con el trauma. Las terapias cognitivo-conductuales incluyen diversas estrategias, pero no todas son igualmente efectivas.

Terapias basadas en la exposición:

Según Báguena (7), las revisiones realizadas hasta el momento concluyen que las terapias basadas en la exposición son las más eficaces para reducir la sintomatología de los pacientes con TEP.

2.7 Trastorno por Estrés Agudo

Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

2.7.1 Causa

El trastorno de estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas. Las imágenes de la situación traumática vuelven a reexperimentarse una y otra vez (flashback), en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con todo lujo de detalles, acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.) Todo ello genera un fuerte estrés, agotamiento, emociones intensas, y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de ese estrés, del agotamiento, de las emociones intensas.

El estrés postraumático se caracteriza porque se concede mucha importancia a estas imágenes y a la ansiedad que provocan. Se desarrollan muchos pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático y con sus consecuencias. Se concede mucha importancia también a estos pensamientos, que generan más ansiedad, más estrés, más inseguridad. El mundo se percibe como altamente peligroso. Se suele perder la sensación de control sobre la seguridad propia. Se recuerdan muchos detalles de la situación, o las sensaciones vividas en los momentos del suceso, con gran viveza, con gran intensidad, y con una alta frecuencia. Esas sensaciones visuales,

auditivas, táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria y poseen una alta relevancia entre cualquier otro recuerdo.

Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas (acuden una y otra vez a la mente, produciendo malestar), especialmente si se pretende evitarlas. Cuando queremos evitar un pensamiento aumenta la frecuencia de ese pensamiento no deseado y se vuelve más estresante.

Tras el trauma (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.) el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo a las circunstancias, por haberse salvado, por... toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, y de excesiva autoexigencia. Se va tejiendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés.

Bajo el estrés agudo inicial que se produce tras el trauma (en el primer mes), así como bajo el estrés postraumático posterior (después de transcurrido el primer mes), también son frecuentes los sentimientos de indefensión e impotencia, las reacciones de ira, los sentimientos de hostilidad, de rabia, y las imágenes de agresión contra el agente que ha generado el daño, o se considera que lo ha generado.

Este estado de estrés se caracteriza por un intenso estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la rabia, la hostilidad, a veces la vergüenza, y con mucha frecuencia la tristeza e incluso la depresión (el trastorno de estrés postraumático tiene una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, entre un 60-80% de personas presentan ambos desórdenes). Dicho estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta a la hora de readaptarse a las distintas facetas de la vida cotidiana.

Sin embargo, es frecuente que las personas que están experimentando estrés agudo, y después estrés postraumático, no puedan y no quieran expresar sus emociones. Algunas, tienen también dificultades para experimentar estas emociones, que dicen deberían estar experimentando como las personas de su alrededor.

Muchas personas desarrollan algunos de estos síntomas de estrés postraumático a pesar de no haber estado en la situación traumática. La probabilidad de que esto suceda depende de la valoración y grado de implicación que se hace del acontecimiento traumático. Si una persona concede la máxima valoración a lo sucedido y comienza a sentirse vulnerable porque se siente

implicada ("podría haberme sucedido a mí") tiene más probabilidad de desarrollar algunos síntomas del estrés postraumático.

Si una persona se repite con frecuencia cuestiones como "¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho para merecer esto?", o algunas otras cuestiones que generalmente no tienen una respuesta racional, que sirven para activar más dolor, más activación fisiológica, más ansiedad, más impotencia, etc., se estará aumentando la probabilidad de desarrollar este trastorno de ansiedad denominado trastorno de estrés postraumático.

Las víctimas necesitan apoyo social de las personas que les rodean, necesitan que vuelva a fluir la comunicación, que ventilen (hablen) sus pensamientos, imágenes, emociones, etc., necesitan reelaborar todo ese material. En la medida en que se lleve a cabo bien o mal esta reelaboración, así será la gravedad de los síntomas después del trauma, los síntomas del estrés postraumático.

2.7.2 Criterios

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

Desrealización

Despersonalización

Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve

2.7.3 Tratamiento

- Ventilación de los afectos e imágenes vinculadas con el trauma (se evitará complicaciones graves de tipo crónico).
- La Terapia puede ser individual o grupal (Hipnosis, Fármacos, BZD, Barbitúricos).
- Reposo

Es recomendable: Brevedad, inmediatez y focalización.

Proximidad del evento. Expectativa de reanudación completa de las actividades

Superficialidad en el trato del tema.

2.8 Trastornos Alimenticios

Indudablemente es la mujer la más afectada por este mal cultural. Estudios de la York Ontario indican que las mujeres que más se adaptan a los parámetros de belleza actuales son aquellas las mujeres que tienen una personalidad más insatisfecha. Son también las que mayor incidencia de problemas alimenticios padecen.

Si bien la pérdida de lípidos ha demostrado ser útil para reducir el riesgo ante patologías como la diabetes, la hipertensión, etc., una pérdida indiscriminada de masa corporal puede resultar nociva.

esfuerzo y recursos económicos, sino que puede acarrear numerosos problemas de salud. Comenzando por los desórdenes alimentarios, éstos pueden repercutir en diversos planos físicos y sociales.

Factores predisponentes para los trastornos alimenticios

En la Mujer.

Edad entre 13 y 24 años.

Tener antecedentes familiares.

Convivir con una familia preocupada en exceso por la imagen y la apariencia (familia supeditada al ¡¿“qué dirán”?!).

Ser un joven estudioso, aplicado, promedio excelente.

Ser altamente perfeccionista y trazarse metas elevadas en la vida.

Haber experimentado un desarrollo precoz en la infancia (caminar, lenguaje).

Practicar en exceso determinadas actividades físicas como ser: ballet, gimnasia rítmica, nado sincronizado.

2.8.1 Trastornos alimenticios en los niños

Los niños también se sienten afectados por las exigencias de la enfermiza sociedad actual: el número de consultas pediátricas debido a problemas en la alimentación está registrando un aumento asombroso, particularmente en la población de niños cuyas edades están comprendida entre los 3 y 9 años.

Entre las manifestaciones frecuentes en niños de tan corta edad, además de la anorexia y la bulimia francas, se halla con frecuencia el denominado “Síndrome de Especialización en la comida”: aquí se describe a un niño altamente selectivo en los alimentos que ingiere; sólo consume dos o tres marcas o tipos de comida.

Los alimentos que escoge no necesariamente son aquellos que “no engordan”; puede darse el caso de que el niño sólo consuma papas fritas y gaseosas de determinada marca y se rehúse a aceptar otro tipo de alimento.

Posibles causas del aumento de consultas de padres de niños con trastornos alimentarios:

- **Desestructuración familiar:** la ausencia de estructuras familiares sólidas o familias “desdibujadas” (divorcios, nuevas parejas de los padres) llevan a que el niño se sienta inseguro.

- Constante bombardeo publicitario de productos para adelgazar (televisión - Internet) .
- Existencia de conductas enfermas en el hogar como ser una madre obsesionada con su cuerpo o algún familiar fóbico.
- Ausencia de límites impuestos en el niño por parte de los padres: es el caso de los padres excesivamente condescendientes a los caprichos del niño.

En caso de que estos trastornos no se solucionen durante la niñez, pueden llevar a la aparición de Fobia Social en el niño mayor o en el adolescente: todo comienza con un miedo excesivo a que los demás no lo acepten; por esta razón aparece una marcada tendencia al aislamiento y paralelamente trastornos en el aprendizaje, falta de autonomía y miedo a crecer y asumir responsabilidades. De ahí la importancia de consultar a tiempo. Lista de alteraciones orgánicas que pueden quedar en forma permanente como consecuencia de un trastorno alimentario severo. Las secuelas son tanto más frecuentes cuanto mayor ha sido el tiempo de evolución de la enfermedad.

Lamentablemente se ha comprobado que la tasa de mortalidad se incrementa ostensiblemente luego de transcurridos cinco años de enfermedad, siendo infrecuente en las etapas iniciales; de ahí la importancia de la detección precoz de estos trastornos para no demorar el tratamiento.

2.8.2 Secuelas cardiovasculares:

Arritmias: extrasístoles supra ventriculares y ventriculares - bloqueos de ramas H. de Hiss - bradicardia.

Disminución del tamaño cardíaco: corazón “en gota”.

Prolapso de válvula mitral: según el grado de severidad, es una de las causas principales de muerte súbita, junto con las arritmias producidas por otros mecanismos.

Hipotensión.

Extremidades frías.

Cierto grado de insuficiencia cardíaca.

Secuelas endocrinológicas:

Ovarios poli quísticos: esterilidad, acné severo, incremento del vello, alopecia, androgenización

Osteoporosis (disminución de la densidad ósea): tendencia a las fracturas patológicas.

Déficit de hormonas tiroideas, con la consecuente disminución del metabolismo basal.

Trastornos en la regulación de la producción de insulina: curvas anormales de tolerancia a la

Extremidades frías.

Cierto grado de insuficiencia cardíaca.

Secuelas endocrinológicas:

Ovarios poli quísticos: esterilidad, acné severo, incremento del vello, alopecia, androgenización

Osteoporosis (disminución de la densidad ósea): tendencia a las fracturas patológicas.

Déficit de hormonas tiroideas, con la consecuente disminución del metabolismo basal.

Trastornos en la regulación de la producción de insulina: curvas anormales de tolerancia a la glucosa.

2.8.3 Secuelas dermatológicas:

Alopecia (caída del cabello): miniaturización de los folículos pilosos, cabello fino, ralo y quebradizo.

Acné tardío

Piel pálido-amarillenta y seca, con tendencia a la ruptura de vasos capilares (“arañitas”)

2.8.4 Secuelas digestivas:

Síndrome de malabsorción por “intestino liso”: hay una gran disminución en la superficie absorbente intestinal lo que conlleva fundamentalmente a déficits minerales (hierro, calcio, magnesio y zinc) y polivitamínicos.

Alteraciones en el ritmo evacuatorio: diarrea - constipación.

Reflujo gastroesofágico: debido a alteración permanente del esfínter esofágico inferior provocada por los reiterados vómitos autoinducidos.

Úlcera gastroduodenal - gastritis crónica. Secuelas hematológicas:

Déficit de leucocitos (glóbulos blancos), lo que determina mayor propensión a las infecciones.

Muchos pacientes presentan alteraciones inmunológicas similares a las del SIDA.

Anemia difícil de revertir, con tendencia a la cronificación.

Trastornos en la coagulación sanguínea: déficit de plaquetas.

2.8.5 Secuelas nerviosas:

Anomalías electroencefalográficas

Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular: afortunadamente suele ser reversible con la recuperación nutricional.

Psicosis.

2.8.6 Secuelas psiquiátricas:

En muchas ocasiones le es difícil al médico psiquiatra efectuar un diagnóstico preciso, puesto que suele haber superposición de signos y síntomas característicos de diversas enfermedades psiquiátricas.

La sintomatología varía en función de la estructura de personalidad y la predisposición genética de cada paciente.

Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se hallan son:

Trastornos de ansiedad diversos: ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, etc.

Trastornos afectivos: depresión mayor, trastorno bipolar (alternancia de depresión y manía), trastornos esquizoafectivos, neurosis depresiva.

Trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.)

Trastornos psicósomáticos: hipocondría (preocupación y temor a padecer una enfermedad grave) y trastorno de somatización (el paciente "utiliza" múltiples molestias corporales como medio de liberar las tensiones internas).

Psicosis diversas (esquizofrenia en sus diversas formas, pero sólo en la persona con predisposición heredofamiliar).

Insomnio y otros trastornos del sueño.

Alteraciones del ritmo circadiano

2.8.7 Guía para la selección diaria de alimentos

- **Ley de la cantidad:** La cantidad de alimentos debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas del organismo. Los alimentos que proveen fundamentalmente calorías (energía) son los hidratos de carbono y las grasas. La cantidad de calorías deberá ser suficiente como para proporcionar calor para mantener la temperatura corporal, la energía de la contracción muscular y el balance nutritivo. Desde el punto de vista calórico, una dieta puede ser: suficiente, insuficiente, generosa o excesiva. De acuerdo a esta ley, los regímenes adelgazantes se consideran "insuficientes", ya que permiten un descenso de peso a expensas de un contenido

calórico reducido. El requerimiento calórico para cada persona en particular deberá ser determinado por un profesional en nutrición, considerando edad, sexo, contextura, actividad, situaciones especiales: diabetes, obesidad, desnutrición, etc.

- **Ley de la calidad:** Toda dieta deberá ser completa en su composición, asegurando el correcto funcionamiento de órganos y sistemas. En todo régimen deberán estar presentes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. De acuerdo a esta ley, los regímenes se clasifican en completos (variados) e incompletos.

- **Ley de la armonía:** Las cantidades de los diversos principios que componen la alimentación deberán guardar una relación de proporción entre ellos, de manera tal que cada uno aporte una parte del valor calórico total. Se recomienda que toda dieta normal contenga: - proteínas: 12 a 15% del valor calórico total - grasas: 30 a 35% del valor calórico total - carbohidratos: 50 a 60% del valor calórico total.

- **Ley de la adecuación:** Toda dieta deberá ser la apropiada para cada individuo en particular, considerando: edad, sexo, actividad, estado de salud, hábitos culturales y economía. Ello implica una correcta elección de los alimentos, así como una correcta preparación.

2.9 Abuso sexual infantil

El abuso sexual es una de las manifestaciones más graves del maltrato ejercido hacia la infancia y ocurre cuando un adulto utiliza la seducción, el chantaje, las amenazas o la manipulación psicológica para involucrar a un niño o niña en actividades sexuales de cualquier índole. Esta forma de maltrato infantil representa un problema social de grandes proporciones, sobre todo por el sufrimiento que esta experiencia ocasiona en la vida de las víctimas y sus familias, ya que los efectos inmediatos y de largo plazo constituyen una amenaza potencial al desarrollo psicosocial de los niños y jóvenes que han sufrido estas situaciones. Asimismo, impacta en el modo de relacionarse de las víctimas, quienes corren el riesgo de validar patrones de interacción abusivos, reproduciéndolos en la vida adulta. En Chile, se ha estimado que alrededor de 1 de cada 10 niños (as) sufre de abuso sexual y que la edad de mayor riesgo son los niños y niñas entre 7 y 11 años. Frente a lo anterior, es necesario prevenir la ocurrencia del abuso sexual infantil, educando a los niños y niñas acerca de los peligros circundantes, incentivarlos a buscar personas idóneas que puedan protegerlos y lo más importante, acoger al niño y realizar acciones que tiendan a su protección en caso de que los abusos ya hayan ocurrido. ¿Cómo conversar del abuso sexual con

los niños? Los niños no pueden imaginar qué es un abuso sexual y no es fácil abordar este tema con ellos. Los menores no se expresan como adultos y les es difícil hablar. Con todo, es necesario ayudarles a protegerse, sin darles el sentimiento de que todo el mundo es peligroso. Como para los accidentes de tránsito, es necesario conocer los riesgos de los abusos sexuales para evitarlos mejor. El abuso sexual existe. Está prohibido. La ley protege a los niños y castiga a los agresores. La educación sexual de los niños se hace en el colegio, con sus profesores, compañeros y amigos, y también en la familia, con motivo de los acontecimientos de la vida diaria. Es en este lugar de intercambio y ternura que desarrollarán su capacidad de asumir su sexualidad y protegerse. Aproveche las respuestas que el niño da para explicarle que su cuerpo le pertenece y que puede decir NO, que tiene derecho al respeto y a la protección de los adultos. ¿Cómo enseñar a los niños y niñas a protegerse? Padres, abuelos y mayores acompañan a los niños en el aprendizaje de la vida, les transmiten su propia experiencia para que los niños enfrenten mejor los riesgos y se sientan bien consigo mismos. Les enseñan las normas de buena conducta en sociedad, según un código válido para todos: la ley, la moral, la cortesía. Deben también darles confianza en sí mismos, enseñarles a salir solos de situaciones complicadas, sabiendo evaluar el peligro y encontrar la ayuda necesaria.

No se trata de sobreproteger a su hijo o de ignorar los riesgos que corre: de los medios de protegerse. Un niño bien informado tiene más oportunidades de no ser una víctima.

Jueguen juntos para encontrar soluciones a situaciones inesperadas: “¿Y si pierdes tus llaves, qué harías?” “¿y si te pierdes en una gran tienda?”. Enséñele encontrar soluciones por sí mismo, sin asustarse. Aproveche las situaciones que perturban a su niño para escucharlo sin reproches y mostrarle su confianza. Si se sabe escuchado, se atreverá a hablar de lo que le preocupa. Anímelo para que tenga confianza en sí mismo: si es menos tímido con los adultos, se defenderá mejor. Dele normas de protección, dé a su niño reglas de protección y dígame siempre las verdaderas razones de sus recomendaciones. Dígame que tiene el derecho a rechazar una propuesta de un adulto, incluso si lo conoce; que no es maleducado ignorar a un adulto que le pide acompañarlo a alguna parte: esa persona encontrará ayuda en otra parte; que si se siente en peligro en la calle debe acercarse a un grupo de personas o entrar en la tienda o negocio más cercano. Que debe buscar ayuda hasta encontrar alguien que le crea y que actúe. Discuta con él lugares donde usted no quiere que pase o que juegue. Déjele siempre un medio de llamar por teléfono (monedas o celular) y algunas direcciones y números de teléfono. Dele normas simples y razones justas.

Construya su red de apoyo El niño sabe que algunos adultos son incapaces de controlarse, por ejemplo, cuando beben demasiado o montan en cólera. El puede comprender que los adultos que cometen abusos sexuales son personas que tienen problemas y que son raros. Pensar que puede ser agredido no es fácil, pero tendrá menos miedo si sabe qué hacer. Las normas de seguridad ayudan a los niños a ser independientes y seguros: así, pueden entonces seguir siendo espontáneos y afectuosos. Haga con su hijo o hija una lista de personas a quienes puede confiarse si se siente en peligro: alguien de la escuela, un comerciante, un policía o los padres de un amigo. Vele porque su niño o niña vaya y vuelva de la escuela con uno o dos compañeros; para los más pequeños organice “regresos acompañados” con otros padres. Conozca a sus vecinos, siéntase responsable de los amigos de su hijo. La protección de los niños es asunto de todos. Fomente las actividades que enseñanza los niños cómo ayudarse mutuamente y ocuparse de los más pequeños. Hay personas en torno a usted que pueden ayudarles, en las escuelas, en las municipalidades, las asociaciones comunales, entre otras. ¿Cómo reaccionar si el niño revela que ha sido objeto de abusos sexuales? Las consecuencias del abuso sexual serán menos graves si su actitud es comprensiva cuando el niño se confía. El niño víctima sufre toda una gama de emociones: tristeza, cólera, angustia o depresión. Evite proyectar sus propios sentimientos sobre él, para no reforzar su traumatismo o su sentimiento de culpabilidad. Su niño quizá no está dispuesto, en el momento mismo, a hablarles del agresor o de las circunstancias de la agresión. Encontrará su equilibrio emotivo si lo apoyan sin acosarlo con preguntas. Cuando los niños y niñas son víctimas de abusos sexuales, no lo dicen siempre con palabras. Pueden también manifestar que sufren por su cambio de comportamiento: ¡sepa observarlo! Si le habla, créale y tranquilícelo: se sabe que un niño raramente miente cuando se queja de un abuso sexual. Debe afirmarle que, en este caso, un niño no es responsable: es el agresor que no está bien de la cabeza. Asegúrelo de que no es culpable y que ahora está seguro. Dígale que está prohibido por la ley y que deben decirlo a la policía para que el agresor sea encontrado y que eso no les pase a otros. Hábleles a sus hermanos y hermanas, sin dramatizar, y reanuden toda la vida cotidiana normalmente. Escúchelo tranquilamente, no dramatice. Utilice las mismas palabras que él para hablar. No se quede solo: consulte a su médico de familia, hable con una persona de confianza, acuda a un centro de salud o a la policía. ¿Cómo iniciar la conversación con los niños? Para comenzar a conversar con los niños sobre el abuso sexual, puede hacerlo usando la siguiente introducción: La sexualidad es un aspecto importante y positivo de nuestra vida, ya que a través de ella podemos amar, disfrutar y

tener hijos. Lamentablemente, no todos los mayores viven bien la sexualidad. Hay algunos mayores, desconocidos o de la propia familia, que en lugar de vivir la sexualidad con personas de su edad, abusan de los niños obligándoles a hacer cosas sexuales. A esto le llamamos abuso sexual a los niños. Vamos a hablar de este tema, vamos a aprender a decir NO a los mayores si quieren abusar de los pequeños y vamos a aprender a pedir ayuda si nos pasa esto. Para comenzar te voy a mostrar un cuestionario de 13 preguntas, cada una de las cuales tiene tres opciones de respuesta, tú escoge la que te parece más adecuada. Cuando termines conversaremos sobre tus respuestas y los temas que ellas plantean.

Respuestas al cuestionario y temas para indagar.

1. Un vecino te invita a su casa para mostrarte unos perritos recién nacidos.
 - A. Tú lo acompañas ya que te gustan mucho los perritos.
 - B. Tú no lo acompañas ya que no debes aceptar invitaciones si tus padres no lo saben.
 - C. Tú dudas si acompañarlo o no.
- B. Tú no lo acompañas. Si un vecino te invita a su casa para mostrarte unos perritos u otra cosa que sea de tu interés, debes preguntarle a tus padres primero. Tú no sabes cuales son las verdaderas intenciones de tu vecino.
2. Una persona que no conoces te va a buscar a la salida del colegio de parte de tus papás:
 - A. Le dices no a esa persona, ya que tus padres no te han dicho nada.
 - B. Te vas con esa persona.
 - C. Conversas con esa persona para ver si dice la verdad.
- A. Le dices NO, te alejas de ahí y te acercas a otras personas. Tus padres seguramente nunca mandarían a un desconocido a buscarte al colegio sin avisarte. Por lo tanto, si un día ellos no llegan a la hora en que debían recogerte, lo mejor es buscar a un profesor o a otros padres para que esperen contigo.
3. Un señor te dice que es doctor y que quiere examinarte:
 - A. Le dices que no, y le cuentas a alguien de confianza.
 - B. Tienes dudas de dejarlo que te examine.
 - C. Dejas que te examine.
- A. Le dices que NO y le cuentas a alguien de confianza. Recuerda que los verdaderos doctores atienden en clínicas o consultas en los que generalmente hay bastantes personas. A estos lugares

tú irás junto a tus padres o alguien de confianza que se asegure de que te examinará la persona indicada.

Tema de conversación: **El Engaño**

Mensaje sugerido:

Hay personas que con tal de conseguir lo que quieren, son capaces de mentir. Por esta razón es importante estar atento a este tipo de situaciones, preocupándote siempre de no hacer caso de lo que te diga un desconocido, aunque te hable de cosas que para ti sean conocidas, como datos de tu familia, amigos, colegio, etc.

Si es alguien que conoces porque lo ves frecuentemente cerca de tu casa o colegio, y te ofrece algo de interés, debes preguntar siempre a tus padres o a alguien de confianza que pueda asegurarse de que no te harán daño.

4. Alguien te pide que te saques la ropa para mirarte

A. Tú dices que bueno y te sacas la ropa.

B. Te sientes incómodo o incómoda y no sabes qué hacer.

C. Le dices que no y te vas, porque crees que eso no es bueno

C. Le dices que NO y te vas. Tú no tienes por que hacer lo que te pide un desconocido. Incluso si es conocido y tú crees que no está bien lo que te pide, debes decir no y alejarte de él o ella.

