

PPD-ED-85  
D542

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



BIBLIOTECA UPANA I. 17634  
14 MAY 2011  
Q. 100. --

**Psicoterapia en Pre-adolescentes de 11 a 14 años,  
práctica realizada en el Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil  
(Práctica Profesional Dirigida)**

Zoila Graciela Díaz Azurdia

Guatemala, Abril 2011



**Psicoterapia en Pre-adolescentes de 11 a 14 años,  
práctica realizada en el Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil  
(Práctica Profesional Dirigida)**

Zoila Graciela Díaz Azurdía (Estudiante)

Licda. Cynthia Brenes (Asesora)

Guatemala, Abril 2011

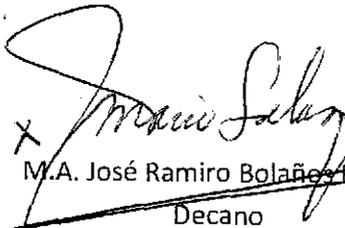
**DICTAMEN**  
**APROBACION PARA ELABORAR**  
**INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

**ASUNTO:** Zoila Graciela Díaz Azurdia  
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 Practica Profesional Dirigida. Que es requisito para obtener el titulo Licenciatura en Psicología y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Psicoterapia en Pre-adolescentes de 11 a 14 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.

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



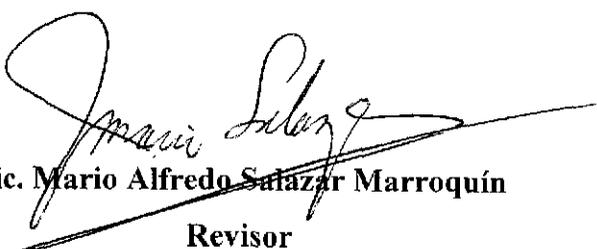
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN, Guatemala, 23 de octubre del año dos mil diez.

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Psicoterapia en Pre-adolescentes de 11 a 14 años, práctica realizada en El Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil**, presentado por la estudiante: **Zoila Graciela Díaz Azurdia** 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 veintisiete días del mes de enero del año dos mil  
once.-----

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Psicoterapia en Pre-  
adolescentes de 11 a 14 años, Práctica realizada en El Ministerio de Atención  
Psicopedagógica Infantil.** Presentado por la estudiante: **Zoila Graciela Díaz Azurdia,**  
previo a optar al grado Académico de Licenciada 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 a los cuatro días del mes de abril del dos mil  
once \_\_\_\_\_

En virtud que el informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema:  
**Psicoterapia en Pre-adolescentes de 11 a 14 años, práctica realizada en El  
Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil**, Presentado por la  
estudiante **Zoila Graciela Díaz Azurdia**, 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 Rivera  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Educación



## Contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Síntesis Descriptiva.....	3
<b>Capítulo I Marco de Referencia</b>	
1. Descripción de la Institución.....	4
1.1 Misión.....	7
1.2 Visión.....	7
1.3 Organigrama.....	7
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivos Generales.....	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
1.5 Población que atiende.....	8
1.6 Planteamiento del problema.....	9
<b>Capítulo II Referencia Teórica</b>	
2.1 Depresión.....	10
2.1.2 Definición.....	10
2.1.3 Tipos de Depresión.....	10
2.1.4 Causas.....	11
2.1.5 Tratamiento.....	12
2.2 Estrés.....	12
2.2.1 Definición.....	12
2.2.2 Tipos de Estrés.....	14
2.2.3 Características principales.....	18
2.2.4 Tratamiento.....	18
2.3 Trastorno de Ansiedad.....	18
2.3.1 Definición.....	19
2.3.2 Causas.....	19

2.3.3	Características principales.....	19
2.3.4	Tratamiento.....	20
2.4.	Déficit de Atención e Hiperactividad.....	20
2.4.1	Definición.....	20
2.4.2	Características principales.....	21
2.4.3	Tipos de Déficit de Atención e Hiperactividad.....	22
2.4.4	Tratamiento.....	24
2.5	Enuresis infantil.....	31
2.5.1	Definición.....	31
2.5.2	Causas.....	32
2.5.3	Tratamiento.....	33
2.5.4	Síntomas.....	34
2.5.5	Tiempo de Inicio.....	36
2.5.6	Marcar el Territorio.....	37
2.6	Trastorno por Estrés Post Traumático.....	42
2.6.1	Criterios.....	43
2.6.2	Tratamiento.....	44
2.7	Tratamiento por Estrés Agudo.....	45
2.7.1	Causas.....	45
2.7.2	Criterios.....	48
2.7.3	Tratamiento.....	49
2.8	Trastornos alimenticios.....	50
2.8.1	Trastornos alimenticios en los niños.....	52
2.8.2	Secuelas cardiovasculares.....	53
2.8.3	Secuelas dermatológicas.....	53
2.8.4	Secuelas digestivas.....	53
2.8.5	Secuelas nerviosas.....	53
2.8.6	Secuelas psiquiátricas.....	54
2.8.7	Guía de Plan alimenticio.....	54
2.9	Abuso Sexual Infantil.....	55
2.9.1	Derechos de los niños y niñas.....	61

2.10	Inteligencia Emocional.....	63
2.10.1	Evaluación de Inteligencia Emocional.....	65
2.10.2	Autoconciencia.....	65
2.10.3	Autorregulación.....	68
2.10.4	Motivación.....	70
2.10.5	Empatía.....	72
2.10.6	Habilidades Sociales.....	75
2.11	Duelo en el Niño.....	81
2.11.1	Miedo a morir.....	85
2.11.2	Programa para padres.....	88
2.11.3	Diferencia entre duelo y dolor.....	88
2.11.4	Duelo en la infancia.....	90
2.11.5	Duelo en la adolescencia.....	91
2.11.6	Conflictos en la relación.....	91
2.11.7	Sentimientos producidos.....	92
2.11.7.1	Negación.....	92
2.11.7.2	Tristeza.....	92
2.11.7.3	Culpa.....	93
2.11.7.4	Miedo.....	93
2.11.7.5	Ira.....	93
2.12	Depresión Infantil.....	94
2.13	Ansiedad por separación.....	96
2.14	Trastorno de sueño infantil.....	98

### **Capítulo III Referencia Metodológica**

3.	Programa de Práctica.....	100
3.1	Objetivos.....	100
3.1.1	Objetivos Generales.....	100
3.1.2	Objetivos Específicos.....	100

## **Resumen**

La práctica profesional dirigida se llevó a cabo en el Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil (MAPSI) ubicada en la 1era calle "B" 5-55 zona 2 de Mixco colonia Cotio y fue un proceso en el cual se impartió atención psicológica tanto a niños, preadolescentes como a adultos; conversando primeramente con los padres, dado el caso, sobre los diferentes motivos que los hacían acudir a dicha institución.

En el segundo capítulo o referente teórico se describe el tema de la violencia sexual infantil, señales de alerta, normas de protección y sus consecuencias. También se describe la ansiedad, la depresión, la autoestima, trastornos alimenticios y la depresión infantil. En el tercer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema y los objetivos tanto general como específico y el cronograma de actividades realizadas en el centro de práctica. En el cuarto capítulo se presentan los resultados, un caso completo en particular y los logros y limitaciones que se obtuvieron.

Al final se dan las conclusiones pertinentes resultado de la práctica dirigida y algunas recomendaciones para quienes tengan a bien leer y tomarlas en cuenta.

## **Introducción**

Los psicólogos profesionales en prácticas son aquellos que están en el proceso de completar la parte de práctica supervisada trabajando en situaciones reales con clientes reales pero bajo la supervisión de un profesional cualificado.

Los psicólogos profesionales en prácticas pueden estar realizando su entrenamiento profesional dentro de un programa integrado gestionado por un departamento universitario o estar trabajando bajo la supervisión de un psicólogo acreditado o registrado en un contexto laboral. En cualquier caso, es necesario que un psicólogo adecuadamente cualificado actúe como Supervisor del psicólogo profesional en prácticas.

Durante este tiempo los practicantes aplicaron una entrevista completa a sus pacientes para poder tener un diagnóstico del caso, el cual es presentado al supervisor quien lo revisa y autoriza el siguiente paso terapéutico ha ser realizado por el practicante.

El supervisor tuvo un estrecho monitoreo de la práctica profesional para poder obtener los resultados esperados en cada paciente.

