

CIENCIAS DE LA CONDDUCTA I.

TEMARIO.

- Introducción(Pág.2).
- Motivación de la conducta(Pág.8).
- Emociones y sentimientos(Pág. 12).
- El aprendizaje(Pág. 14).
- La personalidad(Pág. 18).
- Las actitudes(Pág.22).
- El pensamiento(Pág. 25).
- Psicología evolutiva(Pág. 27).
- Teoría de la psicología evolutiva(Pág. 31).

CIENCIAS DE LA CONDUCTAIL.

TEMARIO.

- Psicología social. Enfermería psicosocial(Pág. 55).
- El grupo. Dinámica de grupos(Pág. 56).
- El liderazgo(Pág. 59).
- La familia(Pág. 62).
- Las entrevistas(Pág. 63).
- Rol de paciente bueno y paciente malo(Pág. 64).
- El dolor(Pág. 66).
- Relación enfermera- paciente(Pág. 68).
- Aspectos psicosociales del paciente quirúrgico(Pág. 70).
- Aspectos psicosociales del paciente crónico(Pág. 73).
- Enfermedades psicosomáticas(Pág. 75).
- Aspectos psicosociales del paciente terminal(Pág. 79).

CIENCIAS DE LA CODUCTA III.

TEMARIO.

- Trastornos de la conciencia(Pág. 81).
- Trastornos de la atención(Pág. 82).
- Trastornos de la orientación temporo- espacial(Pág. 82).
- Trastornos de la sensopercepción(Pág. 83).
- Trastornos del pensamiento(Pág. 85).
- Trastornos de la afectividad(Pág. 87).
- Trastornos de la psicomotricidad(Pág. 89).
- Trastornos de la memoria(Pág. 90).
- Trastornos de la inteligencia.
- Trastornos sexuales.

CIENCIAS DEL ACONDUCTA I.

TEMA 1: INTRODUCCIÓN.

Comenzaremos este tema con definiciones importantes que se utilizan y que nos serán de ayuda posteriormente.

- Conductas o comportamientos:

Son todas las manifestaciones que presenta una persona de una manera observable o no, es decir, es mas fácil identificar conductas que observas(como leer), que las no observables(como pensar), incluso algunas engañan(puedes hacer que lees).

Los sentimientos, aptitudes, actitudes... etc. Se integran dentro de la conducta no observable, y se denomina inconsciente. Se va a establecer un análisis en función de si es:

–conducta normal.

–conducta social.

–conducta adaptativa(Adaptación de la persona al medio que le rodea).

–conducta insana(Beber, fumar...).

- Psicología:

La psicología intenta conocer a las personas y él porque de ciertas conductas. Es decir, va a estudiar al ser humano desde el punto de vista de su comportamiento o conducta, y por otra parte de sus estados de conciencia(motivaciones, intereses, porqués...).

Lo hace para conocer al ser humano, y además intenta formular leyes, normas que den explicación a los fenómenos, a lo que ocurre en el ser humano y poder modificarlo. Por eso formula diferentes teorías y normas. El objetivo de la psicología es conocer, entender y modificar.

El método seguido es el hipotético deductivo(M.M.D.) que sigue los siguientes pasos:

- Observación: Recogida de datos observables en la situación cotidiana.
- Formulación de hipótesis: Intenta explicar los fenómenos observados.
- Deducción: Somete experimentalmente la hipótesis formulada. Se busca él porque de lo ocurrido.
- Verificación: Datos demostrativos de lo ocurrido en el papel.

Si se demuestra a nivel del análisis, la hipótesis queda demostrada, verificando el punto 1.

Enfermería:

La enfermería es una profesión cuya responsabilidad primaria es ayudar a las personas y grupos a funcionar de forma óptima en los diferentes estados de salud o enfermedad, es decir, cuando las personas por si mismas no pueden valerse o cuando no pueden ejercitar o ejecutar actividades que contribuyen a la salud.