Tema de conversación: **Tu cuerpo te pertenece**

Mensaje sugerido:

Todos los niños y niñas tienen derechos que deben ser respetados por los adultos. Uno de tus derechos es decidir sobre tu cuerpo ya que tu cuerpo te pertenece. Nadie tiene el derecho a tocarte o mirarte si tu no quieres. Debes sentirte cómodo, seguro y feliz cuando alguien te acaricia o te mira con afecto.

Si te sientes incómodo o desconfías cuando alguien te pide que te desvistas para mirarte, tienes todo el derecho a decir NO y a contarle a alguien de confianza lo sucedido para que te proteja.

5. Un niño más grande te habla de sexo y te pide no contarle a nadie.

A. Te alejas de él, ya que si te pide no contarle a nadie puede ser malo.

B. Lo escuchas porque eso te interesa.

C. Te sientes incómodo pero prometes no contarle a nadie.

A. Te alejas de él. Cuando una persona te pide que guardes este tipo de secretos es porque no está bien lo que está haciendo y no quiere que nadie se entere.

Estos son malos secretos que no se deben guardar.

Tema de conversación: **Secretos buenos y secretos malos**

Mensaje sugerido:

Todos nosotros tenemos secretos que preferimos no contar a nadie y que forman parte de nuestra intimidad. Otras veces se los contamos sólo a nuestros mejores amigos. No está mal tener secretos, pero debes saber que hay algunos que no debemos guardar porque son malos secretos.

Para diferenciar un buen secreto de un mal secreto, debemos pensar en las consecuencias que puede tener el guardarlo. En ocasiones alguien hace algo que no está bien y nos pide que guardemos el secreto. Por ejemplo, alguien puede abusar sexualmente de un niño y le pide que no se lo cuente a nadie. En este caso o en cualquier caso de agresión, si guardamos el secreto y no le contamos a nadie lo que ha pasado, nadie podrá ayudarnos y nadie podrá evitar que nos vuelva a pasar. Guardar este secreto tiene malas consecuencias, por lo tanto es un mal secreto. Debemos contar lo ocurrido a un adulto de confianza para que evite que nos vuelva a pasar o que pueda pasarle a otros niños o niñas.

Los mayores pueden enseñar a los niños algunas cosas sobre sexualidad, pero si su verdadera intención es educar, entonces lo pueden hacer delante de todos y no necesitan guardar el secreto. Si un mayor te habla de sexo y te pide que guardes el secreto, entonces lo más probable es que esa persona no tenga buenas intenciones contigo.

6. Alguien más grande que tu te amenaza con pegarte sino haces lo que te pide:

A. Le obedeces porque tienes miedo.

B. Arrancas y le cuentas a una persona en quien tienes confianza.

C. No sabes qué hacer y lloras.

B. Se lo cuentas a un adulto (tu profesor, tus padres o un familiar) para que te proteja y no te vuelva a ocurrir.

7. Un adulto quiere que tú lo mires sin ropa:

A. Te alejas y buscas a alguien para contarle.

B. Te sientes incómodo y no sabes qué hacer.

C: Te quedas mirándolo para que no se enoje.

A. Te alejas y buscas a alguien para contarle y pueda protegerte de esa persona.
Los adultos no siempre tienen la razón y también hacen cosas que no están bien.

Tema de conversación: **Decir no**

Mensaje sugerido:

Todas las personas tenemos derecho a decir NO, aún cuando sea alguien mayor quien nos pide u ordena algo. Los mayores no tienen todos los derechos sobre los niños. Si nos piden que hagamos algo que no queremos hacer o que sabemos que no está bien hacerlo, entonces tenemos derecho a decir NO. Si no te atreves a decir NO porque tienes miedo que te hagan daño, intenta arrancar lo más pronto posible y buscar a alguien que te proteja o también puedes gritar y hacer mucho ruido para que alguien te escuche. Nadie te puede obligar a hacer algo que no quieres.

También hay situaciones en las que es difícil decir NO, sobre todo cuando es un familiar o un amigo quien nos pide algo, o porque no sabemos cómo dar una negativa o no queremos herir los sentimientos de los demás. Pero existen formas de decir NO sin herir a los otros, por ejemplo: “lo siento pero NO quiero hacerlo”; “NO, no creo que sea correcto”; “Lo siento pero NO me interesa”;

“Prefiero NO hacerlo”; “NO, no me gusta hacer esto”.

Decir NO tiene ventajas, como por ejemplo evitar que se aprovechen de nosotros, que los demás sepan cuáles son nuestros sentimientos y por lo tanto, que no nos vuelvan a hacer esa petición.

¿De qué otra forma podemos decir NO?

8. Te gustaría hablar de algo que te han hecho, pero tienes miedo que no te crean:

A. Buscas hablar con alguien que te crea.

B. Decides no hablar con nadie.

C. Piensas que no te van a creer o se van a enojar.

A. Buscas hablar con alguien que te crea. Siempre encontrarás a alguien que te escuche, confíe en ti y te proteja.

Tema de conversación: **Pedir ayuda**

Mensaje sugerido:

Todos tenemos problemas. A veces los podemos solucionar solos o se los podemos contar a nuestros amigos, pero otras veces son tan grandes que sentimos que nadie puede ayudarnos o que

los demás se van a preocupar demasiado por lo que nos está pasando. En estos casos, lo mejor es compartir nuestro problema con alguien de confianza que pueda ayudarnos.

Cuando los niños reciben alguna agresión, ya sea sexual o física, se sienten solos y muchas veces no acuden a nadie. Pero siempre habrá alguien que pueda escucharlos y protegerlos.

El recurso principal de un niño son sus padres, ellos son quienes deben protegerlo y ayudarlo. Pero si por alguna razón un niño no tiene padres, sus padres no le creen, o son ellos mismos quienes le hacen daño, entonces NO debe darse por vencido.

Un niño que no tiene padres o cuyos padres no le creen o no lo protegen, puede buscar a otros adultos de confianza y contárselo hasta encontrar a alguien que le crea. Puede ser alguien de la familia, un tío o tía, abuelito o abuelita, o también un profesor, un carabinero, un médico, un psicólogo, etc.

¿Cómo lo harías tú?

9. Una persona te ofrece un regalo si lo dejas que te toque:

- A. Tú aceptas ya que piensas que no tiene nada de malo.
- B. Tú dices no, y buscas a alguien de confianza para contarle.
- C. Tú conversas con él para ver si sus intenciones son buenas.
- D. Le dices que NO aceptas el trato y se lo cuentas a un adulto. Las caricias no se compran, eso es un soborno. Tú decides a quien acaricias y cuando lo haces.

No tienes por qué hacer algo que no te apetece o crees que no está bien.

Tema de conversación: **Sobornos y regalos**

Mensaje sugerido:

Cuando una persona nos hace un regalo nos sentimos contentos ya que éstos son una muestra de afecto. Generalmente recibimos regalos de nuestros familiares y amigos en nuestro cumpleaños, en navidad, cuando nos portamos bien o tenemos buenas notas, cuando estamos enfermos, etc. Incluso, hay ocasiones en las que sin ser un día especial, alguien nos regala algo y nos hace sentir bien.

Sin embargo, a veces alguien nos da un regalo y nos pide algo a cambio, y esto es lo que llamamos soborno. Los regalos son buenos pero los sobornos NO, pues un regalo se hace incondicionalmente y sin pedir nada a cambio. Por esta razón debemos aprender a decir NO a los sobornos ya que nadie puede obligarnos a hacer algo que no queremos a través de sobornos.

C. Te alejas y buscas alguien a quien contarle ya que piensas que nadie debe tocar tus partes privadas.

D. Tú te alejas y buscas a alguien a quien contarle. No importa que sea un familiar, un amigo o un desconocido. Tu cuerpo te pertenece y nadie debe hacerte cosas que te molesten. Tienes derecho a decirle NO a un adulto, aunque tú lo conozcas bien.

Tema de conversación: Caricias malas (partes privadas)

Mensaje sugerido:

Nuestro cuerpo puede avisarnos cuando algo nos incomoda. Si una persona nos toca de una forma que no corresponde o que nos hace sentir mal, nuestro cuerpo reacciona haciendo que nuestro corazón palpite más rápido, sentimos calor en la cara, a veces podemos temblar o sentir ganas de vomitar.

Esto ocurre generalmente cuando alguien toca nuestras partes privadas. Las partes privadas son las que están cubiertas por el traje de baño.

Si algo así te sucediera tú puedes:

- Decirle ¡basta, esto no me gusta!
- ¡Si me sigues molestando te voy a acusar a...!
- Gritar y hacer mucho ruido
- Tratar de arrancar del lugar

11. Un miembro de tu familia te ha hecho algo y te dice que no le cuentes a nadie porque te van a echar la culpa:

A. No le cuentas a nadie para que no te echen la culpa.

B. Buscas a quien contarle lo sucedido ya que piensas que no es tu culpa.

C. No sabes qué hacer ya que te sientes un poco culpable.

D. Buscas a alguien a quien contarle lo sucedido. En estos casos siempre debes contarle lo ocurrido a un adulto de confianza (padres, profesor, familiar, vecino, etc.). Si te ocurriera esto, nunca sería culpa tuya y tampoco debes sentir vergüenza. La culpa es siempre del agresor.

Tema de conversación: Culpa/agresor

Mensaje sugerido:

Los adultos deben proteger a los niños, sin embargo, en ocasiones éstos pueden hacerles daño. A los adultos que abusan de los niños y niñas obligándoles a hacer cosas sexuales se les llama

Tema de conversación: **Culpa/agresor**

Mensaje sugerido:

Los adultos deben proteger a los niños, sin embargo, en ocasiones éstos pueden hacerles daño. A los adultos que abusan de los niños y niñas obligándoles a hacer cosas sexuales se les llama agresores sexuales. Estos adultos a veces son personas conocidas, familiares o amigos, y pueden ser hombres o mujeres, jóvenes o viejos.

Los adultos que abusan de los niños, pueden hacerlo obligándolos a través del uso de la fuerza o intentando engañarlos usando frases como: “no es nada malo”; “lo vamos a pasar muy bien”; “va a ser nuestro secreto”; “yo sé que esto a ti también te gusta”.

También pueden amenazarlos diciéndoles por ejemplo, “si no haces lo que te digo le haré daño a alguien que tú quieres”. O quizás los obliguen a no contarle a nadie a través de frases como: “si cuentas lo que pasa tu mamá te abandonará o se volverá loca”; “si cuentas nadie te va a creer”; “si cuentas todos creerán que es tu culpa”; “por tu culpa se destruirá la familia”.

Lo importante es que tengas claro que un niño NUNCA TIENE LA CULPA de las acciones de los adultos abusadores. Ellos son los únicos responsables de sus actos y deben aprender que lo que hacen no está bien. Si un niño es abusado por un adulto, tiene derecho a decir NO y a contarle a alguien para que lo proteja.

12. Un niño más grande te invita a jugar a desvestirse y tocarse:

A. Le dices que no, te acercas a un adulto de confianza y le cuentas.

B. No quieres jugar a eso porque no te parece bien, sin embargo te da miedo y terminas jugando con él.

C. Juegas con él ya que si es un juego no tiene nada de malo.

D. Le dices que no, te acercas a un adulto de confianza y le cuentas. Ese tipo de juegos no son adecuados y si un niño más grande que tú te invita a jugar de esa manera, es importante que le cuentes a alguien ya que él no está actuando bien y probablemente necesita ayuda.

Tema de conversación: **Juegos sexuales**

Mensaje sugerido:

Todos los niños tienen derecho a jugar, incluso los más grandes. Tanto niños como niñas pueden jugar con pelotas, muñecas, autos, legos, juegos de casa, juegos de salón, etc. Sin embargo hay

juegos que no son apropiados para los niños porque afectan su desarrollo normal y pueden provocarles problemas en la vida adulta.

A estos juegos los llamamos juegos sexuales inapropiados, y son aquellos que se producen entre niños con bastante diferencia de edad, o entre niños de la misma edad pero que los mantienen ocupados gran parte del tiempo dejando de lado otros juegos que antes les gustaban o han llegado a extremos como desvestirse y tocarse las partes privadas.

Es importante que aprendamos a conocer nuestras partes privadas, para lo cual es necesario que de vez en cuando nos toquemos. Pero eso lo podemos hacer nosotros solamente, nadie tiene derecho a tocar nuestras partes privadas.

Cuando un niño de tu edad o mayor que tú, insiste en ver o acariciar tus partes privadas, aún sin tu consentimiento, es importante que lo hables con un adulto, pues los niños que se comportan de ese modo, es decir, son muy insistentes respecto a temas y juegos sexuales, probablemente son o han sido víctimas de una situación abusiva de la que probablemente nunca han hablado, y si tú le cuentas a un adulto responsable, probablemente estarás ayudando a ese niño.

13. Alguien que tu quieres mucho te hace cariño y eso te hace sentir querido:

A. Estás contento.

B. Estás contento, pero no te atreves a decirlo.

C. Estás contento, lo dices, y es todavía mejor.

En esta pregunta las tres respuestas son correctas, pero es bueno que te atrevas a decir lo que sientes cuando estás contento o molesto, porque así las personas sabrán lo que te agrada o desagrada. Cuando alguien que nos quiere nos acaricia de una forma que nos gusta, nos sentimos contentos, podemos decirle que nos han gustado mucho esas caricias e incluso podemos devolverle el cariño.

Tema de conversación: Caricias buenas

Mensaje sugerido:

Cuando una persona nos hace cariño para demostrar su afecto, nos sentimos bien, seguros, felices y cómodos. Las caricias buenas generalmente las recibimos de parte de nuestros padres, familiares, profesores, amigos o amigas y algunos ejemplos de éstas son: un abrazo, un cariño en la cabeza, un beso en la frente, un golpe suavcito en la espalda, unas cosquillas, etc.

Si alguien te acaricia y te sientes bien, es bueno decir lo que sientes ya que así las personas te conocerán mejor y podrán complacerte con más frecuencia.

Los vínculos sanos o seguros, se caracterizan por una comunicación abierta y espontánea de necesidades, sentimientos y emociones. No tengas miedo de decir lo que sientes o de pedir algo que quieres, quien te aprecia agradecerá tu franqueza

2.9.1 Derechos de los niños y niñas

Derecho a la vida:

A la vida, la sobrevivencia y el desarrollo.

A gozar de buena salud física y psicológica.

A que quienes les rodean también tengan acceso a la salud.

A vivir en un medio ambiente sano.

A que existan áreas verdes, de esparcimiento y recreación.

Derecho a ser niño o niña:

A ser valorados como niño o niña.

A reír, amar y jugar.

Al esparcimiento y a la recreación.

A pensar como niño o niña y ser escuchado o escuchada.

A tener amigos.

A tener héroes, sueños y fantasías.

A que su visión del mundo pueda manifestarse.

Derecho a crecer en familia:

A ser querido, recibir y demostrar afecto.

A ser aceptado por lo que es.

A no ser separado de sus padres.

A mantener contacto permanente con sus padres y con los miembros de su familia cuando deba estar separado de ellos.

A que ambos padres asuman la responsabilidad de su crianza.

A que sus padres cuenten con medios para proveer su desarrollo.

A participar dentro de su familia y ser tomado en consideración.

A formar su identidad individual, social y cultural.

Derecho a participar y ser respetado:

A un trato digno y considerado.

A opinar y ser escuchados.

A poder equivocarse.

A participar en la vida social y cultural del país.

A dar su opinión en lo que le concierne.

Y a que esta sea tomada en cuenta.

A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

A la intimidad.

A tener acceso a la información.

A que se respete su origen étnico y cultural.

A que respeten sus derechos en los procedimientos judiciales.

A atención especial cuando se trate de niños discapacitados.

Derecho a la formación y a la educación:

A recibir las herramientas para enfrentar su futuro.

A ser apoyados en todas las fases de su formación.

A la educación parvularia.

A una educación básica gratuita.

A que el sistema escolar lo acoja a pesar de sus diferencias.

A que el sistema escolar comprenda y satisfaga sus necesidades.

Derecho a la protección:

A estar protegido de los malos tratos violencia o abuso.

A estar protegido de la explotación económica.

A estar protegido de la explotación sexual.

A estar protegido de drogas y estupefacientes.

A estar protegido del tráfico de niños.

A ser tratado en forma digna (prohibición de tratos crueles).

A que en caso de estar internado se revise periódicamente su situación.

2.10 Inteligencia Emocional

Cualquier persona de negocios conoce la historia de algún ejecutivo dotado de grandes habilidades e inteligencia que alguna vez fue promovido a una posición de liderazgo para luego fracasar en ella. Seguramente, también ha oído la historia de alguien que tiene la inteligencia y sólidas habilidades técnicas, pero no extraordinarias, que fue promovido a un cargo similar y luego se desempeñó con pleno éxito.

Estas anécdotas reafirman la creencia, ampliamente difundida, de que identificar aquellos individuos que tienen lo esencial para ser líderes es más un arte que una ciencia. Después de todo, los estilos de los grandes líderes varían: algunos son tímidos y analíticos, mientras que otros proclaman a gritos sus ideas desde la cima. Más importante aún, diferentes situaciones reclaman distintos tipos de liderazgo.

Sin embargo, los líderes más efectivos se parecen en un punto crucial: todos tienen un alto grado de lo que se llama 'inteligencia emocional'. No significa esto que el cociente intelectual y las habilidades técnicas sean irrelevantes. Son importantes, pero como puntos de partida; constituyen requisitos de entrada a las altas posiciones ejecutivas. Pero las investigaciones que he llevado a cabo, junto con otros estudios recientes, demuestran claramente que la inteligencia emocional es el "*sine qua non*" del liderazgo. Una persona que carezca de ésta puede tener el mejor entrenamiento del mundo, una mente analítica e incisiva y un sinnúmero de ideas pero, no será un gran líder. En el transcurso del último año, nos hemos concentrado en estudiar cómo la inteligencia emocional opera en el trabajo. En especial, examinamos la relación entre ésta y el desempeño efectivo en los líderes. Se ha observado de qué manera la inteligencia emocional se ve plasmada en el trabajo. ¿Cómo se sabe si alguien tiene alta inteligencia emocional? ¿Cómo reconocerla en uno mismo? El siguiente estudio examina algunas de estas preguntas y toma en cuenta cada uno de los componentes de la inteligencia emocional: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales.

2.10.1 Evaluar la inteligencia emocional

La mayoría de las grandes empresas utilizó psicólogos entrenados para desarrollar lo que se conoce como "modelos de competencias", para ayudar en la identificación, entrenamiento y promoción de personas que sean posibles "estrellas" debido a su liderazgo. Asimismo, los psicólogos también desarrollaron estos mismos modelos para posiciones de menor nivel. En años

recientes, analicé modelos de competencia para 188 empresas. La mayoría es una firma global y de gran tamaño, como Lucent Technologies, British Airways y Credit Suisse. Al llevar a cabo este trabajo, el principal objetivo era determinar qué capacidades personales generaban un desempeño sobresaliente dentro de estas organizaciones y hasta qué grado lo hacían. Se agrupó las capacidades en tres categorías: destrezas puramente técnicas como contabilidad y planeamiento de negocios; habilidades cognoscitivas como razonamiento analítico y competencias que demostraban inteligencia emocional, como la habilidad de trabajar en equipo y la efectividad para liderar el cambio.

En otro tipo de modelos, los psicólogos utilizaron criterios objetivos, como la rentabilidad de cada división, para diferenciar dentro de las organizaciones a los actores sobresalientes de los del promedio. Los gerentes fueron entrevistados y sometidos a pruebas, y se compararon sus capacidades. El proceso arrojó como resultado listas de "ingredientes" para líderes altamente efectivos. Esta lista varía en su longitud entre 7 y 15 ítems, con factores como iniciativa y visión estratégica.

Al analizar estos datos, encontré resultados realmente dramáticos. Sin duda, el intelecto era un motor de desempeño sobresaliente. Las habilidades cognoscitivas, como el pensamiento amplio y la visión a largo plazo, fueron particularmente importantes. Pero al calcular la razón entre destrezas técnicas, cociente intelectual e inteligencia emocional - todos ellos ingredientes para un excelente desempeño - la inteligencia emocional resultó tener el doble de importancia que los demás para trabajos en todos los niveles.

Así mismo, los análisis demostraron que la importancia que tiene la inteligencia emocional aumenta a medida que se llega a los niveles más altos de las empresas, en los cuales eran insignificantes las diferencias en las destrezas técnicas. En otras palabras, a medida que el rango de una persona con desempeño estrella era más alto, con mayor frecuencia sus capacidades de inteligencia emocional surgían como la principal razón de su efectividad. Cuando se comparó los actores estrella con los actores promedio en posiciones de liderazgo, casi el 90 por ciento de la diferencia en los perfiles se le atribuía a factores de inteligencia emocional y no a habilidades cognoscitivas.

Otros investigadores han confirmado que la inteligencia emocional no sólo distingue a los líderes sobresalientes, sino que puede estar unida al desempeño sobresaliente. Los hallazgos del desaparecido David McClelland, el reconocido investigador en comportamiento humano y

organizacional, son un buen ejemplo. En su estudio de una multinacional de alimentos y bebidas realizado en 1996, McClelland encontró que cuando los altos gerentes tenían una masa crítica de capacidades de inteligencia emocional, las divisiones que dirigían superaban las metas de ganancias en un 20 por ciento. Mientras tanto, las divisiones con líderes que carecían de esa masa crítica quedaban por debajo de las metas en un porcentaje similar. Vale la pena anotar que los hallazgos de McClelland mantuvieron su validez en las divisiones de esa compañía de Estados Unidos, Asia y Europa.

En pocas palabras, las cifras empiezan a mostrarnos una historia persuasiva acerca del vínculo entre el éxito de una empresa y la inteligencia emocional de sus líderes. Igualmente importante, las investigaciones demuestran que las personas pueden, desarrollar su inteligencia emocional si toman el enfoque correcto.

2.10.2 Autoconciencia

La conciencia de sí mismo es el primer componente de la inteligencia emocional, lo que tiene sentido si uno recuerda que el oráculo de Delfos aconsejaba, miles de años atrás, "conócete a ti mismo". La autoconciencia significa tener un profundo entendimiento de nuestras emociones, fortalezas, debilidades, necesidades e impulsos. Las personas con una fuerte autoconciencia no son demasiado críticas ni tampoco tienen esperanzas irreales. Más bien, son honestos consigo mismas y con los demás.

Aquellos con un alto grado de autoconciencia reconocen cómo sus sentimientos los afectan a sí mismos, a otras personas y al desempeño en el trabajo. Así, una persona autoconsciente que sabe que las fechas límite despiertan lo peor de sí misma, planea su tiempo cuidadosamente y realiza su trabajo con anterioridad. Una persona con un alto nivel de autoconciencia será capaz de trabajar junto con un cliente exigente. Entenderá el impacto de éste en su temperamento y las razones profundas de sus frustraciones. Una persona así entenderá que "las exigencias triviales del cliente nos apartan del verdadero trabajo que debe llevarse a cabo". Irá un paso más adelante y desplazará su furia hacia algo más constructivo.

La autoconciencia se extiende al entendimiento que cada persona tiene de sus valores y metas. Una persona altamente autoconsciente sabe hacia dónde se dirige y por qué, y por ello es capaz de ser firme a la hora de declinar una oferta de trabajo tentadora en el aspecto financiero que no es acorde con sus principios y metas de largo plazo. Una persona que carezca de autoconciencia,

en cambio, está dispuesta a tomar decisiones que le traerán agitación interna porque pisotean sus valores. Al cabo de dos años en su trabajo, podría decir: "El dinero era muy bueno, por eso firmé el contrato, pero este trabajo representa tan poco para mí, que estoy constantemente aburrido". Por el contrario, las decisiones de las personas autoconscientes son acordes con sus valores y, en consecuencia, encuentran que su trabajo las llena de vigor.