## **Síntesis Descriptiva**

La práctica profesional dirigida esta supervisada en todo momento por un Psicólogo profesional cualificado, el cual debe de conocer todos los detalles del lugar de práctica que haya escogido cada uno de sus practicantes.

Al mismo tiempo se efectuaron varias visitas a la institución en mención para poder seguir de cerca el desenvolvimiento del practicante. Para esto, el supervisor se entrevistó con los encargados de la institución y los practicantes entregaron un reporte de horas realizadas firmado y sellado por la institución.

Al final de la práctica, le serán entregados los expedientes y resultados, por paciente, de las intervenciones realizadas de los practicantes a la institución.

Asimismo se entregarán las recomendaciones que el practicante considere necesarias siempre en pro y en beneficio de la institución que abriera sus puertas, como un gesto de agradecimiento por la confianza recibida.

## **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 de 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 personas interesadas. 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 ayudara 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 piloto 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 Comodidad 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

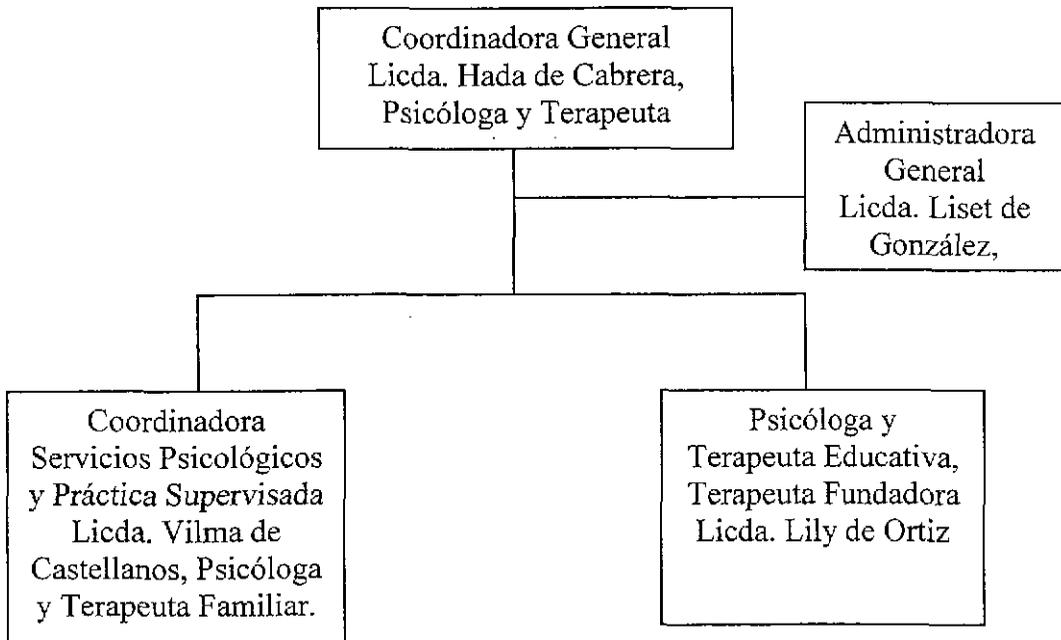
### 1.1 Visión

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 Montesori. 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 apoyados 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

## Capítulo II

### Referencia Teórica

#### 2.1 Depresión

##### 2.1.2 Definición

Proviene del termino latino *depressus* que significa abatido o derribado es un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad puede ser transitorio o permanente.

##### 2.1.3 Tipos de depresión

Cuando se habla de depresión, hay diferentes grados y clases; por ejemplo, se puede hablar de depresión mayor, depresión menor o distimia (grados) y depresiones puntuales asociadas al parto, la menopausia, la regla, (como se puede ver, las diferentes clases, muchas asociadas a la mujer)

Estos son los tipos más frecuentes que se puede encontrar en la población general, aunque no son los únicos.

Según el DSM-IV-TR, la depresión mayor es un episodio afectivo que pertenece a los trastornos del estado de ánimo. También existen los trastornos depresivos en sí que pueden dividirse en: Trastorno depresivo mayor, distímico, bipolar I, bipolar II, ciclotímico y no especificado.

El trastorno depresivo mayor se refiere a un estado severo que afecta profundamente a la persona y su entorno, limitando su actividad diaria y que dura al menos un mes. Los síntomas suelen ser: tristeza, llanto, falta de apetito (a veces lo contrario), dolores y sobre todo la desesperanza, el pensar que nada va a cambiar, “verlo todo negro”. Algunos enfermos han definido su estado como “un pozo muy hondo”, “una caída sin fin”, “un túnel negro del que no se sale” etc. Estas personas necesitan ayuda profesional para salir de este estado y hay que proporcionársela cuanto antes.

La depresión menor o distimia, es un estado crónico, casi una “forma de ser”, estas personas parecen no estar nunca felices, ni bien del todo. No es una tristeza tan profunda como la anterior, el estado del paciente no es tan grave, ni se ven tan afectados su trabajo y

su vida personal, pero la situación se alarga en el tiempo, a veces durante muchísimos años, hasta el punto que la persona ya no comprende otra forma de vida. Suelen aparecer temporadas bajas y altas, días mejores y peores, pero nunca llega sentirse bien del todo. A esta misma categoría pertenecen las “depresiones estacionales” que algunas personas sufren tan solo en determinadas estaciones como el invierno o la primavera.

En cuanto a las depresiones posparto, post menopausia, etc. parecen tener un fuerte componente hormonal y suelen ser breves pero a veces muy agudas.

#### 2.1.4 Causas:

Las causas de la depresión pueden ser exógenas, esto es, cuando la causa es algún acontecimiento alrededor de la vida del paciente: problemas personales, situaciones sociales, etc. Endógenas, cuando la causa es un desequilibrio en la bioquímica cerebral. Cuando el cerebro probablemente no asimila el neurotransmisor llamado dopamina. Aunque se dice que todas las depresiones se producen por falta de esta sustancia y en la mayoría de ellas, sea cual sea la causa, los fármacos pueden ser una gran ayuda.

Por otro lado, tenemos las causas genéticas. Muchas personas ya traen la disposición a padecer de depresión. Junto a los problemas físicos, desequilibrios hormonales, herencia genética y falta de dopamina en el cerebro, que son los responsables directos de la tristeza y la apatía, existen pautas de pensamiento que se aprenden en la infancia. Hacia los cinco años un niño ya tiene formado lo que será el núcleo básico de su personalidad. A partir de esta edad, va formando la autoestima y el auto concepto, es decir, lo que piensa de sí mismo. Si no recibe la atención adecuada, si es maltratado o menospreciado, lo que pensará de sí mismo es que no merece ser querido, y esta será una creencia fundamental que condicionará toda su vida. Entonces cualquier desencadenante externo, un fracaso escolar, pérdida de un ser querido, despido, traslado, etc, puede conducir fácilmente a la depresión. De este modo se puede afirmar que las depresiones se producen por un conjunto de causas entre las que figuran como más destacadas: un factor genético, una creencia profunda en no merecer afecto que viene de la infancia y una causa externa que lo precipita.

## 2.1.5 Tratamiento

El Tratamiento contra la depresión debe ser mediante la combinación de la psicoterapia y la farmacología. Los fármacos más comunes están compuestos de tranqumazin+seroxat, alprazolam y paroxetina. Son las combinaciones más recetadas tanto por psiquiatras como por médicos de cabecera. Pero realmente, las causas profundas de la depresión deben ser tratadas con terapia psicológica

El trabajo del psicólogo consiste en mucho más que escuchar al paciente y tomar notas, se trata sobre todo de que la persona tome conciencia de sí misma y por tanto vuelva a coger las riendas de su vida. Esto se consigue con trabajo diario y con esfuerzo, paso a paso, luchando por cambiar el pensamiento negativo que nos martiriza y las conductas que nos perjudican. Pensamiento y acción, estos son los dos grandes frentes donde trabaja el psicólogo. El terapeuta marca el camino a seguir, pero es el paciente quien debe recorrerlo.

## 2.2 Estrés

### 2.2.1 Definición

El término *stress* es de origen anglosajón y significa: “tensión”, “presión”, “coacción”. Así, por ejemplo, “*to be under stress*” se puede traducir como “sufrir una tensión nerviosa”. En este sentido, “*stress*” es casi equivalente a otro término inglés, “*strain*”, que también alude a la idea de “tensión” o “tirantez”.