Enfermería no es solo cuidar a personas enfermas, sino, una función importante es promover, promocionar situaciones de salud y bienestar(En personas mayores, en la educación...). Se acompaña a los pacientes agónicos o terminales y se comparten responsabilidades entre compañeros de trabajo, ya que la enfermera no es la ayudante del médico. Tiene una función también rehabilitada o recuperadora de dificultades o situaciones de los pacientes

El éxito de la buena función de una enfermera, estaría en promover la situación de bienestar evitando la

enfermedad, es decir, evitar que el paciente enferme.

- Concepto de salud:

Su significado a lo largo de la historia estaba ligado a un concepto negativo. Este concepto no es suficiente porque no nos explica situaciones que no son ni de enfermedad, ni de salud, sino que están en una zona neutra (enfermedades mentales: depresión, escepticismo...), donde no hay un diagnóstico claro.

- Definición de la O.M.S.(1946):

Se entiende por salud al completo o máximo bienestar físico, mental y social.

Social porque hay una población a nivel mundial que no puede permitirse unas buenas condiciones. Esta definición es una utopía.

Esta teoría tiene críticas porque se piensa que sería mejor contemplar determinados aspectos de salud o enfermedad. El nivel óptimo es difícil de alcanzar pero se pueden ver niveles distintos de salud. No siempre se llega a tener un tipo de vida que no nos dé un diagnóstico de enfermedad en el futuro.

Beber, fumar... son conductas no saludables que pueden llegar a producirnos enfermedad, por eso se debe potenciar, promover la salud.

¿Qué determina la salud?

Se vive en un medio determinado y el análisis del nivel de salud del medio viene determinado por las variables determinantes de salud, que son las siguientes:

- Medio ambiente: Contaminación física, química, psicosocial, biológica... etc.
- Estilo de vida (Conductas de salud).
- Sistema de asistencia sanitaria.
- Biología humana. Capacidad de salud que tengamos (Con qué personas cuento).

M. Ambiente. E. De vida. B. Humana Sanidad.

- Conductas:

La palabra conducta o comportamiento fue incorporada a la psicología desde otros campos del conocimiento (Química, biología...), que utilizaban este término para describir los hechos observables directamente.

La psicología usa este término en un principio para explicar las manifestaciones del ser humano. Watson en 1903 da una definición de conducta:

- Se entiende por conducta en psicología a todos los hechos que presenta el ser humano y que pueden registrarse, medirse, evaluarse... directamente

Con esta definición creó una corriente de pensamiento que se llama conductismo. La palabra conducta es latina y significa "seguir, guiar... Con esto Watson aportaba a la definición que cualquier hecho es conducido por algo, provocado por algo (Estímulo).

- Estímulo:

Elemento que estimula a la persona, animal y que da lugar a una respuesta.

Esta definición tiene ciertos inconvenientes ya que muchos interrogantes no los respondía esta corriente, por ejemplo, pensar no se registra fácilmente, soñar, emociones. Etc.

Vamos a manejar un concepto de conducta no conductista, sino mas dialéctico que de respuesta a lo que ocurre en el individuo. Conducta se entiende por:

Todas las manifestaciones(fisiológicas, motrices, verbales y mentales) del ser humano cualesquiera que sean las formas de presentación(la conducta implica seguir un estímulo).

- conducta como tema central en psicología:

La conducta siempre se estudia en función del sujeto que actúa, es decir, en función:

- De su personalidad; emociones, sucesos que lo marcan... etc.
- Del contexto social; ámbito en el que se mueve esa persona del que es inseparable.

Se estudiará como proceso y no cosa. Como el ser humano que presenta conductas variables, dinámicas y no como la persona que reacciona de determinada manera, estática.

Hower y Kluckhohn estudiaron, analizaron y dijeron que toda conducta tiene las siguientes proporciones o presupuestos:

- La conducta es funcional; Toda conducta tiene una finalidad.
- La conducta implica siempre un conflicto o ambivalencia, sé decir, nuestra reacción tiene dos caras y eso crea conflicto(amor-odio hacia una persona).
- Toda conducta solo puede ser comprendida en el contexto en el que ocurre. No se puede descontextualizar una conducta de un ámbito a otro.
- Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima consistencia interna. La aplicación del principio de homeostasis produce en el ser humano conductas que no rompan su equilibrio mental y físico. Hacemos conductas adaptativas, para que en nuestro organismo no se produzcan roturas, esquizofrenias en el individuo, es decir, las respuestas están dentro de un patrón social

Estas proposiciones las recoge el psicoanálisis, la antropología social y la psicología del aprendizaje.