¿Cómo puede uno reconocer la autoconciencia? En primer lugar, ésta se presenta como desprevención y habilidad para evaluarse a sí mismo en forma realista. Las personas con alta autoconciencia son capaces de hablar en forma abierta y precisa, aunque no necesariamente de forma efusiva, acerca de sus emociones y del impacto que éstas tienen en su trabajo. Por ejemplo, una gerente que era escéptica frente a un nuevo servicio de compra personal que iba a introducir al mercado su empresa, una gran cadena de tiendas por departamentos. Sin que hubiera recibido preguntas de su grupo o de su jefe, les explicó: "Para mí, es duro quedarme detrás de este servicio - admitió ella - porque yo realmente quería dirigir el proyecto, pero no fui seleccionada. Por favor, ténganme paciencia mientras me adapto a la situación". Esta gerente examinó sus sentimientos y una semana después estaba apoyando totalmente el proyecto.

A menudo, este tipo de autoconocimiento se nota en el proceso de selección de personal. Pídale a un aspirante a un puesto que describa algún momento en el cual se haya dejado llevar por sus sentimientos y haya hecho algo de lo que se haya arrepentido después. Los aspirantes autoconscientes serán francos al admitir sus fallas y probablemente contarán la historia con una sonrisa en la cara. Una de las marcas claves del autoconocimiento es un sentido del humor capaz de burlarse de sí mismo.

La autoconciencia también puede ser identificada mediante las evaluaciones de desempeño. Las personas autoconscientes conocen sus fortalezas y sus debilidades, y se sienten cómodas al hablar de estas; muchas veces con un afán por la crítica constructiva. En contraste, las personas con baja autoconciencia interpretan el mensaje de que tienen que mejorar como una amenaza o un signo de fracaso.

Otra forma como se puede identificar a las personas autoconscientes es por la confianza en sí mismas. Tienen una fuerte comprensión de sus capacidades y son menos propensas a dejarse llevar al fallo con tareas en exceso forzadas, por ejemplo. También saben cuándo pedir ayuda. Los riesgos que toman en su trabajo son calculados. Nunca aceptarán un reto que saben que no pueden manejar solos. Ellos juegan al nivel de sus propias capacidades.

En el estudio, consideramos las acciones de una empleada de nivel medio que ha sido invitada a participar en una reunión de estrategia con los miembros de la alta gerencia de la empresa. A pesar de ser la persona más joven en la reunión, no permaneció callada, escuchando en un silencio temeroso. Ella sabía que contaba con una lógica clara y con una habilidad para presentar sus ideas de manera persuasiva, así que presentó sugerencias convincentes con respecto a la estrategia de la compañía. Al mismo tiempo, la propia conciencia de sí misma la retuvo para no entrar en territorios donde ella sabía que era más débil.

Las investigaciones indican que a pesar de lo valioso que resulta tener personas autoconscientes en el trabajo, en la búsqueda de líderes potenciales, muchos altos ejecutivos no le dan a esto el valor que se merece. Muchas veces confunden esta desprevenición respecto a los sentimientos con debilidad, y no les dan el debido respeto a los empleados que reconocen abiertamente sus limitaciones. Estas personas son descartadas fácilmente al considerar que no son "suficientemente fuertes" para liderar a otros.

La verdad es justamente lo contrario. En primer lugar, generalmente las personas admiran y respetan la desprevenición. Más aún, a los líderes constantemente se les exige hacer juicios que requieren una evaluación cándida y desprevenida de sus capacidades y las de los demás. ¿Tenemos la pericia gerencial para adquirir a un competidor? ¿Podremos lanzar un producto en seis meses? Las personas que se evalúan a sí mismas honestamente - esto es, de forma autoconsciente - están preparadas para hacer lo mismo para las organizaciones que lideran.

2.10.3 Autorregulación

Los impulsos biológicos de la autorregulación manejan nuestras emociones. No los podemos dejar de lado, pero sí podemos hacer mucho para manejarlos. La autorregulación, que es como una conversación interna continuada, es el componente de la inteligencia emocional que nos libera de ser prisioneros de nuestros sentimientos. Quienes están comprometidos con esta conversación sienten - como cualquiera - mal humor e impulsos emocionales, pero encuentran la manera de controlarlos y canalizarlos en forma útil. Imaginemos a un ejecutivo que acaba de observar a un grupo de sus empleados exponiendo un análisis mediocre a la junta directiva de la empresa. Después del fracaso, el ejecutivo puede estar tentado a golpear la mesa con furia o hasta patear una silla. Podría dar un salto y gritarle a todo el grupo. O podría también mantener un

silencio sepulcral, mirando a cada uno antes de emprender su salida. Si él tuviera el don de la autorregulación, tomaría otro camino. Escogería cuidadosamente sus palabras, reconociendo el pésimo desempeño del grupo, pero sin adelantarse a hacer juicios precipitados. Después se haría a un lado para reflexionar sobre las razones del fracaso. ¿Serían razones personales o faltas de esfuerzo? ¿Existe algún factor atenuante? ¿Cuál fue el papel que el ejecutivo cumplió en esta debacle? Después de hacerse estas preguntas, llamaría a todo el equipo, expondría las consecuencias del incidente y presentaría sus sentimientos frente al hecho. Después presentará un análisis del problema y una solución conveniente. ¿Por qué es tan importante la autorregulación para los líderes? En primer lugar, las personas que están en control de sus sentimientos e impulsos, son razonables y capaces de crear un ambiente de confianza y equidad. En este tipo de ambientes, la politiquería y las peleas internas se reducen drásticamente y la productividad aumenta. Las personas con talento se congregan en la organización y no están tentadas a dejarla. La autorregulación tiene un efecto multiplicador hacia abajo. Nadie quiere ser reconocido como alguien exaltado y de mal genio cuando el jefe es conocido por su serenidad. Menos mal humor en los altos niveles significa aún menos mal humor en toda la organización. Segundo, la autorregulación es muy importante por razones competitivas. Todos sabemos que en la actualidad los negocios están llenos de ambigüedad y cambio. Las empresas se fusionan y se separan regularmente. La tecnología transforma el trabajo a un ritmo vertiginoso. Quienes logran dominar sus emociones pueden manejar los cambios. Cuando se anuncia un nuevo programa de cambio no entran en pánico. Por el contrario, son capaces de suspender los juicios y empezar a buscar información y escuchar a los ejecutivos que explican el nuevo programa. A medida que las iniciativas avanzan, son capaces de moverse junto con ellas. Algunas veces, incluso lideran el camino. Consideremos el caso de la gerente de una gran empresa manufacturera. Al igual que sus colegas, había utilizado un tipo específico de software durante cinco años. El programa determinaba la forma en que ella recolectaba y reportaba datos y cómo pensaba acerca de la estrategia de la empresa. Un día, los altos ejecutivos anunciaron que un nuevo programa sería recolectado y evaluado en la organización. Mientras que muchos de los empleados se quejaron frente a lo destructivo que serían los cambios, la gerente estudió las razones para justificar el nuevo programa y se convenció de su potencial para mejorar el desempeño. Asistió ansiosamente a las sesiones de entrenamiento, mientras que muchos de sus colegas se negaron a hacerlo, y fue promovida para manejar varias divisiones, en parte porque aprendió a utilizar la tecnología de

forma muy efectiva. Quiero hacer énfasis de nuevo en la importancia de la autorregulación en el liderazgo y sentar precedente de que ésta refuerza la integridad, que no es sólo una virtud personal sino también una fortaleza organizacional. Muchas de las cosas negativas que ocurren en las empresas son resultado de los comportamientos impulsivos. Las personas raramente hacen el plan de inflar sus utilidades, engrosar artificialmente las cuentas de gastos o abusar del poder para fines egoístas. Pero cuando se presenta una de estas oportunidades, las personas que tienen escaso control de sus impulsos dicen sí, y caen. En contraste, consideremos el comportamiento de un alto ejecutivo de una gran compañía de alimentos. Este era escrupulosamente honesto en sus negociaciones con los distribuidores locales. Rutinariamente exhibía su estructura de costos en detalle y les daba a los distribuidores un entendimiento realista del enfoque de fijación de precios de la empresa. Este enfoque implicaba que el alto ejecutivo no siempre podía regatear. Después, sintió la necesidad de aumentar sus ganancias con la retención de información con respecto a los costos de la empresa. Pero desafió ese impulso y se dio cuenta de que tenía mucho más sentido contrarrestarlo. Su autorregulación emocional generó relaciones fuertes y duraderas con los distribuidores, cosa que benefició a la empresa mucho más que cualquier ganancia financiera de corto plazo. Por tanto, las señas de la autorregulación emocional no son difíciles de pasar por alto: propensión a la reflexión y el pensamiento, conformidad con la ambigüedad y el cambio, integridad y habilidad para decir no a los instintos impulsivos. Como la autoconciencia, la autorregulación tampoco se recompensa con frecuencia. Las personas que pueden dominar sus emociones son consideradas muchas veces como frías y faltas de pasión. Las que tienen temperamentos vehementes son consideradas como los líderes clásicos, sus explosiones son consideradas como signos de carisma y poder. Cuando este tipo de personas llega a lo más alto, su impulsividad muchas veces juega en contra de ellas. En las investigaciones, las demostraciones extremas de emociones negativas nunca han surgido como motor de un buen liderazgo.

2.10.4 Motivación

Si hay una cualidad que casi todos los líderes poseen es la motivación. Los líderes son impulsados a alcanzar logros por encima de las expectativas propias y las de los demás. La palabra clave aquí es "lograr". Muchas personas son motivadas por factores externos, como un salario alto o el status resultante de tener una posición con un título llamativo, o formar parte de

una empresa prestigiosa. En contraste, quienes tienen potencial para ser líderes se motivan por un deseo profundamente enraizado de tener logros, por el hecho mismo de alcanzarlos. Si está buscando líderes, ¿cómo puede distinguir aquellos que están motivados por el impulso del logro y los que están movidos por recompensas externas? La primera señal es una pasión por el trabajo mismo: estas personas buscan desafíos creativos, les encanta aprender y se enorgullecen del trabajo bien hecho. También despliegan una incansable energía para hacer mejor las cosas. Personas con este tipo de energía a menudo parecen impacientes con el statu quo. Son muy persistentes con cuestionamientos acerca de por qué las cosas se hacen de una forma y no de la otra; y están ansiosas por explorar nuevos enfoques en su trabajo.

Por ejemplo, el gerente de una empresa de cosméticos estaba frustrado por tener que esperar dos semanas para obtener resultados de ventas por parte de las personas en el terreno. Finalmente, encontró un sistema telefónico automatizado que haría sonar un beeper para todos sus vendedores todos los días a las cinco de la tarde que los impulsara a digitar sus cifras. En otras palabras, cuántas llamadas y ventas habían hecho cada día. Este sistema disminuyó el tiempo de retroalimentación en venta de varias semanas a algunas horas.

Esta historia ilustra otras dos cualidades comunes de las personas que están orientadas al logro. Siempre quieren incrementar su nivel de desempeño y siempre quieren tener registros de ese nivel. Durante las evaluaciones de desempeño, las personas con alta motivación suelen pedir a sus superiores que les exijan más. Claro está, un empleado que combine la autoconciencia con la motivación interna reconocerá sus límites, pero no por ello se transará por objetivos que son demasiado fáciles de cumplir.

Y esto deriva naturalmente que las personas que tienen el impulso de desempeñarse mejor quieren tener una forma de seguirle la pista a su propio progreso, al de su equipo y al de su empresa. Mientras que las personas con baja motivación hacia el logro son, en ocasiones, muy quisquillosas con respecto a los resultados, aquellas con alta motivación hacia el logro registran su desempeño con medidas como rentabilidad o participación en el mercado. Conozco un tesorero que inicia y finaliza su día en Internet, midiendo el desempeño de su portafolio de acciones contra cuatro referencias de la competencia.

Es interesante anotar que las personas con alta motivación permanecen optimistas, aún cuando la calificación de su desempeño esté en su contra. En estos casos, la autorregulación se combina con la motivación al logro para sobrellevar la frustración y la depresión que aparece después de un

fracaso o un retroceso. Tomemos el caso de una gerente que maneja una cartera de clientes en una gran compañía de inversión. Después de varios años exitosos, sus fondos se desplomaron durante tres trimestres consecutivos y llevaron a tres grandes clientes institucionales a trasladar sus negocios a otra parte. Algunos ejecutivos habrían podido responsabilizar de este "irse a pique" a circunstancias fuera de su control; otros habrían podido tomar este retroceso como evidencia de fracaso personal. Sin embargo, la gerente vio en esto una oportunidad para probar que podría liderar un remezón. Dos años después, cuando fue promovida a un nivel muy alto en la compañía, describió esta experiencia como "la mejor que le pudo haber pasado. Aprendí mucho de esto".

Los ejecutivos que tratan de identificar altos niveles de motivación hacia el logro en su equipo pueden buscar una última evidencia: compromiso hacia la organización. Cuando las personas quieren su empleo por el trabajo en sí, se sienten muchas veces comprometidas con las organizaciones que hacen posible el trabajo. Los empleados comprometidos tienden a permanecer con las organizaciones aún cuando son perseguidos por el dinero que ondean los cazatalentos.

No es difícil entender cómo y por qué la motivación al logro se puede traducir en un fuerte liderazgo. Si uno se establece una escala de desempeño alta para sí mismo, cuando se encuentre en una posición adecuada hará lo mismo para la organización. De la misma forma, una orientación a sobrepasar las metas y un interés por llevar registros de desempeño, puede ser contagiosa. Los líderes con estas cualidades a menudo pueden rodearse de un equipo de gerentes con las mismas cualidades.

Por supuesto, el optimismo y el compromiso organizacional son fundamentales para el liderazgo.

2.10.5 Empatía

De todas las dimensiones de la inteligencia emocional, la empatía es la más fácil de reconocer. Todos sienten la empatía de un profesor o un amigo sensible y se ha golpeado su ausencia cuando estamos con un jefe o entrenador insensible. Pero cuando se trata de negocios, raramente se oye que las personas son elogiadas o recompensadas por su empatía. La palabra misma parece alejada de la vida de los negocios y fuera de lugar entre las duras realidades del mercado. Pero la empatía no tiene que ver con aquel sentimentalismo del estilo de "yo estoy bien, tú estás bien". Para un líder, la empatía no significa adoptar las emociones de otros como propias y tratar de complacer a todos. Esto sería una pesadilla y haría la acción imposible. Por el contrario,

empatía significa considerar los sentimientos de los empleados, junto con otros factores, en el proceso de tomar decisiones inteligentes. Para un ejemplo de empatía en acción, consideremos lo que ocurrió cuando dos grandes compañías de corredores de bolsa se fusionaron y crearon cargos redundantes en todas las divisiones. Un gerente de división reunió a su gente y les dio un triste discurso para anunciar que varias personas pronto serían despedidas. El gerente de otra división le dio a su gente un discurso muy diferente. No ocultó sus preocupaciones y confusión, y *prometió que mantendría a todos informados y los trataría justamente.*

La diferencia entre estos dos gerentes era la empatía. El primer gerente estaba muy preocupado por su propio destino para ponerse a considerar los sentimientos de sus colegas golpeados por la ansiedad. El segundo intuitivamente sabía qué estaba sintiendo su gente y reconoció sus preocupaciones con sus propias palabras. ¿Es acaso una sorpresa que el primer gerente haya presenciado el hundimiento de su división mientras muchas personas desmoralizadas, en especial las más talentosas, se marchaban? En contraste, el segundo gerente continuó siendo un líder fuerte, las mejores personas se quedaron y su división siguió tan productiva como siempre. Como componente del liderazgo, la empatía es particularmente importante en la actualidad, por lo menos por tres razones: el creciente uso de equipos de trabajo, la velocidad de la globalización y la necesidad de retener el talento. Consideremos la necesidad de liderar un equipo: como lo podrá confirmar cualquiera que haya formado parte de un equipo, éstos son calderas saturadas de emociones en ebullición. Muchas veces se les pide a quienes pelean llegar a un acuerdo, pero si esto es difícil entre dos personas, es mucho más complicado cuando los miembros del equipo aumentan. Hasta en pequeños grupos de cuatro o cinco miembros se forman alianzas y se establecen agendas interpuestas. El líder de un equipo debe ser capaz de percibir y entender los puntos de vista de cada uno de los miembros alrededor de la mesa de trabajo. Esto es exactamente lo que hizo una gerente de marketing en una gran empresa de tecnología de la información, cuando fue nombrada para liderar un equipo en problemas. El equipo se encontraba agitado, con una gran carga de trabajo y fechas límites sin cumplir. Las tensiones eran muy grandes entre los miembros. No era suficiente tratar de arreglar la situación con procedimientos para acercar al grupo.

Entonces, esta ejecutiva tomó varias medidas. En una serie de sesiones frente a frente, ella escuchó a cada uno de los miembros del grupo hablar sobre lo que los estaba frustrando, cómo evaluaban a sus colegas y si sentían que habían sido ignorados. Después dirigió su equipo en una

forma que los acercó: fomentó que las personas hablaran abiertamente de sus frustraciones y ayudó a la gente a lanzar críticas constructivas durante las reuniones. En pocas palabras, su empatía le permitió entender el estado emocional del equipo. El resultado no fue únicamente una mayor colaboración entre los diversos miembros, sino también la aparición de negocios adicionales, pues el equipo fue convocado para ayudar a una variada gama de clientes internos. La globalización es otra razón para la creciente importancia de la empatía en los líderes de negocios. El diálogo intercultural puede llevar fácilmente a equivocaciones y malentendidos. La empatía es el antídoto. Las personas que la poseen están sintonizadas con las sutilezas del lenguaje corporal, pueden escuchar el mensaje detrás de las palabras habladas. Más allá de esto, tienen un profundo entendimiento de la existencia e importancia de las diferencias étnicas y culturales.

Si se considera el caso de una firma consultora estadounidense cuyo equipo acababa de exponer un proyecto a un potencial cliente japonés. En sus relaciones anteriores con sus clientes estadounidenses, el equipo estaba acostumbrado a ser bombardeado con preguntas después de cada propuesta, pero esta vez fueron recibidos con un profundo silencio. Varios miembros del equipo, tomando ese silencio como señal de desaprobación, estaban listos para empacar y marcharse. El consultor líder les hizo señas para que se detuvieran. A pesar de que no le era particularmente familiar la cultura japonesa, él pudo leer la expresión de la cara y la postura del cliente y no percibió rechazo, sino interés y profunda consideración. Estaba en lo cierto: cuando el cliente finalmente habló, fue para otorgarle el proyecto a la firma de consultoría. Finalmente, la empatía juega un papel clave en la retención del talento, particularmente en la economía actual de la información. Los líderes siempre han necesitado la empatía para desarrollar y retener a la gente buena, pero ahora lo que está en juego es más importante. Cuando las personas excelentes se marchan, se llevan el conocimiento de la compañía con ellas. Aquí es donde aparecen la consultoría y la tutoría. En repetidas ocasiones, se ha demostrado que la consejería y la tutoría son provechosas, no sólo para un mejor desempeño, sino también para una mayor satisfacción en el trabajo y una disminución de la rotación. Sin embargo, lo que hace que la consultoría y la tutoría funcionen mejor es la naturaleza de la relación. Los consejeros y mentores sobresalientes impactan las cabezas de las personas a quienes ayudan. Ellos perciben cómo dar una retroalimentación efectiva y saben cuándo empujar para un mejor desempeño y cuándo frenar. En la forma como motivan a sus protegidos, están demostrando empatía en acción.

Aunque parezca que se repite un refrán, la empatía no goza de mucho respeto en los negocios. Las personas se preguntan cómo hacen los líderes para tomar decisiones complicadas si están "sintiendo" por todos los afectados. Pero los líderes con empatía hacen mucho más que simpatizar con las personas que se encuentran a su alrededor: utilizan su conocimiento para mejorar sus empresas en forma sutil, pero importante.

2.10.6 Habilidades sociales

Los tres primeros componentes de la inteligencia emocional son habilidades de automanejo. Las dos últimas - empatía y habilidades sociales - tiene que ver con la capacidad de las personas para manejar las relaciones con los demás. Como componente de la inteligencia emocional, las habilidades sociales no son tan sencillas como parecen. No es sólo una cuestión de ser amistoso, a pesar de que las personas con altos niveles de habilidades sociales rara vez no lo sean. Por el contrario, la habilidad social es amistad con un propósito: conducir a las personas hacia la dirección que se desee, ya sea un acuerdo para una nueva estrategia de marketing o entusiasmo frente a un nuevo producto.

Las personas con habilidades sociales tienden a tener un amplio círculo de conocidos y tienen un don para encontrar cosas en común con personas de todo tipo. En otras palabras, un don para despertar simpatía. Esto no quiere decir que socialicen continuamente. Significa que trabajan conforme a la suposición de que nada importante se puede hacer solo. Estas personas tienen una red de conocidos lista para ser activada cuando es necesario.

Las habilidades sociales son la culminación de las otras dimensiones de la inteligencia emocional. Las personas tienden a ser muy afectivas al manejar relaciones en las cuales puedan entender y controlar sus propias emociones y puedan tener empatía con los sentimientos de los otros. Incluso la motivación contribuye a las habilidades sociales. Recordemos que las personas que están orientadas al logro tienden a ser optimistas, a pesar de los fracasos y retrocesos. Cuando las personas están muy bien, su "brillo" se ve reflejado en las conversaciones y encuentros sociales. Son populares, y con razón.

Al ser resultado de otras dimensiones de la inteligencia emocional, las habilidades sociales son reconocibles en el trabajo en muchas formas que sonarán familiares. Por ejemplo, las personas con habilidades sociales son adeptas al manejo de equipos de trabajo: ésta es la empatía en pleno funcionamiento. Así mismo, son expertas en persuasión: ésta es una manifestación que combina

autoconciencia, autorregulación y empatía. Dadas estas habilidades, quienes son buenos para persuadir saben cuándo deben hacer una súplica emotiva y cuándo funcionará mejor un llamado a la razón. La motivación, cuando es visible públicamente, hace de estas personas excelentes colaboradores: su pasión por el trabajo se expande a los otros y éstos se ven impulsados a buscar soluciones.

Pero algunas veces, la habilidad social se manifiesta en formas diferentes a como lo hacen los otros componentes de la inteligencia emocional. Por ejemplo, algunas veces puede pensarse que las personas con habilidades sociales no hacen nada en su trabajo. Parecen más bien estar charlando en los pasillos con los colegas, o bromeando con personas que ni siquiera están conectadas con sus verdaderos trabajos. Estas personas piensan que no tiene sentido limitar arbitrariamente el alcance de sus relaciones. Tejen amplios lazos, pues saben que en estos tiempos pueden necesitar la ayuda de personas que empiezan a conocer.