Aunque ambos vocablos tengan semejanzas, presentan algunas diferencias. El uso más destacado de “*strain*” se da en el campo de la física, empleándose al hablar de la presión o tirantez a que es sometido un cuerpo por una fuerza determinada (por ejemplo, la tensión de una cuerda o de un músculo). Por otra parte, *stress* tiene otras acepciones, como hacer “énfasis” o “hincapié”. En el ámbito lingüístico, significa “acento”. (Caldera, Pulido y Martínez. 2007/3)

En forma simplista, el estrés es a veces definido como una condición meramente muscular: "es una rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal". Sin embargo es mucho más que eso. El estrés es una respuesta importante, es "una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles). Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida. Así, por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer la demanda de las respuestas al peligro. Para ello la sangre es dirigida a áreas prioritarias, como lo son corazón, pulmones, riñones, hígado, músculos grandes y el cerebro. Funciones no prioritarias en ese momento, como la digestión y circulación periférica son disminuidas en forma dramática" Dr. Hans Selye.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".

El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo bueno, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más productivas. Este nivel normal y deseable podría denominarse simplemente como estrés. Sin embargo, el exceso de estrés o una respuesta fuerte al estrés es dañino. Esto puede predisponer a la persona a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas específicas como infección, enfermedad cardíaca o depresión. El estrés persistente e inexorable a menudo lleva a que se presente ansiedad y comportamientos nocivos como comer demasiado o consumir alcohol o drogas, pudiéndose diferenciar tal estado con el nombre de distrés.

Los estados emocionales como aflicción o depresión y problemas de salud como la hiperactividad de la tiroides, bajo nivel de azúcar en la sangre o un ataque cardíaco también pueden causar estrés.

### 2.2.2 Tipos de estrés

El estrés puede llegar a ser agudo o crónico. El estrés agudo es el producto de una agresión intensa (aún violenta) ya sea física o emocional, limitada en el tiempo pero que supere el umbral del sujeto, da lugar a una respuesta también intensa, rápida y muchas veces violenta. Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación.

### 2.2.3 Características principales

Cuando el estrés agudo se presenta se llega a una respuesta en la que se pueden producir úlceras hemorrágicas de estómago como así también trastornos cardiovasculares. En personas con factores de riesgo altos, pueden tener un infarto ante situaciones de este tipo.

En el estrés crónico, el sujeto se ve expuesto prolongadamente a las llamadas hormonas del estrés (catecolaminas, adrenalina y noradrenalina liberadas por el sistema nervioso simpático; y los glucocorticoides).

Algunos autores catalogan como estrés agudo al que ocurre dentro de un período menor a 6 meses, y crónico, de 6 meses o más.

#### a. Causas del estrés

- Fisiológicas: Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo. Por ejemplo, una enfermedad orgánica produce una reacción negativa en el campo emocional.
- Psicológicas: Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de

trabajo o estudio: excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.

- Sociales: Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, etc.
- Ambientales: Polución ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos patógenos, catástrofes, etc.

## b. Fases del estrés

El Dr. Seyle dice que el estrés se manifiesta como un proceso que consta de tres fases que llama "Síndrome General de Adaptación". Al principio se da una fase en la cual todo nuestro organismo está en alarma. A ella le sigue la movilización del aguante físico, emocional y mental para resistir el estrés. La fase final es la etapa de agotamiento general.

En las tres fases que forman el Síndrome General de Adaptación, se liberan en el organismo agentes químicos y hormonas que si se mantienen durante mucho tiempo terminan estresando al mismo.

- Fase de Alarma

La fase de alarma ocurre cuando experimentamos una situación como un desafío que excede a nuestro control, por ejemplo un susto. Nos prepara para dar una respuesta casi inmediata a la situación que se nos presenta. Así, en esta fase nos esforzamos y luchamos para recuperar el control. Cuando pasa el susto nuestro organismo se relaja y recuperamos el estado de reposo. Si la situación de susto se mantiene de forma continua, pasamos a la siguiente fase.

En esta fase el corazón late más fuerte y rápido subiendo la presión arterial. La sangre se desvía del estómago y de la piel hacia los músculos por si necesitamos realizar movimientos rápidos. Las pupilas se dilatan, la respiración aumenta y los músculos se contraen.

movimientos rápidos. Las pupilas se dilatan, la respiración aumenta y los músculos se contraen.

- Fase de adaptación

Cuando no podemos cambiar la situación que se nos presenta el organismo moviliza todos los recursos disponibles para adaptarse a esta nueva situación. Esta fase dura más tiempo pero llega a su límite cuando se agota la energía.

En esta fase la presión arterial sube lentamente. Los tejidos del cuerpo retienen componentes químicos como el sodio. Las suprarrenales aumentan de tamaño y liberan cortisol al torrente sanguíneo, provocando una serie de cambios físicos. El nivel de colesterol aumenta y aparece una pérdida de potasio. Hay un aumento de la secreción de ácidos grasos. Disminuyen las defensas y aumenta el desequilibrio del estado emocional derivando hacia la depresión.

- Fase de agotamiento

Al no poder cambiar la o las situaciones que producen estrés y no ver salida a la situación, se agotan todos nuestros recursos orgánicos y emocionales.

### c. Signos de Advertencia

Estudios de psicología moderna nos advierten que el estrés continuo puede generar estados de ansiedad que terminan bloqueando el funcionamiento de los procesos cognitivos, es decir, nuestra claridad mental.

Las preocupaciones recurrentes, por ejemplo, pueden llegar a invadir nuestro sueño y mantenernos despiertos la mayor parte de la noche, y los miedos que se imponen.

La característica central de la reacción que nos produce el estrés es la incertidumbre, una incertidumbre que dispara un estado de alerta para corroborar la eventualidad de una amenaza.

## Signos emocionales

- Apatía e indiferencia, ansiedad, miedo, sensación de inutilidad.
- Depresión, irritabilidad y estado defensivo.
- Fatiga mental: problemas de concentración, pensamiento poco fluido, esfuerzo continuo, dificultad para emprender nuevas acciones.
- Negación: Ignorar síntomas, negar problemas, continuar trabajando a pesar de estar demasiado cansado para continuar.
- Arrebatos de emoción: sentimientos que afloran y desaparecen súbitamente en lugar de perdurar como un estado de ánimo predominante.
- Preocupaciones y pensamientos obsesivos: una conciencia continua del evento estresante que irrumpe de manera recurrente, más allá de los límites del pensamiento necesario para resolver un problema.
- Ideas intrusivas: sorpresivas y súbitas, pensamientos que no tienen nada que ver con la tarea mental en curso.
- Pensamientos, sensaciones y emociones persistentes o ideas que la persona es incapaz de detener.
- Hipervigilancia: un estado de alerta, indagación y búsqueda desproporcionada, que se caracteriza por una tensa expectativa.
- Insomnio: imágenes e ideas persistentes que dificultan la conciliación del sueño.
- Malos sueños: pesadillas y despertares angustiosos.

## Signos de comportamiento

- Evasión: del trabajo, de las amistades, de la responsabilidad.
- Drogadicción: Alcoholismo, drogas, juego, derroche.
- Abandono: Atraso del trabajo, desaseo, vestir descuidado.
- Problemas legales: Deudas, infracciones, accidentes, robos, violencia.

## Signos físicos

- Enfermedades frecuentes de todo tipo, contracturas musculares y dolores de columna vertebral como lumbalgia, ciática o dolor cervical.
- Dolencias menores: Náuseas, insomnio, dolor de cabeza, problemas digestivos, cambios de peso, cambios de apetito, problemas sexuales.
- Agotamiento físico: Fatiga continua, cansancio sin causa.

### 2.2.4 Tratamiento

Hoy en día existen diversos métodos para combatir el estrés, un fenómeno que puede abordarse desde un punto de vista biomédico o, psicológico; sin duda, la combinación de tratamientos permitirá obtener unos resultados más beneficiosos para la persona que lo padece.

Desde el enfoque biomédico el tratamiento para el estrés es la prescripción de tranquilizantes o ansiolíticos, especialmente las benzodiacepinas, que inciden directamente en las respuestas fisiológicas de estrés

## 2.3 Ansiedad

### 2.3.1 Definición

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.

### 2.3.2 Causas

Cuando se trata de establecer las causas de la ansiedad, se le puede dividir a esta como ansiedad primaria y secundaria. La ansiedad primaria no tiene causas justificables, mientras que la secundaria, se podría decir que siempre se debe a otro trastorno, (consumo de drogas como alcohol, anfetaminas y cocaína, hipertiroidismo, etc.).