Kant pensaba que lo corporal y lo mental son una unidad inseparable.

Hay una sola unidad en la conducta, que se divide en áreas de conductas todas ellas iguales de importantes, por eso se representa mediante círculos concéntricos.

- Fenómenos que provienen de la mente.
- Fenómeno que proviene de cuerpo.
- Todo lo que ocurre en el mundo exterior.

La dominancia de un área sobre otra, no se refiere a que sea o no importante, sino que es la que más se exterioriza.

SUJETO

ESTIMULACIÓN MOVIMIENTO EFECTOS OTROS

MEDIO IMPERSONAL

Todo estudio de la conducta, debe seguir este esquema.

El estímulo es un elemento que activa, inicia, ocasiona un movimiento, una reacción. Este movimiento forma parte del proceso de conducta y produce unos efectos que recaen sobre el mismo sujeto, sobre otros sujetos o sobre un medio impersonal.

Para estudiar la conducta hay que abarcar, comprender todo lo que la produce, es decir, el esquema no es mas que otras manera de representar el estudio de las conductas, cuando las estudiamos. La estimulación puede ser simbólica a nivel de razonamiento, imaginación..., por ejemplo, cuando estoy sentado y de repente decido hacer algo. Utilizamos el pensamiento para hacer cosas.

- conducta y situación:

La conducta solo se puede estudiar y entender en el lugar en que ocurre, entonces para encontrar a un paciente, se debe tener en cuenta la situación en que se encuentra.

Las conductas tienen diferentes valoraciones según el sujeto agente de la conducta, sea un niño, un joven, un viejo... . Si el paciente se encuentra solo o en grupo pues este determina muchas veces una pauta de comportamiento, la personalidad... etc. Por lo que llegamos a la conclusión de que todo esto interpreta la conducta del sujeto, según la situación en que se encuentre el análisis e interpretación serán diferentes.

- Áreas de conducta y su desarrollo:

¿Cómo se desarrolla el ser humano a la hora de comportarse? ¿Ya tiene las áreas de comportamiento o las desarrolla mas tarde? A lo largo del desarrollo físico, mental, y social de la persona, las áreas de conducta(1, 2, 3) no tienen las mismas funciones y al principio no están constituidas.

La primera en aparecer y formarse es la 2(Corporal) pues por ejemplo, un bebé, todo lo que conoce, lo conoce a través de su cuerpo, su organismo. Progresivamente va madurando el área 2, y se incorpora el área 3(Exterior), pues una de las características del niño en su primer año, es que descubre lo que le rodea, diferencia personas... etc. Y por último aparece el área 1(Mental) que es un área que tarda en formarse, es relativamente tardía en su desarrollo, pues requiere una discriminación entre el yo corporal y el mundo que le rodea y por lo tanto es cuando es capaz de pensar, imaginar, recordar un objeto(Simbolizar)... etc. El área 1 aparece entre los 3 y 5 años cuando se empieza a dominar el lenguaje. Las áreas no están superpuestas y su desarrollo necesita tiempo.

- Las conductas: Ansiedad.

No solo se encuentra en personas con problemas o aquejadas de enfermedades, sino que en la vida diaria.
Definición de la conducta de ansiedad:

Es una conducta desorganizada o desordenada que tiende a organizarse u ordenarse como todo desequilibrio del campo psicológico(Sinónimos; tensión, estrés. Parecidas; angustia, miedo).

En las áreas de conducta, el término ansiedad pertenece al área 1, te sientes mal, intranquila, nerviosa... Se nota a nivel sensitivo no lo observan(No estoy igual que siempre), es mental.

El término angustia pertenece al área 2, sería una especie de manifestación corporal(Me duele la cabeza, tengo dolor de estómago), es la manifestación corporal, está localizada.

El término miedo se englobaría en el área 3, sería la situación en la que te encuentras y que provoca lo otro, que podría ser una futura situación.