Este es el caso de un ejecutivo en el departamento de estrategia de una empresa global que fabrica computadoras. Para 1993, estaba convencido de que el futuro de la empresa era Internet. Durante el año siguiente, encontró gente parecida y utilizó su habilidad social para reunir toda una comunidad virtual que iba más allá de niveles, divisiones y naciones. Después utilizó este equipo de facto para crear un sitio web corporativo, que fue uno de los primeros que tuvo una gran empresa. Por su propia iniciativa, sin presupuesto ni un status formal, inscribió a la empresa para participar en una convención anual de la industria de Internet. Con un llamado a sus aliados y persuadiendo a varias divisiones para donar fondos, reclutó a más de cincuenta personas de una docena de unidades diferentes para que representaran a la compañía en la convención. La gerencia tomó nota: en un año, el equipo de este ejecutivo conformó la base para la primera división de Internet de la empresa y fue nombrado formalmente como encargado de esa. Para poder llegar allí, el ejecutivo había ignorado todos los límites convencionales, forjando y manteniendo conexiones con personas en cada lugar de la organización.

¿La habilidad social está considerada una capacidad clave de liderazgo en las empresas? Sí, en especial cuando se compara con otros componentes de la inteligencia emocional. La gente parece saber intuitivamente que los líderes necesitan manejar relaciones de manera efectiva. Ningún líder es una isla. Después de todo, la labor de éste es la de hacer el trabajo con la ayuda de otras personas y las habilidades sociales permiten que los líderes pongan a trabajar su *inteligencia emocional*.

los negocios tuvieran los componentes de la inteligencia emocional. Ahora ya sabemos que, para que el desempeño sea superior, los líderes deben tener estos ingredientes.

Entonces, es afortunado que la inteligencia emocional pueda aprenderse. El proceso no es fácil. Toma tiempo y más que todo compromiso, pero los beneficios de tener una inteligencia emocional bien desarrollada, tanto para el uso individual como para el de la organización, hacen que valga la pena el esfuerzo.

¿Es posible aprender la inteligencia emocional?

Por años, se ha debatido si los líderes nacen o se hacen. De igual forma sucede con la inteligencia emocional. ¿Las personas nacen con ciertos niveles de empatía, o los adquieren como resultado de experiencias de la vida?. La respuesta es: ambas cosas. La investigación científica sugiere en forma muy fuerte que existe un componente genético en la inteligencia emocional. Las investigaciones psicológicas y el desarrollo demuestran que su fomento cumple también un papel. Cuánto incide cada ingrediente - el genético y el aprendido - tal vez nunca se conocerá, pero la investigación y la práctica claramente demuestran que la inteligencia emocional puede aprenderse.

Una cosa es segura: la inteligencia emocional se incrementa con la edad. Hay una palabra anticuada para este fenómeno: madurez. Pero incluso en la madurez algunas personas necesitan entrenamiento para poder incrementar su inteligencia emocional. Desafortunadamente, gran cantidad de programas de entrenamiento que pretenden construir habilidades de liderazgo, incluyendo inteligencia emocional, son una pérdida de tiempo y dinero. El problema es muy sencillo: se enfocan en el área equivocada del cerebro. En gran medida, la inteligencia emocional nace en los neurotransmisores del sistema límbico del cerebro, el cual maneja los sentimientos e impulsos. La investigación indica que el sistema límbico aprende mejor mediante la motivación, la práctica extensa y la retroalimentación. Comparemos esto con el tipo de aprendizaje que ocurre en las neocortezas que manejan las habilidades, analíticas y técnicas. Las neocortexas captan los conceptos y la lógica. Esta es la parte del cerebro que establece cómo utilizar un conmutador o cómo hacer una llamada de ventas después de leer un libro. Erróneamente - aunque debe sorprendernos - es también la parte del cerebro a la que apuntan la mayoría de los programas de entrenamiento que buscan incrementar la inteligencia emocional. Mis investigaciones en el Consorcio para la investigación en

después de leer un libro. Erróneamente - aunque debe sorprendernos - es también la parte del cerebro a la que apuntan la mayoría de los programas de entrenamiento que buscan incrementar la inteligencia emocional. Mis investigaciones en el Consorcio para la investigación en Inteligencia Emocional en las Organizaciones han demostrado que cuando estos programas adoptan el enfoque de las neocortezas, pueden tener un efecto negativo en el desempeño laboral de las personas. Para incrementar la inteligencia emocional, las organizaciones deben enfocar nuevamente su entrenamiento de manera que incluyan el sistema límbico. Deben ayudar a que las personas rompan con viejos hábitos de comportamiento y desarrollen nuevos hábitos. Esto no sólo requiere mucho más tiempo de entrenamiento que los programas convencionales, sino que además implica un enfoque individualizado. Imagine a una ejecutiva cuyos colegas piensan que tiene baja empatía. En parte esto se refleja en su inhabilidad para escuchar, en que interrumpe a las personas y no pone atención a lo que dicen. Para solucionar este problema, la ejecutiva necesita que la motiven a cambiar y luego debe Practicar y recibir retroalimentación de otras personas en la empresa. Un colega o entrenador puede hacerle saber cuando ella no hay escuchado. Posteriormente, tendrá que revivir el incidente y demostrar su habilidad para incorporar lo que otros están diciendo. La ejecutiva puede recibir orientación para que observe a otros ejecutivos que si saben escuchar e imite ese comportamiento. Con práctica y persistencia esto puede conducir a resultados duraderos. Conozco un ejecutivo de Wall Street que buscó mejorar su empatía, en especial para poder leer las reacciones de las personas y apreciar sus diferentes perspectivas. Con anterioridad a que este ejecutivo iniciara su intento de mejorar, sus subordinados sentían terror de trabajar con él. Incluso llegaban a ocultarle las malas noticias. Naturalmente entró en shock al enterarse de estos hechos. Se fue a Practicar y recibir retroalimentación de otras personas en la empresa. Un colega o entrenador puede hacerle saber cuando ella no hay escuchado. Posteriormente, tendrá que revivir el incidente y demostrar su habilidad para incorporar lo que otros están diciendo. La ejecutiva puede recibir orientación para que observe a otros ejecutivos que si saben escuchar e imite ese comportamiento. Con práctica y persistencia esto puede conducir a resultados duraderos. Conozco un ejecutivo de Wall Street que buscó mejorar su empatía, en especial para poder leer las reacciones de las personas y apreciar sus diferentes perspectivas. Con anterioridad a que este ejecutivo iniciara su intento de mejorar, sus subordinados sentían terror de trabajar con él. Incluso llegaban a ocultarle las malas noticias. Naturalmente entró en shock al enterarse de estos hechos. Se fue a casa y le contó lo ocurrido a

su familia, sólo para confirmar lo que ya había escuchado en el trabajo. Cuando las opiniones de ellos en cualquier tema no concordaban con las suyas, ellos también le temían. Contrató la ayuda de un entrenador y volvió a su trabajo buscando la forma de aumentar su empatía mediante la práctica y la retroalimentación. El primer paso fue tomar unas vacaciones en un país extranjero donde no se hablaba su idioma. Estando allá, monitoreó sus reacciones frente a lo que no le era familiar y su apertura hacia personas muy diferentes. Es importante hacer énfasis en que la construcción de la inteligencia emocional propia no puede ocurrir sin un sincero deseo y un esfuerzo concertado. Un seminario breve no ayudará; tampoco puede uno pretender que la solución sea comprar un manual de cómo hacerlo. Resulta mucho más difícil aprender a tener empatía - interiorizar la empatía como una respuesta natural hacia las personas -, que volverse diestro en el análisis de regresión estadística. Pero puede lograrse. Ralph Waldo Emerson escribió: "Nunca una cosa grande se consiguió sin entusiasmo". Si su meta es convertirse en un verdadero líder, estas palabras le servirán como guía en sus esfuerzos para desarrollar alta inteligencia emocional.

El furor que despertó el concepto de Inteligencia Emocional (IE) se debe a que Daniel Goleman, en su libro *Inteligencia emocional en la empresa* (1995), difundió un nombre comercialmente atractivo a teorías psicológicas que tenían por lo menos cuatro décadas de haberse publicado. El acierto de Goleman es que sintetizó y supo explicar en términos empresariales y corporativos un concepto que, a primera vista, parece un tanto elusivo.

La seducción de la que fue capaz esta idea fue patente cuando *Harvard Business Review* publicó un artículo sobre el tema que se convirtió en el texto más leído de la publicación en los últimos 40 años.

"La IE no es nueva. Desde hace varios años existen cursos sobre cómo expresar e identificar las emociones dentro del ambiente laboral. Lo que hizo Goleman fue hacer una investigación más profunda que ha ayudado a que la gente se cuestione el lugar de las emociones en el trabajo", de acuerdo con Carmen Moreno, directora de Consultores Interdisciplinarios para el Desarrollo (Cinde, www.consultores.com.mx), empresa que imparte cursos de control de las emociones en las empresas.

Las investigaciones psicológicas sobre la inteligencia tradicionalmente se enfocaban a aspectos cognitivos; no obstante, otros investigadores pusieron énfasis en aspectos no cognitivos. Incluso, el psicólogo David Wechsler aseguró en 1943 que las habilidades no intelectuales eran esenciales

para conocer la capacidad de una persona para resolver problemas cotidianos y comportarse inteligentemente.

Las conclusiones a las que llegaron éste y otro grupo de estudiosos del tema era que los líderes capaces de establecer confianza, respeto y calidez hacia sus subordinados logran mejores resultados.

Con esos antecedentes teóricos, los psicólogos Peter Salovey y John Mayer, en una obra de 1990, acuñaron el término de IE, que definieron como "una forma de inteligencia social que involucra la habilidad de detectar las emociones propias y las de otros para analizarlas y emplearlas como guía de pensamiento y acción."

En otras palabras, "la IE es la capacidad de relacionar la actividad del hemisferio izquierdo: lo objetivo, racional, lógico y secuencial, con la dinámica del hemisferio derecho: emoción, intuición y creatividad", según Moreno.

Pronto se diseñaron estudios para detectar la IE en los que se demostró que las personas que tenían mejor desarrollada esta capacidad se recuperaban con mayor rapidez de situaciones desagradables y se adaptaban con mayor facilidad a los cambios.

Se llegó a la conclusión de que la inteligencia cognitiva (IQ) no está directamente ligada a un buen desempeño laboral y que ésta cuenta apenas, y en el mejor de los casos, alrededor de un 30%, según estudios de Sternberg (1996). Más relevancia tiene para el trabajo, capacidades como controlar la frustración, manejar emociones e interactuar con otras personas.

Y no es que el IQ sea irrelevante, pero una vez que se consiguió un empleo -gracias a los conocimientos adquiridos- el factor predominante para tener éxito está más relacionado con aspectos sociales y emocionales, de acuerdo con Cary Cherniss, investigador de la Escuela de Psicología Aplicada de la Universidad de Rutgers.

Sin embargo, la IE no significa nada más manejar las emociones propias, sino también influir en las emociones de otras personas. Estudios realizados en la Universidad de Yale demostraron que un grupo de control liderado por una persona entusiasta y alegre era capaz de transmitir optimismo, al contrario de grupos con líderes irritables o desanimados.

Es simplista, no obstante, afirmar que la persona con una desarrollada IE tiene un buen desempeño en el trabajo, pues es necesario desarrollar ciertas habilidades: capacidad de influencia, creatividad, liderazgo o iniciativa, por ejemplo.

El problema es que, a decir de Moreno, las empresas mexicanas, incluidas las grandes, han tomado muy poco en cuenta el equilibrio emocional de los empleados. "Cuesta trabajo convencer a la gente de la importancia de las emociones en el trabajo, pues los directivos sólo están interesados en apoyar cursos que se enfoquen sólo a la productividad o la calidad total", señala la especialista.

Pero resulta obvio que si las personas no están bien no producirán bien. Si no hay personas de calidad no habrá calidad. En la medida en que haya una estabilidad emocional hay productividad. Así de fácil. De lo contrario, se crea un círculo vicioso pues la falta de resultados genera angustia", opina Moreno.

En buena medida, la reticencia de las empresas mexicanas para implementar estas dinámicas obedecen a una cuestión cultural. A los hombres se les enseña desde niños a reprimir las emociones, y como la gran mayoría de las empresas han sido creadas y son administradas por hombres, no hay oportunidad para manifestar los sentimientos.

Sin embargo, un buen manejo de las emociones es uno de los ingredientes indispensables del líder, que sin equilibrio mental no podría desempeñarse correctamente. "Tal vez la mejor muestra de esto sea el presidente electo Vicente Fox, quien fue el candidato que mejor logró manejar las emociones de la gente, en buena medida, porque se percibía en él a un hombre seguro y con confianza", concluye Moreno.

Las señales aparecen en todas partes: voces que suben de tono en la sala de juntas, murmullos en los pasillos, quejas a puertas cerradas de los integrantes de su equipo. Sí, una de las personas de su grupo -una de las más inteligentes y hábiles- es verdaderamente problemática. Alguien que irrita a todos y con quien nadie se siente a gusto. Los gerentes siempre han tenido que lidiar con empleados que causan problemas; pero en el mercado laboral actual, ¿quién puede darse el lujo de despedir a un malhumorado con talento? Entonces, ¿qué hacer? Algunas de las posibles soluciones son tan simples y directas que, por lo general, las ignoramos. Pero si resultan inadecuadas es posible acudir, en busca de ayuda, a los profesionales de un nuevo concepto, llamado "Inteligencia Emocional" (IE). "¿Por la personalidad que tiene, esa persona no se ajusta a

la función que desempeña?", pregunta Thomas Rice, presidente de Interaction Associates, una consultora internacional de Cambridge, Massachusetts. Y añade: "A menudo encontramos, por ejemplo, a alguien que es introvertido y solitario, y quizá esa clase de persona altamente intuitiva, que no puede seguir los procedimientos administrativos, en un puesto en el que todos esperan que haga precisamente eso". A juicio de F. Norris Dodge, presidente de H. R. Masters, de Owings Mills, Maryland, este tipo de desajustes se incrementa cuando los individuos con fuertes habilidades técnicas son ascendidos a funciones gerenciales. "Estoy viendo personas que tienen dificultades para relacionarse con la gente en puestos que requieren esa habilidad -dice-. Contadores o analistas, por ejemplo, al frente de sus departamentos. Personas que les escapaban a esos cargos -querían trabajar con números o con máquinas-, y que de pronto se ven tratando de crear equipos y de fomentar el trabajo en equipo, pero no tienen la menor idea de cómo hacerlo." Si ése es el problema, trate de desarrollar en esa gente habilidades gerenciales, o transfírala a actividades en las que puedan aprovechar sus fortalezas. Analice si no es el trabajo que hace, en sí mismo, el que exige que sean personas difíciles. Algunas organizaciones tienen cargos de choque, puestos que siempre parecen estar ocupados por maniáticos y cascarrabias. Rice, de Interaction, sospecha cada vez que a una persona promovida rápidamente a vicepresidente, de repente es considerada una pesadilla. "Siempre trato de averiguar qué sucedió con la última persona que ocupó ese cargo -explica-; ¿también era una pesadilla? Por lo general me responden que sí. ¿Y la anterior? 'Tampoco duró mucho en el cargo', me dicen. Claramente, esa persona está haciendo el trabajo sucio de alguien. Cubriendo a otro; al presidente u otro ejecutivo de alto rango." ¿Qué hacer? Vivir con el problema. Reconocer que ser difícil es parte de lo que se le pide a esa persona. Pero hay que cambiarlo de puesto antes de que se agote y se vaya de la empresa. Las organizaciones que crecen rápidamente -y las que tienen un ambiente de desempeño muy exigente-, a menudo generan un vacío de liderazgo. Ese vacío permite que una persona muy resuelta maneje sin sutileza a las demás. "Puede haber una persona sumamente talentosa en esa situación -dice Rice-; pero tendrá una incidencia nociva porque la dinámica del grupo será disfuncional." Si ése es el problema, asegúrese de que en cada grupo haya por lo menos una persona con la personalidad o el poder para neutralizar a su "prima donna".

Estos problemas son organizacionales, y pueden resolverse con relativa facilidad, siempre que usted tenga la autoridad para hacer los cambios necesarios. Pero otros problemas son personales e

interpersonales; los que se describen con frases como "conflicto de personalidad", "mala química" o "me saca de mis casillas". Los empleados problemáticos, en sí mismos, pueden tener personalidades conflictivas. Pero también puede ocurrir que usted, como gerente, debido a su propia personalidad, agrave la situación en lugar de mejorarla.

Cualquiera que sea el caso, en la inteligencia emocional es posible encontrar la clave de la solución. Daniel Goleman, autor de dos libros sobre la inteligencia emocional, explica las pautas básicas de ese concepto (ver recuadro). Una persona con alta IE se conoce a sí misma, confía en sí misma y se identifica fácilmente con otras personas. Asimismo, tiene facilidad para comunicarse, para liderar y para motivar, habilidades que no todos los gerentes poseen en abundancia. "Muchas veces, las personas conflictivas no logran mejoras en su conducta porque sus jefes no tienen la suficiente inteligencia emocional para conducirlos", dice Cary Cherniss, profesor del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Rutgers y director del Emotional Intelligence Consortium, una entidad sin fines de lucro que está armando un catálogo de las mejores prácticas de IE. "En primer lugar -añade-, los gerentes tienen que ser conscientes de sus propias respuestas emocionales, y de la manera en que la gente (con problemas) activa sus resortes emocionales. Deben poder controlar su carácter y sus temores, dependiendo de la situación que enfrenten con el individuo problemático. Tienen que ser positivos y seguros en la forma en que trabajan con personas conflictivas; no intimidar ni agobiar, sino actuar con diplomacia."

Un gerente emocionalmente inteligente, por ejemplo, no debe tratar de cambiar la conducta de los empleados conflictivos, sino ayudarlos a que comprendan los problemas que ocasionan. "Ese tipo de personas no es muy consciente de la manera en que se comportan -apunta Cherniss-. Pero si se les hace ver el impacto que tiene su conducta, a menudo cambian." Cita el caso de un gerente dominante e intimidatorio, pero convencido de que su actitud era la adecuada, y que no sabía por qué la gente se molestaba con él. "Hasta que lo grabaron durante una reunión; y cuando le mostraron el video, se le llenaron los ojos de lágrimas. No tenía idea de cómo era hasta que se vio en el video."

Otra herramienta útil es la retroalimentación de 360 grados, mediante la cual el desempeño de una persona es evaluado por todos los que la rodean. "Suele usarse mal -dice Cherniss-; pero si forma parte de un proceso de desarrollo, cuando un ejecutivo ayuda a un individuo y comparte

con él la información de manera emocionalmente inteligente, la retroalimentación de 360 grados es muy poderosa para motivar al cambio."

Si adquirir estas habilidades le parece muy difícil, no se asuste; la inteligencia emocional se aprende. Desde 1992, American Express Financial Advisors, con sede en Minneapolis, tiene en marcha un programa de entrenamiento en Competencia Emocional para gerentes. Una de las metas es ayudarlos a convertirse en "asistentes emocionales" de las personas que dependen de ellos. La capacitación contribuye a que los gerentes aprecien el papel que juega la emoción en el lugar de trabajo, y a que desarrollen una mayor conciencia de sus propias reacciones emocionales. Incluye entrenamiento en autoconocimiento, autoregulación, empatía y habilidades para las relaciones sociales.

Lo interesante es que esas habilidades "suaves" se traducen en resultados concretos. Un estudio reciente determinó que los gerentes entrenados en esas habilidades hicieron crecer sus empresas a un promedio del 18.1%, comparado con el 16.2% de gerentes que no fueron capacitados. Esto significa un estimado de \$247 millones de dólares en incremento de los ingresos durante los 15 meses del período estudiado. Pam J. Smith, gerente del programa de Competencia Emocional, asegura que como resultado de esa iniciativa, la empresa también registra mayor retención de empleados y menor ausentismo. Smith dice que nadie es "enviado" al programa, y que tampoco se usa como terapia. Y añade que, incluso así, ayuda a solucionar problemas con gente conflictiva, y permite a los gerentes ver, por sí mismos, en qué casos causan o exacerban los problemas. A veces, eso es suficiente.

2.11 Duelo en el Niño

Ser completamente honesto con el niño. Acompañar a un niño en duelo significa ante todo NO APARTARLE de la realidad que se está viviendo, con el pretexto de ahorrarle sufrimiento. Incluso los niños más pequeños, son sensibles a la reacción y el llanto de los adultos, a los cambios en la rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona fallecida, es decir, se dan cuenta que algo pasa y les afecta.

Solamente en el caso de muertes repentinas e inesperadas, sería aconsejable (aunque no siempre posible) apartar al niño durante las primeras horas. El niño puede y debe percibir que los adultos están tristes, o que lloran, que lo sienten tanto como él, pero evitaremos pueda presenciar escenas

desgarradoras de dolor y pérdida de control de los adultos. No es aconsejable decir delante del niño cosas como "yo también me quiero morir" o "¿Qué va ser de nosotros?"

Cuándo y cómo dar la noticia. Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con el niño, es mejor hacerlo lo antes posible. Pasadas las primeras horas de mayor dramatismo y confusión, buscaremos un momento y un lugar adecuado y le explicaremos lo ocurrido con palabras sencillas y sinceras. Por ejemplo, podemos decirles: "Ha ocurrido algo muy triste. Papá ha muerto. Ya no estará más con nosotros porque ha dejado de vivir".

Explicar cómo ocurrió la muerte. Procuraremos hacerlo con pocas palabras. Por ejemplo: "Ya sabes que ha estado muy muy muy enfermo durante mucho tiempo. La enfermedad que tenía le ha causado la muerte" El niño puede tener miedo de morir ante cualquier enfermedad banal, por lo que es importante recalcarles que las personas sólo se mueren cuando están muy enfermas, y tienen una enfermedad que muy poca gente coge. Es caso de accidente, podemos decir que quedó muy malherido, que los médicos y las enfermeras hicieron lo posible para "arreglar" el cuerpo, pero que, a veces, está tan herido o enfermo que las medicinas no le pueden curar.

Si la muerte fue por suicidio, de nada sirve ocultarlo porque tarde o temprano, se acaban enterando por alguien ajeno a la familia. Es mejor pues explicar al niño qué es el suicidio, y responder a sus preguntas. (Ver el folleto "Niños sobrevivientes de suicidas, una guía las personas que los cuidan").

¿Qué podemos decirles si nos preguntan por qué? ¿Por qué ha muerto? ¿Por qué a mi? Son preguntas difíciles de responder. No pasa nada por decirles que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas, o que sencillamente no sabemos la respuesta. Es bueno se sepan que todos los seres tienen que morir algún día y que le ocurre a todo el mundo. Los niños en su fantasía pueden creer que algo que pensaron, dijeron o hicieron causó la muerte. Si un niño dice: "me hubiera gustado ser más bueno con mamá, así ella no habría muerto", debemos decirle con calma pero con firmeza que no ha sido culpa suya.

Para los niños menores de 5 años, la muerte es algo provisional y reversible. Será pues necesario ser pacientes para explicarle una y otra vez lo ocurrido y lo que significa la muerte. Es su mente, la persona que ha muerto sigue comiendo, respirando y existiendo, y se despertará en algún momento para volver a llevar una vida completa. Los niños de estas edades se toman todo al pie de la letra. Es mejor pues decir que ha muerto, que usar expresiones como "se ha ido", "lo hemos perdido" (pueden pensar: ¿y si me pierdo yo y no se volver a casa?), "ha desaparecido", "se ha

quedado dormido para siempre" (pueden temer no poder despertarse), "Se ha marchado de viaje", "Dios se lo ha llevado"... Estas expresiones pueden alimentar su miedo a morir o ser abandonados, y crear más ansiedad y confusión.

Para que el niño entienda qué es la muerte, suele ser útil hacer referencia a los muchos momentos de la vida cotidiana donde la muerte está presente: en la naturaleza, muerte de animales de compañía...