### 2.3.3 Características principales

Los pacientes que presentan trastorno de ansiedad generalizada, comúnmente presentan un estado continuo de hipervigilancia e hiperactividad del sistema nervioso, así como un estado de tensión motora constante. Este estado guarda relación con situaciones crónicas de estrés. Según la OMS, para decir que un paciente sufre un "trastorno de ansiedad generalizada", se deben tener los síntomas siguientes la mayor parte de los días durante 2-3 semanas consecutivas:

- Tensión muscular manifestada por dolor de cabeza, incapacidad de relajación, agitación y dificultades para conciliar el sueño.
- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo manifestada por sudoración, palpitaciones, molestias estomacales, dificultad en la respiración y sequedad de boca.

Por otro lado, los pacientes que padecen de un trastorno por angustia se caracterizan porque el individuo presenta una falta de aliento o sensación de ahogo, mareos, sensación de inestabilidad o de perder el conocimiento, palpitaciones o aumento cardíaco, temblores, sacudidas, sudoración, náuseas o molestias abdominales, adormecimiento de manos, escalofríos, dolor en el pecho, miedo a morir, miedo a volverse loco o a perder el control, sensación de no reconocer el cuerpo o desrealización.

Se han presentado una o más crisis de angustia que han sido inesperadas, o sea que no se han presentado antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa

ansiedad. Esta debe ser presentada más o menos cuatro veces por mes o una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque.

#### 2.3.4 Tratamiento

Se trabajan básicamente los mismos criterios con que se utilizan en la depresión. Ver tratamiento de depresión en el siguiente tema.

### 2.4. Déficit de atención e Hiperactividad

#### 2.4.1 Definición

El trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por déficit de atención, impulsividad, y/o hiperactividad excesiva.

#### 2.4.2 Características

- Atención y concentración
- Impulsividad
- Hiperactividad

Todas estas características son normales en cualquier niño, pero en el caso de niños con TDAH se dan con mayor frecuencia e intensidad y pueden interferir en su proceso de aprendizaje y/o en sus relaciones sociales.

Estos problemas han de aparecer antes de los 7 años y manifestarse en dos o más ambientes, por ejemplo, en casa y en la escuela.

También debe de tenerse en cuenta que la sintomatología se manifiesta de forma diferente según la edad del niño, por ejemplo el exceso de actividad motora y/o vocal se reduce significativamente en la adolescencia.

## Atención y concentración

- Dificultad a la hora de establecer un orden en sus trabajos o pequeñas responsabilidades a casa.
- Le cuesta "ponerse en marcha" (para vestirse, hacer los deberes.....), pues se distrae fácilmente con cualquier otro estímulo.
- Presentan problemas para mantener la atención hasta finalizar sus trabajos (hacen dibujitos, se distraen con el lápiz...).
- Pierden u olvidan cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, deberes.....).
- Parecen no escuchar cuando se les habla.
- Olvidan realizar sus trabajos cotidianos (cepillarse los dientes, recoger la ropa....).
- Pueden tener problemas a la hora de seleccionar que es lo más importante.
- Prestar atención a dos estímulos a la vez (por ejemplo: seguir lo que dice el profesor y tomar notas al mismo tiempo).

## Impulsividad

- Con frecuencia actúan sin pensar.
- Hablan en momentos poco oportunos o responden precipitadamente a preguntas que todavía no se han acabado de formular (delante de una visita, a clase...).
- Les cuesta obedecer las ordenes, no porque no quieran obedecer, sino porque no están atentos cuando se les formulan.
- Suelen ser poco previsores y olvidan planificar (se ponen a hacer sus deberes sin el material).
- Interrumpen a menudo durante juegos o explicaciones.
- Tienen dificultades para pensar antes de actuar.
- Presentan dificultades para planificar.

## Hiperactividad

- A menudo mueven los pies y las manos o se levantan de la silla.
- Van de un lugar a otro sin motivo aparente.
- Se columpian sobre la silla.

- Juegan frecuentemente con objetos pequeños entre las manos.
- A menudo tararean o sorollizan inadecuadamente con la boca.
- Hablan en exceso.
- Durante el juego les cuesta esperar su turno y jugar de forma tranquila.

### 2.4.3 Tipos de Déficit de atención e Hiperactividad

Según los criterios del DSM-IV (manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatría Americana, 1994) los tipos de TDAH son:

- Inatento: predomina la dificultad de atención.
- Impulsivo-hiperactivo: predomina la dificultad en el autocontrol.
- Combinado: presenta síntomas de inatención, de impulsividad y de hiperactividad.

Según los criterios del DSM-IV (manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana, 1994) los tipos de TDAH son:

- Problemas en el rendimiento escolar.
- Baja autoestima.
- Problemas de adaptación a la escuela.
- Mayor facilidad a tener accidentes.
- Problemas en las relaciones con los familiares y amigos.
- Problemas de sueño.
- Problemas emocionales (depresión, sentimientos de desconfianza, inseguridad...).
- Manifiestan poca motivación escolar.
- Les cuesta seguir las normas.
- Variables en cuanto a rendimiento escolar.

### Diagnóstico

Un buen diagnóstico será fundamental para que padres y maestros acompañen al niño con Déficit de atención e Hiperactividad e intenten evitar la aparición de estos problemas asociados.

Con la entrada en la escuela a primaria suceden cambios importantes, las exigencias son mayores, los horarios más pautados, el número de niños por maestro es mayor..., pero sobretodo se le exige una gran atención y control sobre si mismo. Es por eso que muchas veces el diagnóstico se produce con la entrada del niño a la escuela ya que las exigencias hacen que sean más evidente las dificultades y la necesidad de un diagnóstico.

El diagnóstico lo ha de realizar un profesional clínico conocedor del tema. Una evaluación a nivel médico, psicológico y pedagógico permitirá determinar cual es la condición del niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje. De esta forma, se podrá descartar que sean otras las causas de su comportamiento o bajo rendimiento escolar.

Este profesional necesitará, a más de la información que le puedan dar los padres, información por parte de la escuela mediante informes o cuestionarios, así como la exploración y observación directa del comportamiento y rendimiento del niño.

Será mediante el establecimiento de un diagnóstico que confirme o descarte el trastorno cuando se podrá comenzar a proporcionar la ayuda adecuada (el tratamiento que el niño requiera). Pero a más a más, el profesional deberá evaluar si existen otros problemas asociados.

Es importante el diagnóstico precoz para poder abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo.

### Factores que pueden empeorar el pronóstico

- Diagnóstico retardado.
- Fracaso escolar.
- Recibir una educación excesivamente permisiva o, por el contrario demasiado severa.
- Ambiente familiar marcado por el estrés, la hostilidad y los desacuerdos entre los padres.
- Problemas de salud en el niño y retrasos en su desarrollo.

- Precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos mentales.

### Factores que ayudan a una buena evolución

- Diagnóstico precoz.
- Educación coherente por parte de los padres y transmisión de valores positivos.
- Estabilidad familiar.
- Adaptación y conocimiento por parte de los profesores.
- Colaboración entre los padres y la escuela.

### 2.4.4 Tratamiento del Déficit de atención e Hiperactividad

El tratamiento del Déficit de atención e Hiperactividad es multimodal, eso quiere decir que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Se proponen por tanto, los siguientes componentes posibles de un tratamiento:

- Conductual por fomentar las conductas positivas.
- Cognitivo para ayudar a establecer un pensamiento organizado en el que el niño/a adolescente prevee las consecuencias de los comportamientos y busque alternativas.
- Ayuda a los padres: mediante cursos de formación, conferencias, grupos de trabajo....
- Asesoramiento a profesores: mediante información del Déficit de atención e Hiperactividad y/o cursos de formación.
- Farmacológico: siempre bajo prescripción y seguimiento médico.
- Cursos para el niño/a adolescente de habilidades sociales.
- Psicopedagógico o refuerzo escolar especializado.

El tratamiento no cura pero favorece una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, y aborda los problemas y/o trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen.

