

Tema 1. – Desarrollo normal y anormal.

• Concepto de desarrollo.

DESARROLLO: cambio de comportamiento provocado por el contexto/s y determinado no por una especie pero sí por una sociedad o cultura.

• Crecimiento.

Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida posnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. Al nacer, los niños(as) deben pesar en promedio entre 3200 y 3500 gramos, y medir entre 49 y 51 cm.

• Salud Mental.

La salud mental es un concepto que abarca no sólo el eufemismo utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, aun siendo inestable, porque vivir lo es, no acarree más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a nuevas circunstancias.

Se trata pues de un concepto utópico, que tiene justamente el valor de la utopía, el de proyectar a los humanos hacia acciones favorecedoras del bienestar de todos.

Es también un concepto multidisciplinar que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, el urbanismo, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas, en definitiva con el estar aquí y ahora siendo quienes somos por género cultura y rol social.

• Enfermedad.

Para comprender lo que es la enfermedad creemos necesario comenzar dando nuestra definición de lo que es la salud. Ella se define como la capacidad que tienen los organismos para adaptarse a los distintos estímulos, ya sea el estrés, la toxicidad medioambiental, cambios en la alimentación, etc. El cuerpo se mantiene siempre en un equilibrio inestable. La salud esta directamente relacionada con nuestro estado emocional, mental y estructura psicológica, es decir, con nuestra forma de ser, de enfrentar la vida y nuestra constitución genética. Ante una enfermedad (resistencia al cambio) debemos preguntarnos ¿que hay en mi estilo de vida, dieta o comportamiento que ha causado el desequilibrio?. Solamente en ese momento, cuando encontramos la razón o el foco, es decir lo que la enfermedad nos quiere enseñar, retornaremos a nuestro centro, al punto de equilibrio. Volviendo al concepto cuántico, el ser humano está inmerso en un conjunto de ondas electromagnéticas que provienen del cosmos y de nuestra estrecha relación con el planeta Tierra. Todos los procesos biológicos están regidos por procesos energéticos, tal como lo demostró experimentalmente el físico alemán Fritz A. Popp.

- **Patología.**

La Patología General es la ciencia que se ocupa del estudio de la enfermedad y ésta es un proceso dinámico cuyos elementos constitutivos son la etiología, la patogenia, la fisiopatología, la anatomía patológica, la sintomatología y la patocronia. La doctrina de la patología consiste, pues, en el análisis de estos elementos.

El concepto y definición de Patología General en su evolución histórica ha pasado por épocas en las que incluso se ha cuestionado su existencia, hasta otras, como la actual, en la que se reafirma su razón de ser. Las múltiples definiciones que se han hecho de ella enfatizan de forma variable los diversos aspectos de su contenido y por ello es necesario hacer referencia a algunas de ellas para comprender cuál ha sido su consideración a lo largo de la Historia.

Para Cohein es la ciencia explicativa que trata de descubrir la causa de las enfermedades y su íntima relación con los síntomas morbosos. La mayoría de los autores, incluyendo a Corral y Letamendi, expresan la conveniencia didáctica de explicar en esta asignatura no sólo lo común a todas las enfermedades sino lo común también a grupos de enfermedades, es decir los Síndromes entendidos como el conjunto de síntomas y signos que se presentan en algunas enfermedades.

Otros autores, como Novoa Santos, cargan de acento fisiopatológico toda su Patología General, proyectándola sobre la clínica. Balcells, en esta línea, la define como la ciencia de la patología y Fernández Cruz como la rama del saber que se preocupa de estudiar y comprender al ser enfermo. Vemos pues que la Patología General es una Ciencia que estudia la enfermedad y al portador de ella, el hombre enfermo, y todo lo que en él se relaciona. Con esta concepción podría decirse que se trata de la ciencia de toda la patología, pero al considerar al hombre como sujeto fenomenológico, a los caracteres comunes de la enfermedad hay que añadir y estudiar las leyes generales que rigen el enfermar.

El contenido de la Patología General abarca en sí a toda la patología, pues nada debe escapar a su interés, siempre y cuando sea visto a través de su propio cristal limitativo que le lleva a lo esencial enfocando la enfermedad en su aspecto panorámico, ya que no se trata de una ciencia pura o natural, como pudiera ser la Física o la Botánica, sino de una ciencia integradora y unitaria que, como decíamos, desea conocer al hombre en su previsto y posible enfermar.

- **Psicopatología.**

Concepto de Psicopatología. División y relación con otras disciplinas. Modelos del enfermar mental. Lo normal y lo patológico. Clasificación de los trastornos psíquicos.

- **Adaptación.**

Es la capacidad de involucrase con el entorno y hacer parte de este una simbiosis que les permita a ambos disponer del otro (carlos fernandez chaparro).

Ya no se toma como una capacidad, sino una necesidad de involucrarse al entorno (medio) para aprovechar al máximo las necesidades de aprendizaje de cada individuo, que los llevara a adquirir un aprendizaje significativo. (Sergio A. Castañeda de la Cruz.)

Es el proceso a través del cual el individuo asimila una nueva forma de supervivencia. Por consecuente se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación. como ejemplo: un niño que ha pasado sus primeros años de vida en el núcleo familiar, al ingresar por primera vez a la escuela sufre un cambio en el cual podríamos considerar que es un niño inadaptado con su medio. Sin embargo este periodo suele ser muy corto ya que frecuentemente ocurre durante los primeros meses. Después de ello y con el apoyo del Docente, esta etapa de inadaptación es superada y a ella le sigue la etapa de adaptación. Esta etapa de adaptación se caracteriza por la aceptación de las normas de convivencia establecidas por el grupo escolar o la misma institución. Por otra parte el concepto de adaptación también es entendido como la etapa final a través de la cual el niño ha asimilado nuevos conocimientos

y ha desarrollado las habilidades para poder hacer uso de los mismos en la resolución de los problemas a los que se enfrenta en su vida diaria. El proceso de adaptación de un nuevo conocimiento pasa por tres fases muy importantes como lo son: asimilación, acomodación y adaptación. Podemos mencionar otra la cual llamaríamos como traspolación la cual consiste en llevar estos nuevos conocimientos a la aplicación de la vida diaria. Cuando todo este proceso se ha realizado completamente podemos decir que el individuo ha adquirido un aprendizaje significativo. (Nancy Flores Hernández)

Cambio de estructura, de percepción o de comportamiento mediante el cual un organismo aumenta su capacidad de respuesta válida a una situación actual o a las condiciones ambientales... (Javier Gtez. (estudiante de psicología))

La adaptación es una nueva conceptualización de la inteligencia, quien se adapta mejor y en menor tiempo posee un mayor nivel de inteligencia. Actualmente la inteligencia no se mide por una de sus funciones: la memoria, ni por el coeficiente intelectual, sino por la adaptación al medio, lo que requiere un cambio y un aprendizaje. (Iris Oldano).

Tema 2. –Trastornos profundos del desarrollo en la primera infancia desde diferentes perspectivas teóricas.

• Mahler.

Mahler propuso que el infante al nacer no tiene la experiencia de una identidad separada de la madre; parte de un estado de indiferenciación. Conceptualizó el desarrollo como un proceso de separación e individuación que se va produciendo en reorganizaciones sucesivas o fases, que van de la autística a la simbiótica, y de la ambivalencia del período de reaceramiento a la individuación. Estas fases en el desarrollo darían lugar a distintas formas psicopatológicas si los procesos intrapsíquicos a resolver en cada una de ellas no se desarrollan normalmente. Las fijaciones más tempranas darían lugar a una psicopatología más severa.

Algunos autores psicoanalíticos como Lichtenberg (1983), Stern (1985), Klein (1980), Peterfreund (1978) que han investigado fundamentalmente sobre el primer año de vida, cuestionaron los conceptos de Mahler de fase autística normal y fase simbiótica normal durante el primer año al considerar que los estados normales observados en la relación madre-hijo tienen poco que ver con la conducta y afectos de la patología autística y simbiótica en niños y adultos. Estas revisiones apuntaron la necesidad de establecer teorías sobre el desarrollo que no se basaran en modelos patográficos.

Otros estudios como los de Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald (1989); Egeland y Sroufe (1981); Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, y Botein, (1990); Lyons-Ruth, Zoll, Connell y Grunebaum, (1986); Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski y Chapman (1985) se han centrado en el estudio de los factores de riesgo familiar y su influencia en el desarrollo emocional del niño. Sin embargo, la investigación en torno a la subfase denominada de reaproximación de los 15 a los 24 meses es escasa, y es en esta fase en la que Lyons-Ruth se centra específicamente, poniendo en relación las hipótesis de Mahler con las investigaciones de los teóricos del apego.

Mahler describió una etapa simbiótica de los 2 a los 4 meses, a partir de la cual se observa un proceso de diferenciación progresiva de los 4 a los 10 meses. Esta diferenciación apoyada en las adquisiciones del infante se incrementa con la separación física de la madre en el período de los 9 a los 18 meses. Bowlby (1969, 1973, 1980), por el contrario, consideró que el objetivo evolutivo central en esta etapa de los 9 a los 18 meses es conseguir un apego seguro, un estado de confianza emocional básica. Sander (1962) en la misma línea, consideró este período evolutivo de focalización en la madre. La mayor movilidad física del infante en este período se orienta a buscar mayor proximidad con la madre como medio de sentirse seguro.

Si bien tanto Mahler como Bowlby trataron de validar sus teorías en base a estudios observacionales controlados acerca de las relaciones tempranas, estudios que permitieran llegar a conclusiones que pudiesen ser contrastadas, las diferencias de partida son significativas en cuando a qué considerar sano o desadaptado en este período de los 9 a los 24 meses. Bowlby puso el énfasis en el modelo relacional distanciándose de la teoría pulsional de la libido como el único motor del desarrollo. La metodología empleada tanto por Mahler como por los investigadores del apego fue utilizar separaciones breves madre-hijo grabadas en vídeo que permiten su estudio y comparación.

Mahler consideró que las respuestas tanto de autonomía como de ambivalencia en los infantes de 9 a 20 meses formaban parte del desarrollo normal. Interpretó la falta de preocupación por la presencia materna, la ausencia de ansiedad frente al extraño como indicadores de confianza básica en el infante (Mahler et al., 1975). Por el contrario, la ansiedad frente al extraño la consideró un indicador de falta de confianza básica (Mahler 1971).

En esta línea, la ambivalencia en la fase de reaproximación de los 15 a los 24 meses, que presentaban los infantes en el intento de buscar contacto con la madre después de la separación, la interpretó también como una respuesta normal. Para Mahler, la progresiva toma de conciencia del niño, alrededor de los 15 meses, de la separación de la madre renueva la ansiedad de separación. Este proceso se traduce en comportamientos ambivalentes del infante entre el deseo de separarse de la madre, por un lado, y de buscarla, por otro. Interpretó esta conducta ambivalente como un conflicto entre el deseo de sentirse separado, grandioso y omnipotente, y por otro lado, tener una madre que mágicamente complete todos los deseos sin tener que pasar a reconocer que esa ayuda ha venido de afuera y del otro (Mahler et al., 1975). Para Mahler estas conductas tienen que ver con el temor al re-engullimiento por parte de la madre peligrosa que está investida narcisísticamente.

Las filmaciones efectuadas por Mahler (1976, 1977) permiten observar el proceso de reaproximación. En una de ellas, un niño está llorando porque tiene un dedo lastimado, la madre le coge y el niño en lugar de acurrucarse y reconfortarse, busca salirse del abrazo, mientras observa su dedo lastimado y hace esfuerzos por alejarse de ella. Esta conducta persiste a pesar de que sigue angustiado. Describió esta conducta como la manifestación del conflicto típico de la subfase de reaproximación, caracterizado por el deseo del infante de confortarse con la madre y, al mismo tiempo, por el deseo de alejarse de ella. En otra escena filmada, una niña de 2 a 3 años inicia una búsqueda de su madre entrando en la sala donde ésta se encuentra, se dirige a ella, pero después desvía la mirada, cambia de dirección y se aparta de su madre. Consideró este patrón de viraje como característico de esta etapa y, por tanto normales (Mahler et al, 1975). Esta normalidad es la que será cuestionada por los teóricos del apego, que la verán como propias de un tipo de apego inseguro, modalidades de apego evitativo en el primer ejemplo o desorganizado en el segundo (caracterizado éste por conductas contradictorias). Para Mahler, en cambio, la conducta ambivalente aparece por el deseo de acercamiento y el miedo a la fusión con la madre.

- Winnicott

TEORÍA DE WINNICOTT

Ante la falla materna el niño puede hacer un uso hipertrofiado de sus capacidades mentales (cuando Winnicott habla de mente se refiere al intelecto) hace un uso prematuro de la capacidad de pensamiento para suplir así la falla materna.

En el psico-somático, dice Winnicott, pareciera que el desarrollo prematuro de la mente seduce a la psique y se forma una mente-psique, dissociada de su elemento natural y primitivo, el soma. Winnicott nos dice:

“La mente–psique se convertirá así en el lugar de un Falso Self, separado de sus experiencias corporales. El pensar actúa como un sustituto del cuidado materno y se desarrolla un falso self bajo la forma de un intelecto explotado.

El pensar ha perdido su condición de aspecto especial del funcionamiento del psiquesoma y ha adquirido una nueva función. Como consecuencia de este desarrollo patológico aparecen disfunciones en el Area Potencial o Intermedia (en la construcción o uso del objeto transicional, en el juego, etc.). En lugar de la fantasía conectada con el deseo y la vida, se desarrollará el fantaseo, espacio estéril, desconectado de la realidad externa.

Faltándole o fallándole la instalación del puente (área transicional) el mundo interno queda disociado del mundo externo, faltándole el enriquecimiento mutuo.

Este proceso de mutua interrelación (psique–soma) se da en una etapa primitiva del desarrollo humano, pero existen posibilidades de deformación del curso natural, en otras etapas, incluso en la que Winnicott denomina la madurez adulta.

Otra de las características del enfermo psicossomático es lo que Winnicott llama dispersión de los agentes terapéuticos, (el enfermo mantendrá separado los recursos terapéuticos, repitiendo en el mundo externo el mecanismo interno). Los enfermos tratan de explotar todas las disociaciones del medio externo, incluidas las de los profesionales médicos.

El objetivo primordial de la terapéutica de estos pacientes es curarlos de esta disociación, pero para ayudarlos se tendrá que respetar tanto los tiempos del paciente como la disociación que se produjo.

En sus trabajos Winnicott nos da ejemplos de esta modalidad terapéutica al referirse a dos pacientes adultas y dos niñas, una anoréxica y otra con colitis.

Fundamentalmente, es una tarea de construcción de un nuevo marco confiable, (al hablar de marco nos referimos a la existencia en la mente del analista, de un espacio adecuado para el desarrollo de esta forma de transferencia primitiva) donde puedan darse procesos que no pudieron constituirse o se constituyeron en forma inadecuada, ayudados por la regresión, como mecanismo que permite volver al punto de partida donde se dió la falla del medio, o trauma, y se produjo la enfermedad y así poder volver a empezar de una forma diferente.

Este trabajo intenta dar cuenta, de las vicisitudes de la tarea clínica con una niña, que padece serios trastornos respiratorios, diagnosticados como asma bronquial.

Eugenia, que así se llama la pequeña, tenía en el momento de la consulta 6 años de edad; me fue derivada por el analista de su madre, quien, al decir de su terapeuta, se declara impotente frente a la situación de la niña, y sus actuales crisis asmáticas.

Paso a relatar algunos datos significativos de la consulta, y de las historias de las familias de origen, que supongo pertinentes para la comprensión del caso.

2. 3 Gesell.

TEORIA DEL DESARROLLO

Arnold Gesell se dedicó especialmente a estudiar la interacción entre el desarrollo físico y mental, concluyendo que se produce una secuencia definida. Sus trabajos son esencialmente con respecto a la conducta y su desarrollo en la interacción ya mencionada.

Sucesión y etapas del desarrollo

El desarrollo es un proceso continuo. Comienza con la concepción y procede mediante ordenada sucesión, etapa por etapa, representando en cada una de ellas un grado o nivel de madurez.

Para aclarar la comprensión y estudio de las etapas, A Gesell junto con Amatruda desarrollaron un diagrama en el cual se representan las tendencias generales del desarrollo conductual desde la concepción hasta los cinco años. La estructuración de este está establecida por edades, siendo las edades claves: 4, 16, 28 y 40 semanas; 12, 18, 24 y 36 meses.

Campos de la conducta

Cualquier acto, simple o complejo de manifestación conductual, puede poseer una alta significación diagnóstica. Pero cabe destacar que el organismo humano es un *complicado sistema de acción*, y por lo tanto, para llevar un diagnóstico evolutivo adecuado debe ser metodico y sistematico.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante campos de conducta, que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos aspectos son los siguientes:

1. – Conducta Motriz (C.M): De particular interes para los estudiosos de la conducta, este campo se encarga de las implicaciones neurológicas, capacidad motriz del niño, el cual es el natural punto de partida en el proceso de madurez. Simplificando, la conducta motriz esta compuesta por:

- movimientos corporales
- reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse,
- pararse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, etc.
- coordinaciones motrices.

2. – Conducta Adaptativa (C.A): esta conducta esta a cargo de las más delicadas adaptaciones senso-motrices ante objetos y situaciones. Comprende los siguientes asuntos:

- Habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos.
- Coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.
- Capacidad de adaptación frente a problemas sencillos.

El niño se ve obligado a exhibir formas de conducta significativas cuando maneja objetos tan simples como una campanilla de mano. Esto revela los recursos que van apareciendo.

3. – Conducta Del Lenguaje (C.M): Se usa el término lenguaje en un sentido amplio, quiere decir, incluyendo toda forma de comunicación visible y audible, también compuesta por imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. Sistemáticamente, estos son sus componentes:

- Comunicación visible y audible: gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones.
- imitación y comprensión
- Lenguaje articulado: función que requiere de un medio social, sin embargo, dependiente de las estructuras corticales y senso motrices.

4. – Conducta Personal-Social (C. P-S): Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el que vive, dichas reacciones son tan multiples y avariadas que parecerían caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo. En síntesis, sus componentes son:

- Factores intrínsecos del crecimiento: control de la micción y defecación, capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego,
- colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y
- convecciones sociales.

La conducta personal social esta sujeta a un nivel alto de factor subjetivo, pero presenta, dentro de la normalidad, ciertos límites.

ETAPAS DEL DESARROLLO

Primer Trimestre : En esta etapa, el niño adquiere el control de sus doce músculos oculo-motrices. En el primer trimestre, el niño logra controlar el movimiento ocular, sus funciones vegetativas, etc.

Conducta motriz: Reflejo tónico-nucal, manos cerradas, la cabeza tambalea.

Conducta adaptativa: Mira a su alrededor. Persecución ocular incompleta.

Conducta del lenguaje: Pequeños ruidos guturales. Atiende al sonido de la campanilla.

Conducta personal-social: Mira los rostros de quienes le observan.

Segundo Trimestre (semanas 16 a 28): El niño logra el gobierno de los músculos que sostienen la cabeza Y mueven los brazos. Hace esfuerzos por alcanzar objetos.

Conducta motriz: Cabeza firme, postura simétrica, manos abiertas.

Conducta adaptativa: Correcta persecución ocular, mira el sonajero en la mano.

Conducta del lenguaje: Murmullos, ríe, vocalización social.

Conducta personal-social: Juega con manos y ropa, reconoce el biberón, abre la boca para recibir la comida

Tercer Trimestre (semanas 28 a 40): Consigue (el niño) el dominio del tronco y las manos, Se sienta, agarra, transfiere y manipula objetos.

Conducta motriz: Se sienta, inclinándose hacia delante, apoyándose sobre las manos. Agarra objetos.

Conducta adaptativa: Pasa objetos de una mano a otra.

Conducta del lenguaje: Laceo. Vocaliza, escucha sus propias vocalizaciones.

Conducta personal-social: Juega con sus pies, con juguetes. Manifiesta expectativa a la Hora de comer.

Cuarto Trimestre (semanas 40 a 52): Extiende su dominio a piernas y a pies, al índice y al Pulgar. Hurga y ase con el pulgar y el índice.

Conducta motriz : Permanece sentado solo, gatea, se para. Liberación prensil grosera. (dentro de este trimestre pasa por caminar con y sin ayuda, se sienta por si mismo, construye torres de 3 cubos).