Permitir que participe en los ritos funerarios:

Animar al niño a asistir y participar en el velatorio, funeral, entierro... Tomar parte en estos actos puede ayudarle a comprender qué es la muerte y a iniciar mejor el proceso de duelo. Si es posible, es aconsejable explicarle con antelación qué verá, qué escuchará y el por qué de estos ritos.

Animar también al niño a ver el cadáver. Muchos niños tienen ideas falsas con el cuerpo. Comentarle que el cuerpo deja de moverse del todo y para siempre, deja de respirar, de comer, de hablar, de ir al baño, y no siente dolor. Dejarle bien claro que ya no siente nada; ni lo malo, ni el frío, ni el hambre... Insistir en que la muerte no es un especie de sueño y que el cuerpo no volverá ya ha despertarse. Antes de que vea el cadáver, explicarle dónde estará, qué aspecto tendrá.

Lo ideal es que el niño pueda pasar un rato de tranquilidad e intimidad con el cadáver. Puede pedirse que nos dejen a solas con el niño y que no se interrumpa durante unos minutos. Si el niño no quiere ver el cadáver o participar en algún acto, no obligarle ni hacer que se sienta culpable por no haber ido.

Si los padres o padre superviviente están demasiado afectados para ocuparse de las necesidades del niño, puede ser conveniente que otra persona (un familiar o amigo de la familia) se ocupe de atenderle y se responsabilice de acompañarle durante estos actos. Es preferible que sea alguien cercano al niño, que le permita expresar sus emociones y se sienta cómodo contestando sus preguntas.

Animarle a expresarle lo que siente:

Aunque no siempre las expresen, los niños viven emociones intensas tras la pérdida de una persona amada. Si perciben que estos sentimientos (rabia, miedo, tristeza...) son aceptados por su familia, los expresarán más fácilmente, y esto les ayudará a vivir de manera más adecuada la separación. Frases como: "no llores", "no estés triste", "tienes que ser valiente", "no está bien

enfadarse así", "tienes que ser razonable y portarte como un grande"... pueden cortar la libre expresión de emociones e impiden que el niño se desahogue.

Tener en cuenta que su manera de expresar el sufrimiento por la pérdida, no suele ser un estado de tristeza y abatimiento como el de los adultos. Es más frecuente apreciar cambios en el carácter, cambios frecuentes de humor, disminución del rendimiento escolar, alteraciones en la alimentación y el sueño...

Algunas respuestas habituales en los niños de 2 a 5 años:

Perplejidad

Parecen totalmente confusas sobre lo que ha ocurrido o se niegan a creerlo. Es posible que pregunten reiterativamente: "¿Dónde está papá?". Desean saber cuándo va a volver la persona fallecida, o la buscan activamente.

Regresión

Se pegan al padre superviviente, se quejan, se hacen pipí en la cama, piden un biberón, se chupan el dedo...

Ambivalencia

A algunos niños parece no afectarles en absoluto la muerte. Responden ante la noticia con preguntas o afirmaciones inadecuadas. Aunque sea una reacción desconcertante, es bastante común. Significa que no ha aceptado o afrontado la muerte, pero comprende lo que ha sucedido. Lo más habitual, es que el niño elabore el duelo alternando fases de preguntas y expresión emocional, con intervalos en que no menciona para nada el asunto.

Suele sentir rabia y enfado por haber sido abandonado, y puede expresarla de muchas maneras: irritabilidad, pesadillas, juegos ruidosos, travesuras... Es frecuente que dirijan el enfado hacia un familiar cercano. Permitirle que saque la rabia gritando, corriendo, saltando, golpeando con cojines, por ejemplo...

Expresan su dolor a través de los juegos:

Con sus compañeros y amigos pueden jugar a morirse, al entierro... Todos estos comportamientos son absolutamente normales y tienen que ser respetados como necesarios para que el niño realice de forma adecuada el duelo.

Toman a sus padres como modelo:

No es malo que los niños vean el dolor y la tristeza. No tengamos miedo de mostrar los propios sentimientos delante del niño (excepto manifestaciones violentas de rabia y dolor) Cuando le mostramos lo que sentimos, el niño nos percibe más cercanos, y es más fácil que nos diga el también, lo que le está pasando.

Un padre o una madre que no se inmute después de una muerte para no entristecer a sus hijos, puede hacer que éstos "congelen" sus emociones. O si muestra cólera, un dolor extremo o una conducta histérica, su hijo puede imitar este comportamiento.

2.11.1 Miedo a morir u a otra pérdida

Los niños más pequeños creen que la muerte es contagiosa y pueden pensar que pronto le llegará su turno. Explicarles que no tienen nada que temer. Les preocupa que el padre o la madre superviviente también les abandonen. Se preguntan qué les ocurriría y cómo sobrevivirían.

Establecen vínculos afectivos aunque el niño sepa que su ser querido ha muerto, siente necesidad de seguir manteniendo una relación afectiva, y así, la persona fallecida puede por un tiempo convertirse en un padre o madre imaginario. En algunos casos, podemos ayudar al niño dándole algún objeto personal del fallecido, que este conserve como un recuerdo precioso y una forma de unión íntima con él.

El niño puede establecer vínculos afectivos con otros adultos que se parezcan al difunto o tengan unas cualidades similares (un familiar, la maestra, el psicólogo...) y pedirles que sean su padre o su madre. Esta conducta es bastante común y no significa que el padre superviviente no satisfaga las necesidades del niño.

Comprueban la realidad:

Al principio es posible que parezca y saben y aceptan lo que ha ocurrido, pero después, al cabo de varias semanas o meses, preguntan cuándo volverá o lo buscan por la casa

Algunas respuestas habituales en los niños de 6 a 9 años según William C. Kroen:

Los niños de estas edades saben que la muerte es permanente y real.

La negación.

Una respuesta muy común es negar que la muerte haya ocurrido. Es su negación pueden mostrarse muy agresivos. Algunos pueden mostrarse más contentos y juguetones que de costumbre, como si la pérdida nos les hubiera afectado. Los adultos pueden malinterpretar esta

conducta y reaccionar con cólera o simplemente ignorar a los niños. Pero en realidad esta negación indica que los niños sienten un dolor tan profundo que intenta levantar un muro para que la muerte no les afecte.

Estos niños necesitan oportunidades para llorar la pérdida y es posible que también necesiten permiso para hacerlo. Se puede decir algo como: "No tienes que mostrar tu tristeza a todo el mundo, pero si quieres puedes compartirla conmigo. Si tienes ganas de llorar y estar triste a solas, me parece muy bien, pero después de estar así durante un rato, sería bueno que hablaras con alguien de cómo te sientes".

La idealización

Insistir en que "mamá era la persona más lista o perfecta del mundo", por ejemplo, les permite mantener una relación imaginaria con la persona fallecida.

La culpabilidad

Es una respuesta normal, sobretodo si no pueden expresar la tristeza que sienten. Comentarios en vida como "vas a matarme", pueden hacer creer al niño que su mala conducta ha contribuido a la muerte.

Si además la niegan y fingen ser valientes como parte de la negación, los adultos pueden aumentar el sentimiento de culpa al corregirlo o enojarse con él al parecer que la muerte no le importe.

A los niños que se obstinan en negar la muerte y no dejan de sentirse culpables, es difícil que superen la situación sin ayuda.

El miedo y la vulnerabilidad

Es normal que los niños de estas edades se sientan asustados y vulnerables. Intentan ocultar sus sentimientos, sobretodo a los niños de su edad, porque no quieren que sus amigos o compañeros de la escuela los consideren "diferentes". Los niños sobre todo pueden actuar con bravuconería o agresividad

Se ocupan de los demás.

Pueden asumir el papel del fallecido y cuidar de sus hermanos más pequeños o asumir tareas que antes realizaba el padre o la madre que ha muerto.

Buscan a la persona que ha muerto.

Pueden ir de una habitación a otra, o buscarla en el desván o en el sótano. La mejor respuesta es dejar que sigan buscando. Les puede consolar saber que nosotros también a veces sentimos el deseo de hacerlo.

Los tres temores más frecuentes del niño

¿Causé yo la muerte? ¿Me pasará esto a mí? ¿Quién me va a cuidar?

Mantenerse cerca física y emocionalmente con el niño

Permitirle estar cerca, sentarse a su lado, sostenerlo en brazos, abrazarlo, escucharle, llorar con él... Podemos también dejar que duerma cerca, aunque mejor en distinta cama.

Puede ser adecuado también buscar momentos para estar separados: dejarle sólo en su habitación, dejarle salir a jugar con un amigo... Si es necesario, tranquilizarle diciéndole que estaremos ahí por si nos necesita.

El niño intuye enseguida que la muerte va a tener muchas consecuencias en la familia. Es bueno decirle que, aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él lo mejor posible.

El niño puede temer también ser abandonado por el familiar sobreviviente. Asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien y no le va a pasar lo mismo.

Con frecuencia, lo que más ayuda a los niños frente a las pérdidas, es reencontrar el ritmo cotidiano de sus actividades: el colegio, sus amigos, sus juegos familiares, las personas que quiere. También es importante garantizarle el máximo de estabilidad posible. En este sentido no es un buen momento, por ejemplo, para cambiarlo de colegio o para imponerle nuevas exigencias (S. Weis)

Asegurarles que vamos a seguir queriendo a la persona fallecida y que nunca la olvidaremos.

Estar atentos a la participación d algunos signos de alerta.

Llorar en exceso durante periodos prolongados.

Rabietas frecuentes y prolongadas.

Apatía e insensibilidad.

Un periodo prolongado durante el cual el niño pierde interés por los amigos y por las actividades que solían gustarle. Frecuentes pesadillas y problemas de sueño. Pérdida de apetito y de peso. Miedo de quedarse solo. Comportamiento infantil (hacerse pis, hablar como un bebé, pedir comida a menudo...) durante tiempo prolongado. Frecuentes dolores de cabeza solos o

acompañados de otras dolencias físicas. Imitación excesiva de la persona fallecida, expresiones repetidas del deseo de reencontrarse con el fallecido. Cambios importantes en el rendimiento escolar o negativa de ir a la escuela.

A menudo, cuando los mayores nos enfrentamos a situaciones dolorosas como el divorcio o la muerte de seres queridos, creemos que la solución es mantener apartados a los pequeños dando por hecho que esa es la mejor manera de protegerles. Sin embargo, también los niños, aunque sean muy pequeños, experimentan dolor y necesitan de la mirada atenta de sus mayores para sentir que tienen permiso para estar tristes y hacer el necesario duelo. El objetivo de este ciclo de conferencias es reconocer las formas en las que los pequeños expresan el dolor y encontrar modos de acompañarles para que se sientan seguros y protegidos.

El proceso de duelo en la infancia y la superación del mismo.

2.11.2 Programas formativos para padres y madres

¿Cómo ayudar a los niños y niñas a afrontar las pérdidas?

El duelo es un proceso natural de tristeza que se activa cuando se produce una pérdida importante en nuestra vida.

Gracias a la experimentación y la expresión de la pena, las personas asimilamos la pérdida, nos adaptamos a la nueva situación y seguimos adelante con energías renovadas.

Compartir el dolor ayuda a elaborar los duelos.

Dar y recibir consuelo, nos vincula con los demás y nos vuelve más humanos

2.11.3 Diferencia entre dolor y duelo

El dolor es lo que sentimos en lo profundo de nuestro ser cuando algún acontecimiento supone una gran pérdida, una terrible frustración, un desengaño o un abandono. De la misma manera que si nos cortamos con un cuchillo el dedo sangra y duele muchísimo, cuando un acontecimiento vital grave pone en entredicho nuestra fe en la vida, en las personas o en nosotros mismos, nuestro corazón sangra y se duele. Aunque el dolor sea emocional, también se siente en el cuerpo: es como un desgarramiento interior o un tirón hacia adentro, algo parecido a una conmoción interna que nos aflige y nos aturde, una mezcla de pena, rabia e inquietud. Es como sentir un agujero grande en las tripas y un vacío enorme en el pecho. Es normal sentir dolor frente a todo aquello que

bloquea nuestra necesidad de amar y ser amados, por ejemplo: si nos insultan, ridiculizan, maltratan o marginan, nos sentimos dolidos. Pero también se siente dolor frente a pérdidas importantes como la muerte de seres queridos, enfermedades graves, cambios de ciudad, divorcios, etc. Ante lo que perdemos, tanto los adultos como los niños solemos sentir dolor. El dolor puede activarse también cuando recordamos cosas dolorosas que nos ha tocado vivir y nos preguntamos por qué nos ha tocado vivirlas a nosotros o dudamos de que algún día podamos llegar a superarlas. Y por supuesto, también sentimos dolor cuando percibimos el dolor de las personas que nos importan, especialmente si se encuentran en situación vulnerable o frágil. De la misma manera que el dolor por el corte de un cuchillo “avisa” de que algo ha sido dañino para el dedo y nos obliga a prestarle atención y darle cuidados para que vuelva a recuperarse, el dolor emocional avisa de que hay que prestar atención a lo que nos pasó y hacer algo para recuperarnos y seguir adelante.

El duelo

Es el proceso por el que nos recuperamos del dolor causado por las dificultades vividas y las pérdidas irreparables. A medida que progresa un proceso de duelo, experimentamos que la alegría, las ganas de vivir y la capacidad de amar retornan nuestro corazón. Y en qué consiste ese proceso? Pues en permitirnos sentir la PENA que nos causa haber vivido o estar viviendo eso tan doloroso y en buscar maneras para expresarla cuidarnos mientras dura, sabiendo que, al final, nos recuperaremos y podremos salir adelante.

La pena no siempre se siente como tristeza. A veces se muestra en forma de enfado y agitación, otras veces adopta la forma de apatía y falta de ganas, otras se viste de desesperanza. Normalmente, estas emociones se alternan y se intercalan con periodos más o menos alegres y tranquilos. Como el duelo es un proceso natural, nuestro organismo sabe cómo realizarlo. Nuestro propio cerebro se encarga de activar en nosotros recuerdos y emociones que nos ponen en contacto con la pena para, un poco después, alejarnos de esas emociones y darnos un poco de respiro. Es como una especie de péndulo de un reloj, que nos acerca y nos aleja del dolor hasta quedar quieto en el centro después de un tiempo. Cuando las tragedias y traumas vitales ocurren a edad tan temprana que no las recordamos, o cuando por alguna razón nuestro dolor no fue percibido, o no tuvimos posibilidad de canalizarlo, puede ser que carguemos con algún duelo pendiente.

Cuando esto ocurre, tenemos dificultad para percibir, aceptar y canalizar nuestro dolor en la vida adulta y eso nos impide estar junto al dolor de otros o permitirles sus propios duelos.

Y es que es difícil permitir el duelo de los niños y niñas si los adultos no nos hemos permitido experimentar y elaborar la pena asociada a nuestras propias pérdidas. Por eso, en esta sesión reflexionaremos sobre ello y nos preguntaremos sobre qué está en nuestra mano hacer en relación con los duelos propios y los de nuestros hijos.

2.11.4 El duelo en la infancia

Al igual que los adultos, los niños y niñas experimentan pérdidas y entran en duelo, pero normalmente no saben cómo realizarlo, así que necesitan de la enseñanza y apoyo de sus mayores para permitirse la pena, dejarse ayudar y seguir adelante. Mientras más pequeños son, más probable es que expresen el duelo mediante el enfado y la hiperactividad o con llanto desconsolado ante menudencias. Los adultos podemos estar atentos a estos síntomas y ayudarles mediante el abrazo de contención.

El abrazo de contención consiste en sujetar firme y amorosamente al niño o niña que llora o patalea, mientras se le tranquiliza con voz suave. A medida que la criatura se ve envuelta por el abrazo del adulto atraviesa por fases de llanto intenso hasta que, poco a poco, siente alivio y se calma.

Los niños y niñas más mayores realizan mejor los duelos si saben que está bien expresar el dolor y buscar apoyo en sus mayores. También deben saber que los adultos están preparados para estar apenados y, al mismo tiempo, cuidar de ellos. Si un niño o niña cree que sus mayores se hundan cuando sienten pena, asumirá el papel de sostenerles en lugar de dejarse sostener y este crecer antes de tiempo puede dificultar su correcta evolución.

2.11.5 El duelo en la adolescencia

Se pide a menudo a los adolescentes ser fuertes. Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie, porque se siente, de alguna manera, presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace. Los adolescentes perciben la muerte y otras pérdidas como algo que les hace "diferentes", y temen, que si expresan su dolor pueda verse como una señal de debilidad. Este tipo de conflictos puede tener como

resultado que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo (duelo aplazado o congelado). El/la adolescente puede sentir mucha rabia, miedo, impotencia...y preguntarse por qué y para qué vivir. La adolescencia suele ser una etapa difícil. El/la adolescente tiene que hacer frente a la situación de pérdida afectiva o a la muerte de un ser querido al mismo tiempo que hace frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de su edad. Aunque exteriormente parezca ya un adulto, el desarrollo del cuerpo no va siempre a la par con la madurez afectiva. Es por eso que necesita todavía mucho apoyo afectivo para emprender el doloroso y difícil proceso de duelo. Rara vez el adolescente puede encontrar alivio y ayuda en sus amigos, En el caso de la muerte, porque suele ser un tema tabú para ellos y en general, porque no es el mejor momento evolutivo para expresar y aceptar nada que suene a compasión. A no ser que hayan vivido una situación similar, los amigos se sienten impotentes y pueden ignorar al adolescente en duelo por completo.

2.11.6 Conflictos de relación

El esfuerzo del adolescente para ser cada vez más independiente de sus padres, suele acompañarse de conflictos y problemas en la relación. Atravesar un período de desvalorización de su familia es una forma normal, aunque difícil, de separarse de ellos. Si su padre o su madre fallecen mientras está alejándose física y emocionalmente de ellos, o si se separan conflictivamente, puede experimentar un gran sentimiento de culpa y de "tarea inacabada". Aunque la necesidad de separarse es perfectamente natural, esta experiencia puede hacer el proceso de duelo más complicado.

Signos que indican que un adolescente necesita más ayuda Como hemos visto, son varios los motivos que determinan que el duelo en el adolescente sea más difícil. Algunos adolescentes pueden incluso mostrar un comportamiento inoportuno o preocupante. Conviene vigilar los siguientes comportamientos: Síntomas de depresión, dificultades para dormir, impaciencia.

Baja autoestima.

Fracaso escolar o indiferencia hacia las actividades extraescolares. Deterioro de las relaciones familiares o con los amigos. Conductas de riesgo: abuso del alcohol y otras drogas, peleas, Relaciones sexuales sin medidas preventivas...Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez.

La presencia prolongada de alguno o varios de estos signos pueden indicar la necesidad de pedir ayuda profesional que valore la situación, facilite la aceptación de la muerte y asesore al adolescente y su familia en el proceso de duelo.

2.11.7 Sentimientos en los niños y niñas en el duelo

Basándonos en Kübler-Ross¹ diremos que los niños, al igual que los adultos, atraviesan por diferentes estados de ánimo:

2.11.7.1 Negación

En ella no experimentan emoción alguna. Sus padres podrán extrañarse de esa aparente indiferencia y preguntarse si no querían lo suficiente a quien murió o si no les importa que sus padres se separen o dejar de ver a sus amigos al cambiar de ciudad. Pero se trata, como hemos visto, de una simple “anestesia” protectora. La negación se produce casi siempre al principio del duelo aunque regresa una y otra vez hasta que el proceso termina.

2.11.7.2 Tristeza

A ratos, se aislarán sumidos en una profunda tristeza donde la vida no parecerá tener sentido. Se les verá apáticos y indiferentes a sus estudios. Tras cada episodio de tristeza, especialmente si pueden llorar y hablar de su pena, se sentirán aliviados y con fuerzas renovadas por un tiempo. Por eso, no conviene decirles cosas como “tienes que ser fuerte” o “Los valientes no lloran”

2.11.7.3 Culpa

Los niños, especialmente los más pequeños, suelen creer que todo lo que ocurre está relacionado con su persona. Por eso, pueden pensar que el fallecido se fue porque se portaron mal o porque no les quería. Es importante aclararles que su muerte no tuvo nada que ver con ellos y que les quería mucho.

2.11.7.4 Miedo

En casos de separación, aparecerán miedos asociados a la falta de medios económicos. En caso de fallecimientos pueden temer que la muerte puede venir a por ellos o a por las personas que

más les importan. Es favorable que puedan expresar ese temor y que la respuesta de los adultos sea respetuosa hacia su sentimiento. Puede consistir en: “Es muy poco probable que eso ocurra ahora, pero es normal que sientas temor, yo también lo siento a veces. Ven, estemos un ratito juntos y verás cómo se te pasa”. En el caso de muertes, para no aumentar a angustia, conviene evitar cosas como “Está en el cielo con Dios” o “Está descansando”, pues pueden temer que cuando ellos mueran deberán pasar el resto de su vida con alguien a quien no conocen, o a que la muerte les puede llegar mientras duermen.

2.11.7.5 Ira

A veces, se sentirán muy enfadados por no poder estar con la persona que murió o con el progenitor con el que menos convivirán. En esos momentos, se enfurecerán por asuntos nimios y se portarán peor. Aunque sea necesario confrontar su rabia y ponerles límites, habrá que ser comprensivos y hacerles saber que entendemos su enfado y que con el paso del tiempo se sentirán cada vez mejor

Formas saludables de canalizar la tristeza

- Llorar (en señal de duelo)
- Saber que la pena trae el consuelo y que volveremos a sonreír
- Expresar la tristeza mediante la belleza (pintar, hacer poemas, tejer, ver puestas de sol...)
- Admitir la compañía de quienes puedan estar a nuestro lado sin hacernos “terapia”
- Hacer un poco de ejercicio aunque no nos apetezca
- Apoyarnos en la espiritualidad o nuestra fe si eso nos conforta
- Aceptar que tendremos días mejores y días peores
- En los días mejores, permitimos la risa

2.12 Depresión Infantil

No son sólo los adultos los que se deprimen. Los niños y los adolescentes pueden sufrir también de depresión, que es una enfermedad tratable. La depresión se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con la habilidad de funcionar del niño o adolescente.

Aproximadamente un 5 por ciento de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento. Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje, de la conducta, o de desórdenes de ansiedad corren mayor riesgo de sufrir depresión. La depresión también tiende a correr en las familias.

El comportamiento de los niños y adolescentes deprimidos puede ser diferente al comportamiento de los adultos deprimidos. Los psiquiatras de niños y adolescentes le recomiendan a los padres que estén atentos a síntomas de depresión que puedan presentar sus niños.

Los padres deben de buscar ayuda si uno o más de las siguientes señales de depresión persisten:

- Tristeza frecuente, lloriqueo y llanto profuso
- Desesperanza
- Pérdida de interés en sus actividades; o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas
- Aburrimiento persistente y falta de energía
- Aislamiento social, comunicación pobre
- Baja autoestima y culpabilidad
- Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso
- Aumento en la irritabilidad, coraje u hostilidad
- Dificultad en sus relaciones
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago
- Ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios
- Concentración pobre
- Cambios notables en los patrones de comer y de dormir
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa
- Pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo.

Un niño que jugaba a menudo con sus amigos empieza a pasarse la mayor parte del tiempo solo y pierde interés por todo. Las cosas de las que disfrutaba previamente ya no le dan placer al niño deprimido. Los niños y adolescentes deprimidos dicen a veces que quisieran estar muertos o pueden hablar del suicidio. Los niños y adolescentes deprimidos corren un mayor riesgo de

cometer suicidio. Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas tratando de sentirse mejor.