### a. Sugerencias

- Es importante no pretender solucionar todos los problemas diarios a la vez y marcarse un solo objetivo a conseguir (como por ejemplo, que el niño se levante menos veces de la silla).
- Asegurarnos de que nos escucha cuando le hablamos, mirándolo a los ojos, con mucha proximidad física (a medio metro de distancia).
- Conviene no olvidar que siempre tendrá más interés en hacer lo que se le pide si obtiene algún privilegio a cambio de su esfuerzo.
- Si utilizamos el castigo más a menudo que el premio corremos el riesgo de que éste pierda su eficacia y debamos recurrir a castigos cada vez peores. La mejor alternativa será la de ignorar lo que el niño hace, no mirarlo ni hacer comentarios hasta que el comportamiento ceda.
- Hay comportamientos que no se pueden ignorar por el riesgo que comportan, por ejemplo las agresiones físicas, autoagresiones o todos aquellos comportamientos que supongan un riesgo físico para él o para los demás. Lo mejor será pararlos físicamente y potenciar una conducta alternativa.
- Es importante marcarnos objetivos de conducta realistas, evitando comparar lo que el niño es capaz de hacer con las posibilidades de otros niños e ir aumentando el grado de dificultad progresivamente.
- Vale la pena evitar conflictos programando actividades adecuadas a sus posibilidades de control, por ejemplo con un niño Déficit de atención e Hiperactividad pequeño (hasta 12 años) no es apropiado planificar una comida de 2 horas en un restaurante o una tarde (4 horas).
- Debemos favorecer que el ambiente que rodea al niño sea ordenado y organizado en cuanto a los horarios o rutina diaria. De esta forma facilitamos también la adquisición de hábitos de autonomía: a medida que el niño madura decidirá por sí mismo lo que debe hacer y de qué forma.
- En relación a las tareas escolares, el niño con Déficit de atención e Hiperactividad requiere mayor supervisión. Es importante el uso de la agenda como medio de



comunicación con el maestro y de control de las tareas. En ella han de escribirse comentarios positivos (no críticos) que gratifiquen el comportamiento del niño.

- Es necesario mantener entrevistas frecuentes con el tutor para valorar la evolución del niño y buscar soluciones a los problemas que puedan presentarse. Cuando la supervisión de las tareas escolares presenta un conflicto entre los padres y el niño, es aconsejable delegar estas funciones en un profesor particular o un psicopedagogo.
- Los padres necesitan también trabajar en estrecha colaboración con profesionales para desarrollar un plan de actuación adecuado. Los cursos de padres ([cursos@deficitdeatencion.org](mailto:cursos@deficitdeatencion.org)) persiguen, principalmente, dos objetivos:
  - Conocer a otros padres en situación similar, para que puedan darse apoyo mutuo.
  - El conocimiento de técnicas y estrategias para controlar la conducta de su hijo y mejorar las relaciones con él.
- Las tareas se hacen más a gusto si se consigue algún privilegio a cambio.
- No es conveniente abusar de los castigos.
- Proponerse objetivos de cambios realistas que tengan en cuenta el comportamiento y la personalidad del niño.
- El maestro puede contar con el niño con Déficit de atención e Hiperactividad para realizar trabajos que supongan actividad motora: enviar encargos a otros profesores, repartir papeles entre los compañeros, borrar la pizarra..., de esta forma nos ahorramos que se levante y deambule por toda la clase o moleste a los compañeros.
- Es muy importante que el alumno con Déficit de atención e Hiperactividad sea consciente de que el profesor valora sus esfuerzos por estarse quieto o por tener buen rendimiento, necesitan ser elogiados muy a menudo por los comportamientos adecuados. Por todo esto es necesario que el maestro demuestre interés.
- Es necesario que el niño esté informado de que si su comportamiento molesta a los demás tendrá que salir de clase o ir a un rincón previamente pactado de la clase durante unos momentos (5 minutos, por ejemplo), ya que sus conductas perturbadoras podrían servir como modelo para los otros niños. Cuando esto ocurra,

se le ha de indicar que salga, sin hacer uso de comentarios críticos ni ridiculizadores en público y se le hará volver pasado el tiempo pactado y sin comentarios.

- Aprovechar las situaciones conflictivas con los compañeros o adultos para ayudarlo a valorar las consecuencias de su comportamiento e intentar que el niño piense o imagine otras formas de actuar ante estas situaciones.

#### b. Parámetros generales y básicos con niños con Déficit de atención e Hiperactividad

- Brevedad: Actividades de corta duración; dividir una tarea compleja o larga en varias más cortas. Por ejemplo, ante un examen ponerle una sola pregunta por hija, evitando así la distracción ante un exceso de estímulos.
- Variedad: Presentar las actividades de forma atractiva y utilizar diferentes recursos para evitar la repetición.
- Organización: Favorecer rutinas con uso de agendas o listas. Los niños con Déficit de atención e Hiperactividad aprenden mejor en ambientes organizados.
- Metodología meta cognitiva: Enseñar la manera de conducir el pensamiento, verbalizando los pasos que hay que seguir en cualquier aprendizaje. Por ejemplo, ante un examen: primero leeremos el enunciado 2 veces; segundo haremos un dibujo o esquema con los elementos esenciales. En tercer lugar pensaremos qué operaciones matemáticas son las adecuadas. En cuarto lugar escribiremos las operaciones y soluciones y por último repasamos.
- Adaptación del programa educativo: Adecuar las exigencias escolares a las capacidades y características del niño con Déficit de atención e Hiperactividad.

### Jóvenes con Déficit de atención e Hiperactividad

#### Sugerencias

- Marcarse objetivos concretos y cortos.
- Felicitarlo o pedir que lo feliciten cuando logra algún éxito como acabar un trabajo, entregar todos los ejercicios al día...
- Pararse a pensar tranquilamente en las consecuencias de sus actos, sobretodo ante aquellos donde duda si debe o no hacer.

- Utilizar la agenda de forma sistemática le ayudará a cumplir con sus tareas, no olvidar sus citas y ver que si se lo propone lo puede hacer todo.
- Aprovecharse de las buenas intenciones de los demás: cuando su madre insiste que se levante de la cama intenta ayudarle, sino no diría nada y dejaría que llegara tarde.
- Si algo no le sale bien no debe desesperar, sino volver a intentarlo y ¿por qué no pedir ayuda?
- Le puede ayudar buscar una persona con la que hablar de sus dudas y preocupaciones: un amigo, sus padres, un profesor, su hermano o llamando a Fundación ADANA. También puede ayudarle un psicólogo o un psiquiatra especializado en jóvenes.
- Estructurar las actividades diarias, seguir una rutina con ayuda de un calendario o un horario semanal.
- Debe aceptarse tal y como es y ayudar a sus padres y profesores para que también lo hagan; aunque debe saber que pequeños cambios pueden ayudarle en su vida diaria.
- Debe valorar las grandes dosis de paciencia que muchos de los que le rodean tienen con él (amigos, padres, profesores,...)
- Puede utilizar trucos para mejorar su estudio
- Disponer de un horario de estudio y dedicar 10 minutos diarios a organizar sus apuntes y sus tareas diarias.
- Buscar el lugar más conveniente para estudiar o hacer sus tareas (de espaldas a la ventana que le distrae, con una buena luz o junto a un compañero tranquilo).
- Evitar los elementos distractores como la música alta, la televisión, etc. Aunque teniendo en cuenta que demasiada relajación y tranquilidad pueden llevarle a tener sueño y distraerle.
- Proponerse objetivos concretos para cada sesión de estudio ("hoy estudiaré la unidad 5 de matemáticas haciendo un resumen y un esquema...") y felicitarse cada vez que consigue cumplirlo. Si la tarea es muy larga la puede dividir en pequeñas partes. Es importante hacer un plan por escrito para no olvidarlo.