Conducta adaptativa : Combina objetos (aparea cubos, etc.), (12 meses) suelta obejtos

Dentro de un vaso, (18 meses) extrae objetos del vaso, imita una Línea con el lápiz.

Conducta del lenguaje : Dice una palabra, atiende a su nombre, (12 meses) dos palabras,

(18 meses) jerga, nombra dibujos.

Conducta personal-social : Juegos sencillos de nursery, come, solo, una galletita, (12 meses) ayuda a vestirse, com con los dedos, (18 meses) come con cuchara, adquiere control de esfínteres.

Segundo Año : El infante ya camina y corre, articula palabras y frases; adquiere el control de la vejiga y el recto, además, un rudimentario sentido de identidad personal y posesión.

Conducta motriz: Corre, construye una torre de 6 cubos.

Conducta adaptativa: Construye una torre de 6 cubos. Imita una línea circular.

Conducta del lenguaje: Usa frases, comprende órdenes sencillas.

Conducta personal-social: Pide, para satisfacer sus necesidades de ir al baño. Juega con muñecos.

Tercer Año: El niño es capaz de hablar empleando oraciones, usa palabras como instrumento del pensamiento; muestra una positiva propensión a comprender su ambiente y satisfacer las demandas culturales que este le exige. Ya nos es más una simple criatura.

Conducta motriz: Se para sobre un pie, edifica una torre de 10 cubos.

Conducta adaptativa: Edifica un puente con 3 cubos. Imita una cruz.

Conducta del lenguaje: Usa oraciones, contesta preguntas sencillas.

Conducta personal-social: Usa bien la cuchara, se pone los zapatos.

Cuarto Año: Etapa en el cual formula innumerables preguntas; percibe analogías; despliega Una activa tendencia a conceptualizar y generalizar. Es, prácticamente, independiente en la rutina de la vida hogareña.

Conducta motriz: Salta sobre un pie.

Conducta adaptativa: Construye una puerta con 5 cubos, dibuja un hombre

Conducta del lenguaje: Usa conjunciones y comprende proposiciones.

Conducta personal-social: Se puede lavar y secar la cara, hace mandados, juega en grupos.

Quinto Año: El control motriz se encuentra bien maduro, salta, brinca, habla sin articulaciones infantiles. Puede generar un cuento largo. Prefiere jugar con sus compañeros y manifiesta satisfacción por sus atavíos y por las atenciones que recibe. Es un ciudadano, seguro y conformista de su pequeño mundo.

Conducta motriz: Salta, alternativamente, sobre cada pie.

Conducta adaptativa: cuenta 10 objetos.

Conducta del lenguaje: Habla sin articulación infantil. Pregunta ¿por qué?

Conducta personal-social: Se viste sin ayuda, pregunta significaciones de las palabras.

PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Gesell-amatruda nos permite ver en una forma sistemática y exacta el proceso de desarrollo de la conducta. Pero cuando uno de los puntos a alcanzar se ve problematizado, nos enfrentamos a defectos y desviaciones del desarrollo.

Estos son causados por retardos, leves o serios, e incluso la ausencia del objetivo esperado. Se puede ubicar el origen anormal del desarrollo en la etapa germinal, siendo los gametos portadores de genes deficientes y su combinación con otros del mismo tipo, causales de un organismo defectuoso.

También puede ser ubicado fuera del vientre de su madre, siendo sus causas traumatismos, tóxicos, también por el grado de experiencia que este experimente con su medio ambiente.

2. 4 Bowlby.

TEORÍA DE BOWLBY

Bowlby sostiene que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de la evolución. El permanecer en cercanía de los cuidadores ayudaría para protegerlos de algún peligro o depredación. Los niños que poseen estas tendencias de apego, tendrían mayor probabilidad de sobrevivir, de llegar a la edad reproductiva y traspasar estas tendencias a futuras generaciones. (Simpson, J. 1990).

En 1954 Bowlby a partir del resultado sus investigaciones en su informe para la OMS recomienda: "Es esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción".

Por lo tanto, las separaciones temporarias que algunos niños sufren, generalmente por causa de fuerza mayor, fueron tomadas por Bowlby como el paradigma del estudio de campo para la observación de los efectos de éstas sobre los niños en su primera infancia.

Separaciones temporarias

Bowlby (1969/82) y Robertson (1958) describieron una secuencia de tres fases en la conducta de niños de entre quince y treinta meses de edad, criados por sus madres en forma exclusiva y que por primera vez debían temporariamente separarse de ellas y pasar un periodo en una institución.

Estas tres fases son las siguientes:

Fase 1: de Protesta

Fase 2: de Desesperación

Fase 3: de Desapego

Fase de protesta: La fase inicial de protesta se inicia a poco de partir la madre y dura desde unas pocas horas hasta una semana aproximadamente. Durante esta fase el niño está ansioso, nervioso, excitado, llora intensa, larga y fuertemente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres que se le acerquen, rechazándolas. Cuanto mejor la relación con su madre, mayor el grado de ansiedad que el niño muestra en esta etapa, la ausencia de la etapa de protesta es indicadora de una relación

insatisfactoria previa con la madre.

Fase de desesperación: durante esta fase su excitación psicomotriz empieza a disminuir, llora con menos intensidad en forma más monótona, está distante e inactivo y su conducta sugiere desesperanza, empieza a dudar de que su madre vaya a volver.

Nada le interesa, no se conecta con el medio que lo rodea, y se pasea de acá para allá sin objetivos, como sintiéndose profundamente deprimido.

Fase de desapego: En esta fase desaparece la excitación psicomotriz, el chico deja de llorar y empieza nuevamente a interesarse por el medio que lo rodea, parece como si se estuviera recuperando. Ya no rechaza a las enfermeras u otras personas desconocidas a su cargo: acepta sus cuidados, la comida y los juguetes que le ofrecen y a veces hasta sonríe y está más sociable. Pero cuando la madre viene a visitarlo se encuentra con un niño cambiado, que parece haber perdido todo interés en ella, parece no reconocerla, se mantiene indiferente, apático y distante. Sin embargo, periódicamente se observan sollozos, ataques de agresividad, no desea compartir sus juguetes con los otros niños y los esconde para que no se los quiten.

Si su estadía es suficientemente prolongada, poco a poco puede llegar a perder interés en las personas e interesarse cada vez más en los objetos materiales, juguetes, caramelos y comida. Ya no se lo ve más ansioso frente al cambio de enfermeras, idas y venidas de los padres, ya no hace más caprichos, ya no le tiene más miedo a nadie, ni le importa de nadie.

Las reacciones de los niños muestran la influencia que la separación de la madre tiene sobre ellos y los mecanismos psicológicos defensivos que se movilizan para sobreponerse a la pérdida.

Es necesario tener en cuenta que si bien estas tres fases se observan en todos los casos, la duración e intensidad de cada una varía según el ambiente en el que el niño transcurre su período de separación de la madre. Para el bebé es muy diferente si queda a cuidado de un pariente conocido y en su propia casa que si es trasladado a una institución, un hogar para niños, p. ej., y lo mismo ocurre con la persona o personas destinadas a su cuidado: resulta mucho más traumático para el niño no contar con una figura estable que lo cuide, tal como sucede en los asilos.

Es de notar que el reencuentro posterior con la madre también muestra a un niño alterado emocionalmente y afectado psicológicamente en su relación con la mamá. Reconciliarse con la mamá después de la separación le llevará un tiempo que dependerá de la duración de la separación y de las características del vínculo que previamente tenía con su madre.

La vuelta a casa: Al reencontrarse con la madre por primera vez, después de un periodo de días o semanas de alejamiento, todos los chicos muestran algún grado de desapego más o menos duradero; en general en concordancia con la duración de la separación.

Algunos no la reconocen, otros se alejan, otros se muestran asustados o inexpresivos.

Después de esta primera etapa de desapego, viene una etapa en que los niños se muestran marcadamente ambivalentes hacia sus padres: se muestran caprichosos, díscolos, exigentes, pegotes, desobedientes, a veces desafiantes y hostiles y lloran amargamente cuando la madre se va, muy atemorizados de que el abandono prolongado vuelva a repetirse, la reciben llorando y a veces enojados por haber sido abandonados una vez más, etc.

Las madres se encuentran con niños muy distintos de los que habían dejado, en cuanto al carácter se refiere. Esta fase puede durar largo tiempo: desde semanas hasta meses, dependiendo, en gran medida,

de la actitud de la madre y de su tolerancia a las demandas contradictorias de su niño, y de su relación previa con él. Muchas veces ocurre que el niño parece completamente recuperado y su conducta no muestra diferencias respecto de las de niños que no sufrieron separaciones en la vida diaria, pero frente a situaciones fuera de lo habitual suelen mostrarse más tímidos o ansiosos que el resto de los niños. En este sentido los efectos de las separaciones tempranas pueden pasar desapercibidos o ser olvidados y volver a observarse sólo tiempo después, a veces cuando el individuo ya es adulto.

Las separaciones cotidianas

Las reacciones de los niños pequeños a las separaciones anteriormente descritas llamaron la atención de los investigadores y los llevaron a estudiar las respuestas llamativamente similares, aunque menos intensas, observables en la vida diaria, durante separaciones que duraban desde un par de horas hasta un día. Se tomó como objeto de estudio el ingreso al jardín de infantes o la ida a un centro de investigación que investiga las separaciones cotidianas (!). Además, con el objeto de tener evaluaciones confiables en esta suerte de microanálisis de las relaciones tempranas entre el bebé y su madre, se vio la necesidad de idear tests para examinar estas respuestas.

De estas investigaciones y de las de separaciones brevísimas en un setting experimental (Ainsworth, (1978, 1982) se arriba a las siguientes conclusiones:

- a) Los niños rápidamente detectan la ausencia de la madre y muestran cierto desasosiego y preocupación que va desde la ansiedad hasta la angustia intensa. Paralelamente dejan de jugar completamente o casi completamente.
- b) Los niños no se reponen rápidamente después de la reunión con la madre.
- c) Muchos niños muestran reacciones de enojo por haber sido dejado solos
- d) En general los varones muestran mayores signos de stress que las niñas.
- e) Los chicos quedan sensibilizados frente a la situación experimental de separación, puesto que si el experimento se repite reaccionan con más intensidad.

De aquí surge la recomendación de que, en la medida de lo posible, los niños no ingresen al jardín de infantes antes de los tres años o de que en caso de que esto suceda, se preste atención a los síntomas que puedan surgir o, lo que es más importante aún, a la ausencia de síntomas.

Existe el prejuicio que un chico normal de entre dos y tres años no debería llorar ni resistirse frente a la partida de su madre y que si lo hace, esto indica que la madre lo malcria o lo sobreprotege.

Volvemos a insistir que, contrariamente a lo que habitualmente se piensa, lo normal es que el bebé proteste, llore, grite y se resista enérgicamente a cualquier tipo de separación durante los primeros tres años de vida, y que la pronta aceptación por parte del niño de la partida de la madre debe hacernos sospechar que existe patología en el vínculo.

De los tests que se han ideado para estudiar la reacción de los niños frente a las separaciones, el de la Strange Situation de Mary Ainsworth (1978) es considerado de gran valor diagnóstico, a punto tal que hoy en día se usa en la clínica de niños para evaluar la calidad del vínculo entre ellos y sus madres a los 12 meses de vida.

Se distinguen dos tipos de separaciones parento-filiales: las físicas y las emocionales, estas últimas de por sí merecen ser tratadas en forma especial y exceden los límites de este trabajo. Llamamos

separaciones físicas cuando por cualquier causa (enfermedad, viaje, muerte) el niño está físicamente separado de sus padres por un tiempo variable (entre 24 horas y varios días). Denominamos separaciones emocionales –o mejor sería llamarlas socio–emocionales– cuando no existe separación física, pero se verifican ciertos parámetros observables de desconexión psicológica de la madre con el bebé.

La separación física de los padres significa un importante stress psicológico para los niños pequeños, muchas veces con consecuencias para el desarrollo de su futura personalidad, pero no sólo la separación física, sino también la falta de contacto emocional y afectivo profundo puede dejar severas huellas en el niño. Una madre emocionalmente ausente debido a la causa que fuere: depresión, preocupación por otras cuestiones: ya sea económicas, de enfermedad, afectivas, también es un factor de stress en la crianza de ese niño.

Mucha de la psicopatología que hoy en día observamos, en niños y en adultos, está relacionada con la problemática del abandono espiritual –socio–emocional– de los niños: delincuencia, psicopatía, trastornos psicosomáticos y los Ataques de Pánico, etc., que cada vez son un motivo más frecuente de consulta al médico en general y al psiquiatra. El interés desmedido por los bienes materiales, el insaciable ansia de poder, la codicia tan frecuentemente observadas en nuestra sociedad de consumo, objeto de gran preocupación de filósofos y pensadores muchas veces remite a la fase de desapego antes mencionada.

Hoy en día se sabe que la psicopatología puede ser entendida desde el punto de vista de las vicisitudes de los vínculos afectivos de un individuo desde la infancia hasta la adultez. La psicopatología del miedo y la ansiedad crónicas (Garelli, 1983) son un ejemplo de esto, siendo derivadas de separaciones, o amenazas de separación de las figuras amadas.

Por fin concluimos junto con Bowlby (1988) que: "Ser un padre exitoso implica un duro trabajo. Cuidar a un bebé o a un niño que empieza a caminar es un trabajo de veinticuatro horas diarias, durante los siete días de la semana.....Actualmente para la gente ésta es una verdad desagradable. Dedicarles tiempo y atención a los niños significa sacrificar otros intereses y actividades....Diversos estudios indican que los adolescentes y adultos jóvenes, sanos, felices y seguros de sí mismos son el producto de hogares estables en los que ambos padres dedican gran cantidad de tiempo y atención a los hijos....Por razones políticas y económicas diversas la sociedad no les brinda a los padres esta posibilidad"

2. 5 Spitz.

Su investigación se realiza en una guardería para niños de pecho (12–18 meses) (123 niños), en donde no solo se excluyeron los microbios sino también las relaciones humana .

Síndrome de carencia afectiva parcial o depresión anaclítica:

- ♦ Separación entre los 6 – 7 meses.
- ♦ Clínica:

Durante el primer mes:

- Lloros frecuentes.
- Tendencia a pegarse al observador.
- Durante el segundo mes:
- Gemidos.
- Pérdida de peso.

- Detección del CI.
- A partir de 3 mes:
- Rechazo del contacto.
- Problemas con el sueño.
- Problemas psicosomáticos y enfermedades en general.
- Rigidez facial.
- Retraso psicomotor.
- Si dura más de tres meses puede llegar a producirse el hospitalismo o Síndrome de carencia afectiva total.

A lo largo del primer año de vida para Spitz existen tres etapas clave en el desarrollo afectivo y que denomina ORGANIZADORES DEL PSIQUISMO:

- La sonrisa (primer organizador): 2-7 meses:
- El niño reacciona, no ante el rostro total de la madre, sino ante una gestalt (relación pre-objetual) que le resulta agradable.
- Este organizador ha sido demostrado por investigaciones empíricas (Fantz – 1960).
- El miedo al extraño (segundo organizador del psiquismo): A partir del 8º mes.
- Se sustenta en una relación de objeto total => Reconocimiento de las personas familiares.

Investigaciones posteriores han evidenciado que la constatación de Spitz no son correctas:

- El RN es capaz de diferenciar a las personas conocidas mucho antes de lo expuesto por Spitz:
- Las vocalizaciones de la madre producen reacciones diferenciales en el feto durante el 7º mes (Lecanuet).
- A los 2-4 días discrimina la voz de la madre (Hepper)
- A los tres días discrimina diferencialmente el rostro de la madre (Pascalis).
- A la semana discrimina el olor de la madre (Macfarlane– 1975).
- Podemos decir que durante el primer semestre el niño discrimina a personas familiares, aunque se relaciona sin problemas con extraños.
- El tercer organizador psíquico a parece hacia los 12-15 meses y consistiría con la identificación con las prohibiciones de la madre: se traduce con la parición del NO.

Tema 3. –Psicopatología asociada a la edad preescolar.

3. 1 El niño Preescolar de 3 a 6 años, características de normalidad.

EDADES	CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO NORMAL
De 2 a 3 años	Sabe a cual sexo pertenece. Establece diferencias entre "uno y dos" objetos, entre "muchos y pocos". Puede contar hasta tres y cuatro objetos. Indica su edad con los dedos. De manera general se puede decir que el niño de 2 a 3 años cuando juega espontáneamente imita personajes conocidos, imita a los modelos de la televisión y las propagandas; reconoce los colores, los tamaños de los objetos (grandes, medianos y pequeños) y los conceptos espaciales (arriba, abajo, adentro, afuera).
De 3 a 4 años	Su pensamiento es egocéntrico, animista y artificialista.

	No distingue las experiencias reales de las imaginarias, confundiendo con facilidad la fantasía con la realidad. Identifica los colores primarios y algunos secundarios. No es capaz de hacer correspondencia entre objetos. Distingue entre objetos grandes y pequeños, pesados y livianos. Hace clasificación por 1 atributo. Distingue con objetos concretos los cuantificadores: muchos, pocos, todos, ninguno. Recuerda la melodía de las canciones conocidas. Sigue la secuencia o patrón (tamaño, color), que se le da con bloques o cuentas. Cuenta hasta 10 imitando al adulto, pero no hace correspondencia. Identifica y nombre objetos que son iguales y/o diferentes. Identifica por lo menos 3 figuras geométricas (círculo, cuadrado y triángulo). Representa la figura humana como un monigote. A ciertas partes de sus dibujos les da nombres, pero varía constantemente de denominación ya que carece de intencionalidad al hacerlos. Separa objetos por categorías. Añade una pierna y/o un brazo a una figura incompleta de un hombre. Como conclusión de las características de esta edad se puede decir que el niño coloca y nombra la cruz, el círculo, el cuadrado, el triángulo en tableros de encaje.
De 3 a 4 años	Imita secuencias sencillas con cubos de cuatro colores. Inventa cuentos siguiendo láminas en secuencias. Le agrada que le lean cuentos e historietas. Añade tronco y extremidades correctamente a un dibujo de la figura humana. Mete y saca aros de forma espontánea siguiendo el orden de tamaño.
De 4 a 5 años	Recuerda por lo menos 4 objetos que ha visto en una ilustración. Dice el momento del día en relación a las actividades, por ejemplo: hora de merendar, hora de la salida, etc. Su pensamiento es intuitivo, fuertemente ligado a lo que percibe directamente. Hace diferencia entre lo real y lo imaginario.

	Establece semejanzas y diferencias entre objetos, referidas a los elementos tales como forma, color y tamaño. Repite poemas conocidos para él. Identifica y nombra colores primarios y secundarios. Nombre la primera, la del medio y la última posición. Cuenta hasta 10 de memoria, pero su concepto numérico no va más allá de uno dos, muchos, ninguno. El dibujo típico del hombre lo representa con una cabeza con dos apéndices como piernas, ojos, nariz y boca (alrededor de los 4 años), observándose una mejor estructuración en la representación de la figura humana alrededor de los 5 años. Da nombre a lo que dibujo o construye, y la intención precede a su ejecución. Identifica nombrando o señalando las partes que faltan a un objeto o ilustración. Hace conjuntos de 1 a 10 elementos siguiendo una muestra. Sus ¿por qué? Obedecen más a un sentido finalista que a uno causal. Maneja correctamente relaciones espaciales simples: arriba, abajo, afuera, adentro, cerca, lejos. Clasifica por 1 atributo a los 4 años, logrando por 2 atributos alrededor de los 5 años. Puede seriar de tres a cinco elementos.
De 4 a 5 años	Alrededor de los 4 años responde a la pregunta "¿por qué?" con un "porque sí" o "porque no". Posteriormente, cerca de los 5 años sus explicaciones son más referidas a las características concretas de los objetos. Por ejemplo; ¿por qué son iguales?, ¿por qué los dos son rojos? Le gusta mucho hacer preguntas, aunque con frecuencia no le interesan las respuestas. Su ubicación temporal es deficiente, aún vive más que nada en el presente. Maneja inadecuadamente los términos ayer, hoy y mañana. Ordena secuencias con dibujos impresos para formar una historia con relación lógica. Comienza la noción de lo estético (expresiones de alegría o rechazo al presentarle objetos bonitos o feos).