El hecho de estar vivo determina ya algo de ansiedad, forma parte del ser humano. El problema se presenta cuando la ansiedad es excesiva. Lo correcto sería conseguir el nivel óptimo para establecer conductas de equilibrio. En los propios profesionales de enfermería aparece una ansiedad debida a la situación de trabajo que hay que saber controlar. El hecho de convivir en ambientes cargados de ansiedad la provocan en el individuo.

La ansiedad en si se puede definir como: Estado emocional equivalente a intranquilidad, nerviosismo, irritación e incluso de la actitud de desconfianza de algunas personas

Serían diferentes caras de la ansiedad, algunas personas añaden a esto la sensación de temor, que no es lo mismo, pues la conducta de temor se localiza en algo concreto(Me da miedo algo), el temor no es sinónimo de ansiedad.

Una ansiedad excesiva conduce a ciertos trastornos, esta es la problemática y la que preocupa(Neurosis, fobias...). La ansiedad positiva es la que se presenta en niveles óptimos, no perturba ni desequilibra la conducta normal de una persona y que además nos permite funcionar adaptativamente como una persona. Los tipos básicos de ansiedad son tres:

- Ansiedad confusional.
- Ansiedad paranoide o persecutoria.
- Ansiedad depresiva.

Son básicas porque se encuentran en la conducta normal del hombre. Son ansiedades percibidas como un tipo de amenaza(La persona se ve amenazada psíquicamente, físicamente...). Otra característica de las tres es que pueden funcionar o existir en la persona sin ocasionar trastornos serios, cuando esto no es así ya no son básicas(Locura...)

- Ansiedad confusional:

Se define como la amenaza que siente una persona por no poder entender lo que ocurre dentro o fuera de sí misma. Por ejemplo, una enfermedad aguda en la que no entiende lo que ocurre puede provocarla. Ir a otro país con otras costumbres, no controlas la situación y no sabes que hacer.

Se suele dar esta situación en el preoperatorio(¿Qué me harán? ¿Quién? ¿Cómo?)

Esta ansiedad puede variar de grado según las condiciones.

- Ansiedad paranoide o persecutoria:

Paranoide, es una palabra que implica el sentir la amenaza por un ataque externo, que alguien o algo ponga en peligro nuestra integridad. Una persona que se ve siempre perseguida por algo. Sentimiento de ver o localizar en un hecho, peligro.

Esta ansiedad es normal cuando es explicativa, cuando no lo es trae consigo un desequilibrio(conducta exagerada patológica).

Este tipo de ansiedad es la que nos permite ir al médico cuando sentimos una malfunción inorgánica. Es un tipo de ansiedad que nos permite autocuidarse, protegernos frente a agresiones o peligros externos. Los trastornos comienzan cuando es una conducta exagerada no adaptativa, patológica.

- Ansiedad depresiva:

Esta ansiedad percibe amenaza, pero en este caso la amenaza es por pérdida, vaciamiento en el interés de seguir viviendo, Cuando llega una situación en que nada ni nadie tiene interés para él. Esta ansiedad tiene diferentes grados:

- Depresión leve; Manifestaciones somáticas como anorexia, fatiga, insomnio, desgana... etc.
- Depresión moderada; Se da en casos en que esa desgana pasa a tratar de tomar sustancias tóxicas(toxicomanías, alcoholismo...). Actuarían como conducta de escape, una huida a cualquier precio que puede ser la muerte.
- Ansiedad grave: Se llega al suicidio. Tan a disgusto se encuentra, que quiere quitarse la vida voluntariamente.

En el hospital se da n casos de depresión postoperatoria, que consiste en que el paciente presenta una ansiedad por la falta de interés en cuidarse, en tomar la medicación, la cicatriz... etc. Piensa que no es la misma persona.

De los tres tipos de ansiedad la depresiva es la más difícil de recuperar, pues los mismos pacientes dificultan dicha recuperación creando problemas. A veces se llega a dar tratamiento farmacológico para erradicar la depresión.