- Utilizar estrategias que le ayuden a tomar sus apuntes en clase: hojas con margen, utilizar subrayador, los bolígrafos de no más de dos colores, carpetas con separadores.
- Mantener su mesa de estudio ordenada. Aunque no le moleste el desorden sabe que no siempre encuentra lo que busca, pierde sus apuntes, su agenda...y a veces cuando lo encuentra ya es demasiado tarde.
- Escribir a la vez que se estudia (tomando notas, haciendo esquemas...) dinamiza y ayuda a lograr un estudio más activo.
- Aprender y practicar en el uso de resúmenes y esquemas, sobretodo para la preparación de controles y exámenes.
- Para memorizar, utilizar las notas o esquemas que él mismo ha realizado.
- Realizar ensayos de exámenes para controlar lo que aprende.
- Adquirir el hábito de realizar repasos rápidos de lo que se ha hecho le será de gran ayuda para el día que deba estudiarlo y memorizarlo.
- No faltar a las clases, pues le supone mayor trabajo poner sus apuntes al día.
- Pasar a limpio los apuntes de las asignaturas que más le cuestan le ayuda a refrescar la memoria y a su estudio posterior.
- Déficit de atención e Hiperactividad puede causarle problemas en la escuela o en el instituto. Por ejemplo al tener dificultad para atender tiende a desconectarse de la clase y a no enterarse de lo que debe hacer.
- Si se desanima continuamente porque no le sale todo como él quiere, porque le critican o porque se siente agobiado, su autoestima cada vez será menor y acabará por creerse que no puede hacer lo que se propone.
- Es muy importante tener buenos amigos.
- Debido a su dificultad en el autocontrol puede decir o hacer cosas de las que pronto se arrepentirá poco a poco, perder algunas de sus amistades o juntarse a otras que no le convengan.
- A medida que va creciendo tiene más libertad. Esto supone mayores beneficios pero también más riesgos que debe intentar controlar para evitar

las posibles consecuencias negativas como: accidentes, consumo de drogas, contagios o embarazos no deseados.

## Adultos con Déficit de atención e Hiperactividad

- Cuando alguien nos habla mirarle, dejar de hacer lo que estamos haciendo y demostrarle que le estamos escuchando (no vale escucharle sin mirarle aunque prestemos atención).
- Apuntar en la agenda todas las citas, cumpleaños y fechas a recordar e ir tachando lo que ya hemos hecho para no liarnos.
- Apuntar en una libreta las reglas y los pactos a los que hemos llegado con nuestros hijos y revisarlo antes de hacer cumplir un castigo o dar un premio. Con esto evitamos que se nos olviden y somos coherentes.
- Si tenemos que dejar el coche aparcado en la calle y, por tanto, cada día en un sitio diferente, intentar buscar alguna cosa que nos ayude a recordar donde lo hemos dejado, por ejemplo, un árbol, una tienda...
- Permitimos un descanso, cuando hemos prestado mucho rato la atención, para coger fuerzas.
- Coger apuntes durante las reuniones.
- Establecer un rato a la semana para organizarnos y apuntarlo todo en la agenda.
- Ponernos fechas límite de entrega de trabajos o tareas que tengamos que realizar como comprar un regalo, ordenar el armario, concretar una cita, etc.
- Utilizar papelitos de esos que se pegan y son de un color chillón para recordar las cosas importantes.
- Para hacer la compra llevar las cosas apuntadas en una lista.
- Establecer rutinas en nuestras costumbres diarias, como dejar las llaves en el mismo sitio, la cartera, el bolso o los bolígrafos.
- Para que no se nos olvide coger algo importante podemos dejarlo junto a otra cosa que nos tengamos que llevar siempre, como pueden ser las llaves o, incluso, junto a los zapatos.

- Tampoco pasa nada si nos escribimos una nota en el dorso de la mano.
- Si tenemos dificultades en controlar el paso del tiempo es útil tener un reloj avisador que nos indique el paso de las horas.
- Antes de hablar es importante pensar qué queremos decir, cómo y cuándo.

## 2.5 La Enuresis Infantil

### 2.5.1 Definición

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 consigue 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. 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

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.

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.

### 2.5.2 Causas

La mayoría de los niños tienen emisión repetida de orina nocturna 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).

### 2.5.3 Tratamiento

Se puede considerar normal que el niño tenga emisión repetida de orina nocturna en la cama hasta los seis años. Lo mejor es intervenir hasta esa edad. Tampoco debe hacerse de la enuresis un gran asunto familiar. A la mayoría de los niños les da vergüenza, 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 beba ningún líquido 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 orine 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.

#### 2.5.4 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 ecopresis.
- 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 la orina 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 precisaran 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 orgánica o psicológica que él no pueda abordar, derivará el niño al especialista que crea más adecuado.

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. 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.

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 condicionador 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.

### 2.5.5 Tiempo de inicio

En los niños mayores de seis años que son conscientes de su problema y quieren solucionarlo, 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.

### 2.5.6 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. 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 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 se ha 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 añorado), 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. El espacio de la infancia tiene que ver con la ecología. 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.

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 mas 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”. 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 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.

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 psicosomáticas, 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.

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.

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.

## 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 re-experimentarse 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.

< 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.

### 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 reexperimentado 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).

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 Universidad De New York (Ontario) demostraron que las mujeres que más se adaptan a los parámetros de actuales son aquellas que presentan una personalidad más insatisfecha. Son también las que no mayor incidencia de trastornos alimentarios que 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.

La publicación irresponsable de regímenes para adelgazar ha puesto en manos de la población, especialmente la femenina, un arma que puede ser muy peligrosa.

El ideal de belleza femenina de la posmodernidad es brutalmente delgado. Impuesto desde la más tierna infancia por la muñeca más vendida del mundo (ésta cuyo nombre está Ud. pensando), cristaliza en la imagen de las super-modelos que venden para las más poderosas organizaciones de la moda de todo el mundo.

Pero es claro que lograr y mantener ese estado supuestamente ideal no sólo cuesta un terrible 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.

Haber llegado a la pubertad con sobrepeso.

### 2.8.1 Trastornos alimentarios 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 poliquísticos: esterilidad - acné severo - incremento del vello - alopecia - androgenización

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)

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.

### 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.

## 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 enseñan 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 fiscalía. ¿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.

Todos los niños y niñas tienen derechos que deben ser respetados por los adultos. Uno de sus derechos es decidir sobre su cuerpo ya que su cuerpo le pertenece. Nadie tiene el

derecho a tocarle o mirarle si no quiere. Debe sentirse cómodo, seguro y feliz cuando alguien le acaricia o le mira con afecto.

Si se sientes incómodo o desconfías cuando alguien le pide que se desvista para mirare, tiene todo el derecho a decir NO y a contarle a alguien de confianza lo sucedido para que le proteja.

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.

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.

También hay situaciones en las que es difícil decir NO, sobre todo cuando es un familiar o un amigo quien 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.

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.

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.

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 palpita más rápido, sentimos calor en la cara, a veces podemos temblar o sentir ganas de vomitar.

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 quieras”. 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 tener 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.

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.

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 los 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.

Los vínculos sanos o seguros, se caracterizan por una comunicación abierta y espontánea.

### 2.9.1 Derechos de los niños y niñas

Derecho a la vida:

- A la vida, la sobrevivencia y el desarrollo.
- 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 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.

### 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 desprevenición 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, aun 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 éstos 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.

Sería tonto afirmar que el tradicional cociente intelectual y las habilidades técnicas no son ingredientes importantes para un fuerte liderazgo. Pero la receta no estaría completa sin la inteligencia emocional. Alguna vez se pensó que "sería simpático y positivo" que los líderes de 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.

<b>¿ES POSIBLE APRENDER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?</b>	
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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 -</p>	<p>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 a él. Cuando regresó humildemente luego de su semana en el exterior, el ejecutivo le pidió a su entrenador que lo siguiera en diferentes momentos del día y durante varias semanas, para así criticarle la forma como trataba a las personas que tenían perspectivas nuevas o diferentes. Al mismo tiempo, utilizó conscientemente las diferentes interacciones en su trabajo como oportunidades para poder practicar el ejercicio de escuchar ideas</p>
--	--

<p>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</p>	<p>diferentes a las suyas. Finalmente, el ejecutivo hizo que lo filmaran en las reuniones y pidió a quienes trabajaban con él que le criticaran su habilidad para reconocer y entender los sentimientos de los demás. Esto le tomó varios meses, pero su inteligencia emocional finalmente surgió y el mejoramiento se vio reflejado en su desempeño global en el trabajo. 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 a aprender 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.</p>
---	--

Fuente: Grupo Hay ([www.haygroup.com.mx](http://www.haygroup.com.mx))

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.

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.

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.

## 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 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. ¿Qué podemos decirles si nos preguntan por qué? ¿Por qué ha muerto? ¿Por qué a mí? 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 de 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.

### 2.11.2 Programas formativos para padres y madres

¿Cómo ayudar a los niños y niñas 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. 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

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 hunden 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-Ross<sup>1</sup> 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 siquiátras 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 rabietas 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. Este miedo es normal sobretodo en familias de un número reducido de integrantes o en padres de edades avanzadas y primerizos.