	De manera general se puede decir que el niño en esta edad presenta las siguientes características: clasifica objetos por lo atributos (tamaño y forma). Hojea el cuento hasta el final. Participa en obras de teatro sencillas asumiendo el papel de algún personaje de la historia. Arma rompecabezas de 24 piezas y más. Imita a los modelos de televisión y propagandas.
De 5 a 6 años	Completa un laberinto simple. Dice el día y mes de su cumpleaños. Su capacidad de atención aumenta notablemente. Permanece hasta 45 – 50 minutos desarrollando la misma actividad. Se interesa por el origen y utilidad de las cosas que lo rodean. No tiene dominio claro de la concepción del tiempo. Clasifica por 3 atributos. Realiza seriaciones hasta de 10–12 elementos. Coloca varias cosas en orden tomando en consideración algunos de los siguientes criterios: tamaño, tonalidades de un color, grosor, peso o sonido. Identifica y nombra: círculo, cuadrado, triángulo, rectángulo, óvalo, rombo, hexágono. Cuenta por lo menos hasta 20 objetos y dice cuantos hay. Establece correspondencia 1 a 1, comparando el número y la cantidad de elementos de manera correcta.
De 5 a 6 años	Identifica los números del 1 al 50, y reproduce por lo menos del 1 al 20. Alrededor de los 5 años responde a la pregunta "¿por qué?" con explicaciones referidas a las características concretas de los objeto. Por ejemplo "¿Por qué los dos son rojos? Posteriormente, cerca de los 6 años su nivel es más abstracto, por ejemplo "¿por qué los dos tienen el mismo color?". Identifica "mas grande que", "más pequeño que...". Discrimina semejanzas y diferencias entre objetos tomando como criterio detalles de dichos objetos. Interpreta relaciones causales en sencillos fenómenos naturales. Sigue la trama de un cuento y repite con precisión una secuencia de hechos. Manifiesta un recuerdo claro de hechos y lugares remotos. Al dibujar o pintar siempre la idea precede a la obra sobre el papel. Arma rompecabezas de 20 a 30 piezas.

	Conocer elementos de tiempo como antes, después, más tarde, más temprano, etc. De manera global podemos decir que los niños en la edad comprendida entre lo 5 y 6 años ordena cosas de las más pequeñas a las más grandes y señala cual es la primera y la última. Dibuja cuellos, hombros, figuras proporcionadas, dos piezas de vestidos y expresión facial. Resuelve los juegos de memoria de figuras conocidas. Hace comentarios relacionados al cuento que está leyendo. También imita espontáneamente gestos y posturas de sus compañeros.
--	--

3. 2 Terrores nocturnos

Un terror nocturno es un despertar parcial del sueño con comportamientos como gritar, patallar, pánico, sonambulismo, agitar el cuerpo o masticar. Los terrores nocturnos normalmente se producen en el período de dos horas después de irse a dormir el niño. No son perjudiciales y cada episodio termina en un sueño profundo. Se consideran normales hasta la edad de 6 años.

A continuación se enumeran las características comunes de los terrores nocturnos:

- Su hijo está asustado pero no puede despertarse o tranquilizarse.
- Los ojos de su hijo están muy abiertos pero no sabe que usted está ahí.
- Su hijo puede creer que los objetos o las personas de la habitación dan miedo.
- El episodio dura de 10 a 30 minutos.
- Su hijo a menudo no recuerda el episodio en la mañana.

Cómo ayudar a un niño durante los terrores nocturnos:

- Trate de ayudar a su hijo a volver a un sueño normal. Usted no podrá despertar a su hijo, por lo tanto no lo intente. Encienda las luces de forma que su hijo esté menos confundido por las sombras. Haga comentarios que le tranquilicen. Abraze a su hijo si esto parece ayudarlo a sentirse mejor. Zorandear o gritar a su hijo puede hacer que el niño se perturbe más.
- Proteja a su hijo de las lesiones. Durante un terror nocturno, el niño puede caer de una escalera, correr hacia una pared o romper una ventana. Trate de dirigir suavemente a su hijo de regreso a la cama.
- Prepare a las niñeras para estos episodios. Explique a las personas que cuidan de su hijo qué es un terror nocturno y qué hacer si se produce uno.
- Trate de prevenir los terrores nocturnos. Un terror nocturno puede desencadenarse si su hijo está muy cansado. Asegúrese de que su hijo se vaya a la cama a su hora regular, y lo bastante temprano como para dormir suficiente. Es posible que los niños más pequeños necesiten dormir una siesta diariamente.
- Durante varias noches, observe cuántos minutos pasan desde la hora en que su hijo se duerme hasta el inicio del terror nocturno. Empiece a despertar a su hijo cada 15 minutos antes de la hora esperada del terror nocturno. Mantenga a su hijo completamente despierto y fuera de la cama por 5 minutos. Continúe despertando a su hijo de esta forma durante siete noches seguidas. Si los terrores nocturnos regresan cuando usted deja de despertar a su hijo, vuelva a repetir el proceso según sea necesario.

Aunque los terrores nocturnos no son peligrosos, pueden parecerse a otras condiciones o llegar a producir problemas para el niño. Consulte con el médico de su hijo si usted nota cualquiera de las siguientes señales:

- El niño babea, tiene espasmos o rigidez.
- Los terrores se vuelve a presentar después de despertarlo las siete noches.
- Los terrores duran más de 30 minutos.
- Su hijo hace algo peligroso durante un episodio.
- Los terrores se producen durante la segunda mitad de la noche.
- Su hijo tiene miedo durante el día.
- Usted cree que el estrés familiar puede ser un factor.
- Usted tiene otras preocupaciones o preguntas acerca de los terrores nocturnos de su hijo.

3.3 Fobias.

Perspectiva psicoanalítica

La fobia es una formación defensiva que transforma la angustia en miedo, concentrándose el sujeto en un objeto específico. Según J. Lacan, esta defensa se pone en evidencia frente a la estructural falla simbólica de la función paterna (no del padre). La intervención clínica del psicoanálisis no apunta a desensibilizar al sujeto ni a explicarle las causas de sus padecimientos, sino que intenta brindar un espacio de análisis para abordar las significaciones anudadas al objeto fóbigeno.

El psicoanálisis aborda también la fobia como histeria de angustia (para diferenciarla de la histeria de conversión) pero no deja de referirse simplemente al término fobia. Así desconfía de las terapéuticas que intentan agrupar a las personas según los objetos fóbigenos (trenes, aviones, perros, altura, comidas, etc) sino que considera a la fobia como un síntoma estructural.

Consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Por ejemplo: miedo a volar, a la altura, vértigo, precipicios, animales o insectos, ascensores, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al dentista, etc.

La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una Crisis de Pánico.

La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo.

Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

Estas fobias interfieren marcadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas), familiares o sociales.

Tratamiento:

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra las siguientes formas de psicoterapia: Terapia Cognitiva, Desensibilización Sistemática y Terapia de Exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de *relajación* y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

No existe hasta ahora un tratamiento comprobado a base de medicamentos para Fobias Específicas, pero en ocasiones ciertas medicinas pueden recetarse para ayudar a reducir los síntomas de ansiedad antes de que la persona se enfrente a una situación de fobia o durante la misma (por ejemplo, para

realizar un viaje en avión).

Subtipos

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

Tipo animal: El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental: El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre–inyecciones–daño: El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal (por ej. descenso de la presión arterial y/o desmayos).

Tipo situacional: El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.

Otros tipos: El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los "espacios" (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

3.4 Enuresis.

Mojar la cama durante la noche a una edad en la que el control nocturno de la micción debería estar presente (5 años), es un problema común que se conoce como "Enuresis". La enuresis no es un escape de orina sino una verdadera micción involuntaria e inconsciente que se produce durante el sueño.

Nuestros niños viven en una época donde su inserción en las actividades sociales es mas temprana. Los campamentos escolares, viajes de egresados e invitaciones de fines de semana despiertan sentimientos contradictorios, por un lado, alegría y por otro la angustia de su enuresis.

Es más frecuente la consulta por este síntoma llamado enuresis, y la demanda por parte de los niños de una solución a esta problemática es mayor.

Las madres en especial, manifiestan su desazón por el continuo cambio de ropa de cama, la interrupción de sus sueños para despertar a sus hijos. Los niños en cambio, desean una solución a su sintomatología para realizar una vida normal.

Muchos padres fueron enuréticos en su infancia, y la sintomatología desapareció en la mayoría (enuresis primaria no complicada) entre los diez y doce años. Forma parte de nuestra tarea, informarles y orientarlos en los nuevos tratamientos que en el ámbito mundial se realizan para lograr la desaparición de los síntomas a una edad más temprana.

El tratamiento multidisciplinario, urólogo, psicólogo, pediatra y contando con una gran colaboración por parte de los padres y niños, obtiene mayor efectividad en los resultados.

Hay cinco tipos de Enuresis; a) la primaria no complicada, b) primaria complicada, c) secundaria no complicada, d) secundaria complicada y e) enuresis diurna (no será tratada en esta página).

a) Enuresis Primaria no Complicada.

Son aquellos niños, que al dejar los pañales continúan orinándose durante la noche, nunca permanecieron secos por periodos mayores de seis meses. El único síntoma es el escape de orina durante la noche, no hay antecedentes de infecciones urinarias, incontinencia diurna, urgencia miccional ni otros síntomas de inestabilidad vesical.

Es la más común, luego de un interrogatorio y examen físico minucioso, lo conveniente es realizar análisis de sedimento de orina, ecografía renal y vesical, y finalmente radiografías de columna lumbosacra. Si no surgen otras patologías asociadas, el tratamiento con hormona antidiurética sintética, combinada con una adecuada administración de líquidos es lo recomendado.

La terapia psicológica simultánea en algunos casos logra la desaparición de este síntoma en forma mas temprana, no estamos de acuerdo en una terapia psicológica en forma aislada y como único tratamiento en este tipo de enuresis.

b) Enuresis Primaria Complicada.

A diferencia de las no complicada, esta se asocia a otros síntomas, infecciones urinarias, inestabilidad vesical, incontinencia de orina, y a otras alteraciones que surgen de un examen físico completo y/o exámenes complementarios. Todos estos pacientes, requiere de una atención por parte de especialistas para un estudio y tratamiento adecuado. Recomendamos consultar al pediatra a la brevedad.

c) Enuresis Secundaria no Complicada.

Muchos niños, luego de transcurridos seis meses o más de un correcto control esfinteriano, comienzan con enuresis. Una vez descartado otras patologías asociadas, aconsejamos un psicodiagnóstico realizado por terapeutas infantiles con amplia experiencia en este tipo de pacientes.

El comienzo de la sintomatología coincide generalmente con situaciones limites en la vida de estos niños, nacimiento de un hermano, separación de los padres, muerte de un familiar cercano, mudanzas, cambios de colegio, etc.

d) Enuresis Secundaria Complicada.

A diferencia de la secundaria no complicada, se asocia con otros síntomas y signos importantes, recomendamos la consulta al especialista para profundizar los estudios y eventual tratamiento. Estos niños y niñas deben luchar diariamente con el vergonzoso tormento que significa despertar por la mañana todo mojado y con el desconcierto de no poder modificarlo voluntariamente. Ellos saben que no importa lo que hagan, que si se tienen que mojar invariablemente se mojarán.

Anualmente alrededor del 15% de los enuréticos resuelven espontáneamente el problema, menos del 1% de los adolescentes de 15 años continúan mojando la cama. Seguramente que su hijo/a cure sola la enuresis, lo que no sabemos y no podemos predecir es cuando dejará de mojarse.

El tratamiento

La enuresis primaria no complicada, complicada y secundaria complicada deben ser tratadas por el urólogo. Comprobamos a diario, la poca efectividad del tratamiento psicológico en estos pacientes, muchos de ellos concurren a nuestros consultorios luego de meses de terapia sin resultados positivos. Desde luego, desalentamos el tratamiento psicológico como única terapéutica para estos niños.

El tratamiento que indicamos actualmente en la enuresis primaria es un régimen de ingesta de líquidos, hormona antidiurética asociada a anticolinérgicos.

Hemos observado, que los niños que solicitan a los padres una solución de su sintomatología, presentan una mejor evolución en la desaparición del síntoma.

No comprobamos ningún tipo de complicaciones con la utilización de estos fármacos.

La duración del tratamiento es variado, y depende de la respuesta que brinda cada paciente, pero, coincidimos con los datos que brinda la literatura médica que el promedio del mismo no es menor de los doce meses.

Finalmente, es importante señalar, que la mejoría del síntoma muchas veces se presenta recién a los tres o cuatro meses de terapia.

En algunos centros médicos, a esta terapia se le asocia el uso de alarmas. Nosotros no tenemos experiencia en el uso de este dispositivo.

La secundaria no complicada es una afección que debe ser manejada por los psicólogos infantiles. Pero la derivación a este especialista debe ser decidido por el pediatra de cabecera y el urólogo infantil.

3.5 Onicofagia.

Definición

Se define como una costumbre de comerse las uñas o morderlas. Es un hábito vicioso que puede venir desde la infancia, edad juvenil y hasta llegar a la adultez. Puede causar daño en los dientes como también afecta su estética dental y bucal.

Riesgos

Puede causar lesiones en los labios, tales como herpes, labios agrietados e infecciones. La apariencia de las manos se ve mermada por la escasez de uñas. Puede causar desgastes y astillamiento en los dientes centrales.

Causas

La mordedura de las uñas pueden considerarse a reacciones automáticas que pueden ser provocadas por estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Su incidencia es elevada especialmente en los niños durante la pubertad.

Tratamiento

La Psicología tiene técnicas de modificación de conducta para su tratamiento. Con la ayuda de la psicoterapeuta y el odontólogo diseñaran un plan de modificación de conducta y aditamentos necesarios para su corrección.

Prevención

Es importante que los padres detecten esta práctica a tiempo identificando la causa para evitar las tensiones, imitaciones o entretenimiento que le pueden causar daño a su hijo. Si tiene este problema acuda a su dentista o psicoterapeuta que le pueden ayudar en el diseño de un plan de tratamiento y modificación de conducta

3.6 Trastornos de aprendizaje y lenguaje.

El término "trastornos de aprendizaje" describe un trastorno neurobiológico por el que el cerebro

humano funciona o se estructura de manera diferente. Estas diferencias interfieren con la capacidad de pensar o recordar. Los trastornos de aprendizaje pueden afectar a la habilidad de la persona para hablar, escuchar, leer, escribir, deletrear, razonar, recordar, organizar información o aprender matemáticas.

Con frecuencia los trastornos de aprendizaje no se detectan porque no son apreciables a simple vista. Además, resulta difícil reconocerlos porque su gravedad y sus características varían en cada caso.

Los trastornos de aprendizaje no se pueden ni curar ni corregir; son trastornos que duran toda la vida. Pero si se les proporciona la ayuda adecuada, los niños con trastornos de aprendizaje pueden tener éxito en la escuela y triunfar en la vida. Los padres pueden ayudar a los niños con trastornos de aprendizaje estimulando sus puntos fuertes y conociendo los débiles, colaborando con quienes proporcionan ayuda profesional, entendiendo el sistema educativo y aprendiendo estrategias para afrontar problemas específicos.

Tipos más comunes de trastornos de aprendizaje

Dislexia: trastorno relacionado con el lenguaje por el cual la persona tiene problemas para entender palabras, oraciones o párrafos.

Discalculia: trastorno relacionado con las matemáticas por el cual la persona tiene dificultades para resolver problemas y entender conceptos matemáticos.

Disgrafía: trastorno relacionado con la escritura por el cual la persona tiene dificultades para formar correctamente las letras o escribir dentro de un espacio determinado.

Los científicos avanzan cada día más en el estudio de los trastornos de aprendizaje. Sus investigaciones nos proporcionan apoyo y esperanza. Si los padres, maestros u otros profesionales descubren a tiempo trastornos de aprendizaje en un niño y le proporcionan la ayuda adecuada, pueden brindarle la oportunidad de desarrollar todas las habilidades necesarias para llevar una vida exitosa y productiva. Un reciente estudio del Instituto Nacional de la Salud muestra que el 67% de los estudiantes con riesgo de padecer dificultades de lectura, tras recibir ayuda en los primeros grados, consiguió alcanzar el nivel medio de lectura o un nivel superior.

A menudo son los padres los primeros en darse cuenta de que "algo no anda bien". Si aprendemos a reconocer los síntomas comunes de los trastornos de aprendizaje, podremos detectar a tiempo los problemas potenciales.

A continuación, presentamos una lista de síntomas que pueden indicar la existencia de trastornos de aprendizaje. En la mayoría de los niños podremos identificar alguno de ellos; sin embargo, si observa varios de estos síntomas en un niño durante un período de tiempo prolongado, considere la posibilidad de que exista un trastorno de aprendizaje.

Preescolar:

El niño:

- Tarda más en hablar que la mayoría de los niños.
- Tiene problemas de pronunciación.
- El crecimiento de su vocabulario es lento; con frecuencia tarda en encontrar la palabra correcta.
- Tiene dificultades para rimar palabras.

- Es muy inquieto y se distrae con facilidad.
- Tiene problemas de interacción con niños de su edad.
- Tiene problemas para aprender los números, el alfabeto, los días de la semana, los colores y las formas.
- Encuentra dificultades para seguir instrucciones y rutinas.
- Presenta un desarrollo lento de las destrezas motoras que requieren movimientos delicados.

Grados K– 4

El niño:

- Tarda en aprender la relación que existe entre las letras y los sonidos.
- Confunde palabras básicas (correr, comer, querer)
- Con frecuencia comete los mismos errores al leer o deletrear: confusión de letras de simetría opuesta (b/d); inversiones (b/d; m/w); transposiciones (casa/saca); o sustituciones (casa/hogar).
- Transpone las secuencias de números y confunde los signos aritméticos (+, -, x, /, =)
- Tiene dificultades para recordar datos.
- Tiene dificultades para aprender nuevas habilidades; depende mucho de la memorización.
- Es impulsivo y no sabe organizarse.
- No sujeta el lápiz adecuadamente.
- Tiene problemas para leer el reloj.
- Presenta mala coordinación; no es consciente de su entorno físico; es propenso a los accidentes.

Grados 5–8

El niño:

- Invierte secuencias de letras (casa/saca, sol/los) Evita redactar.
- Tiene dificultades para aprender prefijos, sufijos, raíces y otras estrategias de ortografía.
- Evita la lectura en voz alta.
- Tiene dificultades para comprender problemas matemáticos.
- Tiene dificultades de escritura.
- Sujeta inadecuadamente el lápiz, con demasiada fuerza o utilizando todo el puño.
- Evita redactar.
- Carece de facilidad para recordar datos.
- Encuentra dificultades para hacer amigos.
- Tiene problemas para comprender el lenguaje corporal y las expresiones de la cara.

Trabaje en equipo para ayudar a su hijo

Si la evaluación revela un trastorno de aprendizaje, su hijo tendrá derecho a recibir servicios de educación especial. En ese caso, los padres trabajarán con un equipo de profesionales, que incluye al maestro del niño, para establecer un programa de educación individualizada (Individualized Education Program IEP). Se trata de un documento que recoge el rendimiento actual del niño; los objetivos anuales y a corto plazo; tipo y duración de los servicios especiales previstos para el niño; y métodos para evaluar sus progresos. Para estudiantes de 16 años de edad en adelante, el programa tiene que incluir además un plan para facilitar la transición del joven de la escuela al "mundo real".

TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO

El desarrollo del lenguaje implica la evolución armoniosa de la comunicación. Las investigaciones sobre el desarrollo del niño muy pequeño y un mejor conocimiento de los factores de riesgo permiten

actualmente, gracias a una refinada observación, la detección precoz y la prevención de un retraso en el desarrollo del lenguaje.

El lenguaje incluye una vertiente recepción-comprensión y una vertiente expresión. El desarrollo de la comprensión precede siempre al de la expresión. Para la comprensión, solo existen algunas semanas de variación de un niño al otro, mientras que para la expresión las variaciones inter-individuales pueden alcanzar varios meses.

El entorno familiar y educativo del niño, el médico, son los observadores privilegiados del lenguaje y de un déficit eventual en el terreno visual, auditivo, cognoscitivo, de relación. Cuando se sospechan una o varias anomalías, conviene efectuar un examen clínico: chequeo médico, ortofónico, psico-motor y psicológico que permita enfocar el seguimiento terapéutico.