Los niños y adolescentes que se portan mal en la casa o en la escuela pueden estar sufriendo de depresión. Los padres y los maestros a veces no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de depresión porque el niño no siempre da la impresión de estar triste. Cuando se les pregunta directamente, los niños algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión es esencial para los niños deprimidos. La depresión es una enfermedad real que requiere ayuda profesional. Un tratamiento comprensivo a menudo incluye ambas terapias, individual y de familia. Por ejemplo, la terapia de comportamiento cognositivo (CBT) y la sicoterapia interpersonal (IPT) son formas de terapia individual que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. El tratamiento puede también incluir el uso de medicamentos antidepresivos. Para ayudarles, los padres deben pedirle a su médico de familia que los refiera a un profesional de la salud mental capacitado, quien puede diagnosticar y tratar la depresión en niños y adolescentes.

2.13 Ansiedad por separación

El asistir a la escuela generalmente es un evento excitante y agradable para los niños pequeños. Para algunos esto conlleva intenso miedo o pánico. Los padres tienen motivo de preocupación cuando el niño regularmente se siente enfermo o pide quedarse en la casa y no ir a la escuela con quejas físicas menores. El no querer asistir a la escuela puede ocurrir en cualquier momento, pero es más común en los niños de 5 a 7 y de 11 a 14 años, momentos en los que los niños están bregando con nuevos retos en la escuela elemental o intermedia. Estos niños pueden estar padeciendo un temor paralizante por tener que dejar la seguridad de la familia y del hogar. Es muy difícil para los padres hacerle frente a este pánico infantil y a la negación de asistir a la escuela, pero estos temores pueden tratarse exitosamente con ayuda profesional.

El negarse a ir a la escuela aparece generalmente después de un período en el que el niño ha estado en la casa en compañía de su mamá o papá y se ha apegado a ellos, por ejemplo, después de las vacaciones de verano, de los días de fiesta, o después de una breve enfermedad.

Puede también suceder después de un evento que le produzca estrés, tal como la muerte de un familiar o de una mascota, un cambio de escuela o una mudanza a un vecindario nuevo.

El niño se puede quejar de dolores de cabeza, de garganta o de estómago justo antes de la hora de irse a la escuela. La enfermedad se mejora cuando se le permite quedarse en la casa, pero reaparece a la mañana siguiente antes de ir a la escuela. En algunos casos, el niño se niega por completo a salir de la casa. Como el pánico surge al dejar la casa, y no por estar en la escuela, el niño por lo general está tranquilo una vez que está en la escuela.

Los niños con un temor irrazonable a la escuela pueden:

- sentirse inseguros si se quedan solos en un cuarto
- demostrar apegamiento excesivo en su comportamiento
- demostrar una preocupación o temor excesivo acerca de sus padres o de que puedan hacerse daño
- ser la sombra de su madre o de su padre en la casa
- tener dificultad para dormirse
- tener pesadillas
- tener un temor exagerado a los animales, monstruos y ladrones
- temer quedarse solos en la oscuridad
- pueden tener rabieta severas cuando se les obliga a ir a la escuela

Tales temores son comunes entre los niños con el problema de *ansiedad por la separación*. Los efectos potenciales a largo plazo (ansiedad y desorden de pánico al llegar a adultos) pueden ser muy serios para un niño con ansiedad por la separación persistente y que no recibe ayuda profesional. El niño puede desarrollar serios problemas escolares y sociales si deja de ir a la escuela y de ver a sus amigos por mucho tiempo debido a los miedos y la ansiedad.

Cuando los temores persisten, los padres y el niño deben de consultar con un profesional de la salud mental capacitado, quien trabajará con ellos para desarrollar un plan para hacer regresar de inmediato al niño a la escuela y a otras actividades. Los niños mayores o los adolescentes que se niegan a ir a la escuela padecen por lo general de una enfermedad más grave y a

menudo requieren un tratamiento más intensivo.

El miedo irracional y el pánico de dejar la casa/padres e ir a la escuela se pueden tratar con éxito.

2.14 Trastorno de sueño infantil

Muchos niños tienen problemas mientras duermen. Algunos ejemplos incluyen:

- Despertarse frecuentemente durante la noche.
- Hablar mientras duermen.
- Dificultad en dormirse.
- Despertarse llorando.
- Tener sueño durante el día.
- Tener pesadillas
- Orinarse en la cama.
- Rechinar o apretar los dientes.
- Despertarse temprano.

Muchos de los problemas que los niños tienen mientras duermen están relacionados con hábitos irregulares de dormir o con la ansiedad de irse a la cama y quedarse dormidos. Los desórdenes persistentes al dormir pueden ser también síntomas de dificultades emocionales. La "ansiedad por la separación" forma parte de una etapa crucial en el desarrollo infantil. Para todos los niños pequeños, la hora de acostarse es la hora de la separación. Algunos niños hacen todo lo posible por evitar la separación a la hora de acostarse. Sin embargo, para ayudar a minimizar estos tipos comunes de problemas al dormir, los padres deben establecer rutinas consistentes y regulares la hora de acostarse y las rutinas de dormir para los niños. Los padres encuentran a menudo que el bebé se duerme si lo mecen o si recibe alimento. Sin embargo, a medida que crece, los padres deben alentarlos para que se duerman sin mecerlos y sin alimentarlos. Si no, al niño le va a dar mucho trabajo poder dormirse solo. Las pesadillas son relativamente comunes durante la infancia. El niño se acuerda de las pesadillas, las cuales generalmente conllevan fuertes amenazas a su bienestar. Las pesadillas, que comienzan a distintas edades, afectan a las niñas con mayor

frecuencia que a los niños. Para algunos niños/niñas, las pesadillas son serias, frecuentes e interfieren con el descanso al dormir. Los terrores al dormir (terrores nocturnos), el sonambulismo y el hablar dormido constituyen un grupo relativamente raro de desórdenes del dormir llamado "parasomnias". Los terrores nocturnos son diferentes de las pesadillas. El niño con terrores nocturnos gritará incontrolablemente y parecerá estar despierto, pero está confundido y no se podrá comunicar. Los terrores nocturnos corrientemente aparecen entre los 4 y los 12 años. Los niños sonámbulos parecen estar despiertos mientras caminan por la casa, pero están en realidad dormidos y en peligro de hacerse daño. El sonambulismo generalmente comienza entre los 6 y los 12 años. Tanto los terrores nocturnos como el sonambulismo son comunes en algunas familias y afectan a los niños más que a las niñas. Con frecuencia, los niños con estos desórdenes del dormir tienen un solo episodio o tal vez episodios esporádicos de estos desórdenes. Sin embargo, cuando estos episodios ocurren varias veces por noche, o todas las noches por varias semanas, o interfieren con el comportamiento del niño durante el día, el tratamiento por un psiquiatra de niños y adolescentes puede ser necesario. Hay una gama de tratamientos disponibles.

La inversión de los períodos en que se está dormido o despierto puede ocurrir en algunos adolescentes causando problemas con la vida cotidiana. El sueño puede ser también perturbado por los desórdenes del humor, PTSD, el abuso de sustancias, el ADHD y la ansiedad.

Afortunadamente, a medida que madura, el niño generalmente supera los problemas comunes del dormir así como los desórdenes más severos (parasomnias). Sin embargo, si los padres creen que el problema es urgente, deben de consultar al pediatra del niño o llamar directamente a un psiquiatra de niños y adolescentes.

Capítulo III

Referencia Metodológica

3.1 Programa de Práctica

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivos Generales

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

3.3 Calendarización o Cronograma de Actividades

I Trimestre

Actividad programada

Enero

- Sábado 16 Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
- Sábado 23 Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
- Sábado 30 Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Ejercicios prácticos en clase de aspectos importantes de la práctica.

Febrero

- Sábado 6 Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
- Sábado 13 Primera parte: presentación caso 1
Segunda parte: supervisión de casos
- Sábado 20 Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos
- Sábado 27 Primera parte: presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos
Entrega de Perfil Institucional

Marzo

- Sábado 6 Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos
Entrega de informe mensual mes de febrero
- Sábado 13 Primera parte: Presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos
- Sábado 20 Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos
- Sábado 27 Primera parte: presentación de caso 7
Segunda parte: supervisión de casos

Abril

- Sábado 10** **Primera parte: Presentación de casos 8**
Segunda parte: supervisión de casos
Entrega informe mensual marzo
Entrega de planificación de talleres
- Sábado 17** **Primera parte: Presentación de casos 9**
Segunda parte: supervisión de casos
- Sábado 24** **Primera parte: Presentación de casos 10**
Segunda parte: supervisión de casos

Mayo

- Sábado 8** **Cierre de primera fase. Autoevaluación**
Entrega informe mensual abril

II Trimestre

Actividad programada

Mayo

- Sábado 22** **Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo**
Segunda parte: Supervisión de casos
- Sábado 29** **Primera parte: Presentación de caso 1 con videograbación**
Segunda parte: Supervisión de casos

Junio

- Sábado 5** **Primera parte: Presentación de caso 2 con videograbación**
Segunda parte: Supervisión de casos
Entrega de informe mensual mayo
- Sábado 12** **Primera parte: Presentación de caso 3 con videograbación**
Segunda parte: Supervisión de casos
- Sábado 19** **Primera parte: Presentación de caso 4 con videograbación**
Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 26 Primera parte: Presentación de caso 5 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos

Julio

Sábado 3 Primera parte: Presentación de caso 6 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos
Entrega de informe mensual junio

Sábado 10 Primera parte: Presentación de caso 7 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 17 Primera parte: Presentación de caso 8 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 24 Primera parte: Presentación de caso 9 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 31 Primera parte: Presentación de caso 10 con videograbación
Segunda parte: Supervisión de casos

Agosto

Sábado 7 Entrega de informe mensual Julio

Sábado 14

III Trimestre

Actividad programada

Agosto

Sábado 28

Septiembre

Sábado 4 Entrega de informe final agosto

Sábado 11

Sábado 18

Sábado 25 Primera revisión informe final

Octubre

Sábado 2 Devolución de informe final con correcciones

Entrega de informe mensual septiembre

Sábado 9

Segunda revisión de informe final

Sábado 16

Sábado 23

Sábado 30

Noviembre

Sábado 6

Sábado 13

Sábado 20

Evaluación final y autoevaluación

Sábado 27

Cierre de fase III. Actividad especial.

Capítulo IV

Presentación de Resultados

4. Programa de Casos

4.1. Logros

- Apertura total en el momento de entrevista con los pacientes referidos mostrando confianza sobre las decisiones tomadas sobre el trato con los mismos.
- Comunicación constante con la psicóloga encargada de los practicantes en relación a inquietudes y asesoramiento con relación a los casos tratados.
- Presencia y supervisión constante durante los días de práctica, siempre con el debido respeto entre profesionales.
- Aceptación sobre horarios de citas con los pacientes y disposición constante.
- Total libertad de uso de las instalaciones y mobiliario de la institución.

4.2 Limitaciones

- Solo se tuvo comunicación con la encargada de los practicantes, deseando poder relacionarse con el resto del personal, lo cual podría haber sido más enriquecedor.
- Debido a que las clínicas son usadas por las instalaciones de la iglesia, el material a usarse debía ser llevado y recogido en cada sesión.
- Debido a la falta de coordinación del personal, solo se pudo dar un taller.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL
FACULTAD DE EDUCACIÓN

CURSO: Psicodiagnóstico III

CATEDRÁTICO: Lic. Cinthia Brenes

INFORME DE CASO ATENDIDO

Byrón Saúl Aguilar Urrea
Guatemala, octubre del 2010

INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación podemos observar, está relacionado con el caso de un niño de segundo primaria del Colegio Bilingüe “Manos a la Obra”. El trabajo consiste en la realización de un informe psicológico, con el desarrollo de cada una de las partes que dicho informe requiere.

Encontraremos aspectos tales como: El motivo de consulta, la historia clínica, examen mental, pruebas psicológicas aplicadas, interpretación de pruebas, eje multiaxial y su respectivo plan terapéutico.

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 4 de junio del 2,010
No. de sesión: 1

Examen del estado mental del paciente:

La altura de José Fernando es adecuada a su edad, mientras que el peso no es proporcional a la altura y edad del mismo. Su postura física es incorrecta, pues camina con hombros caídos, lo que además hace denotar en la parte de la espalda una forma curva. Su higiene es poco aceptable.

José Fernando no siempre es capaz de mantener contacto visual, posee poca fluidez verbal y muy difícilmente mostró apertura al terapeuta, cuando se le pida que analice alguna situación, prefiere quedarse callado y espera a contestar únicamente preguntas cerradas como un sí o un no. Su conducta hacia el evaluador fue muy poca colaboradora.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

En relación al motivo de consulta decidimos empezar a trabajar el tema "LA IMPORTANCIA DE COMER SANO" ello con el objetivo que el paciente conociera los beneficios y la importancia de la misma en el consumo de comida sana.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de frustración, ya que por la falta de convivencia social, se sentía incómodo e invadido por un desconocido.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba aún ser un niño muy tímido, por lo que ello denotaba apatía y desinterés en dicho tema.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

Adicional a tratar el tema se trabajó en indagar sobre lo que más le gustaba hacer en su tiempo libre, en dónde estudiaba, cómo se llamaba su maestra, etc., con el fin de crear un ambiente empático, cómodo y de apertura. El paciente respondió en un 50% siempre utilizando respuestas cerradas.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

Ansioso, cierto grado de intranquilidad, ya que definitivamente era un reto muy grande a lograr, lo que a la vez en me motivó a prepararme con estrategias empáticas para la siguiente sesión.

Planes para la próxima sesión:

Con el objetivo de seguir trabajando primordialmente el área cognitiva, trabajaríamos en el tema "SOMOS LO QUE COMEMOS" ello con el objetivo de que el paciente identifique algunos elementos que se han visto afectados por el consumo de alimentos no saludables.

Dudas que necesite aclarar con su supervisor:

Ninguno

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN – CAMPUS NARANJO

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 11 de junio del 2,010
No. de sesión: 2

Examen del estado mental del paciente:

La altura de José Fernando es adecuada a su edad, mientras que el peso no es proporcional a la altura y edad del mismo. Su postura física es incorrecta, pues camina con hombros caídos, lo que además hace denotar en la parte de la espalda una forma curva. Su higiene es poco aceptable.

José Fernando no siempre es capaz de mantener contacto visual, posee poca fluidez verbal y muy difícilmente mostró apertura al terapeuta, cuando se le pida que analice alguna situación, prefiere quedarse callado y espera a contestar únicamente preguntas cerradas como un sí o un no. Su conducta hacia el evaluador fue muy poca colaboradora.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Con el objetivo de seguir trabajando primordialmente el área cognitiva, trabajamos en el tema “SOMOS LO QUE COMEMOS” ello con el objetivo de que el paciente identifique algunos elementos que se han visto afectados por el consumo de alimentos no saludables.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de intimidación, aunque con un poco más de apertura a realizar algunas actividades, pero siempre manteniendo cierto nivel de restricción en relación al terapeuta.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando mostraba ser un niño muy tímido, poco interés en el tema y con pocos deseos de que la sesión terminara para regresar con su mamá.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

Se trató de utilizar un oso de peluche para referirnos a él como nuestro acompañante el cual no tenía deseos de comer. A través de Marco (peluche) logramos dar a conocer que él iba a ser el resultado de lo que diariamente ingería. El paciente realizó ciertas intervenciones refiriéndose a Marco y cómo se percibía.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

Ansioso, cierto grado de intranquilidad, ya que definitivamente era un reto muy grande a lograr, pero a la vez muy motivado a seguir trabajando arduamente, ya que había empezado a obtener los primeros resultados.

Planes para la próxima sesión:

Trabajaremos en conocer “LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA” con el fin de concientizar acerca de los resultados negativos que puede presentar nuestro cuerpo físico, en relación a la mala alimentación.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN – CAMPUS NARANJO

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 18 de junio del 2010
No. de sesión: 3

Examen del estado mental del paciente:

La altura de José Fernando es adecuada a su edad, mientras que el peso no es proporcional a la altura y edad del mismo. Su postura física es incorrecta, pues camina con hombros caídos, lo que además hace denotar en la parte de la espalda una forma curva. Su higiene es poco aceptable.

José Fernando no siempre es capaz de mantener contacto visual, posee poca fluidez verbal y muy difícilmente mostró apertura al terapeuta, cuando se le pida que analice alguna situación, prefiere quedarse callado y espera a contestar únicamente preguntas cerradas como un sí o un no. Su conducta hacia el evaluador fue muy poca colaboradora.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

En esta sesión trabajamos en conocer "LAS PRINCIPALES ENFERMEADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA" con el fin de concientizar acerca de los resultados negativos que puede presentar nuestro cuerpo físico, en relación a la mala alimentación.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de tranquilidad; pareciera empezar a tener cierto nivel de confianza y empatía hacia el terapeuta, su lenguaje denotaba ser un poco más fluido, en relación a las sesiones anteriores.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba ser un niño con ideas de cierto nivel de resistencia, pero con la idea de empezar a mostrar también cierto grado de interés en lo que se hacía.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

Para incentivar al paciente al interés en dicha terapia, en esta oportunidad se utilizó material audiovisual, acerca de las primeras y principales enfermedades causadas por la alimentación inadecuada, por lo que en ocasiones realizaba pequeñas intervenciones en relación al tema y sí se realizaba alguna pregunta estaba un poco más a la expectativa de contestar más espontáneamente.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

En esta ocasión el nivel de ansiedad que con anterioridad manejaba, empezaba a disminuir, ya que había logrado utilizar una técnica muy funcional, como lo fue la ayuda audiovisual, la cual puede ver, otorgó buenos resultados en relación a la apertura e interés del paciente.

Planes para la próxima sesión:

En esta sesión únicamente se trabajaron algunas de las "PRINCIPALES ENFERMEADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA" por lo que la semana próxima trabajaremos en las siguientes enfermedades, con el fin de completar dicho conocimiento.

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 7 de julio del 2,010
No. de sesión: 4

Examen del estado mental del paciente:

La altura de José Fernando es adecuada a su edad, mientras que el peso no es proporcional a la altura y edad del mismo. Su postura física es incorrecta, pues camina con hombros caídos, lo que además hace denotar en la parte de la espalda una forma curva. Su higiene es poco aceptable.

José Fernando no siempre es capaz de mantener contacto visual, pero en esta ocasión empezó a demostrar más interés y confianza en el terapeuta, su fluidez verbal cada vez mejoraba y la colaboración hacia las actividades a realizar empezaba a ser notoria.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Tomando en cuenta que la sesión pasada únicamente se trabajó algunas de "LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA", en esta sesión trabajaremos las restantes, con el fin de completar el conocimiento básico acerca de las mismas. .

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de tranquilidad; pareciera empezar a tener cierto nivel de confianza y empatía hacia el terapeuta, su lenguaje denotaba ser un poco más fluido, en relación a las sesiones anteriores.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba empezar a depositar confianza en el terapeuta, con la idea de empezar lograr engancharlo, ya que había logrado empatizar con el mismo, lo cual consideraba le hacía bien.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

Luego de haber notado la eficiencia de la sesión anterior se decidió seguir incentivando el interés del paciente utilizando material audiovisual, para dar a conocer las faltantes y principales enfermedades causadas por la alimentación inadecuada. Por lo que nuevamente, realizaba pequeñas intervenciones en relación al tema y si se le volvía a realizar alguna pregunta continuaba con la expectativa de contestar más espontáneamente.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

En esta ocasión el nivel de ansiedad que con anterioridad manejaba, seguía disminuyendo, ya que había logrado utilizar una técnica muy funcional, como lo fue la ayuda audiovisual, la cual se puede volver a tener buenos resultados en relación a la apertura e interés del paciente.

Planes para la próxima sesión:

En esta sesión únicamente se trabajaron algunas de las "PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA" por lo que la semana próxima trabajaremos las siguientes enfermedades con el fin de completar dicho conocimiento.

Dudas que se necesite aclarar con su supervisor: Ninguna

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN – CAMPUS NARANJO

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 21 de julio del 2,010
No. de sesión: 5

Examen del estado mental del paciente:

La altura de José Fernando es adecuada a su edad, mientras que el peso no es proporcional a la altura y edad del mismo. Su postura física es incorrecta, pues camina con hombros caídos, lo que además hace denotar en la parte de la espalda una forma curva. Su higiene es poco aceptable.

José Fernando no siempre es capaz de mantener contacto visual, pero en esta ocasión seguía mostrando aún más interés y confianza en el terapeuta, que en ocasiones anteriores su fluidez verbal cada vez mejoraba y la colaboración hacia las actividades a realizar, se empezaba a ser mucho más notoria.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Tomando en cuenta que la sesión pasada únicamente se trabajó algunas de "LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA ALIMENTACIÓN INADECUADA", en esta sesión trabajaremos las restantes, con el fin de completar el conocimiento básico acerca de las mismas. .

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de tranquilidad; pareciera empezar a tener cierto nivel de confianza y empatía hacia el terapeuta, su lenguaje denotaba ser un poco más fluido, en relación a las sesiones anteriores.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba empezar a depositar confianza en el terapeuta, con la idea de empezar lograr engancharlo, ya que había logrado empatizar con el mismo, lo cual consideraba le hacía bien.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

Luego de haber notado la eficiencia de la sesión anterior se decidió seguir incentivando el interés del paciente utilizando material audiovisual, para dar a conocer las faltantes y principales enfermedades causadas por la alimentación inadecuada. Por lo que nuevamente, realizaba pequeñas intervenciones en relación al tema y si se le volvía a realizar alguna pregunta continuaba con la expectativa de contestar más espontáneamente.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

En esta ocasión el nivel de ansiedad que con anterioridad manejaba, seguía disminuyendo, ya que había logrado utilizar una técnica muy funcional, como lo fue la ayuda audiovisual, la cual se puede volver a tener buenos resultados en relación a la apertura e interés del paciente.

Planes para la próxima sesión:

Para la próxima sesión se tiene contemplada la planificación con el tema "CUALES SON LAS VENTAJAS DE LA COMIDA SALUDABLE Y LAS DESVENTAJAS DE LA COMIDA NO SALUDABLE" ello con el objetivo de identificar en cuáles comidas el ser humano está más propenso a padecer de muchas de las principales enfermedades causadas por la mala alimentación y, además el paciente podrá empezar a tomar criterio en la elección de alimentos.

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 4 de agosto del 2,010
No. de sesión: 6

Examen del estado mental del paciente:

En esta sesión se pudo notar al paciente mucho más motivado que en ocasiones anteriores. Por lo que su forma de conducirse al hablar era mucho más coherente; su aspecto físico había mejorado de forma significativa. Ello también luego de haber dado algunas recomendaciones a la mamá y la cooperación e interés hacia el terapeuta era significativo. Su estado de humor era muy agradable y denotaba un rostro alegre.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

En dicha sesión se ejecutó la planificación con el tema "CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LA COMIDA SALUDABLE Y LAS DESVENTAJAS DE LA COMIDA NO SALUDABLE" ello con el objetivo de identificar en cuáles comidas el ser humano está más propenso a padecer de muchas de las principales enfermedades causadas por la mala alimentación y además el paciente podrá empezar a tomar criterio en la elección de alimentos.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de tranquilidad; motivado, mostrando cierto nivel de confianza y empatía hacia el terapeuta, su lenguaje denotaba ser mucho más fluido en relación a las sesiones anteriores.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba empezar a depositar confianza en el terapeuta, con la idea de empezar lograr engancharlo, ya que había logrado empatizar con el mismo, lo cual consideraba le hacía bien.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

En el niño José Fernando pude notar un alto nivel de interés por la tecnología y los beneficios de la misma, por lo que en esta ocasión trabajó haciendo uso de 2 laptops, lo que ayudó al paciente a realizar varias intervenciones en los temas puestos a investigar (buscar videos youtube). El paciente respondió de manera muy positiva indicando al finalizar la sesión que sí se podía quedar un tiempo más.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

El nivel de ansiedad desapareció ya que se había logrado utilizar una técnica muy funcional como lo es la tecnología, en la cual pude notar buenos resultados en relación a la apertura del interés del paciente.