A nivel de hospital la enfermedad, nosotros vamos a encontrarnos con múltiples situaciones que dan lugar a conductas de ansiedad. El propio hecho de entrar en un hospital, conlleva una de las tres sobre todo la confusional. El dolor, la angustia de la separación, soledad, aislamiento, interrupción de las actividades de la vida cotidiana, percepción y rechazo y antipatía contra su enfermedad, frustración cara a los planes que tenía, confusión e incertidumbre por lo que me pasa o me va a pasar, insatisfacción de necesidades básicas diarias.

El grado máximo de ansiedad equivale al pánico. Sería incapaz de mantener una percepción clara de lo que ocurre, lo vería todo exageradamente. Hay una distorsión de la realidad e incapacidad de comunicarse. A nivel fisiológico se pueden observar espasmos, convulsiones inespecíficas producto de la ansiedad grave. También hay dificultad psicomotriz, falta de control de sí misma.

La ansiedad viene determinada por una serie de factores que la causan y son tres:

- Factores personales:
 - Autoconcepto o autoestima; como me veo.
 - Situación de la persona; ambiente.
- Factores familiares: Puede actuar positiva o negativamente. Puede crear dependencia, falta de comunicación, culpabilidad, inexistencia afectiva... La propia dinámica de la familia influye, es un factor muy importante.
- Factores sociales: Podemos entenderlos como productores de estrés a varios niveles:
 - Interpersonal; relaciones con la gente
 - Económico; ingresos, trabajo
 - Ambiental; contaminación, tráfico.

En todo esto se ve las causas de la ansiedad no se deben solo a la persona.

- Respuestas a la ansiedad.

Son muy variables, y en el fondo son conductas que tratan de ocultar, esconder, a esto se le llama mecanismos defensivos, y es lo que hacemos para evitar soportar lo que produce la ansiedad. En ansiedades graves no se puede desarrollar este tipo de mecanismos.

Podemos dar también respuestas activas, de afrontamiento activo. Este tipo de respuestas son aquellas que van a solucionar el problema, la situación que causa ansiedad, hay una toma de conciencia(Desempleo; buscar trabajo). Elaborar una serie de estrategias para tratar de eliminar las situaciones que causan ansiedad y que van por la línea del autocontrol, independencia... etc. Cuando una persona es capaz de enfrentarse a una situación y buscar alternativas, se puede considerar como un indicador de salud.

- Respuesta de enfermería ante una situación de ansiedad o estrés.

Para elaborar un plan de cuidados con pacientes que puedan experimentar situación de ansiedad, hay que partir de la premisa de que no hay dos personas iguales y que cada persona responde de manera diferente a iguales situaciones, y a situaciones diferentes. Como valor inicial(Punto de salida) debemos recoger toda la información posible sobre el paciente, su situación, su enfermedad... etc. Debemos valorar, analizar:

- El nivel de ansiedad del paciente: Una vez localizado este nivel debemos conocer lo que produce dicha ansiedad en el paciente.
 - Valoración de su estado físico.
 - Su comportamiento es explicativo de su ansiedad.
 - Pensamiento y sentimientos.
 - Físico.
 - Su conducta(Agresividad, calma...)
- Analizar las distintas estrategias de afrontamiento, valorar la capacidad que tiene el paciente para enfrentarse a las distintas situaciones de ansiedad. Se observa, si es capaz de asimilar su estado. (Puede haber una descarga en el personal que lo atiende).
- Analizar si existen personas–recurso, personas que ligadas a ese paciente son capaces de ofrecerle apoyo, comprensión, lo que necesite el paciente en el proceso de recuperación.
- Identificar el nivel propio de ansiedad del profesional. Hasta que punto en la relación con los pacientes responde de manera correcta o no, si dificulta o no la relación con el paciente a dicho nivel. La ansiedad del profesional juega un papel importante en esta relación.

- Objetivos de los cuidados de enfermería.

- Ayudar al paciente a explorar e identificar las causas de su ansiedad tanto a nivel interno como externo.
- Ayudar al paciente a reducir su estado de ansiedad mediante la puesta en práctica de un mecanismo adaptativo.
- Ayudar al paciente a tomar conciencia de aquellas conductas, respuestas de adaptación ineficaces que utiliza habitualmente.