El Bureau Internacional de Audiofonología, consciente de la importancia de este tema, tras varias reuniones pluridisciplinarias, propone una gestión clínica.

Serán tratadas sucesivamente: las condiciones de desarrollo del lenguaje, el desplegable Hacia el lenguaje realizado y difundido por el BIAP, las perturbaciones del desarrollo del lenguaje y sus consecuencias, la prevención y la detección precoz de un trastorno de desarrollo del lenguaje.

A) FACTORES RELACIONADOS CON EL NIÑO

Para que el niño desarrolle el lenguaje, debe tener desde su nacimiento estructuras neuromotrices sensoriales y mentales normales y conservarlas a lo largo de su desarrollo.

• Factores auditivos

Es indispensable una buena audición para una buena recepción del mensaje hablado. La ausencia de aparición del balbuceo y del lenguaje a una edad determinada deberá sistemáticamente hacer presumir una sordera importante (sordera de percepción de 70 dB o más) e investigarla. Pero toda patología del oído (otitis sero-mucosa) que conlleve una pérdida auditiva bilateral duradera de 30 dB o más puede tener repercusiones en la iniciación y el desarrollo de balbuceo y del lenguaje (mala percepción de los fonemas, imprecisiones articulatorias, lentitud de asimilación).

Estas repercusiones son más importantes desde el momento en que existen factores de riesgo asociados. Por orden de frecuencia de aparición, las deficiencias auditivas por patología infecciosa e inflamatoria corriente están en primer lugar, antes que las sorderas de percepción y las sorderas de transmisión ligadas a malformaciones congénitas del oído.

2. Factores morfológicos

Al igual que la integridad morfológica y funcional de la esfera oro-facial es indispensable para un buen desarrollo de la palabra y del lenguaje: una insuficiencia velar con o sin división palatina, un velo corto, una campanilla bífida, una faringe profunda, una hipotonía buco-linguo-facial pueden retrasar y/o perturbar la elaboración de los movimientos de articulación y alterar la calidad de la voz.

3. Factores visuales

Ver bien es fundamental para la organización de la comunicación. Las miradas recíprocas desencadenan y mantienen la comunicación. Las expresiones del rostro y los gestos acompañan naturalmente al lenguaje.

4. Factores neurológicos y cognoscitivos

Una integridad neurológica y las suficientes capacidades intelectuales son indispensables para el desarrollo del lenguaje. Las habilidades cognoscitivas y las competencias lingüísticas están estrechamente ligadas. Por ejemplo, identificaremos las dificultades prácticas de los niños con insuficiencia motora cerebral, las dificultades de estructuración del lenguaje de los niños encefalópatas, los trastornos cognoscitivos de los niños disfásicos

LAS PERTURBACIONES

Los padres y los adultos que rodean a los niños pequeños a menudo notan más las dificultades de expresión que de comprensión del lenguaje: No habla bien, no articula bien, no se entiende lo que dice

Sin embargo, el desarrollo del lenguaje puede verse perturbado en sus aspectos de comprensión y/o de expresión a los niveles fonológicos, morfosintácticos, léxicos y pragmáticos.

1. Comprensión

La capacidad de comprensión del niño es la base del desarrollo del lenguaje y precede a su capacidad de expresión. Cuando el niño pequeño crece, sus posibilidades de comprender siguen precediendo a sus capacidades de expresarse. La observación de la comprensión es por lo tanto primordial.

Es indispensable verificar si se basa en lo verbal o en lo no verbal. Denominamos no verbal a los gestos y las mímicas que acompañan a la palabra, así como la situación (o contexto) de comunicación. Entre 12 y 18 meses, el niño debe poder asimilar los mensajes verbales sin apoyarse exclusivamente en lo no verbal. El nivel de comprensión puede fácilmente inducir a error o ser ilusorio. El niño parece comprender una consigna simple, pero de hecho comprende solamente la situación y no el mensaje lingüístico. Ej.: ven, que nos vamos, de hecho ve a su madre coger su abrigo.

2. Expresión

Las alteraciones transitorias existen de manera normal en el niño a lo largo de su desarrollo del lenguaje (to para gato). Hay que diferenciar los trastornos importantes que deben, ellos, atraer la atención y motivar una exploración.

Trastornos importantes de la articulación: no asimilación de ciertos fenómenos, inteligibilidad limitada de la palabra

Trastornos de la palabra: las palabras son deformadas, simplificadas o inacabadas (sustituciones, omisiones, elisiones) Estas perturbaciones pueden coexistir con un buen desarrollo del lenguaje.

Retraso del lenguaje: Se puede hablar de retraso cuando el niño no está en disposición, a una edad determinada, de comprender y/o de expresarse por medio de palabras y de frases en referencia a la cronología habitualmente descrita. Puede afectar a la comprensión y/o a la expresión en grados diferentes. El uso de jergas o de estereotipos deberían orientar hacia una patología específica del lenguaje.

Tema 4. – Psicopatología asociada a la edad preescolar.

4.1 Fobias escolares.

La educación formal impartida por escuelas y colegios en todo el mundo es quizá la actividad más

importante y marcadora en la vida social de los niños. Esta actividad está enmarcada y en constante co-influencia con el resto de la vida del pequeño, es decir, su entorno familiar, sus actividades de recreación, etc. Cuando algún factor interfiere con la educación escolar, debemos estar muy atentos desde el primer momento para poder ayudarlo y posibilitar su normal desarrollo.

Decimos que un niño sufre de "fobia escolar" cuando el temor que le inspira el colegio es sostenido durante un período importante de tiempo, tornándose incapacitante e interfiriendo con el normal desarrollo de sus actividades cotidianas. El temor, aparentemente irracional, lleva al niño a desplegar una serie de conductas sintomáticas destinadas a evitar el contacto con aquello que lo genera: la escuela, sus docentes, sus compañeros, etc.

Es importante poder reconocer algunos síntomas típicos de esta alteración. El niño se niega a asistir al colegio, aduce dolores o enfermedades y, si es obligado a concurrir, frecuentemente despliega una batería de comportamientos que pueden ser confundidos con un berrinche (llanto, pataleo, etc.). Además, clínicamente, la fobia escolar puede presentarse acompañada o anticipada por síntomas orgánicos como dolores de cabeza, de estómago, vómitos, trastornos del sueño, pérdida del apetito, taquicardia, mareos, etc., que desaparecen si el niño no concurre a la escuela y permanece en el hogar.

Posibles causas

Si la fobia está en directa relación con la escuela, habrá que entender y discriminar qué cuestiones de la vivencia escolar aparecen como perturbadoras:

- si tiene que ver con las relaciones sociales (con la maestra, con los compañeros, con el personal);
- si está en exclusiva relación con las exigencias curriculares (no poder seguir el ritmo de aprendizaje del grupo);
- si se trata de una escasa motivación, de niveles madurativos bajos en relación a la adquisición de los aprendizajes, etc.

Si, por el contrario, los síntomas aparecen en el hogar, ligados a las cuestiones escolares, habrá que rastrear las exigencias paternas, del grupo familiar y sus valores y modelos culturales:

- si son desmedidos en relación al rendimiento,
- si no poseen flexibilidad y se estancan rígidamente, generando el miedo del niño a no estar a la altura de lo que se espera de él.

Otra posibilidad tiene que ver con la sobreprotección de los padres y la relación inmediata entre la ansiedad materna y las respuestas de ansiedad del niño, dificultando su desenvolvimiento y puesta en juego de recursos socio-intelectuales defensivos.

Otras posibilidades son aquellas ligadas a acontecimientos puntuales: la separación de los padres, la muerte o enfermedad de alguien significativo para el niño, situaciones de violencia hogareña por las que el niño intenta permanecer todo el tiempo en la casa para proteger a uno de los padres, etc.

Con respecto a situaciones traumáticas, se debe indagar la existencia de algún hecho ocurrido en la escuela que pudiera haber despertado el terror en el niño: cambio reciente de escuela, un compañero especialmente agresivo, amenazas que el niño calla, posibilidad de abuso sexual, experiencias de discriminación por parte de personal o compañeros, etc.

Señales de alerta

La fobia escolar puede confundirse con otro tipo de patologías. Principalmente, hay que poder diferenciarla de la ansiedad por separación, que se presenta generalmente en niños más pequeños, sin experiencia escolar o de guardería, y responde a la dificultad de separarse de la madre o de otras figuras significativas. Este estado de ansiedad cede con intervenciones oportunas provenientes del ámbito escolar (por ejemplo, propuestas seductoras por parte de la institución), o tomando en cuenta los tiempos y modalidades adaptativas del niño y sus padres a la nueva realidad. Por ejemplo, implementando períodos de adaptación con tiempos cortos y en aumento gradual.

Los padres deben prestar atención a la aparición de los síntomas, porque son los que nos van a permitir diagnosticar el problema y solucionarlo:

si aparecen en la casa junto con los preparativos de la escuela,
si disminuyen o aumentan al llegar al colegio o al volver al hogar,
si se dan en relación al trayecto y se alivian en la escuela, etc.

Este recorrido nos indicará el camino de las posibles causas, definiendo el ámbito y los actores.

En estos casos, lo ideal es la consulta a un profesional idóneo, que pueda ayudar a comprender el problema y a tratarlo, apoyando al pequeño y orientando a la familia y a los maestros en cuanto a las formas específicas de abordaje de ese niño y su problema.

Pero antes que nada, lo aconsejable es descartar la sintomatología física (erradicar los dolores o descomposturas orgánicas), despejar la existencia de situaciones traumáticas, conocer las modalidades de enseñanza-aprendizaje de la escuela para detectar las dificultades y desajustes en el proceso, y descartar desniveles madurativos o diagnósticos de retraso.

4.2 Tartamudeo.

CONCEPTO

El tartamudeo es un fenómeno oral por el cual se repiten ciertas sílabas y otras, en cambio, no pueden ser pronunciadas.

CAUSAS

Las causas del tartamudeo son desconocidas. Parece existir predisposición hereditaria. El tartamudeo se ha asociado también con desarreglos afectivos. En cualquier caso, las conductas de evitación con las que los pacientes intentan solucionar el problema se convierten en parte fundamentales del trastorno.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Casi todos los tartamudos pueden pronunciar perfectamente la palabra que en otras circunstancias tartamudean. Si se plantea el objetivo de no tartamudear, el fallo es casi seguro. El objetivo de las terapias actuales es ayudar al tartamudo a desaprender sus viejas respuestas desadaptativas, que son las que le llevan a tartamudear, y aprender en su lugar otras más adaptativas.

FASES

- Fase de identificación. En ella el tartamudo explora, analiza y clasifica las conductas que le son propias en su tartamudeo:
 - Identificar el habla fluida. Que el tartamudo se dé cuenta de que todos tartamudeamos de

alguna forma, pero que lo hacemos de manera fluida y que él en algunas ocasiones lo hace igual. Este se convierte en el objetivo a alcanzar para su tartamudeo. Intentar conseguir el habla perfecta al 100% es una utopía.

- Identificar las conductas de evitación, como sustituir unas palabras por otras, cambiar el orden de las palabras en la frase y cualquier otra que utilice para evitar las palabras temidas.
 - Identificación de las conductas de aplazamiento. El tartamudo emplea repeticiones de la palabra previa, susurros o "mmms", se aclara la garganta, pega los labios, etc. Algunas pueden ser muy complejas.
 - Identificación de las conductas que finalizan el aplazamiento. Como por ejemplo, sacudir la cabeza o la mandíbula, exhalar forzosamente el aliento, etc.
 - Identificación de los desencadenantes verbales de tartamudeo. Puede ser la longitud de la palabra, la posición en la frase, la historia pasada como desagradable, la letra por la que empieza la palabra, etc.
 - Identificación de las situaciones en las que el tartamudo habla peor. Pueden darse casos como hablar por teléfono, pedir favores, hablar a mucha gente, etc.
 - Se identifican también las reacciones posteriores al tartamudeo, los sentimientos de frustración, vergüenza y hostilidad.
- **Fase de desensibilización.** En ella el tartamudo se desensibiliza a sus ansiedades al hablar y a otras emociones negativas que se relacionan con el tartamudeo. Se trata de que los fallos en la fluidez verbal no les lleven a un aumento de la ansiedad que empeoraría su desempeño verbal. Se emplean las mismas técnicas que para cualquier otro tratamiento de ansiedad (exposición, inundación, aproximaciones sucesivas, desensibilización en vivo, etc.). Los resultados de esta fase suelen ser espectaculares: pueden desaparecer muchas de las conductas más llamativas del paciente.
 - **Fase de modificación.** Se trata de modificar los patrones conductuales del tartamudo de forma que aprenda formas más adaptativas de comportarse ante la falta de fluidez. Incluye varias subfases:
 - Variación. Se introducen formas alternativas de tartamudear de forma que se gane control sobre el aparato fonador.
 - Desaprendizaje de respuestas de evitación, lucha, demora, cancelación, etc. El tartamudo aprende después a realizar conductas alternativas cuando entra en un bloqueo, de forma que acaba saliendo de forma fluida de él. Aprende a salir de las fijaciones, de los temblores, de los cierres de laringe, de las conductas de repetición.
 - **Fase de estabilización.** Es un proceso de consolidación. Se trata de que el tartamudo alcance una tasa adecuada de habla fluida. Se realizan ejercicios para aprender a hablar de forma sintácticamente correcta automatizando las conductas aprendidas. En esta fase se le enseña también a manejar las recaídas.

4.3 Hiperactividad.

La hiperactividad es un trastorno de la conducta en niños, descrito por primera vez en 1902 por Still. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos.

Perfil de un niño hiperactivo.

Según Still, estos niños son especialmente problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son insensibles

a los castigos, inquietos y nerviosos. También son niños difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo de tolerancia a las frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean. Esto junto sus estados de ánimos bruscos e intensos, su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en casa o en el colegio. En general son niños incapaces de estarse quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Un niño que se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego, es normal. A estos niños lo que les ocurre es que no se están quietos en clase o en otras tareas concretas.

Los indicadores de hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes:

- De 0 a 2 años: Descargas mio clónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- De 2 a 3 años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- De 4 a 5 años: Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas. – A partir de 6 años: Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

Causas:

La hiperactividad infantil es bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años y es más común en niños que en niñas (hay 4 niños por cada niña). En el año 1914 el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de estarse quietos. Posteriormente en el 1937 C. Bradley descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. Basándose en la teoría anterior, les administraba medicaciones estimulantes del cerebro (como la benzedrina), observándose una notable mejoría de los síntomas.

Síntomas:

Los síntomas pueden ser clasificados según el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad:

- Dificultad para resistir a la distracción.
- Dificultad para mantener la atención en una tarea larga.
- Dificultad para atender selectivamente.
- Dificultad para explorar estímulos complejos de una manera ordenada.
- Actividad motora excesiva o inapropiada.
- Dificultad para acabar tareas ya empezadas.
- Dificultad para mantenerse sentados y/o quietos en una silla.
- Presencia de conductas disruptivas (con carácter destructivo).
- Incapacidad para inhibir conductas: dicen siempre lo que piensan, no se reprimen.
- Incapacidad para aplazar las cosas gratificantes: no pueden dejar de hacer las cosas que les gusta en primer lugar y aplazan todo lo que pueden los deberes y obligaciones. Siempre acaban haciendo primero aquello que quieren.
- Impulsividad cognitiva: precipitación, incluso a nivel de pensamiento. En los juegos es fácil ganarles

por este motivo, pues no piensan las cosas dos veces antes de actuar, no prevén, e incluso contestan a las preguntas antes de que se formulen.

Consecuencias en la familia

Los padres suelen definir a un hijo hiperactivo como inmaduro, maleducado y gamberro. Sus comportamientos generan conflictos en la familia, desaprobación y rechazo. Son irritantes y frustrantes en cuanto al éxito educativo de los padres, y algunos niños tienden al aislamiento social. Este trastorno ya se detecta antes de los 7 años y unos tienen síntomas más graves que otros. Una cosa que hay que tener en cuenta, es que si los padres riñen exageradamente al niño hiperactivo, pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte (sobre todo si lo critican por todo lo que hace) y realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que siempre acaban riñéndole haga lo que haga.

Tratamiento

El tratamiento depende de cada caso individual.

El tratamiento farmacológico es a base de estimulantes para ayudar a que el niño pueda concentrarse mejor, y sedantes en el caso de que el niño muestre rasgos sicóticos.

El tratamiento psicoterapéutico está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conducta.

El tratamiento cognitivo o autoconstrucciones, se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los 7 años el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar primero todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada.

4.4 Obesidad.

La obesidad constituye un problema de salud pública y es uno de los padecimientos epidémicos de los países desarrollados, en los últimos años por imitación y consumo de alimentos con alto valor energético se han incrementado su frecuencia en México. En los países en desarrollo la población más afectada es la de clase media.

Debe desaparecer la idea o creencia de que la "gordura" en los niños es sinónimo de salud, o que con la edad reducirán de peso. Para evitar la obesidad es conveniente que desde los primeros meses de la vida los niños adquieran un buen hábito alimentario.

Es común que se piense que será transitoria y tan solo una expresión del crecimiento y desarrollo del individuo, desafortunadamente esta opinión no solo es aceptada por la mayoría de las personas, sino por algunos médicos, que no le dan la debida importancia cuando la detectan.

La edad de aparición en 50 por ciento de los casos es antes de los dos años, el resto se observa en los periodos de mayor crecimiento, particularmente en la pubertad y adolescencia.

En práctica médica institucional como en la privada, cada día es más frecuente enfrentarse a niños y adolescentes, que generalmente provienen de clase media y alta.

La obesidad está asociada a 300 mil muertes por año. Aproximadamente un 80 por ciento de los adolescentes obesos lo seguirán siendo durante el resto de su vida, menos del cinco por ciento de los adultos que pierden peso son capaces de mantenerse en su peso ideal durante cinco años después del tratamiento y seis por ciento recupera el peso perdido en los primeros seis a doce meses.

La obesidad contribuye entre otras causas a incrementar la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, alteraciones esqueléticas, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e inadaptación psicosocial entre las más importantes.

La palabra obesidad deriva del latín obesus que quiere decir "Persona que tiene gordura en demasía". Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo. Se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20 por ciento del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo. En los niños, una forma práctica, aunque no exacta, para calcular el peso a partir de los dos años de edad y hasta los cinco, resulta de multiplicar la edad en años por dos más ocho (niño de tres años= $3 \times 2 + 8 = 14$ kg.) Estos factores tienen que ser cuidadosamente comparados cuando se analiza la obesidad en los niños y adolescentes.

En la mayoría de los casos el médico, los padres y el niño están más preocupados por los problemas sociales que la obesidad origina, que por las alteraciones y complicaciones metabólicas que ésta puede ocasionar.

¿Cuáles son las causas por la que un niño puede ser obeso?

La obesidad durante la infancia y adolescencia es el resultado de una compleja interacción entre los factores genéticos, psicológicos, ambientales, y factores socioeconómicos.

Factores como el estado de salud y el ambiente en que se desarrolla el niño, juegan un papel principal en la génesis de la obesidad.

Factores predisponentes para que un niño se convierta en obeso son: que los padres sean gordos, inadecuados hábitos de alimentación en la familia, es más frecuente cuando la madre es la obesa, en virtud de que ella es la que convive mayor tiempo con el niño.

Actitudes sedentarias como comer golosinas delante del televisor, en el automóvil y durante los juegos de salón o de mesa la favorecen.

¿Cómo se manifiesta la obesidad?

La creencia de los padres y de algunos médicos de que el lactante obeso es sinónimo de salud es falsa. Inicialmente el aumento de peso es paulatino y progresivo, los padres están contentos porque su hijo se ve sano, después regordete y por último gordo cuando ya sobrepasó el 20 por ciento de su peso ideal.

Son niños por lo general pasivos, reprimidos, tímidos, su gran apetito obedece a una actitud de escape, comen de manera compulsiva, tienen bajo rendimiento escolar y deportivo. Su tez rubicunda, rollizo o rechoncho.

¿Puede afectar psicológicamente la obesidad a un niño?

Sí, la capacidad del niño para discriminar entre el hambre y otras necesidades o afectos se desarrolla en la experiencia recíproca al lado de su madre. Cuando la madre alimenta al niño en respuesta a demandas que no son nutricionales, como ternura, enojo o miedo, él no podrá diferenciar entre lo que es el hambre y estar molesto. Esto provocará una sobrealimentación y la confusión ante las demandas afectivas del niño, que no le permitirán tener una claridad de sus necesidades, lo que generará mayor inseguridad.