Planes para la próxima sesión:

Para la próxima semana estaremos trabajando en algunos tips para comer saludable, ello bajo el tema "ESTRATEGIAS FACTIBLES PARA POSEER UN CUERPO SANO" ya que luego de haber logrado cambios de patrones de pensamiento en relación a la percepción de alimentos y la importancia de los mismos, se hace necesario de algunas estrategias útiles para contrarrestar las enfermedades causadas por la mala alimentación, para luego llevarlas en la práctica a través de la terapia conductual.

PACTICA V 2010
HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Saúl Aguilar Urrea
Paciente: José Fernando Ortega

Fecha de sesión: 18 de agosto del 2,010
No. de sesión: 7

Examen del estado mental del paciente:

En esta sesión se pudo notar al paciente mucho más motivado que en ocasiones anteriores, por lo que su forma de conducirse al hablar era mucho más coherente. Su aspecto físico había mejorado de forma significativa. Ello también luego de haber dado algunas recomendaciones a la mamá y la cooperación e interés hacia el terapeuta era significativo. Su estado de humor era muy agradable y denotaba un rostro alegre.

Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)

En esta sesión pudimos estar trabajando en algunos tips para comer saludable, ello bajo el tema "ESTRATEGIAS FACTIBLES PARA POSEER UN CUERPO SANO" ya que luego de haber logrado cambios de patrones de pensamiento en relación a la percepción de alimentos y la importancia de los mismos, se hizo necesario de algunas estrategias útiles para contrarrestar las enfermedades causadas por la mala alimentación, para luego llevarlas en la práctica a través de la terapia conductual.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión:

José Fernando, mostraba sentimientos de tranquilidad; pareciera empezar a tener cierto nivel de confianza y empatía hacia el terapeuta, su lenguaje denotaba ser un poco más fluido, en relación a las sesiones anteriores.

Ideas que le transmitió el paciente:

José Fernando, mostraba empezar a depositar confianza en el terapeuta, con la idea de seguir trabajando en el bienestar propio y lograr las metas establecidas por el mismo.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió:

En dicha sesión, se llegó a un acuerdo en dónde se iba a trabajar un plan de modificación de conducta con sus padres, el colegio y el terapeuta, en el cual se iban a trazar metas y colocar ciertos incentivos a corto, mediano y largo plazo; con el fin de motivarlo a lograr sus objetivos. El paciente denotó haber recibido muy conforme la información y a la vez motivado por lograr el premio prometido de parte de su mamá y elegido por su persona.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión:

Terapia de juego, Terapia Cognitivo, Terapia del Arte.

Autoevaluación: Describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc., durante y después de la sesión:

En esta ocasión el nivel de ansiedad que con anterioridad manejaba, había desaparecido, ya que había logrado utilizar una técnica muy funcional, lo cual es la tecnología. Se pudo ver buenos resultados en relación a la apertura e interés del paciente y sobre todo por la motivación que el paciente denotaba con el nuevo plan estratégico a trabajar.

Planes para la próxima sesión:

En la próxima sesión, se estará teniendo una charla con la encargada del paciente, ya que se estaría interrumpiendo el proceso por culminación de práctica supervisada IV. Ello con el fin de proveer algunas técnicas para seguir trabajando el modificador de conducta.

Dudas que se necesite aclarar con su supervisor: Ninguna

INFORME DE PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombre: José Fernando Ortega

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 11 de abril del 2002

Edad: 8 años

Estado Civil: -----

Escolaridad: Segundo grado de primaria

Institución: Colegio “Manos a la Obra”

Profesión: -----

Ocupación y lugar de trabajo: -----

Religión: Católica

Dirección: El Encinal

Teléfono: Casa: ----- Trabajo: ----- Celular: -----

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: Fernando Ortega

Profesión: Economista

Lugar de Trabajo: Quick Photo

Nombre de la madre: Ana Luisa Ortega

Profesión: Ama de casa

Lugar de Trabajo: Ninguno

Referido por: Ana Luisa de Ortega

II. MOTIVO DE CONSULTA

“Teacher Byrón, miss Claudia me comentó que usted está haciendo sus prácticas de psicología y aprovechando que usted trabaja en el colegio, quisiera ver si me puede ver a José Fernando, ya que desde pequeño no quiere comer nada más que comida chatarra, pizza, papas fritas, sodas, etc. Ya estuvo en un montón con varias psicólogas y no hay modo que el muchachito quiera. Así que le pido me pueda ayudar.

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

- A) No realiza ingesta de alimentos, al menos que estos sean chucherías, comida chatarra en general como papas fritas, pizza, sodas, producto embolsado y caramelos en general.
- B) Factores psicosociales: Ninguno
- C) José Fernando es un niño que no se ve motivado por ningún estímulo a la ingesta de alimentos sólidos como carnes y mucho menos a la de la comida más conocida como sana (frutas y verduras).

HISTORIA CLÍNICA

Personales no patológicos

1. Historia prenatal:

Características físicas generales del embarazo.

Un niño que nació a los 8 meses del embarazo, algunas complicaciones por ser el primogénito en el matrimonio de sus padres, el padre no quería que su esposa quedará embarazada aún, ya que a los 8 meses de casados la señora de González resultó en estado de gestación, lo cual no fue muy agradable y a la vez aceptable por el papá, por lo que podemos decir que de parte de la figura paterna no fue un hijo deseado en el momento en el que se dio dicho embarazo.

2. Nacimiento:

José Fernando nació un 11 de abril del 2,010 en el Hospital El Pilar zona 15, a pesar de ser un parto de 8 meses, no se presentó ninguna complicación, dicho parto fue a través de cesárea.

3. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:

Fijación Cabeza

Edad que se sentó

Se paró

Gateó

Dicha información indica la madre que no recuerda, sólo hace mención que según la abuela del niño, fue un desarrollo psicomotor dentro del período esperado en cualquier niño.

4. Evolución de lenguaje

El desarrollo del lenguaje muy pobre, casi no tiene relación con más personas que no sea con su madre y su hermano menor, para obtener cierta información de su parte se hace necesario el uso de diversas técnicas para que pueda expresar algún mínimo comentario, no tiene un lenguaje fluido y muestra cierta timidez al momento de realizarle alguna interrogante.

5. Desenvolvimiento escolar

Lo referente al área escolar, José Fernando ha sobrellevado las responsabilidades escolares de forma normal en relación a su edad y grado que cursa, es importante mencionar que por lo general en la mayoría de su tiempo recibe tutorías tanto de inglés como de español, ya que en ocasiones se es necesario dar retroalimentación a dichos contenidos para lograr un aprendizaje significativo.

6. Desenvolvimiento social

Su desenvolvimiento social es un poco restringido, tiene cierta relación con sus compañeros de clase, ya que es con quienes ha estudiado desde que empezó la etapa escolar, por lo que existe cierto nivel de confianza y propicia relaciones estables entre los mismos, cuando se trata de conocer gente nueva difícilmente toma la iniciativa de saludar o interesarse en conocer a cada una de ellas, es poco abierto a las nuevas personas y con algunas que conoce desde un tiempo atrás sino logra encajar no tiene buena relación con las mismas.

7. Pre- Adolescencia

Aún no ha llegado a dicha etapa.

Personales patológicos

1. Historia médica: No se encuentra historial médico.

2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

Poca sociabilización con personas nuevas y al igual que con la figura paternal

HISTORIA FAMILIAR

1. Genograma

2. Estructura familiar: La familia de José Fernando está conformada por: Su padre el Señor Fernando Ortega, su madre, la señora Ana Luisa de Ortega, su hermano menor Gabriel Ortega, adjunta a su casa, separados únicamente por una pared vive su abuela con la que mantiene poca relación.

3. Antecedentes familiares: Hijo de un padre que muestra mucho interés y responsabilidad en su trabajo, por lo que la mayor parte del tiempo lo dedica para ello, y de una madre, ama de casa, Licda. en ciencias del arte pero no ejerce, ya que se ha dedicado al cuidado completo de sus hijos. Antecedentes significativos como: duelo, divorcio, tiempo de separación, etc., en sus 9 años de matrimonio no presentados.

4. Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales:

Ninguno

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. Presentación (descripción general):

- a.** Nivel de conciencia en la expresión verbal: poco congruente.
- b.** Actitud durante la entrevista y sesiones: Poco colaborador, evasivo al momento de realizarle preguntas directas; muy tímido por lo que da como resultado bajo nivel de expresión oral.
- c.** Se presenta físicamente con cabello un poco largo, vestuario podríamos indicar adecuado ya que asiste a terapia luego del colegio por lo que se presenta con el uniforme de la institución educativa a la que asiste.

2. Conducta motora y estado afectivo:

- a.** Conducta motora: En el área de la psicomotricidad un nivel bajo, dificultad para realizar cortes exactos con tijeras y no colorea correctamente. En psicomotricidad gruesa le cuesta cagar la pelota, no pateo con fuerza y a la dirección requerida. Tambalea a la hora de recoger un objeto.

- b.** Afecto: Es un niño bastante introvertido por lo que no realiza muestras de afecto, difícilmente otorga un abrazo, una sonrisa, un gesto de cariño, etc. Si se le quiere otorgar un abrazo, muestra cierto nivel de resistencia en la aceptación del mismo. Con el padre no es cariñoso en lo absoluto, en la mayoría de su edad se ha mostrado con palabras o gestos de afectividad hacia la figura paternal. Con la madre muestra una apertura más amplia en comunicación y afecto, por lo que algunas ocasiones otorga cierto interés en otorgar un abrazo.

d. Estado cognoscitivo

- a.** Atención:
Deficiente, se distrae con facilidad, no mira a los ojos a las personas, sí no que esconde la mirada.

- b.** Orientación de tiempo: Capacidad para proporcionar la fecha del día, ubica lugares y espacios, capacidad de medición de tiempo.

- c.** Lenguaje:
 - 1.** Fluidez: Bajo nivel de fluidez verbal, únicamente presenta preferencia por las preguntas que indiquen respuesta de un sí o un no, difícilmente realiza juicios de valor acerca de algún tema.

 - 2.** Comprensión: Entiende a perfección lo que se le desea transmitir, aunque no ejerza ningún comentario acerca de la instrucción, la ejerce como se le indica.

- d.** Memoria:
Memoria a largo plazo, capacidad de recordar hechos pasados, al mismo tiempo que para recordar nombres de personas o cosas. Recuerda eventos significativos como algún cumpleaños de un compañero, actividades escolares y eventos significativos con su familia.

e. Pensamiento:

- a.* Proceso: Pensamiento lógico, en ocasiones si se le solicita analizar alguna situación, logra extraer la información solicitada.

5) Estado de ánimo:

En la entrevista se mostró con sentimientos de miedo por el hecho de conocer a personas nuevas, con cierto grado de ansiedad, un poco inquieta y de sentimientos de desesperanza. Dificilmente hablaba de alguna cuestión que se le solicitaba, únicamente otorgó información básica como: su nombre, lugar de estudios, ciertos gustos en particular y comida favorita. Dicha información se obtuvo luego de varias técnicas para lograr la expresión verbal.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Test de la familia:

El test de la familia, se le aplicó el día 28 de junio del 2010.

Según el test de la familia podemos deducir que José Fernando está integrado por una familia nuclear, en la que se encuentran ambas figuras paternas (mamá-papá) hermano menor y su persona. Denota tener buena relación con su madre, aunque a la vez la ve como un apoyo de figura materna, no así como apoyo moral. Con el hermano menor tiene una relación aceptable, aunque con poco interés de enlazar relaciones un poco más afectivas. En relación al padre José Fernando lo percibe como una figura paternal agresiva, con pocas muestras de afecto y amenazante para su persona.

También se muestra intimidado y aislado por su padre. El nivel de autoridad que el padre ejerce sobre su persona es excesivamente alto, lo que ocasiona se sienta agredido e intimidado. Se percibe como aislado del núcleo familiar, con poco interés en realizar lazos de unión entre la familia nuclear. José Fernando se percibe como el menos importante de su familia y con menos

valor de todos. Se observa impotente en función a la relación padre e hijo y con un nivel de frustración e ira no manifiesta alta.

En el momento de la realización de dicha evaluación y las preguntas básicas realizadas, el niño José Fernando manifiesta que si alguno de los personajes de dicha familia no tuviera que estar, sería el padre, ya que indica la casa (figuradamente) es muy pequeña y no habría espacio para esta persona, por lo que debiera buscar un nuevo lugar en donde se ubique un tanto alejado de los demás, por lo que muestra cierto rechazo hacia el padre y poca tolerancia a su presencia no sólo dentro del hogar físico, sino también dentro del aspecto emocional, tiene a recordar eventos significativos desagradables en función de la relación con su padre.

Test figura humana:

El test de la figura humana se le aplicó el día 28 de junio del 2010.

El test de la figura humana nos muestra a José Fernando como un niño con un nivel bajo en relación a su auto concepto y auto valía, se percibe como un niño con poca ilusión de la vida cotidiana, impotente en muchas situaciones sociales, con cierta impotencia en muchas situaciones en las que le gustaría tener el absoluto manejo y control de las mismas.

Tiende a pensar mucho en situaciones del pasado que en algún momento dado dejaron marca en su vida, las cuales en la actualidad se siente condicionado por las mismas en el bienestar social y familiar.

OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

1.- Entrevista con la abuela por parte del lado maternal.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En base a las pruebas aplicadas del test figura humana y del test de la familia y la entrevista realizada a su madre y abuela materna, podemos deducir lo siguiente:

José Fernando es un niño el cuál pasó por un proceso conflictivo vivencial, el cual fue muy significativo para su persona en relación a la figura paterna. Dicho evento lo enmarcó en un auto concepto desvalorizado y un auto valía pobre. Lo cual por ende ha dado como resultado un alto nivel de autoestima baja y una pobre relación social.

Los conflictos con el padre han hecho que José Fernando se aleje mucho más de dicha figura, ya que es un factor amenazante en relación a la agresión física. Por dicho conflicto prefiere no tener ningún tipo de contacto y/o relación tanto física como sentimental, ha activado ciertos mecanismos de defensa para disminuir el grado de ansiedad y evitar conflictos a nivel internos.

Hacia la mamá presenta cierto grado de cariño, pero poca admiración ya que esperaría apoyo significativo en función a la relación con su padre en defensoría de sus derechos como persona.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

Código Diagnóstico	Nombre DSM-IV
F40.1 (300.23)	Trastorno de ansiedad social
F43.20 (309.0)	Trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo.

Eje II: Trastornos de Personalidad

Retraso Mental

Código Diagnóstico	Nombre DSM-IV
Z03.2 (v71.09)	Sin diagnóstico

Eje III: Enfermedades médicas

Código Diagnóstico	Nombre DSM-IV
Z03.2 (v71.09)	Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas Psicosociales**Verificar**

Problemas relativos al grupo primario	Especificar: Poca relación afectiva y social en relación al padre.
Problemas relativos al ambiente social	Especificar: Problemas para hacer nuevas amistades.
Problemas relacionados con la enseñanza	Especificar:
Problemas laborales	Especificar:
Problemas de vivienda	Especificar:
Problemas económicos	Especificar:
Problemas relativos al acceso a los servicios médicos	Especificar:
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen	Especificar:
Otros problemas psicosociales y ambientales	Especificar:

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global

Puntuación: 60-51	Periodo de tiempo: ACTUAL
-------------------	---------------------------

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en función de pruebas psicodiagnósticas, entrevistas a familiares y evaluaciones directas del estado mental e historia familia, se recomienda lo siguiente:

- 1.- Que ambos padres asistan a terapia para trabajar patrones de crianza, disciplina asertiva e inteligencia emocional y métodos de restauración de la relación padre e hijo.
- 2.- Trabajar con José Fernando la auto valía, auto concepto y aceptación de sí mismo. Reforzar los dones y talentos que como ende único posee, utilizando palabras positivas repetitivas y con actividades significativas u obsequios que la hagan sentir único y especial. Para ello se sugiere pasar más tiempo con él, ayudarle en la realización de tareas, interactuar de forma continuamente de tal manera que pueda percibir el ambiente menos estresante, hostil y con más confianza en las personas que le rodean.

PLAN TERAPEUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de Intervención/Técnica	Observaciones
<p>Mala relación padre-hijo</p> <p>Baja Autoestima</p>	<p>Proveer a ambos participantes las estrategias útiles, logrando un voto más de confianza de parte de José Fernando y al padre de estrategias para el buen uso de una disciplina asertiva.</p> <p>Conocer las cualidades, dones y virtudes que como seres individuales poseemos, logrando así, la integración a grupos sociales en donde no sólo pueda revivir sino, al mismo tiempo, otorgar afecto.</p>	<p>Cognitivo Conductual</p> <p>Terapia de Apoyo</p> <p>Terapia Interpersonal</p> <p>Terapia del Arte</p> <p>Musicoterapia</p> <p>Terapia Infantil Gestáltica</p> <p>Terapia de Juego</p>	<p>Podemos motivar la autoestima de los nuestros proveyendo ejemplos que los inspiren. Todos los seres humanos tenemos siempre un modelo a seguir. La necesidad de modelos es algo inherente a los seres humanos.</p>

CONCLUSIONES

1. Las pruebas psicométricas son una buena herramienta para la realización de un diagnóstico psicológico en las personas. Aunque considero se deben tomar en cuenta algunos otros aspectos importantes como las entrevistas familiares, amigos, antecedente familiar, entre otros; ya que ello ayudará a esclarecer mejor el problema y poder realizar un diagnóstico mucho más certero.
2. Considero que como estudiantes, es indispensable que realicemos este tipo de intervenciones y ejercicios, ya que alimentan y reafirman los conocimientos previamente adquiridos.

4.2 Programa de Elaboración de Proyectos de Salud Mental (Taller Impartido)

Problemas Emocionales y Adaptativos de Niños y Adolescentes

“Taller”

Objetivos Generales:

Motivara los padres de familia a informarse sobre las diversas estrategias para entender, apoyar, comprender y dar respuesta a ciertos problemas conductuales por los cuales pueden estar pasando sus hijos, tanto en el ámbito emocional, afectivo, académico como social.

Objetivos Específicos:

Reflexionar sobre las posibles causas, efectos y soluciones de los problemas conductuales en niños y adolescentes.

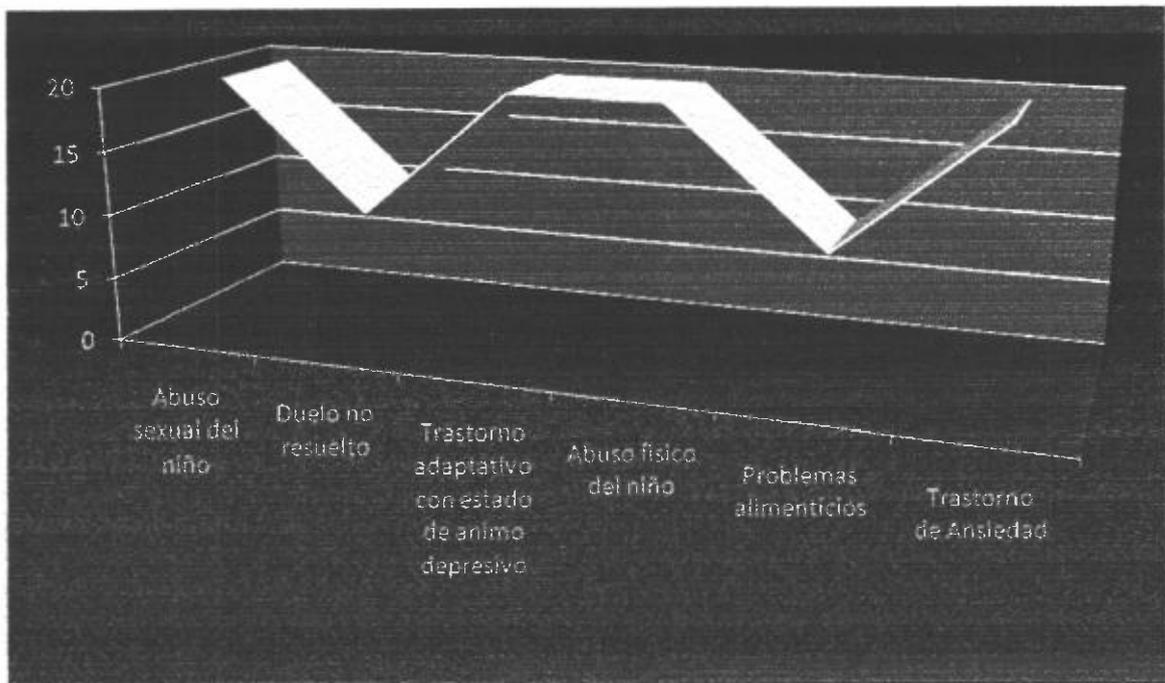
Introducción

La crianza de nuestros hijos puede resultar una de las experiencias más gratificantes de la vida. El asombro frente al milagro de la vida y la satisfacción al observar el desarrollo de un nuevo ser, pueden proporcionarnos enorme felicidad y gozo, pero también puede constituir una experiencia provocadora de desconcierto y ansiedad. Muchos padres preocupados por el bienestar de sus hijos, se enfrentan a dudas y temores respecto de su conocimiento y capacidad para proporcionar las experiencias necesarias para un óptimo desarrollo. Estas dudas y temores se originan casi siempre, en la falta de información objetiva sobre los procesos de desarrollo de los hijos dependiendo la edad.

Gráficas y Análisis de Resultados

Gráfica No. 1

Atención a Casos por Trastornos



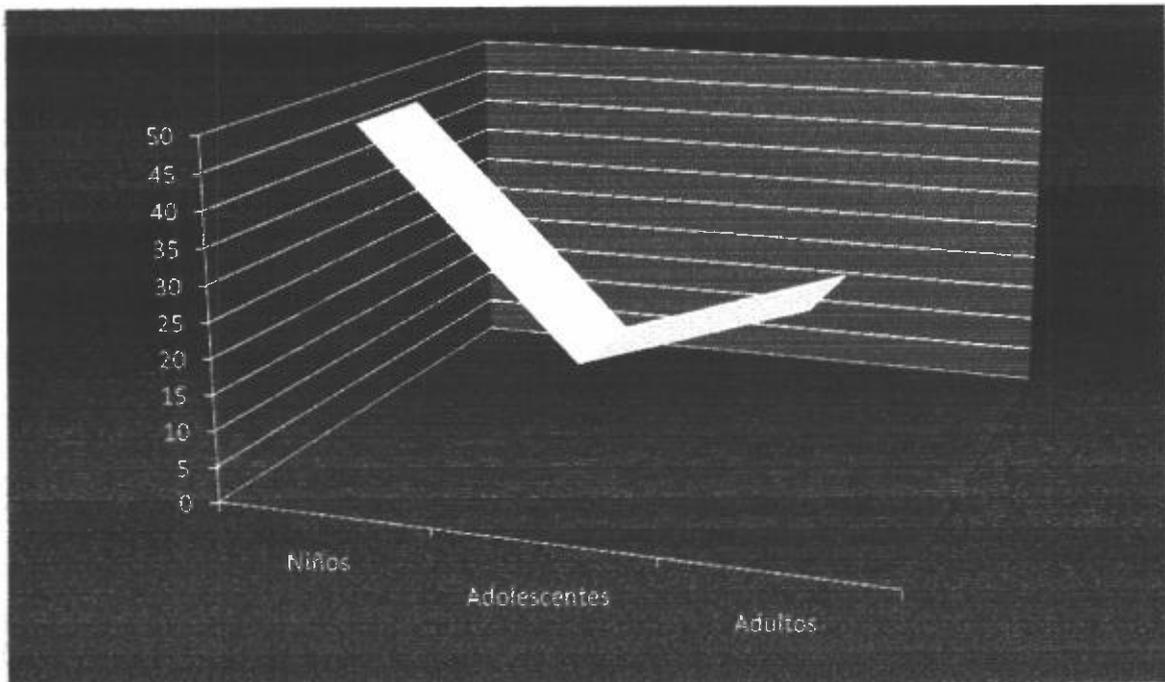
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

Los tipos de problemas y trastornos que se trabajaron, fueron presentados en algunas individuos de forma única o combinados, el índice mayor que se pudo presentar en relación a los trastornos están: Trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo, con un 20%, Abuso sexual del infante con un 20%, Abuso físico del niño con un 20% y el Trastornos de ansiedad generalizado con el mismo porcentaje 20% , luego le continuó el Duelo no resuelto con un 10%, y por últimos con un 10% los problemas alimenticios. Haciendo el total del 100% de los trastornos trabajados.