## 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 siquiatra de niños y adolescentes puede ser necesario. Hay una gama de tratamientos disponibles.

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 siquiatra de niños y adolescentes

## Capítulo III

### Referencia Metodológica

#### Programa de Práctica

#### 3. Objetivos

##### 3.1 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 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
- 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:

#### Informe Psicológico

##### Datos Generales

**Nombre:** Blanca Lidia Lara **Sexo:** femenino  
**Fecha de nacimiento:** 22 de mayo **Edad** 51 años  
**Escolaridad:** Bachiller en CC.L.L.  
**Religión:** Cristiana Evangélica  
**Ocupación:** Ama de casa

##### II. Motivo de Consulta

**“Vengo por depresión de amores y le quiero contar que estoy tomando antidepresivos y quiero que me ayude porque no se como salir de esto, quiero quitarme esta tristeza que siento”.**

##### Historia del Problema Actual

- A) Hace tres meses que tiene ansiedad, tristeza, desesperación, llora todo el día.
- B) Factores psicosociales: Su pareja actual le es infiel..
- C) Blanca es una persona muy emprendedora, tiene dos hijos, su pareja actual la mantiene en todo lo económico y ahora ella piensa que le es infiel, está frustrada porque no sabe que hacer si la deja.

##### Historia Clínica

###### Personales no patológicos

###### 1. Historia prenatal:

Blanca fue un niña planificado y deseado. No tuvo ningún problema en ninguna etapa prenatal

###### 2. Nacimiento:

El nacimiento fue completado a tiempo y sin ningún problema.

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

No tuvo ningún problema en desarrollo motriz.

4. **Evolución de lenguaje**

El desenvolvimiento de Blanca es totalmente normal, relaciona su conversación, no tiene ningún defecto del habla, maneja una conversación con un principio y un final y cuando se le pregunta algo contesta rápidamente y retoma nuevamente la conversación anterior.

5. **Desenvolvimiento escolar**

Terminó su bachillerato en C.C:L.L., por madurez.

6. **Desenvolvimiento social**

Blanca se desenvuelve en forma estable y tiene habilidad para relacionarse en forma correcta..

## Personales patológicos

1. **Historia médica:** A los 49 años empezó su menopausia y continúa con incendios y mal humor.
2. **Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:**  
Ninguno.

## Historia Familiar

1. **Genograma**

2. **Estructura familiar:**

Blanca es hija de una pareja de la cual el padre ya murió y a su mamá la ve seguido aunque argumenta que no se ha llevado bien con ella nunca y que no sabe porque, tal vez porque sus caracteres son muy parecidos, pero que la saca ya que sus hermanos no lo hacen, Es la segunda de cuatro hermanos, primero fue una mujer con la que se visita pero que ella también tiene muchos problemas y que tal vez se divorcie, entonces no tiene consuelo con ella, los otros dos hermanos son varones y el mediano está en los USA y solo se escriben a veces y con el pequeño, tiene cierta posición económica, pero que para él solo existe su familia actual y solo se visitan

### 3. Antecedentes familiares:

Tiene una relación de convivencia aunque no total ya que no llega a dormir a su casa sino que tiene una casa donde duerme. La paciente vive con un hijo de 28 años de su primer matrimonio, del cual no se ha divorciado, ya que vivió con el 14 años y luego el se fue a los U.S.A., con relación a este matrimonio, la paciente manifestó que su esposo es una persona que estuvo en la cárcel, incluso ella lo conoció antes de estar en la cárcel y se caso allí con él y durante el tiempo que el estuvo en la cárcel, ella se ocupaba de todos los gastos incluso de los de él. Luego ella tuvo una relación con un hombre casado y del que tuvo una hija con la que vive y tiene 8 años. Debido a que el papa de su hija no le ayudaba lo dejó por la nueva relación, con la que por la estabilidad económica de la pareja, la paciente pensó que saldría de sus compromisos. Su pareja estaba casada, pero ella comenta que no fue por ella que se separó.

### 4. Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales: ninguno

## Examen del estado Mental

### 1. Presentación (descripción general):

- Nivel de conciencia en la expresión verbal: muy expresiva y congruente
- Actitud durante la entrevista y sesiones colaboradora en todo momento.
- Se presenta físicamente con cabello muy arreglado y su vestimenta es de moda, impecable y ha dado muestras que el arreglo personal es algo muy importante en su opinión.

### 2. Conducta motora y estado afectivo:

- Conducta motora: ninguna dificultad en la toma de utensilios, facilidad al momento de la utilización de lápices, etc.,
- Afecto: Colaboradora expresiva y detallista.

### 3. Estado cognoscitivo

- Atención: Interesada en todo momento y no se distrajo en ningún momento, siempre hay contacto visual.
- Orientación de tiempo; Orientada en tiempo y lugar y con memoria a corto y largo plazo.
- Lenguaje:
  1. Fluidez: Alto nivel de fluidez verbal. Conversación constante y relacionada-
  2. Comprensión: Alta comprensión y congruencia entre palabras y capacidad de análisis.

#### **4. Pensamiento:**

a) Proceso: relaciona las palabras con los hechos. Retentiva precoz.

#### **5) Estado de ánimo:**

En las entrevistas ha manifestado interés y mucha colaboración.

### **Resultados de Pruebas (Cuantitativos y Cualitativos)**

**Se le aplico una (1) prueba y a continuación se describirá la misma:**

**Test de Escala de Depresión de Beck**

**26/7/10**

#### **Escala de Depresión de Beck**

##### Cuantitativo:

Puntuación total: 4

##### Cualitativo:

Los resultados de la prueba infieren una depresión muy leve.

#### **OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS**

#### **Impresión Diagnóstica**

Durante las diferentes sesiones Blanca se mostró colaboradora, comunicativa y atenta en cuanto a hablar de si misma y de sus sentimientos. Mostró un buen nivel de reacción y atención, al responder a las preguntas

Se observan sentimientos de intranquilidad por su situación actual, comportamiento autocrítico, se percibe tensa, perturbable, preocupada, con baja energía para actuar, sentimientos de inseguridad y sentimientos de culpabilidad.

Se pudo constatar en sus intervenciones que se siente muy negativa por el trato que recibe de su actual pareja y que piensa que no la quiere.

Se percibe en su casa poco apoyada, poco valorada, lo cual le genera ansiedad y enojo con sus hijos.

Proyectó un desarrollo de pensamiento apropiado, completo, concreto y se pudo observar el manejo de un vocabulario extenso y fluido.

## Evaluación Multiaxial

### EJE I:

F41.1 Trastorno ansiedad generalizada (300.02)

EJE II: V71.09 sin diagnóstico

EJE III: sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario

Problemas de separación de pareja

Problemas económicos

EJE V: Puntuación: 61-70    Periodo d tiempo: Actual

### I. Conclusiones

A partir de los resultados observados, se puede concluir que la conducta que Blanca proyecta de tristeza, enojo, preocupación y llanto, es una manera de canalizar las emociones o sentimientos de la ansiedad ante no poder resolver su situación económica sin la ayuda de su pareja.

### II. Recomendaciones

Se le recomendó hacer una lista de las prioridades económicas reales y poder tener es esquema visual su situación económica real.

.Se le recomendó hacer rutina de respiraciones, las que le permitirán mantener una actitud más relajada, la que le permitirá poder ver su futuro de una forma más positiva.

Esta intervención le dará la seguridad que necesita y el saberse controladora de su entorno principal lo ubicará en la correcta perspectiva de sus otros entornos

## Plan Terapéutico

<b>Problema Clínico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Intervención/Técnicas</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Ansiedad generalizada</b>	Proveer las estrategias útiles y necesarias para lograr el control de sus emociones	Cognitivo Conductual  Terapia de Apoyo  TREC	Se recomienda rutina de relajación por medio de respiraciones

### 4.1. Logros

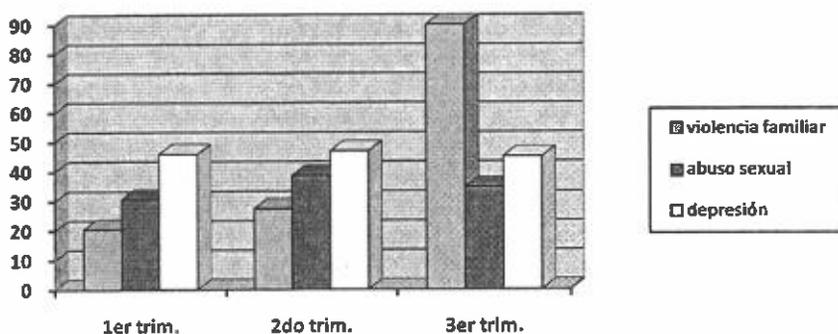
- Apertura total en el momento de entrevista con los pacientes referidos mostrando confianza sobre las decisiones tomadas sobre el trato con los mismos.
- Comunicación constante con la psicóloga encargada de los practicantes en relación a inquietudes y asesoramiento con relación a los casos tratados.
- 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.