El niño y adolescente obesos muestran poca tolerancia a las actitudes de sus compañeros y familiares en relación con su aspecto y aceptación, muy pronto se sienten marginados y rechazados, los insultos de sus compañeros pueden ser destructivos.

Esta condición se exagera en los adolescentes en los que coincide con los cambios físicos propios de su edad. Ser obeso o tener ligero sobrepeso, esta fuera de moda.

El cuerpo obeso puede representar una protección, un caparazón, una barrera o una máscara como defensa para protegerse de su inseguridad, dependencia y ansiedad.

El tratamiento

El tratamiento del paciente obeso es multidisciplinario. Ante la sospecha de sobrepeso en su hijo debe consultar al médico lo antes posible, quien a su vez se apoyará en el endocrinólogo pediatra, nutriólogo, paidopsiquiatra, gastroenterólogo pediatra y psicólogo, para manejarlo integralmente.

Los padres debemos vigilar que el niño al bajar de peso no presente alteraciones en su crecimiento y desarrollo, no causarle alteraciones metabólicas, disminuir el apetito y tratar de evitar los problemas psicológicos, objetivos todos ellos que se persiguen durante el tratamiento.

Una forma práctica para lograrlos es a través de los siguientes pasos:

- 1.- Cambiar el hábito alimentario del niño y la familia.
- 2.- Dieta adecuada para su etapa de crecimiento y desarrollo.
- 3.- Ejercicio y actividad física rutinaria.
- 4.- Participación activa de los padres y la familia.

4.5 Neurodermatitis.

La Dermatitis Atópica, también llamada neurodermatitis, es un padecimiento crónico y recurrente de la piel que se caracteriza por lesiones con enrojecimiento, prurito intenso, y frecuentemente resequedad en diferentes partes del cuerpo, que se presenta en episodios agudos, por tiempos e intensidad variables, y generalmente también con períodos "sanos" de duración variable. Además se caracteriza por manifestar una reactividad muy alta de la piel a estímulos físicos e irritantes directos, y una mayor susceptibilidad a cierto tipo de infecciones cutáneas (como los hongos ó el estafilococo). Las personas con Dermatitis Atópica son, en resumen, "muy delicadas" ó "sensibles" de la piel. Anteriormente, se conocía a éste padecimiento como "Neurodermatitis", ya que se demostró que éste tipo de piel tiene una reacción anormal en ciertos reflejos cutáneos, debido a alteraciones en las terminaciones nerviosas sensitivas, que normalmente controlan, por ejemplo, la sudoración, la dilatación de los capilares ó la secreción de las glándulas sebáceas de la piel. Desgraciadamente, ésto ha originado que se malinterprete como un padecimiento de origen psicológico ó "nervioso", y que, aún hasta la fecha, muchos de éstos casos se manejen inadecuadamente con sedantes, psicoterapia, etc

¿Qué peligros tiene? ¿Es hereditaria? ¿Qué la predispone?

Se ha podido demostrar una tendencia genética heredable en éste padecimiento, frecuentemente ligado a otras enfermedades, como el asma bronquial y la rinitis alérgica. Debido a lo anterior, se ha podido demostrar la participación de reacciones alérgicas como causa de la gran mayoría de los casos con éste padecimiento, aunque tenemos que aclarar que existen muchos otros factores que influyen en la evolución y severidad de la dermatitis atópica.

¿Qué síntomas manifiesta?

La mayoría de los casos se presentan por brotes agudos de irritación de algunas zonas de la piel, y los sitios afectados varían mucho dependiendo de la edad de la persona afectada. En los lactantes es frecuente en mejillas, frente, pecho, espalda y superficies laterales externas de piernas y brazos y parte interna de muñecas. En niños escolares tienden a aparecer más en los pliegues de la piel de cuello, brazos, y pliegues de rodillas. En la etapa de adulto puede seguir con predominio de pliegues, pero aparecen también en forma de lesiones fijas crónicas en diferentes partes del cuerpo, en el tórax, brazos ó piernas y puede afectar también las manos, sobre todo en mujeres.

La característica principal y distintiva de cualquiera de las formas de la enfermedad es el prurito ó comezón, que suele ser intensa y en ocasiones difícil de controlar. Algunas veces éstos episodios ceden solos si no son intensos, y no requieren medicamentos ó cremas especiales, sin embargo, la mayoría de las veces sí se necesitan. Estas recaídas pueden durar pocos días ó mantenerse por tiempos muy prolongados, dependiendo de la causa y de la severidad y extensión de las zonas afectadas en cada caso.

¿Cómo se maneja? ¿Como se diagnostica?

La terapéutica varía según la edad y el grado de afectación, procurando controlar los brotes y actuando sobre los factores etiológicos y desencadenantes. *El principio básico es prevenir el prurito, la resequedad y la inflamación de la piel.*

El tratamiento

El tratamiento en muchos casos es meramente sintomático, ya que ningún tratamiento conocido es curativo.

El tratamiento de la dermatitis atópica debe ser integral. Las medidas generales son fundamentales para el éxito del manejo. Se debe evitar el uso de jabones y detergentes, aconsejar que el baño se realice con agua tibia y de manera corta. Aplicar emolientes inmediatamente después del baño, cuando la piel esté aún húmeda. No exponer la piel enferma al sol, evitar cambios bruscos de temperatura, usar ropa de algodón, no aplicar remedios caseros y el uso indiscriminado y sin vigilancia de otros medicamentos y lograr una buena relación con el paciente.

Los pacientes mejoran durante el verano, debido probablemente a la humedad relativa más elevada. La transpiración puede provocar prurito, por lo que debe regularse el ejercicio físico y las prácticas deportivas.

Se debe restringir el consumo de alimentos alergénicos o histaminoliberadores, los que estén preparados para larga duración y los que tengan colorantes azoicos.

La controversia de las dietas de eliminación es grande entre diferentes autores y en términos generales, es en los lactantes en donde deben hacerse ciertas restricciones como evitar huevo, leche entera, cítricos, fresa, chocolate, etc., en menores de un año de edad. De igual forma se debe ablactar al niño lo más tardíamente posible y sostener la alimentación al seno materno, si es posible, por más de seis meses. Las pruebas intradérmicas de alergia no son útiles para el diagnóstico y poco aportan a la terapéutica.

¿Qué complicaciones tiene? ¿A corto o largo plazo? ¿Qué órganos se afectan? ¿Sólo la piel?

Las más frecuentes son las infecciones sobreagregadas (impétigo secundario), la dermatitis por contacto y el corticoestropo que produce dermatitis atópica eritrodermicas de muy difícil manejo.

Las infecciones virales que se presentan en pacientes atópicos incluyen al herpes simple, la vaccinia, verrugas vulgares y molusco contagioso, principalmente. La infección viral más frecuente es el herpes

simple, el cual puede extenderse localmente o diseminarse, produciendo la erupción variceliforme de Kaposi, que incluso puede llevar a la muerte al paciente si no es tratada oportunamente con aciclovir. Las infecciones por hongos son tres veces más frecuentes en pacientes con dermatitis atópica que otras personas.

4.6 Depresión.

La Depresión infantil.

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber: *los evolucionistas*, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una *DI Evolutiva*, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de *DI Enmascarada*, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

CRITERIOS Y SÍNTOMAS EMOCIONALES:

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil (Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica.

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA DEPRESIÓN INFANTIL?

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

Conductual: a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

Cognitivo: la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.

Psicodinámico: en relación a la pérdida de la autoestima (del yo—según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz).

Biológico: por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En el caso de la DI, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio, 1997)

INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA ESCUELA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL.

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se impriman mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la DI.

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL.

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención.

Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento. El tratamiento en Fase Aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado.

Las Terapias Psicológicas más utilizadas son:

Cognitivo-Conductual: se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.

Conductual: se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.

Psicodinámica.

Interpersonal

Familiar.

Grupal y de Apoyo.

El Tratamiento Farmacológico: se basa en el uso de drogas como:

Antidepresivos Tricíclicos, para lo cual se requiere un EEG basal, y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.

Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, son en la actualidad los más utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

El Tratamiento Combinado, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

- **Trastornos de aprendizaje y lenguaje.**

Trastornos del Aprendizaje

Los niños con trastornos de aprendizaje son un subgrupo dentro de los niños con necesidades educativas especiales

Se refiere a aquellos déficit que presentan algunos niños y que se caracterizan por una deficiencia en al aprender a pesar de poseer una inteligencia adecuada, audición y visión, capacidad motora y equilibrio emocional. Estos niños difieren e particular de los retrasados mentales en cuánto poseen una dificultad y no una incapacidad

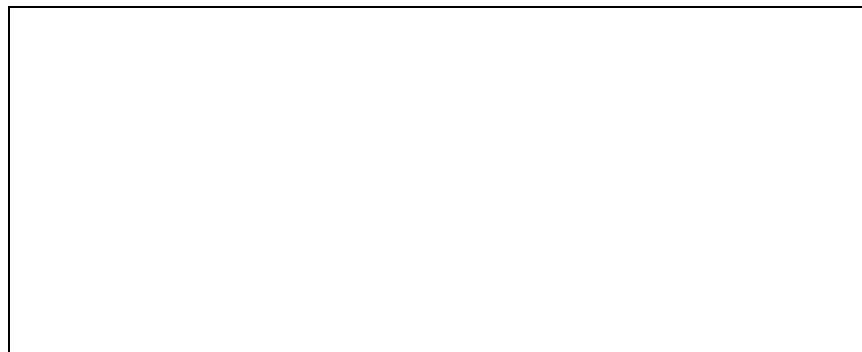
El rol del psicólogo del psicólogo educacional no es la rehabilitación pedagógica sino:

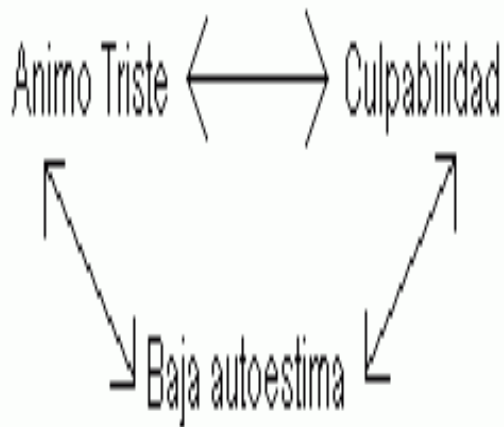
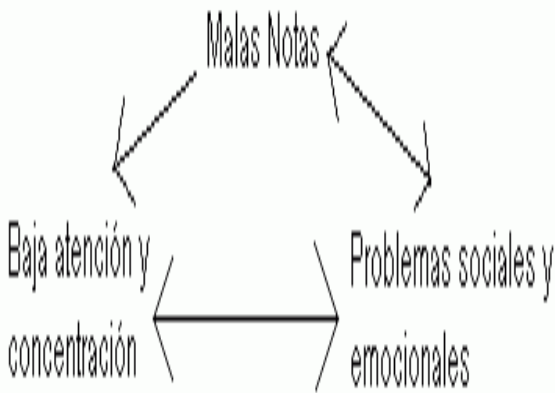
- **Contribuir con el diagnóstico y enseñar técnicas de rehabilitación**
- **Participar en la orientación familiar, comprensión y apoyo al caso**
- **Desarrollar programas de evaluación técnicas de autocontrol, hábitos de estudio y capacitación de profesores**

Características generales:

- **Retraso específico de alrededor de 2 años en el área lecto escritura**
- **Dificultad en la atención y concentración**
- **Dificultad en la memoria y en la resolución de problemas (área cognitiva)**
- **Impulsividad (actuar sin pensar, poco tiempo pa la reflexión) y baja tolerancia a la frustración**
- **No antecede la consecuencia de los actos lo que conlleva a producir problemas de socialización.**
- **Les cuesta pasar de un locus de control externo a un locus de control interno**
- **Trastornos en el lenguaje vigente o ya ausente**

Ocurre con mucha frecuencia que son niños muy abusados por padres, profesores y compañeros, muy rechazados y poco queridos, de modo que aprenden a resolver problemas por medio de la agresión.





Los Núcleos depresivos en la edad escolar suelen asociarse a dificultades para aprender por el sentimiento de incompetencia, sobreexigencia y desesperanza aprendida

Trastornos de lenguaje.

El lenguaje es un instrumento básico para la relación interpersonal; es un acto de comunicación que permite intercambiar ideas y emociones. Se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, tener el símbolo de las cosas sin que éstas estén delante.

Los trastornos del lenguaje son muy frecuentes en los niños y aquellos que los presentan tienen una elevada probabilidad futura de dar problemas psiquiátricos.

Bases neurofisiológicas

El cerebro funciona de forma unitaria pudiendo distinguir en él los siguientes bloques:

- **Bloque occipital y parte de la zona temporal:** es donde se recibe la información, básicamente las sensaciones visuales.
- **Bloque anterior:** es el encargado de la acción y el movimiento.
- **Bloque de base con el circuito límbico, encefálico:** es el que hace frente la acción, centraliza los estados de conciencia.

En cualquiera de estos bloques hay tres tipos de estructura:

- **Área Primaria:** recibe cualquier sensación.
- **Área Secundaria:** se elaboran las sensaciones, las transforman en percepciones y las fijan y reconocen.
- **Área Terciaria:** la más compleja.

El área de Wernicke es el área de recepción de la palabra hablada. En ella se analizan los fonemas, se integran en forma de palabras, se interpretan, se retiene la imagen auditiva, se estabiliza el lenguaje.

Desarrollo evolutivo del lenguaje Fase del Pre-lenguaje

- **0-6 meses:** Lo primero que aparece es el grito al nacer. Durante el primer mes, dicho grito se transforma en un grito emocional. Esto ya se considera una forma de lenguaje pues hace que los demás intervengan. Desde el primer momento se debe hablar a los bebés, hacernos entender, debemos interactuar con el lactante puesto que la interacción madre-bebé es primordial para su desarrollo normal. El bebé aprende los primeros sonidos vocalizados. Hacia los tres meses se crea el balbuceo, rico y melódico.
- **7-11 meses:** El niño escucha mucho y repite, es lo que denominamos "ecolalia". Juega con los sonidos, disfruta produciendo sonidos. Responde al oír su nombre. A partir de los siete meses inhibe más el balbuceo, habla menos y por eso la llamamos a esta etapa "Mutismo". La primera palabra puede darse a los 8 meses aunque lo más normal es que sea a los 12 meses.

Fase de las primeras palabras

- **12-18 meses:** Es la etapa de las palabras.
- **18-24 meses:** Ya es capaz de decir frases de dos palabras. Para el niño esto es una frase.
- **24-36 meses:** Estadio de formación gramatical.

El tiempo que transcurre entre la primera palabra y las primeras frases es muy importante para evaluar un posible retraso.

Fase del pequeño lenguaje

- **Hacia los 3 años:** Es capaz de decir "Yo". Su lenguaje hablado es bastante correcto. Muchos niños en esta edad tartamudean, esto es normal. Ésta es la época en la que se lanzan a hablar y por este motivo tienden a tartamudear. Debemos hacer que hablen poco a poco.
- **3-5 años y medio:** Progresan las construcciones gramaticales. Es la época de la verdadera comunicación.
- **5 años y medio:** A partir de esta edad el niño asume ya un lenguaje correcto.

Trastornos del lenguaje Retraso del lenguaje

Un retraso en la adquisición del lenguaje puede ser debida a múltiples causas pero es algo que genera

mucha ansiedad en los padres. Por ejemplo un niño con privación sensorial presentará retraso en el lenguaje.

Los retrasos en el lenguaje suelen acompañarse de trastornos conductuales y es importante que se haga un diagnóstico precoz. Puede estudiarse al niño a partir de los dos años estudiando el balbuceo, su capacidad de atención, el contacto ocular, la respuesta a los ruidos, si el niño comprende el lenguaje hablado, si tiene respuestas sociales, cómo es su lenguaje gestual,...

Causas del retraso en el lenguaje: Retraso mental, sordera, retraso intelectual, retraso psicosocial (no han sido estimulados), alteraciones madurativas del lenguaje, autismo infantil, alteraciones neurológicas o el mutismo selectivo.

Tratamiento:

- **Reeducativo:** es el más necesario para que el niño adquiera el aprendizaje de la lectura. Algunos de los ejercicios que se utilizan: las técnicas de reconocimiento de letras, la enseñanza a través de los gestos, ejercicios de giros, lateralidad,... todo ello siempre en relación al déficit neuropsicológico que presente.
- **Psicoterapéutico:** Sólo es necesaria en algunos casos dependiendo de: la gravedad de la alteración, el tiempo pasado, la vivencia del niño en la escuela, la actitud de los padres o si la alteración emocional es previa al trastorno.
- **Consejo parental:** Siempre es importante la orientación a los padres para disminuir la presión de exigencia que tienen con los niños, para apoyarles, insistir sobre la paciencia y la valoración, para ayudarles a que se dediquen a actividades con los niños disléxicos como por ejemplos: leer textos y comentarlos, realizar con ellos juegos de atención y observación, enseñar a los niños a pensar,...
- **La adecuación pedagógica:** Hay que hacer que disminuya la presión del aprendizaje, hay que valorarlo por conocimientos orales, hay que utilizar las clases de refuerzo, hay que valorar el esfuerzo del niño no el resultado.
- **Farmacológico:** Sólo si hay hiperactividad (Metilfenidato o Pemolina Magnesio).

Tema 5. – Psicopatología asociada a la etapa de la adolescencia.

• Crisis normal de la adolescencia.

La adolescencia está considerada como una de las etapas de mayor estrés para los padres. Los hijos atraviesan un momento difícil, en el que la rebeldía, el inconformismo, la crisis de identidad multiplican los conflictos. La preocupación de los padres por el futuro de sus hijos, su educación, la influencia de sus amigos, que no tomen alcohol, ni drogas ni hagan mal uso del sexo, se añade al propio conflicto generacional

Las estadísticas tampoco incitan a los padres a estar muy tranquilos. Según el instituto de la juventud, de los dos millones de estudiantes de enseñanza media, 25.000 pueden ser considerados alcohólicos y 70.000 están en riesgo de serlo.. Según este mismo informe la primera borrachera se suele tener hacia los 13'7 años de edad. El consumo se centra en los fines de semana.

La adolescencia es una época que sólo se recuerda feliz, cuando se ha pasado y estamos en plena madurez, e incluso puede añorarse, simplemente porque la hemos olvidado. No hay que olvidar que etimológicamente, adolescencia quiere decir *padecimiento*. Encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente.

La adolescencia se define con una de mis frases favoritas, es de Jean Jacques Rousseau, el filósofo francés, que decía que *la adolescencia era como un parto, en el primero nace un niño y en el segundo, en*

éste, un hombre o una mujer, y yo añado que como todo parto, conlleva sufrimiento por ambas partes, inseguridad y miedo, pero que todo resulta más fácil si tenemos más información, y podremos llegar con las técnicas adecuadas al parto sin dolor. Por eso, el hecho de conocer que es lo normal y que no lo es, establecer un diagnóstico precoz de cualquier anomalía en dicho parto, puede ser muy útil. El estar preparados, relajados para ese momento, informados, puede ser la clave de que ese paso difícil para todos, de la niñez a la edad adulta, sea lo menos traumático posible.

Por ello es imprescindible saber cuáles son las características normales de esta crisis de adolescente que tiene unos síntomas comunes, como vamos a ver a continuación:

Empezaremos hablando desde el punto de vista fisiológico, que es lo que caracteriza a la adolescencia. Hablamos de cambios físicos que el niño va a experimentar y para los que debemos ya haberles informado, para que no les coja desprevenidos. Cuando hablamos de la adolescencia desde el punto de vista exclusivamente físico, hablamos de pubertad:

Se puede dividir en dos estadios:

- **Prepubertad:** Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de las mamas, etc.
- **Pubertad** propiamente dicha, que comienza en el chico con el cambio de voz, la primera eyaculación y en la chica con la primera regla o menarquía.

Los límites de edad entre los que nos manejamos, varían mucho, la media de aparición de la pubertad es de 13 años para la chica, y 14 para el chico. Como ven en esto como en la aparición del lenguaje, ganamos nuevamente las mujeres. Estos límites varían mucho y pueden considerarse como límites extremos de los 10 a los 15 años la aparición de la menarquía en la chica, y entre los 11 y 17 para los chicos.