Para ello debemos apoyar y asesorar al paciente, son las llamadas técnicas de ayuda al paciente:

- Asesoramiento; aconsejar, dar información al paciente. Es necesario informar al nivel de despejar dudas, temores, miedos... etc.
- Apoyo moral; es positivo cuando sabemos lo que quiere, lo que necesita. Cuando le damos respuesta a la demanda del paciente

Lo que una enfermera debe hacer primero es observar y escuchar, y después de esto dar una respuesta a la situación del paciente. Conocer lo que pasa, su situación y buscar como podemos ayudarle. Al verse dependiente, el paciente se ve de forma negativa, lo ve como una minusvalía, a nivel de autoestima esto es negativo. Debe, tiene que sentirse útil por encima de sus fuerzas.

- Ansiedad del profesional.

Hay múltiples situaciones que pueden dar lugar a reacciones de ansiedad en el profesional, y recibe el nombre de Burn-Out o también Estrés profesional. Esto se empezó a estudiar porque había comportamientos en los profesionales que eran comunes y se producían en situaciones de estrés. Este síndrome se produce como resultado de la relación que se crea entre el profesional y el desarrollo de su trabajo, es decir, como consecuencia de la desproporción que existe entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, en lo que demandan, mi responsabilidad y lo que recibo como beneficio productivo. Este tipo de estrés se da también en los profesionales que desempeñan una función de ayuda. Síntomas en este síndrome:

- Pérdida de confianza en uno mismo.
- Pérdida de autoestima, te sientes incompetente profesionalmente.
- Somatizaciones diversas, sintomatología variada sin diagnóstico.
- Dificultad de concentración.
- Disminución del rendimiento profesional.

Se presentan algunos, pero no siempre todos. La aparición del síndrome tiene etapas en las cuales se desarrolla, que son:

- Entusiasmo al empezar a trabajar.
- Desilusión con lo que me encontré (Depende del contexto).
- Frustración. Insatisfacción, inseguridad, sentirse incapaz de todo.
- Apatía. Momento en el que el desempeño de la función, profesión, sufre una total indiferencia.

Se pueden producir, en un periodo de tiempo largo, y el que se pase de una fase a otra depende del contexto en que se mueva (Agradable, estresante... etc.).

Las principales causas son:

- Derivadas de la propia sociedad, ya que se te exigen cosas que a veces van más allá de la persona, pero en cambio no se te reconoce el trabajo realizado.
- Exigencias de entrada en el medio laboral, como el ritmo de trabajo... etc.
- Situación de inseguridad.
- Rasgos de personalidad del profesional, ya que no todo afecta igual a todos. Por ejemplo, las personas que son activas, valoradas en su trabajo, a la larga son las más castigadas, pues la satisfacción personal no se equilibra con la respuesta en el ámbito laboral. Y aquellas que son sensibles, vulnerables, inseguras... etc., les suele afectar mucho este tipo de situaciones laborales

Para minimizar este síndrome hay medidas de prevención y afrontamiento del estrés profesional:

- Tener conocimiento de las propias limitaciones.
- Mentalización, grupos de comunicación dentro de los profesionales para plantear los problemas del medio en que trabajas, como lo percibes, como te afecta...
- Reciclaje profesional mediante cursos.
- Si hay culpabilidad por la ineficacia, no siempre es provocada por el profesional, la ineficacia, sino que hay muchos factores que dificultan el trabajo.
- Incomunicación entre profesionales, como rumores, distorsión de la información... etc.

TEMA 2: MOTIVACIÓN DE LA CONDUCTA

El concepto de motivación trata de explicar el porqué ocurren determinadas conductas (Sed, hambre, agresividad...).

Freud fue el primero que aportó el dato de que a nivel psicológico se pueden explicar las diferentes causas de porque ocurre un comportamiento, por ejemplo, la sed se puede explicar a través del organismo. El sueño también se puede explicar, pero la agresividad, arrastra muchos factores psicológicos, la motivación, saber el porque no es tan fácil ni hay una respuesta fácil.