Gráfica No. 2

Atención a casos según las Etapas de desarrollo

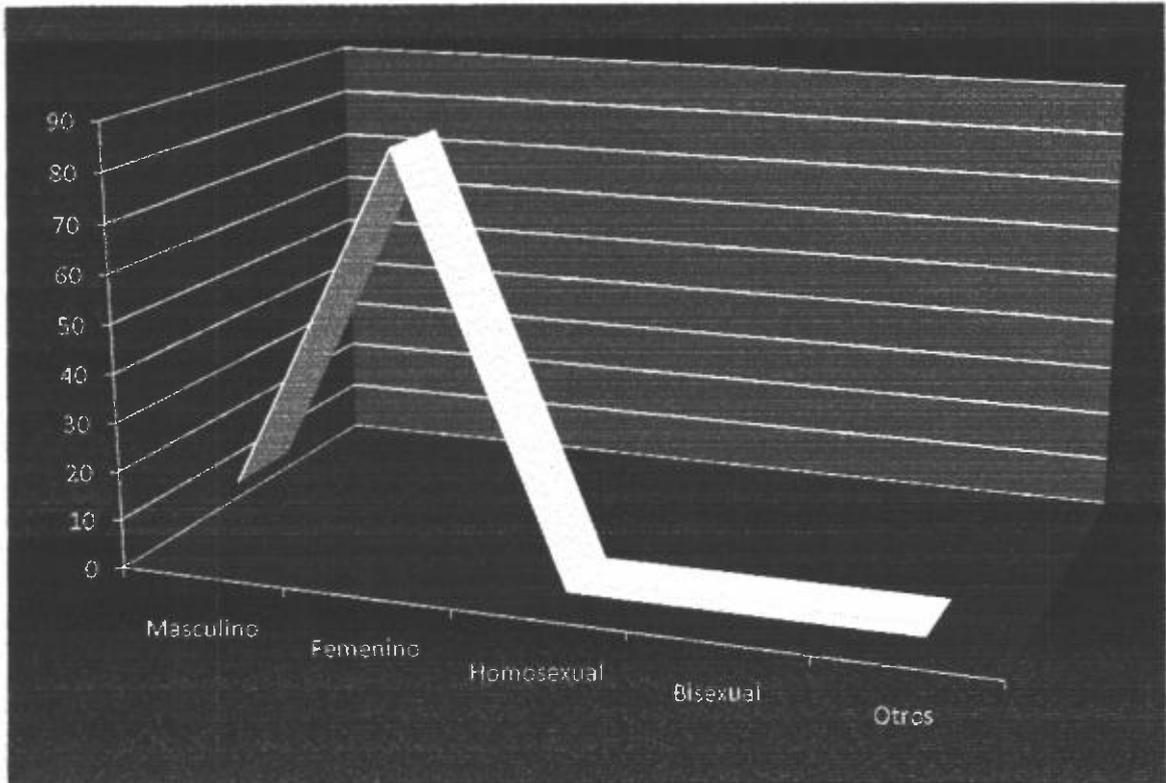


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

Las personas que se atendieron en relación a etapas de desarrollo fueron: con uno 50% del total de la población, niños, algunos de ellos referidos por instituciones de rehabilitación y otros que por diversos tipos de información, luego con el 20% a adolescentes, algunos llegaron con sus padres, y otros con amigos que asistían a terapia, y por último con un 30% adultos, quienes asistían ya sea con sus niños en etapa escolar primaria, o con sus hijos adolescentes.

Gráfica No. 3
Atención a casos en relación a Género



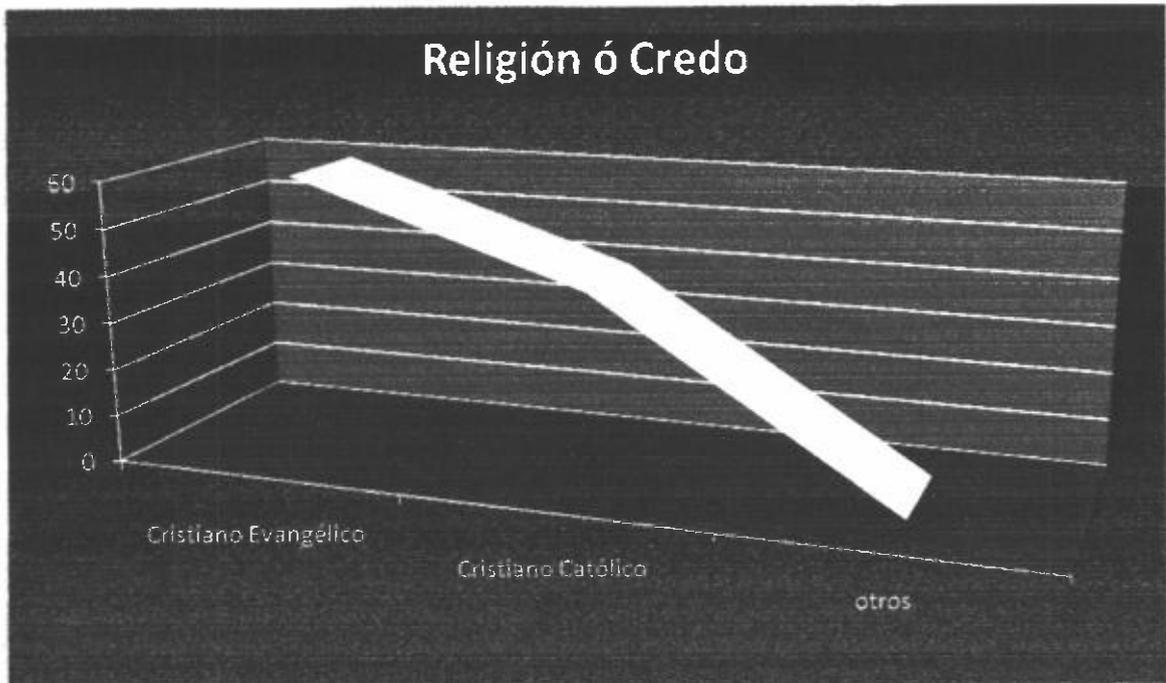
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

Las personas con las que se pudieron trabajar en relación a género fueron las siguientes: Género masculino con mínimo porcentaje de un 10%, mientras que en el género femenino con un 90% de la población total, teniendo con un 0% a personas homosexuales, bisexuales y otro tipo de preferencias.

Gráfica No. 4

Casos atendidos en relación a Religión o credo



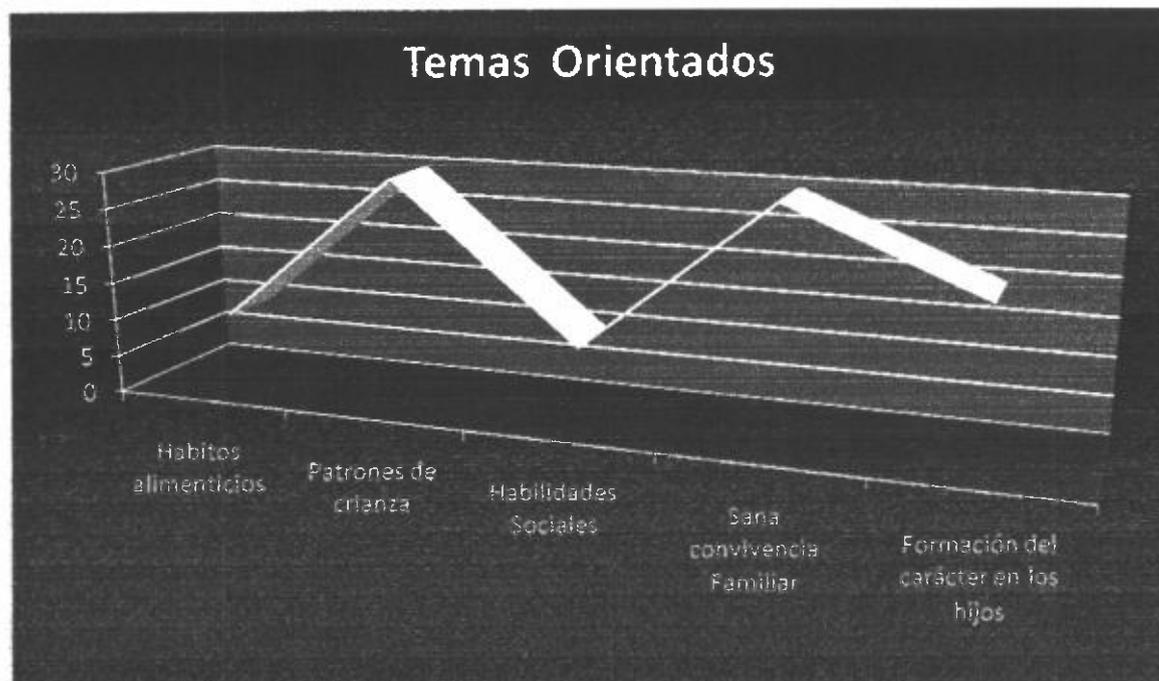
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

El centro de práctica como se mencionaba en el marco de referencia, es un centro Cristiano que apoya a niños con dificultades psicológicas al igual que en el área de la pedagogía, y que en su labor y ayuda social no hace exclusión ni discriminación de personas por sus creencias religiosas, por tanto los datos que se obtuvieron en atención a casos a por religión o credo fueron los siguientes: con un 60% de la población, la religión cristiano Evangélico, y con un 40% la Cristiano Católico, por lo tanto con un 0% otras religiones que no se tuvieron la oportunidad de trabajar.

Gráfica No. 5

Temas utilizados para la orientación a padres



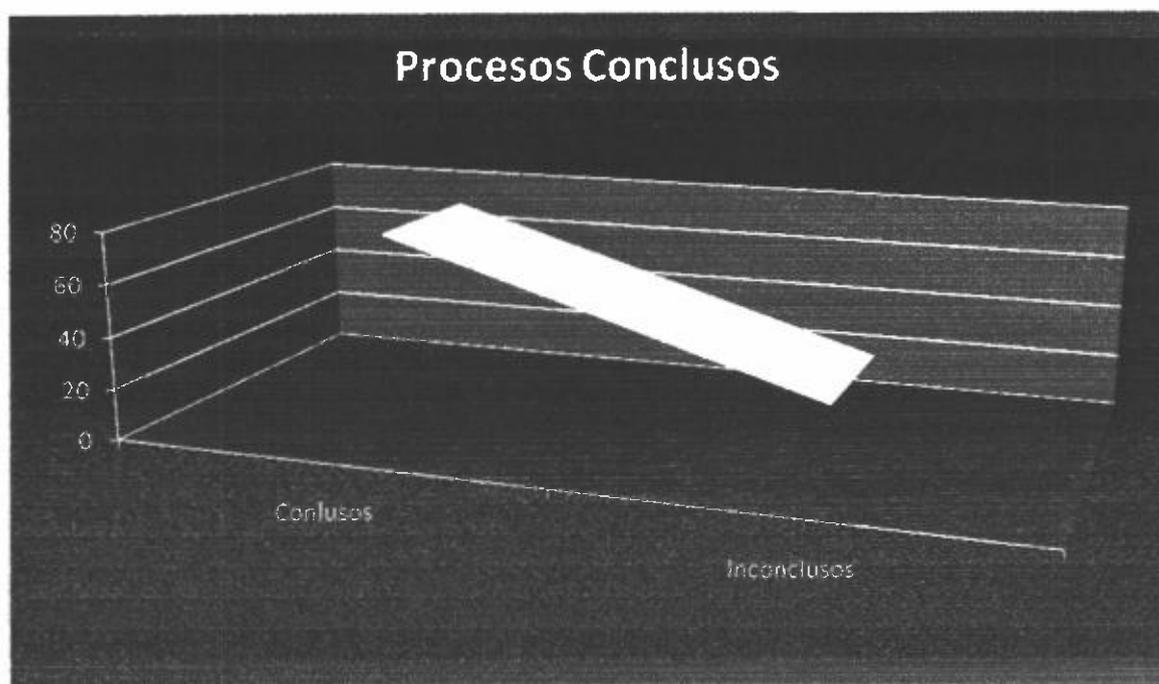
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

Adicional a trabajar con los niños y adolescentes, una gran mayoría de los padres se encontraba desorientada en temas de suma importancia que daban como resultado la problemática en los jóvenes y niños. Por dicha razón fue necesario el orientar a los padres en los temas de su interés, para lograr que también en casa se trabajara, y pudiéramos laborar en forma holística. Dentro de los temas que se trabajaron esta: con un 10% el tema de los hábitos alimenticios, con un 30% patrones de crianza, con un 10% habilidades sociales, con un 30% la sana convivencia familiar, y con un 20% la formación del carácter en los hijos.

Gráfica No. 6

Casos atendidos con proceso Concluso



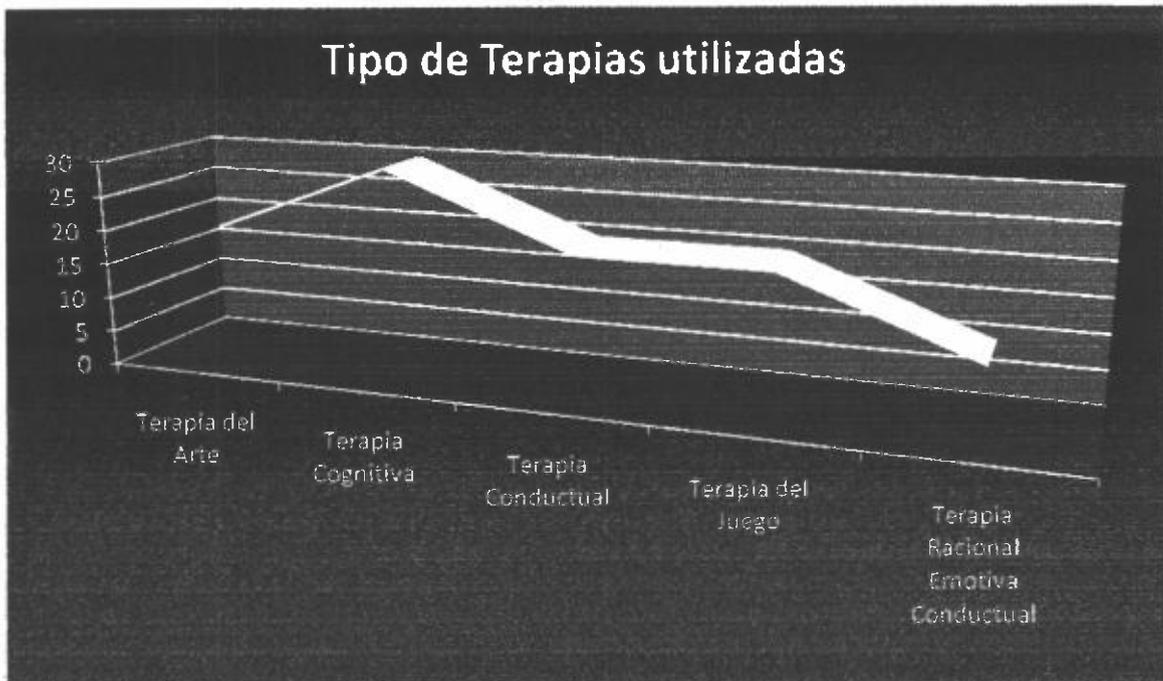
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de Gráfica:

Los casos que se pudieron atender, en su mayoría fueron conclusos ello con un alto porcentaje del 80%, mientras que con tan solo un 20% de los mismos fueron inconclusos, algunos de ellos únicamente asistieron a una sola cita, donde por cuestiones de tiempo, lejanía, y cuestiones económicas, no pudieron seguir asistiendo, mientras que la mayoría de personas fielmente asistían a sus citas semanalmente y siguieron el proceso establecido.

Gráfica No. 7

Tipo de Terapias trabajadas



Fuente: Elaboración propia

Interpretación de gráfica:

En cada niño, joven y adulto, según el problema presentado, se debían trabajar con ciertas técnicas y terapias, dependiendo de los trastornos y los niveles de aprendizaje y efectividad en cada persona se utilizaron distintas técnicas, las cuales podemos mencionar, terapia del arte con un 20%, con un 30% de la población la terapia cognitivo, terapia conductual un 20%, otro 20% en la terapia de juego y con un 10% la terapia racional emotiva TREC

Conclusiones

1. La práctica V permitió concientizar acerca de la ayuda social y vivir la experiencia de proveer ayuda y herramientas útiles a sujetos en la resolución de conflictos, logrando de esta forma ayudar a aquel que así lo requiera sin ningún interés de por medio, si no motivados por lograr avances significativo a nivel emocional y propiciar una mejor calidad de vida tanto a nivel personal como familiar en cada individuo.
2. Puedo concluir que la práctica V, permitió que el poner en práctica las habilidades y conocimientos adquiridos, me diera cuenta de la gran importancia de trabajar con calidad y excelencia, ya que el trabajar con seres humanos no te permite cometer errores y luego borrarlos como extraer un clavo sin dejar agujero, ya que ello marcará la vida de cada personas el resto de la vida, y que de uno como profesional depende el hacer cambios en individuos para bien o para mal.
3. Todo conocimiento adquirido en la teoría, si no es llevado a la práctica es un conocimiento si fruto, sin vida, que no permite la reafirmación y/o ratificación de los mismos. Por tanto, la práctica V otorgó la oportunidad de hacer hincapié en aquellos conocimientos que adquiridos dentro del salón de clases que luego fueron llevados a la experiencia vivencial, a través de nuestro propio insigth en relación a nuestras habilidades, destrezas y sobre todo acerca de nuestros niveles de aprendizaje. Por consiguiente, considero la práctica tanto para estudiantes, docentes como para la escuela de estudios superiores, fue el mayor indicador de los niveles de logros ó deficiencias que cada alumno ostentó en relación a su preparación superior previo al desenvolvimiento en el área profesional.

Recomendaciones

1. Si se hablase primordialmente de la práctica supervisada V, diría que de los objetivos estipulados previamente, muchos de ellos fueron si alcanzados, lo que promueve el desarrollo personal y profesional de nuestro país. Otros lastimosamente diversos motivos o circunstancias no fueron alcanzados, por tal motivo recomendaría que la universidad provea estrategias de supervisión en el campo de la práctica, y se lleve un proceso a conciencia, donde todos los alumnos realicen por igual la labor que se les ha indicado, ligados a los parámetros requerimientos y estipulados por la escuela es estudios superiores, previo a la aprobación de la misma, de lo contrario, estaremos egresando profesionales con muy baja calidad educativa competitiva, que cuando se afronten a la realidad de trabajar con seres humanos, se encontrarán con la deficiencia de no cuentan con las herramientas útiles para ser un profesional comprometido que ejerza de forma honesta, digna y responsable.
2. En esta etapa estudiantil, tuvimos la oportunidad de compartir con muchos profesionales en distintas áreas, tanto a nivel psicología como pedagogía. Muchos de ellos realizaron grandes aportes a nuestro conocimiento, de los cuales pudimos extraer lo mejor de ellos y adaptarlo a nuestro desarrollo educativo, una de ella nuestra catedrática de práctica (Cynthia Brenes). Personas que trabajaron con entrega y dedicación dando y extrayendo lo mejor de sí y de los demás, propiciando el ambiente y las condiciones adecuadas para lograr el aprendizaje significativo del que tanto hacemos mención. Por el contrario, también tuvimos la oportunidad de compartir con catedráticos con muchas capacidades pero poco motivados a ocuparse de su deber y a dar lo mejor de sí, cediendo a la irresponsabilidad de educar y cayendo en un conformismo inaceptable poco profesional, ello contribuye a la pérdida de tiempo y de interés por optimizar los recursos que pudieron marcar el desarrollo educativo y profesional de los alumnos. Por tal razón recomendó, en los ciclos venideros se mantenga supervisión constante no solo en los programas y planificaciones de trabajo si no dentro del salón de clases que es el campo donde en realidad se ponen en práctica lo plasmado en un papel, que de no ser así únicamente sería

ello, presentación de conocimientos escritos que solo quedaran plasmados y guardados en los archivos de las memorias de quienes lo realizan y supervisan. Por ello es que se recomienda un acercamiento periódico en el proceso de transferencia de conocimientos, para que los mismos sean transmitidos de forma consciente y responsable, realizando de forma honesta y transparente la labor que se les ha encomendado.

3. Afortunadamente en estos cinco años de experiencia pudimos adquirir muchos conocimientos que hasta el día de hoy han sido útiles y nos han ayudado en el buen desempeño de nuestro desenvolvimiento profesional. Recomendaría para la preparación de los futuros profesionales, se tomara en consideración la utilización de algún material de literatura un poco más actualizada, con nuevos descubrimientos en relación a trastornos actuales y su tratamiento, nuevas estadísticas, y en si conocimientos aún más a la vanguardia, ello le dará al profesional el poder de enfrentarse a los nuevos retos que la sociedad demanda, y le propiciará de un nuevo bagaje de herramientas que en la actualidad son sumamente necesarias para el buen desarrollo profesional.

Referencias

Bibliográficas

- Caballo, Vicente, 2003 Manual de Psicología Clínica Infantil y del a Adolescente, España, Ediciones Pirámide S.A.
- Claudine Geissmann. Clínica Psicoanalítica con Niños, España, ediciones Pirámide.
- Morris, Charlis, 2004 Psicología General. Decima edición. Estados Unidos, Prentice Hall.
- María Inés Monjas. La Timidez en la Infancia y la Adolescencia. España, Ediciones Pirámide.
- Rodríguez Domínguez. Psicología clínica y psicosomática. México, Mandála Ediciones.

Internet

- www.depression.psicomag.com
- www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/.../m01s.shtml
- www.acercadelinsomnio.com
- www.euroresidentes.com/.../curar_insumio
- www.familydoctor.org/online/famdoces/home.com
- www.guiainfantil.com/salud/esfinteres/enuresis.html
- www.freewebs.com/eneuresis-enuresis-nocturna-infantil/
- www.clinicadeansiedad.com/.../
- www.psicologia-online.com/.../manual12.html
- www.nlm.nih.gov/.../posttraumaticstressdisorder.html