Pero ¿Cuanto dura la pubertad? Pues también aquí existen diferencias entre ambos sexos, a favor nuestro. En las chicas el proceso de madurez se completa mucho antes. Por esto ustedes notan esa increíble diferencia entre un chico y una chica de 15 años. Mientras que la primera ya nos está volviendo locos, el segundo es aún nuestro niño, sin problemas, como siempre.

Además de estos cambios fisiológicos que son conocidos y aceptados por la mayoría de los padres por poca que sea su información, se producen otros cambios psicológicos, que son considerados como normales, pero que cogen desprevenidos a muchos padres que consultan a profesionales porque su hijo no es el mismo de hace un año, y tienen miedo de que le suceda algo malo.

Los cambios son lo suficientemente importantes como para que los reconozcamos sin problemas:

- **Crisis de oposición**, en cuanto a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional. Por eso nuestro niño, deja de ser nuestro, para ser de los demás, especialmente de los amigos.
- **Desarreglo emotivo:** a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día nuestra hija nos sorprende con un abrazo y otro día rechaza cualquier muestra de cariño. Un día sin motivo aparente se despierta dando gruñidos, simplemente porque sus hormonas posiblemente le estén jugando una mala pasada.
- **Imaginación desbordada:** Sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un

mundo para el que no están preparados. Es un medio de transformar la realidad, pueden imaginar un porvenir, como modelos, o futbolistas de elite, o campeones de surf, actores, etc. Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor.

- **Narcisismo:** Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no tenga nada que ver con la nuestra.
- **Crisis de originalidad:** que presenta dos aspectos:
 - a) **Individual:** como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.
 - b) **Social:** aquí está la rebelión juvenil: Rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Achacan al adulto sobretodo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en lenguaje y en vestimenta de los adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva.

Veamos ahora que sentimientos reales acompañan a estas manifestaciones, y que son consecuencia directa de las crisis que está atravesando:

- **Sentimiento de inseguridad:** sufre a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en si mismos.
- **Sentimientos angustia:** puesto que existe una frustración continua. Por una parte le pedimos que actúe como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra se le trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra forma, o se reglamentan sus salidas nocturnas, etc.

Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico soporta y que se manifiesta por:

- **Agresividad:** como respuesta a dicha frustración, la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante nuestra negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una bajada de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, etc. son claros ejemplos.
- **Miedo al ridículo:** que como sabemos se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo, etc. y que puede tener manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales, etc.
- **Angustia expresada de modo indirecto:** el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado
- **Sentimientos de depresión:** por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia

Bien, estas características entran dentro de la normalidad de un chico o una chica adolescente, pero por supuesto, dentro de unos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando vemos que el adolescente está sufriendo mucho

y o hace sufrir a los demás, cuando vemos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad.

PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

Estaríamos hablando de crisis complicadas. Estaríamos hablando de patologías que por su extensión paso simplemente a enumerar y a realizar una pequeña descripción:

- **Patología de las conductas centradas en el cuerpo.** Estaríamos hablando en casos extremos de anorexia y bulimia, de las que hablaremos en otra de las jornadas por ser desgraciadamente una de las complicaciones más frecuentes de las crisis. Perturbaciones, alteraciones de las conductas alimentarias, obesidad etc Conductas fóbicas con respecto a una parte del cuerpo, con una preocupación obsesiva sobre la silueta, sobre los caracteres sexuales, tamaño del pene, de los pechos, etc., el acné, etc..
- **Inhibición intelectual;** es decir freno de sus capacidades intelectuales. Puede considerarse hasta normal, un bajón en las notas a partir de 2º de ESO, y durante todo el bachillerato. Siempre que sea algo momentáneo, no excesivamente preocupante es considerado como normal, y los psicólogos lo hemos llamado inflexión escolar, que es superada sin problemas por el adolescente, a medida que se va equilibrando. Sin embargo existen casos en los que el cambio es brutal, el fracaso total, y existe un cambio radical en su rendimiento. En estos casos suele haber una etiología, es decir unas causas, más profundas y que pueden indicar desde una depresión, hasta un estado de ansiedad o angustia extremo.
- **Trastornos del estado de ánimo:** Estados de ansiedad, fobias escolares o sociales, ataques de pánico, que a veces y dada que la sintomatología es muy diferente, no se reconocen a primera vista. Y por supuesto la famosa depresión. En este punto voy a detenerme un poco, por la incidencia de este trastorno en la adolescencia española, en los últimos años. La depresión va aumentando, en una proporción muy alta con respecto a estudios anteriores. En los adolescentes esta depresión puede no manifestarse como en un adulto, sino con equivalentes que enmascaran dicho trastorno. Las características diagnósticas son las siguientes:

EQUIVALENTES DEPRESIVOS EN LA ADOLESCENCIA

- Trastorno del comportamiento (desobediencia total, faltar a clase, fugas)
- Problemas escolares graves habiéndose descartado problemas intelectuales, de aprendizaje o de mecánica de estudio.
- Tendencia a adicciones, drogas, alcohol.
- Conducta sexual anárquica.
- Delincuencia.
- Quejas psicosomáticas.
- Trastornos del apetito y del sueño.

Por supuesto existen también depresiones con características semejantes a las de los adultos y que estarían marcadas por las mismas pautas:

- Tristeza y desaliento. Llanto frecuente.
- Aburrimiento. Apatía ante todo, ante el estudio y ante las cosas que antes le gustaban.
- Cansancio. Sensación constante de fatiga psíquica y física.
- Trastorno del sueño y del apetito. Pueden adelgazar o por el contrario comer continuamente aunque en depresión es más frecuente lo primero.
- Sentimientos de inferioridad. Baja autoestima, se sienten menos que los demás, creen que todos

se dan cuenta de sus problemas y limitaciones.

- **Dificultad para mantener relaciones sociales.** Empiezan a salir poco, hasta que se quedan todo el fin de semana en casa, habitualmente sin hacer nada.

Estamos por supuesto hablando de situaciones extremas, pero que se dan y que a veces no somos capaces de detectar a tiempo. Hablaríamos de crisis complicadas, que se salen de la norma.

- **Póngase en el lugar de su hijo:** Sea empático con su hijo.
- **Informe a su adolescente y manténgase informado :** La adolescencia es a menudo una época para experimentar y a veces esto incluye comportamientos arriesgados. No eluda los temas relacionados con el sexo, las drogas, el alcohol y el tabaco; conversar con su hijo abiertamente sobre estos temas antes de que se vea expuesto a ellos aumenta las probabilidades de que su hijo actúe de forma responsable cuando llegue el momento.
- **Respete su privacidad:** Para algunos padres esto es algo muy difícil. Creen que todo lo que hacen sus hijos es asunto suyo. Pero cuando se trata de formar a un futuro adulto, tener algo de privacidad se convierte en un derecho de ese futuro adulto. Si existen señales de alerta que indican que puede haber problemas, usted se podría ver obligado a invadir la privacidad de su hijo hasta que llegue al fondo del problema, pero de lo contrario, manténgase al margen. El dormitorio de un adolescente y sus llamadas telefónicas deben ser algo privado y no hay necesidad de compartan con uno de sus padres todas sus ideas o actividades. Todos los niños, adolescentes o no, requieren supervisión de los padres y usted tiene derecho a saber dónde estará su hijo y qué hace. Pero no espere que le dé todos los detalles ni que lo invite a ir con él/ella. Respetar su intimidad y sus silencios, sin intentar hacerle hablar de algo que no quiera. No presionarlo y mantenerse receptivos para que el joven sepa que puede contar con el apoyo de los padres.
- **Establezca reglas apropiadas:** Sepa ceder y ser flexible. Si su hora de llegada no es la que él quiere, trate de negociar. Si se porta bien el aumentar la hora de llegada puede ser un premio. Tenemos que fijar normas y límites pero a través del diálogo para que nuestros hijos acepten y asuman compromisos.
- **En primer lugar, la crítica y la corrección debe combinarse con el uso frecuente de elogios.** Es decir, debes ser capaz de ver también lo que tu hijo hace bien y decírselo. Por muy desastre que te parezca tu hijo, seguro que tiene también valores positivos que debes esforzarte en reconocer. Además es necesario corregir con mucho cariño. Por tanto la crítica debe ser serena y ponderada, sin precipitaciones y sin apasionamiento. Cuidadosa, sin ironía, sin sarcasmo, como se corrige a un amigo.
- **Tómelos en serio, no tratarlos como seres inferiores que explican cosas de las que estamos de vuelta.**
- **Conviene no aprovechar cualquier ocasión para sermonearles.**
- **Escuchar con atención lo que quieren explicarnos o preguntar.**
- **Cuando hable con él, concéntrese en lo que dice.** Hágale alguna pregunta sobre lo que explica para demostrar que realmente se quiere enterar bien. Y sobretodo nunca diga "ahora no tengo tiempo".
- **Hablar también de lo que les interesa a ellos.** Dar tiempo para abordar los temas que nos interesan a nosotros.
- **Es importante evitar, tanto cuando les hagamos propuestas como cuando los censuremos, ponernos a nosotros mismos como modelos ("A tu edad yo...") o poner como ejemplo a otras personas ("Mira tu hermano como...").** Es injusto, ofensivo y un camino seguro para conseguir su animadversión. En todo caso compáralo con él mismo ("Seguro que lo conseguirás, como cuando hiciste...").
- **Hay que prever sanciones para el caso de que rompa alguno de los compromisos o normas establecidas.** Es inteligente tenerlas preparadas para que no sean fruto de la improvisación ni desproporcionadas. En todo caso, podéis pedir su opinión sobre la sanción que habéis pensado.

- La libertad y autonomía respecto al uso del tiempo libre, al uso del dinero, al horario de llegada a casa, o a la gestión de sus estudios hay que otorgarla en función de la responsabilidad demostrada. A mayor responsabilidad, mayor autonomía, y ante faltas de responsabilidad, restricciones de autonomía.
- Siempre que pida a su hijo que haga algo, explique por qué se lo pide. No use expresiones como "porque lo digo yo" o "porque sí".
- Aproveche los acontecimientos que le ocurran para relacionarlos con objetivos de autoexigencia y lucha personal.
- El padre debería hacer notar a los hijos el esfuerzo de autoexigencia que realiza la madre, y viceversa. Es una magnífica ocasión para mostrar un ejemplo.
- Pedirle perdón cuando nos equivoquemos o cuando, por falta de control personal, le gritamos o descalificamos.
- Dejar que se explique, dar crédito a lo que dice salvo cuando tenga evidencia de lo contrario.
- Si le engaña o falta a sus compromisos, no le grite ni le riña. Explíquele con toda la calma de que sea capaz, que ha faltado a nuestra confianza, por lo cual tendrá menos autonomía hasta que demuestre que es digno de confianza.
- Establezca la costumbre de que explique con quién sale y dónde podríamos buscarle en caso de necesidad.
- Dedicar tiempo a estar juntos, compartiendo alguna actividad y conversando sobre ello (acompañarles a sus partidos o actividades extraescolares, a clase, yendo juntos al cine, de compras, al fútbol)
- Compartir alguna preocupación personal con su hijo y pidiéndole su opinión (temas al alcance de su nivel madurativo: problemas de trabajo, de salud...) puede facilitar la comunicación entre ambos.

En fin, educar es por tanto ayudarles fomentando su independencia, su libertad, enriqueciéndolos sin anularlos, estando al lado, y no encima.

Con esta información sólo querría que quedara bien claro que la adolescencia es esa edad en la que todos juramos que seríamos distintos a nuestros padres, para acabar con el tiempo pareciéndonos y acercándonos absolutamente a ellos esa edad en la que ustedes se reconocerán en estas frases:

- Miente respecto al colegio o pira.
- Deja la habitación como una pocilga.
- Quiere volver tarde.
- Tiene una actitud agresiva. Incluso amenaza o insulta.
- No hace más que ver la tele.
- No ayuda en casa.
- Siempre quiere estar solo
- Sé que bebe o fuma
- Está siempre en bares y discotecas.
- Exige continuamente cosas caras, de marca y tiene rabietas si no lo consigue
- Quiere vestirse de la forma más rara del mundo
- Está apático, parece no importarle nada

• Anorexia.

La anorexia nerviosa es una enfermedad mental, que consiste en una pérdida *voluntaria* de peso por un deseo patológico de adelgazar y un intenso temor a la obesidad.

La pérdida de peso es conseguida por la persona enferma mediante uno o más de los siguientes

procedimientos:

- Reducción de la alimentación, especialmente de los alimentos que contienen más calorías.
- Ejercicio físico excesivo.
- Utilización de medicamentos reductores del apetito, laxantes o diuréticos.
- Vómitos provocados.

De esta manera, se produce una desnutrición progresiva y trastornos físicos y mentales que pueden ser muy graves e incluso conducir a la muerte.

¿Quiénes la padecen?

Preferentemente, chicas jóvenes de edades comprendidas entre 14 y 18 años; este colectivo agrupa el 90% de los casos. En el 10% restante, se encuentran chicos adolescentes, niños, niñas y mujeres maduras.

¿Qué tipo de enfermedad es?

La anorexia nerviosa no es una *manía* ni un *mal comportamiento*: es una enfermedad psiquiátrica.

Su descripción se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, como "Trastornos Mentales y del Comportamiento", y en la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

¿Cuáles son sus causas?

La enfermedad no tiene una causa única, sino que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.

Los factores predisponentes que configurarían un *grupo de riesgo* serían uno o varios de los siguientes:

- Ser mujer joven.
- Tener antecedentes familiares de anorexia, bulimia, trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- Sufrir previamente un problema de obesidad (o simplemente algo de sobrepeso).
- Poseer determinados rasgos de carácter: ser perfeccionista, excesivamente responsable para la edad o situación, sufrir de inseguridad, timidez o introversión, o tener una baja autoestima.

Los factores desencadenantes de la enfermedad suelen ser uno o varios de los siguientes:

- Haber ganado peso recientemente y estar a régimen.
- Padecer alguna enfermedad que dificulte o impida comer durante unos días (amigdalitis, gastroenteritis, etc.).
- Haber incrementado el ejercicio físico.
- Recibir críticas sobre el tipo o el peso, en cualquier ambiente.
- Tener que enfrentarse a situaciones nuevas o difíciles, perder a seres queridos, encontrarse en situaciones de aislamiento o soledad.

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

Los factores predisponentes y sociales interactúan entre sí determinando una serie de cambios en la personalidad y conducta que, en la pubertad y bajo el influjo de los factores precipitantes, conducen al deseo de adelgazar mediante la realización de dietas y/o ejercicio físico exagerado, lo que en efecto produce una pérdida de peso progresiva. La desnutrición resultante provoca trastornos mentales que refuerzan el deseo de seguir adelgazando, instaurándose de esta manera un terrible círculo vicioso psíquico del que es muy difícil escapar.

¿Es muy frecuente la enfermedad?

En los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a 1 de cada 200 ó 300 chicas de edades comprendidas entre los 12 y los 24 años.

¿Cuáles son las primeras manifestaciones observables?

En una persona anoréxica, pueden observarse varios de los siguientes síntomas (o todos):

- **Alteraciones del comportamiento:**
 - ◆ Deseo claro de perder peso (incluso estando dentro del peso normal para la edad, o incluso inferior).
 - ◆ Evitan determinados alimentos: suprimen dulces, pan, patatas, arroz, fritos, etc. Más adelante van eliminando de su dieta cada vez mayor número de alimentos, hasta llegar en ocasiones a tomar únicamente verduras o frutas (y cada vez en menor cantidad), si es posible consumiendo solamente alimentos *light*. Pueden llegar a evitar incluso los líquidos.
 - ◆ Se preocupan exageradamente por el contenido en calorías de los alimentos y por las dietas de adelgazamiento; vigilan la preparación de las comidas familiares o amistosas, y pueden tener un marcado interés por la nutrición de los restantes miembros de la familia, cocinándoles platos succulentos que ellos nunca tomarán.
 - ◆ Aumentan la actividad física para favorecer la pérdida de peso: van andando a todas partes, suben escaleras, estudian paseando, hacen abdominales, corren, van al gimnasio...
 - ◆ Se quejan con frecuencia de "estar gordos" o de "tener celulitis".
 - ◆ Prefieren comer a solas.
 - ◆ Sufren sentimientos de culpabilidad tras haber comido.
 - ◆ Se oponen a comer en cantidades normales a pesar de los ruegos, recomendaciones, órdenes o amenazas familiares e incluso médicas.
 - ◆ Utilizan laxantes o "hierbas adelgazantes".
 - ◆ Vomitan a escondidas tras las comidas.
 - ◆ Se pasean frecuentemente, incluso varias veces al día.
- **Signos y síntomas de desnutrición:**
 - ◆ Pérdida de peso.
 - ◆ Detención del crecimiento si la persona enferma está en edad de crecer.
 - ◆ Menstruación escasa o irregular, o desaparición de la misma.
 - ◆ Frialdad de manos y pies.
 - ◆ Sequedad de la piel.
 - ◆ Estreñimiento.
 - ◆ Palidez.
 - ◆ Mareos.
 - ◆ Caída del cabello.
 - ◆ Sensación de plenitud y pesadez después de las comidas.

- **Síntomas psíquicos:**
 - ◆ **Cambios rápidos de carácter y humor.**
 - ◆ **Irritabilidad.**
 - ◆ **Ansiedad.**
 - ◆ **Tristeza.**
 - ◆ **Dcaimiento.**
 - ◆ **Tendencia al aislamiento de la familia y de las amistades.**
 - ◆ **Desinterés por todo lo que no sea el estudio o trabajo.**

¿Qué consecuencias puede tener una anorexia?

De no tratarse la enfermedad, además de las manifestaciones de desnutrición y alteraciones psíquicas arriba indicadas, de forma progresiva se producirán trastornos de todo el organismo: digestivos, hematológicos, circulatorios, cardíacos, metabólicos, hepáticos, óseos, renales, genitales y cerebrales, que pueden llegar a ser muy graves e irreversibles.

Adicionalmente, las personas que padecen anorexia nerviosa son especialmente proclives a tener problemas con el alcohol o las drogas y a sufrir tendencias suicidas.

¿Qué hacer ante un caso de anorexia?

Cuando se sospeche o sepa que una persona tiene una anorexia nerviosa, debe hacer que consulte lo antes posible con su médico de cabecera (o pediatra, en su caso) para que éste le remita a un médico psiquiatra experto o especializado en esta enfermedad. O acudir directamente a un psiquiatra de estas características.

¿En qué consiste el tratamiento?

El médico psiquiatra hará un diagnóstico del estado físico y mental de la persona enferma, y según el resultado aconsejará un tratamiento ambulatorio o su ingreso en un hospital o clínica. El tratamiento en ambos casos tiene como objetivo corregir las anomalías metabólicas que ya se hayan causado, normalizar cuidadosa y progresivamente la alimentación y peso de la persona enferma, y tratar los trastornos físicos y mentales que existan; todo esto se deberá acompañar de tratamiento psicoterapéutico.

La familia y personas íntimas de la enferma también deben recibir orientación y ayuda.

¿Cuál es el pronóstico?

Es variable según diversas estadísticas, pero en líneas generales un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio, y las restantes no consiguen una curación total, evolucionando en mayor o menor grado hacia una cronificación.

La duración del tratamiento es variable, pudiendo oscilar entre 2 y 4 años, o más cuando a la anorexia se asocian otras perturbaciones psiquiátricas tales como trastornos de personalidad, depresiones, obsesiones, fobias, etc.

El diagnóstico y tratamiento precoces siempre mejoran el pronóstico

- **Ezquizofenia.**

La esquizofrenia es uno de los trastornos de la salud mental más complejos que existen. Es una

perturbación severa, crónica y discapacitante del cerebro que origina pensamientos distorsionados, sentimientos extraños, una conducta poco común y un uso insólito del lenguaje y las palabras.

¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

Aún se desconoce la causa exacta de la esquizofrenia. Se cree que un desequilibrio químico del cerebro es un factor hereditario necesario para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, es probable que muchos factores (genéticos, conductuales y ambientales) contribuyan al desarrollo de la esquizofrenia.