## 4.3 Gráficas y análisis de resultados

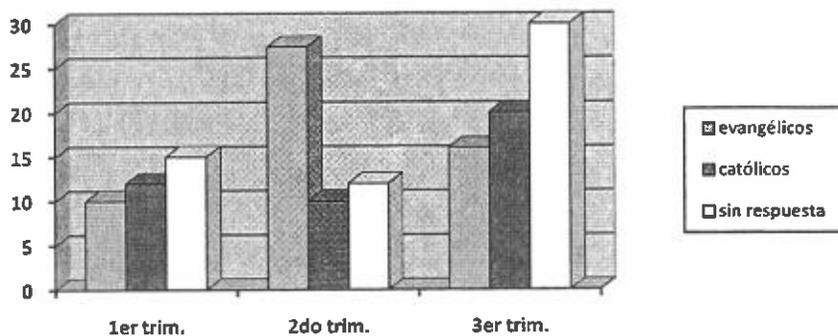
### Tipos de pacientes atendidos por trimestre



Fuente: Pacientes de MAPSI horario vespertino

Los pacientes atendidos por problemas de violencia familiar en MAPSI fueron sobrepasados en número con relación a las otras temáticas, aunque en muchas ocasiones el resultado de los pacientes que se atendieron con otros trastornos tuvieron como inicio también la violencia familiar.

## Preferencias religiosas de los pacientes atendidos



Fuente: Pacientes de MAPSI horario vespertino

La mayoría de los pacientes no quería mencionar la religión que profesaba a excepción del segundo trimestre donde prevalecieron los de religión evangélica, aunque este no era ningún impedimento al recibir su consulta.

## Conclusiones

- Muchos de los problemas presentados por los niños y niñas que eran referidos por bajo rendimiento escolar, eran el resultado de problemas relacionados al área emocional, por lo que se prestó atención y apoyo en el área psicológica, a niños con problemas de abuso sexual infantil, abuso físico del niño y conflictos familiares que afectan al infante de forma directa o indirecta.
- En el Ministerio de Atención Psicopedagógica Infantil, se atienden a jóvenes y adultos en relación al área emocional, por lo que para brindar un servicio de excelencia cuenta con un personal altamente calificado y con gran experiencia en temas de gran problemática en dichas etapas.
- MAPSI trabaja de la mano con los padres de familia, ya sea que tengan relación directa o indirecta en los niños con los que se trabaja, o a familias en lo particular, fuera del vínculo MAPSI, que obtienen información por los diferentes medios, y que llegan en busca de ayuda
- Se trabajó en conjunto con instituciones educativas quienes en algunos de los casos refieren a niños inquietos o con problemas emocionales y/o conductuales, ello con el objetivo de prestar capacitación constante a directores y catedráticos, trabajando de forma integral logrando así los objetivos establecidos con cada niño.

## **Recomendaciones**

- Se recomienda a la institución ampliar su grupo de trabajo ya que es bastante la demanda de personas necesitadas, sobre todo cuando se trabaja directamente con planteles educativos.
- Es necesario que el horario de la tarde, sea ampliado, ya que es un horario bastante solicitado y al limitar el horario, las personas no pueden acudir.
- Se recomienda que las clínicas deben de tener un mobiliario más apto para la realización de terapias específicas para niños o de relajación.
- Se recomienda tener un departamento de audiovisuales para la mejor atención de los pacientes.
- Se recomienda la contratación de un abogado para algún trámite legal solicitado por los pacientes.
- Se recomienda la contratación de personal administrativo que permita que las profesionales encargadas del centro se dediquen exclusivamente a su ramo, lo cual optimizará los resultados de la Institución.

## Fuentes de Consultas

### Bibliográficas

- Cullari Salvatore. 1998. Fundamentos de Psicología Clínica. Editorial Pearson Educación. México.
- Jerome M. Sattler. 1996. Evaluación infantil. edición manual moderno tercera edición.
- Carmelo Monedero . 1980. Psicopatología General. Ediciones biblioteca nueva. Madrid.
- Jorge Insua. 1985. Introducción a la psicología medica.. editorial Promed. Argentina.
- M. Mcgoldrick y r. Gerson. "Genogramas en la Evaluación familiar" Editorial .Gedisa.
- keia Aen & Peter Tomson. 1997. Intervención familiar guía práctica para los profesionales de la salud. ed. Paidós. Brcelon
- Muñiz, J. (1996a) *Teoría Clásica de los Tests*, 2ª. ed. Madrid: Ediciones Pirámide
  
- Muñiz, J. (1996b) (coordinador) *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995) *Teoría Psicométrica*. 3ª ed. México. McGraw - Hill.
- Suen, H. (1990) *The Psychometric Process*. Pennsylvania State University
- Thorndike, R. (1989) *Psicometría Aplicada*. México: Limusa.
- Brown, F. G. (1980). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: El manual perfecto.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of the test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Helmstadter, G. C. (1964). *Principles of psychological measurement*. New York:
- Hoyt, C. (1941). Test reliability obtained by analysis of variance. *Psychometrika*, 6, 153-160.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. (2da. ed). México: MacGraw Hill

- Kuder, G. F., y Richardson, M. W. (1937). The theory of estimation of test reliability.

*Psychometrika*, 2, 151-160.

- Loevinger, J. A. (1947). A systematic approach to the construction and evaluation of test of ability. *Psychological Monographs*, 61(4).
- Magnusson, D. (1982). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- Rulon, P. J. (1939). A simplified procedure for determining the reliability of a test by splithalves.
- *Harvard Educational Review*, 9, 99-103.
- Thorndike, R. L. (1989). *Psicometría aplicada*. México: Limusa.
- psico@ciudadfutura.com
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.
- Shea MT, Elkin I, Hirschfeld RM: Psychotherapeutic treatment of depression. En Review of Psychiatry, American Psychiatric Association Annual Review, vol. 7. Editado por Frances AJ, Hales RE. American Psychiatric Press, Washinton DC, 1988, pp. 235-255.
- Keegan, Eduardo. Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva. Revista Vertex, volumen IX, Nº 33. Ed. Polemos, 1998.
- Vidal, Bleichmar, Usandivaras, Enciclopedia de Psiquiatría. El Ateneo Editorial, 1977
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to Psychoanalysis: Contemporary Theory and Practice*, Routledge. ISBN 0-415-10739-3.
- Etchegoyen, R. Horacio (2010 (3ª edición)). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires & Madrid: Amorrortu Editores.  
ISBN 978-950-518-147-6
- American Counselong Association, 5999 Stevenson Avenue, Alexandria, VA 22340 (703) 823-9800.
- American Psychiatric Association, 1440 K Street NW, Washington, D.C. 20005 (202) 682-6000
- Pautas diagnosticas-terapéuticas para la práctica clínica

## Internet

Tema: Condición o patología, trastorno depresivo mayor

- [http://www.deficitdeatencion.org/ago2005\\_03.htm](http://www.deficitdeatencion.org/ago2005_03.htm)
- <http://www.almatranquila.com> - Alma Tranquila: Información Fiable Sobre la SaludP Mowetraeld by Mambo Generated: 1 July, 2009, 04:30
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_psic%C3%B3tico\\_breve](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_psic%C3%B3tico_breve)
- <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobias2.pdf> (fobias)
- [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Libros/Psicologia/Manual\\_psiqiatr%C3%A](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Libros/Psicologia/Manual_psiqiatr%C3%A)  
Da/cap-16.htm Trastornos somatomorfos
- <http://www.almatranquila.com> - Alma Tranquila: Información Fiable Sobre la SaludP Mowetraeld by Mambo Generated: 1 July, 2009, 04:30
- <http://www.mailxmail.com/curso-ansiedad-tratamiento/ejercicios-relajacion>  
Terapias de relajación