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad de herencia multifactorial, lo que significa que existen "muchos factores" involucrados que, generalmente, son tanto genéticos como ambientales. La combinación de los genes de ambos padres sumada a factores ambientales desconocidos, da por resultado el rasgo o el trastorno. En lo referido a los rasgos multifactoriales, a menudo uno de los sexos (el masculino o el femenino) se ve afectado con mayor frecuencia que el otro. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que uno de los sexos tiene mayor probabilidad de evidenciar el problema que el otro. El desarrollo de la esquizofrenia en la niñez se presenta con una frecuencia levemente superior en los hombres; sin embargo, en la adolescencia, la esquizofrenia afecta a ambos sexos por igual.

¿A quiénes afecta la esquizofrenia?

La esquizofrenia no es común en niños menores de 12 años de edad y es difícil de identificar en sus primeras etapas. La aparición repentina de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia suele producirse en la mitad o en la última etapa de la adolescencia. Los datos estadísticos indican que el trastorno afecta al 1 por ciento de la población en Estados Unidos. Un niño que nace en una familia donde existe una o más personas esquizofrénicas tiene una probabilidad mayor de desarrollar el trastorno que un niño que nace en una familia sin antecedentes de esquizofrenia.

Un hermano de una persona diagnosticada esquizofrénica tiene una probabilidad de entre un 7 y un 8 por ciento de recibir un diagnóstico similar. Si, en cambio, uno de los padres padece el trastorno, las probabilidades de que el hijo sea esquizofrénico son del 10 por ciento. Es importante saber también que los riesgos aumentan en el caso de familias con varios miembros afectados por el trastorno.

¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

Los cambios de conducta en los adolescentes con esquizofrenia pueden producirse lentamente o bien aparecer de forma repentina. Es posible que el adolescente se vuelva cada vez más tímido y retraído y que también comience a hablar acerca de ideas o temores extraños y a aferrarse más a los padres. Una de las características más perturbadoras y desconcertantes de este trastorno es la aparición súbita de los síntomas psicóticos. El término psicótico se refiere a ideas, percepciones o sentimientos muy distorsionados con respecto a la realidad. A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la esquizofrenia. Sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente.

Las signos precoces que sugieren esquizofrenia en los adolescentes pueden incluir los siguientes:

- percepción distorsionada de la realidad (dificultad para distinguir los sueños de la realidad)**
- pensamiento confuso (por ejemplo, confunde lo que ve por televisión con lo que ocurre en la realidad)**
- pensamientos e ideas extrañas y detalladas**
- desconfianza o paranoia (temor de que alguien o algo lo dañe)**
- alucinaciones (ve, oye o siente cosas que no son reales, como por ejemplo, escuchar voces que le piden que haga algo)**

- delirio (ideas que parecen reales, pero que no tienen sustento real)
- cambios extremos de estado de ánimo
- ansiedad o temor extremos
- poca afectividad (falta de expresión emocional al hablar)
- dificultad para realizar las tareas escolares
- retraimiento social (sería dificultad para establecer y mantener relaciones con amigos)
- comportamiento desorganizado o catatónico (de repente, se agita y se confunde o se sienta y mira fijamente, como si estuviera inmovilizado)
- conductas extrañas (por ejemplo, un niño mayor puede tener una regresión marcada y comenzar a actuar como un niño más pequeño)

Los síntomas de la esquizofrenia suelen clasificarse como positivos (por ejemplo, los delirios, las alucinaciones y la conducta extraña), negativos (por ejemplo, poca afectividad, el retraimiento y la indiferencia emocional), habla desorganizada (por ejemplo, habla incomprensible) y comportamiento desorganizado o catatónico (incluidos los cambios bruscos de estado de ánimo, agresividad repentina o confusión, seguidos de una inmovilidad súbita y la mirada fija al vacío). Los síntomas de la esquizofrenia en los adolescentes son similares a los de los adultos; sin embargo, los adolescentes presentan con mayor frecuencia (en el 80 por ciento de los casos diagnosticados) alucinaciones auditivas y, generalmente, no experimentan delirios ni trastornos de pensamientos formales hasta que alcanzan la mitad de la adolescencia o más tarde. Los síntomas de la esquizofrenia pueden parecerse a los de otros problemas o trastornos psiquiátricos. Siempre consulte al médico de su hijo adolescente para obtener un diagnóstico.

¿Cómo se diagnostica la esquizofrenia?

Un psiquiatra infantil o de adolescentes generalmente diagnostica la esquizofrenia en niños y adolescentes. Otros profesionales de la salud mental también suelen participar en la evaluación completa para determinar las necesidades de tratamientos individuales.

Tratamiento para la esquizofrenia:

El tratamiento específico para la esquizofrenia será determinado por el médico de su hijo adolescente basándose en lo siguiente:

- la edad de su hijo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- la gravedad del trastorno
- el tipo de esquizofrenia
- la tolerancia de su hijo a determinados medicamentos o terapias
- las expectativas para la evolución del trastorno
- su opinión o preferencia

Cómo prevenir la esquizofrenia:

Aún se desconocen las medidas preventivas para reducir la incidencia del trastorno. Sin embargo, la identificación e intervención precoces pueden mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes con esquizofrenia. Además, el tratamiento suele resultar más exitoso cuando los síntomas del primer episodio psicótico se tratan correcta y oportunamente. Se debe tener en cuenta que la continuidad del tratamiento es crucial para los adolescentes a quienes se le han recetado medicamentos para la esquizofrenia. Es posible también que deba modificarse la dosis y el tipo de medicamento periódicamente para mantener su eficacia. Consulte siempre al médico de su hijo adolescente para obtener más información.

Subtipos tradicionales

Esquizofrenia paranoide

- Preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución.
- Alucinaciones auditivas frecuentes.
- No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- También pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

Esquizofrenia desorganizada

- Lenguaje y comportamiento desorganizado.
- Afectividad aplanada o inapropiada.
- Puede presentar ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente.
- Suele ser de inicio temprano.

Esquizofrenia catatónica

- Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva.
- Negativismo extremo, o mutismo.
- Peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas.
- Copia lo que dice o hace otra persona.

Esquizofrenia simple

- Es un tipo de esquizofrenia sin alucinaciones ni delirios, pero el enfermo pierde sus capacidades, no da a basto.

Esquizofrenia hebefrénica

- Tiene un comienzo temprano (entre 12–13 años), en principio parece retraso mental.
- Sufre alteración de la conducta.
- Afectividad aplanada.
- Delirios.

Estados residuales o de defecto

- Predominan los síntomas negativos, ocurre cuando se cronifican las alteraciones anteriores.

Tratamiento.

El tratamiento es farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolepticos (Haloperidol, Largacil, Meleril, etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. También produce efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos "síndrome neuroleptico maligno" que puede llevar a la muerte. Los neurolepticos aparecieron en los años cincuenta, actualmente existen nuevas formas de presentación que reducen estos efectos secundarios como la Clizamina o la Risperidona, gracias a este avance los

pacientes no abandonan tan fácilmente el tratamiento, pues no sufren tantas molestias.

Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que dañe a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias. La duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio.

También se siguen terapias electroconvulsivas en pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica.

En un primer momento la psicoterapia individual es contraindicada, no así la terapia grupal o familiar que suelen ser muy beneficiosas. Las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social.

- **Trastornos de conducta.**

Es una condición que se presenta en la niñez y en la adolescencia e implica problemas de comportamiento duraderos tales como conducta antisocial, impulsiva o desafiante, consumo de alucinógenos o actividades criminales.

Causas, incidencia y factores de riesgo

El trastorno de conducta ha sido asociado con conflictos familiares, maltrato infantil, pobreza, defectos genéticos y adicción a drogas o alcoholismo de parte de los progenitores. El diagnóstico es más común entre muchachos y se estima que se presenta hasta en un 10% de ellos.

Sin embargo, es difícil saber realmente qué tan común es este trastorno, debido a que las cualidades necesarias para hacer el diagnóstico, tales como "actitud desafiante" y la "desobediencia de las reglas", pueden ser subjetivas. De hecho, para realizar un diagnóstico preciso, el comportamiento tiene que ser mucho más extremo que una simple rebeldía de adolescente o vivacidad juvenil.

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno por déficit de atención y ambos conllevan un gran riesgo de que se presente dependencia del alcohol y otras drogas.

Los niños con trastorno de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados con relación a los sentimientos de los demás. A menudo, estos niños mienten y desacatan las reglas sin razón aparente y se involucran en comportamientos antisociales como intimidación y peleas.

Síntomas

- Comportamiento cruel o agresivo hacia personas y animales
- Destrucción de la propiedad, incluyendo provocación de incendios
- Mentiras, ausencia injustificada de la escuela o el trabajo, abandono del hogar
- Vandalismo, robo
- Consumo excesivo de alcohol o drogas ilícitas

Signos y exámenes

Algunos de los signos comunes del trastorno de conducta son la intimidación, las peleas y el hecho de quedarse en las noches fuera del hogar sin acatar el toque de queda u otras limitaciones. Estos niños a menudo no se esfuerzan en ocultar sus comportamientos agresivos y tienen problemas para tener amigos cercanos. El diagnóstico se hace sobre la base de los antecedentes de estos tipos de comportamientos.

Tratamiento

El tratamiento efectivo requiere un compromiso estrecho de parte de la familia del joven. Los padres pueden aprender técnicas para ayudar a manejar la conducta problemática su hijo y, en caso de maltrato, es posible que sea necesario retirarlo de la familia y ubicarlo en un ambiente menos caótico. El tratamiento con medicamentos o terapia con el uso del habla se puede utilizar para la depresión y el trastorno por déficit de atención, que normalmente acompañan el trastorno de conducta.

Muchas escuelas de "modificación del comportamiento", "programas de aislamiento campestre" y "campamentos de entrenamiento de reclutas" se ofrecen a los padres como solución para este trastorno de conducta. Dichos programas se pueden utilizar como una forma de "terapia de ataque" o "confrontación" que realmente puede ser dañina y son técnicas para las cuales no existe ningún soporte investigativo. Los estudios sugieren que es más efectivo el tratamiento en el hogar junto a la familia.

En caso de estar considerando la posibilidad de optar por un programa de hospitalización, debe hacerse una averiguación exhaustiva del mismo, ya que se han presentado muchas lesiones y muertes relacionadas con algunos de ellos y en muchos estados no tienen ninguna regulación.

Tema 6. – Aspectos epidemiológicos relacionados con la psicopatológica de la época del crecimiento y desarrollo del hombre.

6.1 Enuresis.

El niño que presenta enuresis se orina en la cama en forma involuntaria. Se trata de un problema que causa molestias a los padres, y que además afecta emocionalmente al niño.

Por lo general, no se empieza a tratar a estos pacientes antes de los 5 años de edad; dada la posibilidad de curación espontánea en 15% de los pacientes, es preferible iniciar el tratamiento entre los 6 y los 7 años. El tratamiento incluye medidas conductuales, así como medicamentos y el uso de alarmas.

MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO

- Restringir la ingesta de líquidos a sólo 240 ml. (un vaso) en las tres horas anteriores a que se duerma el niño.
- Llevarlo a orinar justo antes de irse a dormir.
- Hacer que se responsabilice y esté atento a la evolución de su problema: que lleve un registro de los días que se moja, que coopere con la limpieza de la cama y cambio de ropa, etc.
- Motivarle a que permanezca seco, alabar su esfuerzo y darle recompensas por lograrlo; nunca se le debe castigar ni hacerle burla ni reprimirlo por mojar la cama.

TRATAMIENTO CON ALARMAS

Las alarmas consisten en una esponjita que se coloca en el pijama del niño y que está unida por medio de un cable a un timbre que se fija al hombro o al brazo del niño; cuando se moja la esponjita suena la

alarma. Actualmente hay modelos de alarmas inalámbricos, y que en lugar de hacer sonar un timbre funcionan en forma vibratoria.

De cualquier forma, cuando la esponja se moja, se cierra el circuito eléctrico y la alarma suena o vibra. El niño puede responder al ruido o a la vibración levantándose justo al activarse la alarma, o sea, al inicio de que empieza a orinarse, lo que le permite que termine de hacerlo en el baño.

La alarma ayuda a condicionar al niño a que contraiga el esfínter y se levante al baño a terminar de vaciar la vejiga. Su mecanismo de acción puede incluir que el cerebro aprenda a aligerar el sueño, o que el músculo que forma la vejiga (llamado detrusor) aprenda a relajarse durante el sueño, aumentando así su capacidad.

Por lo general, varias noches después del uso de la alarma muchos niños se despertarán en forma espontánea. Puede llevar hasta varias semanas que el niño logre dejar de mojar la cama. Se recomienda suspender la alarma cuando el niño es capaz de mantenerse seco toda la noche a pesar de tener una ingesta de líquidos normal. En el caso de una recaída, se reinicia la restricción de líquidos y el uso de la alarma hasta que se alcance un mes sin mojarse.

El porcentaje de niños que se curan con este tratamiento es variable. Las alarmas que existen actualmente son seguras y no tienen efectos colaterales. El precio de las modelos de alarmas puede ser de hasta \$50 dólares .

TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

Entre los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la enuresis se encuentra el acetato de desmopresina (DDAVP) y los antidepresivos tricíclicos como la imipramina.

- La DDAVP es un análogo sintético de la hormona llamada vasopresina u hormona antidiurética, que ayuda en el tratamiento de la enuresis, ya que disminuye el volumen urinario durante el sueño. Existe en spray nasal y en comprimidos. Se debe dar de 30 a 60 minutos antes de ir a la cama y se debe restringir la ingesta de líquidos desde la tarde. El tratamiento con DDAVP disminuye el número de noches que el niño se moja, pero al suspender el medicamento el problema vuelve a presentarse. El tratamiento con DDAVP tiene costo alto: Un mes de tratamiento cuesta aproximadamente \$90 (100 euros ó 16.000 ptas).
- La imipramina es un antidepresivo tricíclico. Su mecanismo de acción en la enuresis incluye cambios en la profundidad del sueño, su propio efecto antidepresivo y la estimulación secundaria de la producción de la hormona antidiurética. No es eficaz por mucho tiempo al discontinuar el medicamento. Un problema de este medicamento es que ocasiona muchos efectos colaterales, y puede llegar a causar intoxicaciones. Es de coste más bajo.

6.2 Desórdenes psicofisiológicos.

Elementos de Diagnostico

- Los síntomas pueden involucrar a uno o más sistemas orgánicos.
- Las quejas subjetivas exceden descubrimientos objetivos
- Las correlaciones entre desencadenamiento de síntomas y las tensiones nerviosas psicosociales.
- La matriz de patrones biogenéticos y de desarrollo.

Consideraciones Generales

Una fuente principal de confusión diagnóstica en medicina es de asumir relaciones de causa y efecto cuándo acontecimientos paralelos han sido observados. Este posterior hoc ergo propter hoc razonamiento ha sido particularmente molesto en muchas situaciones donde el individuo exhibe desasosiego psicosocial que bien podría ser secundario a una enfermedad crónica pero – se ha asumido – que es primario y causativo. Un ejemplo es la persona con una enfermedad crónica del intestino que se vuelve quejumbrosa y exigente. ¿Es esto un resultado de los problemas ocasionados una enfermedad crónica, o es un patrón de personalidad que causa la problemática gastrointestinal? No ha habido prueba suficientemente buena que una relación existe entre un anterior acontecimiento psíquico o un patrón de personalidad y cualquiera de los así llamado problemas psicofisiológicos como la colitis ulcerante, la úlcera péptica, el asma, y la hipertensión esencial.

Lo que es evidente es la observación clínica innegable que las personas reaccionan diferentemente con la enfermedad. La tensión nerviosa emocional a menudo exagera o precipita una enfermedad aguda. La vulnerabilidad en uno o más sistemas orgánicos juega un papel principal en el desencadenamiento de síntomas particulares, y la dicotomía funcional versus la orgánico es un impedimento para el buen tratamiento.

Características Clínicas

Los síntomas o los signos pueden implicar cualquier sistema orgánico, y la tensión nerviosa psicosocial demostrable a menudo ocurre antes de, o coincidente con, el auge de los síntomas. Los síntomas son una reflexión de modelos de adaptación, técnicas de resolución, y la reactividad del sistema particular orgánico. Hay prueba de reactividad somática largamente establecida, a menudo con una historia de grados diversos de involucramiento similar de sistemas orgánicos en otros miembros de la familia.

Las complicaciones

Las complicaciones surgen principalmente en el área de la relación paciente–doctor, en dónde el paciente tenazmente se aferra a los síntomas para probar que el rechazo del médico es un error. Los síntomas tienen tendencia a instalarse cuando ganancias secundarias entran en juego ejemplo, pagos de incapacidad. El ir de shopping al consultorio engendra más procedimientos, que refuerzan los síntomas y presentan riesgo aumentado. La dependencia a la droga frecuentemente es una consecuencia cuando el médico frustrado trate de responsabilizarse por las demandas de un paciente frustrado. La enfermedad y búsqueda de la cura se convierten en una forma de vida y completamente consumen el tiempo del paciente y las energías con exclusión de todo lo demás.

La razón principal por la cual un paciente va a la consultación es de recibir un diagnóstico para su queja, pero estrechamente aliado con esto es recibir seguridad, aceptación, atención y afecto. Lo que puede estar hecho específicamente para aliviar la queja es a menudo secundario a la tranquilidad y el soporte del médico. Entender mal estas prioridades adversamente afecta la relación paciente–doctor. Muchos pacientes se sienten aliviados cuando después de un examen atento se les dice que no hay nada malo. Otros reaccionan muy diferentemente, creyendo que cuando se les dice que todo es correcto; eso quiere decir que no recibirán atención. Y esto es a menudo cierto. El doctor prescribe una medicina después de otra, con marcas usualmente diferentes de la misma clase de tranquilizante. (Este tipo de paciente a menudo recibe drogas múltiples, lo cual no es sólo una práctica peligrosa sino que además oscurece el diagnóstico.) Cuando se ordenan análisis y procedimientos diversos, estos son reforzadores de la creencia por el paciente que su problema es puramente orgánico. No hay reconocimiento de la influencia de conflictos emocionales. En muchos casos, simple atención psicoterapéutica por el médico ayudarían al paciente. La referencia a un psiquiatra es a menudo interpretada por el paciente como que quiere decir que el médico se ha rendido. El paciente a menudo considera al psiquiatra como alguien

que está allí no para curarlo pero para reconfortarle o aun para "ayudarle a morir". En cualquier caso, las reacciones del paciente son cólera por el abandono, miedo de la referencia, y una búsqueda continuada para el socorro.

El tratamiento

A. Medical: El soporte médico con atención meticulosa para fortalecer una relación terapéutica paciente-doctor es el ingrediente principal del tratamiento. Éste es particularmente el caso con el paciente que necesita aceptación y tranquilidad acerca de sus síntomas. Debe ser aceptado que su desasosiego sea real, los intentos deberían estar hechos para relacionar síntomas con circunstancias adversas en la vida del paciente. Puede ser útil hacer que el paciente lleve un diario meticuloso, poniendo atención particular con los diversos factores pertinentes y evidentes en su historia. Debería haber citas regulares, frecuentes, cortas, y las drogas no deberían estar prescritas para reemplazar citas. El medico debería ser central, y los asesores deberían ser usados sólo para la evaluación. Un aspecto positivo acentuado y optimista debe ser mantenido haciendo frente a los esperados altibajos. Los sedantes y los tranquilizantes menores (Clordiazepoxide, 10-25 mg oralmente adelante un horario tan requerido) pueden ser usados juiciosamente.

B. Psicológico: Los aspectos psicológicos pueden ser usados por el médico cuando sea claro que el paciente esté listo en hacer algunos cambios en su vida para aliviar sus síntomas. La referencia psiquiátrica es a menudo rechazada. Aun cuando es aceptado, la renuencia del paciente puede condenar de antemano los esfuerzos del psiquiatra. Si el médico primario ha estado trabajando con el paciente en los problemas psicólogos relacionados con su enfermedad física, entonces el trabajo de base es a menudo útil para una referencia psiquiátrica exitosa. Esto es a menudo más conveniente en la estrategia de "aquí y ahora" básicamente orientada hacia los cambios pragmáticos en vez de una exploración de experiencias anteriores que el paciente frecuentemente falla en encontrar una relación con su problema actual. La terapia en grupo individual con otros pacientes que tienen problemas similares es algunas veces valiosa, permite la evacuación de la ansiedad, y enfoca la atención en ajustes interpersonales.

C. Comportamental: La terapia conductista esta probablemente mejor ilustrada por los esfuerzos actuales en la tecnología del biofeedback (retroalimentación) que tiene una base conductista. En biofeedback, la anormalidad particular (ejemplo: perístasis aumentada) debe ser reconocida y monitoreada por el paciente y el terapeuta (ejemplo: por un estetoscopio electrónico para amplificar los sonidos). Ésta es retroalimentación inmediata, y después de aprender a reconocerla, el paciente luego puede aprender a identificar cualquier cambio (ejemplo, una disminución en los ruidos intestinales) y así podría convertirse en un originador consciente de la retroalimentación en lugar de jugar un rol pasivo. El alivio operador de los síntomas permite al paciente a utilizar la maniobra que ha aprendido para disminuir los síntomas (ejemplo: relajación causando una disminución en los ruidos intestinales). Con énfasis en este tipo de aprendizaje, el paciente pueda identificar síntomas precozmente e iniciar las contramaniobras, así disminuyendo el problema sintomático.

D. Social: Los enfoques sociales incluyen a la familia, trabajo, y actividades interpersonales. Los miembros familiares deberían venir por algunas citas con el paciente a fin de que puedan aprender cómo convivir mejor con el paciente. Ciertos "clubes" como clubes de iléostomias proveen un clima que animan al paciente en aceptar y vivir con sus incapacidades. La comunicación con el empleador algunas veces puede promover su interés y comprensión en el empleado sobre el largo término. Los patrones se desalientan tanto como médicos en tratar con empleados que tienen problemas crónicos.

6.3 Reacciones depresivas.

La reacción depresiva se caracteriza por una ausencia notable de conducta adecuada para esta fase del

desarrollo y por una pronunciada inmadurez de la capacidad de duelo, en donde la hostilidad dirigida hacia los padres, se desvía hacia sí mismo y las tendencias de auto-desprecio se relacionan en última instancia con el deseo de destruir la imagen idealizada de los padres, por quienes el niño se siente traicionado. Entonces la hostilidad puede dirigirse hacia la imagen que ha perdurado del padre o hacia él mismo, lo que origina una conducta provocativa, contradictoria o intentos masoquistas y suicidas de enfrentarse a los afectos depresivos.

6.5 Delincuencia.

Sin lugar a dudas, la delincuencia juvenil es un fenómeno muy representativo desde el siglo pasado, la delincuencia juvenil es uno de los problemas criminológicos que crece cada día más, no solo en nuestro país, sino también en el mundo entero; es una de las acciones socialmente negativas que va a lo contrario fijado por la ley y a las buenas costumbres creadas y aceptadas por la sociedad.

La delincuencia juvenil es un fenómeno social que pone en riesgo la seguridad pública de la sociedad, así mismo va contra las buenas costumbres ya establecidas por la sociedad.

La delincuencia juvenil es un fenómeno de ámbito mundial, pues se extiende desde los rincones más alejados de la ciudad industrializada hasta los suburbios de las grandes ciudades, desde las familias ricas o acomodadas hasta las más pobres, es un problema que se da en todas las capas sociales y en cualquier rincón de nuestra civilización.

Concepto de delincuencia.

Delincuencia, conjunto de infracciones de fuerte incidencia social cometidas contra el orden público. Esta definición permite distinguir entre delincuencia (cuyo estudio, a partir de una definición dada de legalidad, considera la frecuencia y la naturaleza de los delitos cometidos) y criminología (que considera la personalidad, las motivaciones y las capacidades de reinserción del delincuente).

Definición de Delincuencia Juvenil

Delincuencia, conjunto de infracciones de fuerte incidencia social cometidas contra el orden público. Esta definición permite distinguir entre delincuencia (cuyo estudio, a partir de una definición dada de legalidad, considera la frecuencia y la naturaleza de los delitos cometidos) y criminología (que considera la personalidad, las motivaciones y las capacidades de reinserción del delincuente).

Visto el concepto de delincuencia, resulta necesario delimitar el adjetivo de juvenil, es decir, ¿cuándo la delincuencia es juvenil? Vaya por delante que no podemos emplear al objeto de este trabajo el significado etimológico de tal adjetivo, pues desde este punto de vista, quiere decir lo relacionado con la juventud. Y no es aplicable, decimos, este concepto etimológico, porque dentro del campo de las ciencias penales viene entendiéndose por delincuencia juvenil la llevada a cabo por personas que no han alcanzado aún la mayoría de edad, mayoría de edad evidentemente penal.

La delincuencia Juvenil

Apuntábamos en páginas anteriores que el término delincuencia juvenil no tiene el mismo significado para todos los criminólogos. Difieren básicamente en dos puntos

- ◆ El primero en determinar la edad a partir de la cual se puede hablar de delincuente juvenil y
- ◆ El segundo, que radica en determinar cuáles deben ser las conductas que dan lugar a calificar a un joven como delincuente.

Por cuanto hace a la edad en que podemos referirnos a la delincuencia juvenil, participamos del criterio de estimar como tales a los que cuentan con más de 14 años de edad.

El menor infractor lo podrá ser hasta los 14 años de edad, a partir de este límite, deberá ser considerado como delincuente juvenil con los grados de responsabilidad ya apuntados, los que desde luego no tienen pretensión de definitividad, pues dependerá de los estudios que en lo futuro se realicen y que permitan conocer los fenómenos físicos y psíquicos del adolescente que puedan obligar a variar los límites de edad ya señalados, los que están apoyados en los estudios más aceptados hasta la fecha.

El anterior punto de vista, no es actualmente el que aceptan la mayoría de los Códigos penales de la República, pues por ejemplo el Código del Distrito Federal y el estado de México, fijan como límite para la responsabilidad penal la edad de 18 años, el Código Penal de Durango se inclina por el límite de 16 años y en igual sentido el de Tamaulipas y otros Estados.

La delincuencia juvenil y entorno social.

El estudio de la criminalidad juvenil constituye un tema de actualidad, no sólo del derecho penal, sino también de la criminología y de las ciencias conexas. El constante aumento de los conflictos sociales, y con ellos el de la delincuencia, ha incrementado el interés por el tema, tanto en los países industrializados o centrales, como también en los llamados países periféricos, como son los de América Latina.

Para comprender el interés por el análisis y la búsqueda de soluciones para la delincuencia juvenil, es necesario ubicar este fenómeno dentro de la problemática de la sociedad actual. La estructura social en que les ha tocado vivir a los niños y jóvenes de hoy, está caracterizada por una complejidad cada vez mayor, donde la búsqueda de soluciones no depende ni de fórmulas tradicionales, ni de líderes carismáticos.

La delincuencia juvenil se ubica, por lo menos en América Latina, dentro de un contexto social caracterizado por grupos de niños y adolescentes ubicados dentro de niveles de miseria o pobreza, desempleo, narcotráfico, concentración urbana, baja escolaridad o analfabetismo, agresiones sexuales y desintegración familiar. A estos grupos sociales se les ha negado todos los derechos humanos, tales como el derecho a la vida, la salud, la educación, la vivienda, en fin, el derecho al desarrollo.

Sumado a este contexto, hay que agregar que la sociedad actual se caracteriza por un debilitamiento de los sistemas tradicionales de apoyo para el desarrollo de la niñez y de la adolescencia. Quisiéramos mencionar, por lo menos, tres medios de apoyo que con los cambios sociales, se han debilitado como para dar una respuesta efectiva al desarrollo de la niñez y de los adolescentes. En primer lugar tenemos que mencionar a La Familia. Los medios de comunicación, sobre todo la televisión, han suprimido la jerarquía y hegemonía que la familia tenía como formadora de costumbres sociales.

Además, la incorporación de la mujer al sistema laboral, por necesidad u oportunidades de desarrollo, y otros cambios en la estructura familiar, como la ausencia generalizada del padre, replantean las relaciones del niño y del joven. La Escuela, por su parte, se caracteriza por un marcado énfasis academicista y por la competitividad feroz, borrando el sentido comunitario y la promoción del desarrollo integral de los jóvenes. Además, los Sistemas de Asistencia y Recreación, como apoyos alternativos, son mínimos y siempre insuficientes para la satisfacción de las necesidades de la población juvenil.

Por último, quisiéramos manifestar que la delincuencia juvenil es el resultado de la combinación de diversos factores de riesgo y respuesta social. Se presenta en toda sociedad, en donde los antivalores de violencia, agresividad, competencia salvaje, consumo, se imponen a los valores supremos de la sociedad,

como la tolerancia, la solidaridad y la justicia.

6.6 Fármacodependencia.

En el lenguaje popular y científico existen varios términos que de alguna manera indican la relación de una persona con una sustancia: drogadicción, alcoholismo, fármacodependencia, tóxicodependencia, adicción.

La Farmacodependencia se define como un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un individuo y un fármaco, caracterizado por los comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia.

La Dependencia Física consiste en la adaptación fisiológica a una sustancia. Algunos autores la denominan también neuro adaptación. El consumo permanente de psicoactivos produce modificaciones en el sistema nervioso central, en la neuronas, sinapsis, etc. El organismo se acostumbra a recibir su dosis de psicoactivos; al no serle suministrada ésta, se origina la protesta: el comienzo de la crisis de abstinencia. El organismo biológicamente hablando, comienza a necesitar, a depender de una sustancia.

La Dependencia Psicológica se define como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor. Convierte al consumidor en una especie de esclavo, que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir al bastón, en cuya ausencia le será imposible caminar.

Es importante aclarar que los dos fenómenos descritos están relacionados: lo psíquico y lo físico son los componentes del individuo, Hay momentos donde pesa más uno de los dos, pero siempre existe una mutua influencia.

Algunos tipos de sustancias psicoactivas son los siguientes:

- **ALCOHOL:** Inicialmente desinhibe a la persona. La vuelve extrovertida. Después la deprime. Es considerada depresor del SNC.

Algunos efectos: Produce dependencia psicológica, física y tolerancia. Esta última puede frenarse, es decir que en algún momento la persona con la ingestión de unas pocas cervezas, o tragos, se emborracha. Por el contrario, en la mayoría de los otros psicoactivos la persona tiene que consumir cada vez más sustancias para sentir sus efectos. El alcohol afecta el razonamiento, la memoria (se producen lagunas). La suspensión repentina del consumo de alcohol por parte de un adicto puede producir temblores, alucinaciones y hasta convulsiones.

- **TRANQUILIZANTES:** Son medicamentos depresores del SNC.

Algunos efectos: pueden producir sueño, desinterés. Son relajantes. Disminuyen la ansiedad y afectan el Sistema Límbico y el hipotálamo. La interrupción repentina del consumo puede producir insomnio, temblores, delirios y convulsiones. Conocidos como pepas.

- **BARBITÚRICOS:** Son medicamentos depresores del SNC

Algunos efectos: sirven como antiepilépticos, anestésicos y sedantes. Producen muchos cambios en el carácter de la persona, falta de coordinación motora, desórdenes en el razonamiento. Afectan el bulbo raquídeo. Como en el caso de los tranquilizantes menores, la interrupción repentina del consumo puede producir temblores, delirios y convulsiones. Conocidos como diablo rojo, arco iris, cielo azul.

Algunos son: Seconal, Fenobarbital, Tuinal, Nembutal.

- **OPIO:** Depresor del SNC. Es el jugo o sustancia base de origen natural de la *Papaver Somniferum Album*.

Algunos efectos: produce sueño, cambio de humor, dificultad de concentración, disminución de los dolores, dependencia física y psicológica, tolerancia, crisis de abstinencia, afecta el sistema cardíaco, vascular y gastrointestinal. La interrupción del consumo puede producir vómitos, mareos y convulsiones.

- **MORFINA:** Es el principal alcaloide del opio. Depresor del SNC.

Algunos efectos: Produce sueño, disminuye las sensaciones de dolor, afecta el hígado y el sistema cardiovascular y gastrointestinal. El humor o genio es muy variable. La dificultad para concentrarse es muy notoria.

- **HEROÍNA:** Derivado de la morfina.

Algunos efectos: Produce un flash muy caliente que progresivamente recorre todo el cuerpo con sensaciones lumbares y abdominales que el adicto define como un orgasmo generalizado. Después vienen los efectos tranquilizantes, analgésicos y algo de euforia. La suspensión produce temblores, rinorrea, diarrea, escalofríos, depresión e insomnio.

- **TABACO:** Estimulante del SNC.

Algunos efectos: produce una sensación de energía y relajación muscular. El humo del cigarrillo contiene cerca de cuatro mil sustancias varias de las cuales son cancerígenas. La nicotina es la más influyente en la dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia.

- **INHALANTES:** Depresores del SNC. Normalmente son productos sintéticos derivados del petróleo. Normalmente son los más utilizados por los niños o gamines de la calle.

Algunos efectos: embriaguez, pérdida del apetito, cansancio muscular, tos, hemorragia, trastornos en la percepción. A largo plazo pueden causar hepatitis y lesiones cerebrales. Origina dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia. Conocidas como pegantes y chupar.

Algunos son: thinner, gasolina, pegantes, nafta, quita manchas y pinturas.

- **CANNABIS:** planta de la cual se deriva la marihuana.

Algunos efectos: puede ser estimulante, sedativo o un alucinante. En los hombres la cantidad y calidad de los espermatozoides se ven afectadas y en las mujeres son frecuente los problemas menstruales. Conocido como la hierva y la mona.

- **ANFETAMINAS:** estimulante del SNC.

Algunos efectos: aceleran los ritmos cardio-respiratorios, disminuyen el apetito, causan mareos, ansiedad, sudoraciones abundantes. El consumo crónico puede causar alucinaciones y delirios de persecución. Conocidas como pepas, speed, despertadores.

Algunos nombres: benzedrina, dexedrina y bifetamina.

- **COCAINA:** estimulante del SNC.

Algunos efectos: aumento del ritmo cardiaco y respiratorio. Sensación de placer. Aumento de la capacidad de atención, disminución de la fatiga, sed y hambre. Aumento del deseo sexual, pero a la vez impedimento de la erección. Ansiedad, agitación, convulsiones. Cuando su uso es crónico pueden aparecer ideas persecutorias y agresividad. Se conoce como *perico* y *nieve*.

CONDUCTAS Y RASGOS DE CARÁCTER DEL ADICTO

En el análisis de los toxicómanos nos hemos encontrado con características de órdenes muy diferentes y sin embargo, comunes y presentes en casi todos ellos:

- Conducta Compulsiva en busca de gratificaciones regresivas, se toma la droga compulsivamente o se pretende frenar el descontrol emocional mediante ella por deficiente control de los impulsos, especialmente en crisis o arrebatos del conflicto narcisista profundo, como ocurre en los bebedores ocasionales en los que una herida en su autoestima les precipita en el acto compulsivo.
- Falta de tolerancia a las frustraciones que en la mayoría de las ocasiones no son en realidad tales, pero el sujeto las convierte en traumáticas.
- Inestabilidad afectiva dado que tienen ideas contradictorias de lo que son y desean.
- Alteración de la identidad, la mayoría de las propagandas de las drogas legales está basada en el poder de las mismas de dar una identidad definida.
- Juicio alterado de su realidad por exceso o por defecto de autovaloración. Existen licores que basan su propaganda en este fallo de la personalidad. Síntomas que nos hablan de alteración o patología de los sistemas yoicos afectados por la excesiva carga que supone el uso abusivo de las proyecciones. Se sienten débiles y sin valor y lo tienen, pero lo han transferido a otros. Al licor, a las drogas, al dinero.
- Fallos en las sublimaciones por eso mismo la publicidad les excita por el lado del sexo mecánico, exótico en paraísos agrestes, solitarios. Son personas que se aburren de los productos de la cultura humana y por eso, toda su juerga acaba en el bar. Igualmente encontraremos frecuentemente la tríada: regresión, oralidad y narcisismo. En esta tríada están basados los anuncios de los cigarrillos americanos.
- Influenciables, aunque no siempre por lo bueno (con lo que no suele identificarse, ni apenas percibir). Suelen descargar sus aspectos desvalorizados sobre la familia a la que dejan perder o no la aprovechan como fuente de gratificación, creando a su alrededor pseudo familias en los grupos donde convive.
- Suelen ser personas fluctuantes, ambivalentes, influenciados por la opinión del último que les dice algo, de lo último que se lleva, de su último impulso.
- Suelen ser inquietos en el plano narcisista, van de flor en flor, de tema en tema, de trabajo en trabajo, etc. Siempre deseando con avidez, son demasiado sensibles a una opinión contraria.
- Por su falta de autoestima se verán siempre amenazados, lo que les da esa particular capacidad para estar siempre alerta ante la pérdida de su sitio; y su sitio tiene que ser el primero dado que se consideran los tontos incapaces de dejar lo que los arruina.

- **Personalidad disociada** , encantadores de puertas para afuera y destructivos en casa y en familia.
- **Predominio de lo mágico, pregenital y fálico**, como opuesto a las cosas conseguidas después de un esfuerzo y una preparación tenaces, de la superación personal con método, trabajo planificado, concentración y con la ayuda adecuada para superar las limitaciones propias.
- **Mediante una acción se intenta bloquear o enquistar, fijando con la sustancia adictiva la amenaza del yo** (todo yo débil se siente amenazado desde el propio sujeto y desde el exterior).

ORIGEN DE LA FARMACODEPENDENCIA

Diariamente se presenta con mayor frecuencia sujetos que han iniciado su consumo de drogas en la pubertad (8-10 años) y adolescencia temprana (15 años). Algunos interrumpen dicho consumo, mientras que otros lo perpetúan. Pero, ¿qué factores intervienen para que esto se produzca? Un factor a considerar podría ser la estructura de personalidad de la pareja parental –por ejemplo, un cuadro narcisista grave, esto es, narcisismo en tanto estructura que subyace determinados cuadros comportamentales, tales como psicosis, perversiones, paranoia e hipocondría-. Otros factores que también se consideran podrían ser cuadros de alcoholismo o drogadicción en los padres. Se supone en consecuencia que la incidencia de los vínculos tempranos en la personalidad del adicto crónico es un factor primordial a reflexionar.

CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO

Sabemos que las drogas, representan un ente ideal, mediante el cual se busca un estado de grandeza, que es utilizada para aumentar la disociación y para evitar los rigores del Súper-Yo, conservar el pensamiento mágico y onnipotente impiden al sujeto percatarse de la dirección en que van sus impulsos: la de la autodestrucción.

Todo esto nos debe hacer pensar que se requiere una gran preparación para poder ayudar a estas personas mediante la técnica psicoanalítica que se describirá a continuación.

Un tratamiento psicoanalítico promueve cambios en las personas durante el acto terapéutico y después del mismo. Esto es especialmente delicado en los adictos, pues cada vez que se produce una mejoría le suele seguir un empeoramiento, una vuelta a la droga. Los pacientes durante el tratamiento, aprenden a valorar la angustia como una señal de aviso que no es necesario tapar con droga, porque puede enseñarnos bastante de lo que somos. Se levantan las represiones patológicas. Todos estos cambios indican que disminuye la ansiedad siendo capaces de poner en palabras sus estados de ánimo en vez de actuarlos y transformarlos en el ritual de la toma de la droga. Todo va acercando al sujeto a integrar su personalidad disociada y/o utilizar la disociación de manera instrumental.

Riesgo del Tratamiento:

El paciente en su proceso de recuperación debe aprender a desdrogarse, o recuperar su capacidad de vivir sin drogas si previamente había tenido logros en los cuales poder apoyarse para su recuperación.

Ningún objetivo es más temido que éste, y el momento más riesgoso del proceso terapéutico es cuando se sienten bien y pueden salir solos y/o regresar a sus hogares (en el caso de los internados), pues deben enfrentar las realidades en las que huyeron en el mundo ilusorio de las drogas. En este sentido, experimentan un tipo de reacción similar a la que caracteriza el proceso de recuperación del psicótico. Debemos, entonces, prepararlos para que puedan tolerar esta situación, pues por norma general encuentran droga en algún lugar donde la tenían escondida, siempre por casualidad; o también por

casualidad se encuentran con alguno de sus amigos y/o proveedores que les hacen un regalito.

En la actualidad la causa más común de las recaídas en la droga, es la incapacidad de estos sujetos de tolerar el límite, que significa decir no al consumo del alcohol, ya que éste reactiva la necesidad de la droga, en especial de la cocaína.