A veces los motivos son fáciles de explicar y de localizar, ya que hay diferentes causas que explican el porque de la conducta, en cambio otras veces no se pueden localizar los motivos, pues como personas somos el resultado de muchas cosas; como la historia y experiencia personal que pueden ser positivas o negativas, nos movemos en un entorno determinado en donde esos factores pueden potenciarse, resultado de una cultura.

Vamos a estudiar las distintas motivaciones de una conducta, si hay un porque, tiene que haber algo que explique esta conducta, pues si estas existen es porque tenemos motivos para hacerlas. Los motivos pueden ser muy diferentes y complejos, habiendo dos tipos de motivos:

- Motivos inconscientes:

Muchas veces el propio paciente no puede explicar su propia conducta. Freud descubrió estos motivos que nos dificulta, ya que el propio sujeto desconoce su verdadera existencia, pero forman parte de la psique de la persona y están actuando en su forma de sentir, actuar... etc. Dando lugar a que nos manifestemos de una forma u otra, pueden explicar muchas reacciones.

La teoría de Freud analiza la conducta desde una perspectiva dinámica, no como una conducta aislada sino atendiendo a la situación en que ocurre, la relación persona-médico.

- Motivos conscientes:

Son todos aquellos porqués, que conoce, identifica y puede explicar el sujeto a la hora de expresar un conocimiento, una acción... etc.

Conceptos; impulso, necesidad, motivo.

El impulso y el motivo se parecen en que los dos explican el porque ocurren determinadas cosas, el porque desarrollamos un tipo de conductas. Pero se diferencian en que para explicar es muy momentáneo y solo se utiliza para explicar esa reacción.

La necesidad va implícita en cualquier conducta(Tengo necesidad de...). La necesidad resulta del aprendizaje(Aprender, se nos enseña a tener necesidades, afecto, seguridad, confianza...). En la relación con los demás hay una necesidad producto de la socialización de las personas. En función de las necesidades desarrollamos las conductas.

Estos tres conceptos desarrollan conductas pero son diferentes en intensidad, diferentes conceptos, quizá el mas completo sea el del motivo. En resumen;

El impulso tiene una mayor acción de dinamismo, es explicativo y responde a un área instintiva, que impulsa a hacer algo.

La necesidad es un elemento dentro de la conducta y que depende del aprendizaje.

El motivo es más amplio, implica todos los elementos causales que forman parte de una relación, de una conducta humana.

No siempre la conducta tiene motivo explicativo

MOTIVO; SED C. INSTRUMENTAL ALIVIO

No siempre es así, a veces algunos motivos no pueden ser satisfechos, no logran conseguir su objetivo y en ese momento se produce una situación conflicto. La situación conflicto (Pag. 109 del Manual) deriva a nivel psíquico en situaciones problema u ocasiona trastornos, porque se está ante una situación de conflicto, el sujeto no puede estar mucho tiempo en conflicto. Crean conflicto situaciones como:

- Dos situaciones atractivas en las que elegir crea conflicto atracción-rechazo.
- Dos situaciones una de atracción y otra de rechazo crea conflicto de atracción-rechazo.
- Dos situaciones de rechazo; conflicto de atracción-rechazo.
- Sujeto ante una única situación que tiene un lado positivo y otro negativo, este es el conflicto que produce mas problemas a nivel psicológico y mas difícil de resolver.

Cualquier relación afectiva donde hay sentimientos puede generar esta situación de conflicto (Amor- odio). Mientras esta situación sea llevadera no crea problemas, pero cuando se vuelve dominante en un sentido negativo, genera malestar, perturbación, un comportamiento esquizoide y para seguir manteniendo la relación se proyecta lo malo en la otra persona.

Puede generar ansiedad, distorsión de la realidad, con proyección, lo problemático es la medida en que aparecen los disturbios, los conflictos que me pueden sobrepasar, entonces no desarrollo mecanismos de defensa que me puedan sacar de la situación, me derrumbo, no tengo capacidad de afrontamiento.

Tipos de motivos: Pueden ser:

- Conscientes.
- Inconscientes.
- Primarios; no aprendidos (Sed, hambre, sueño...). Estos motivos son necesarios para que el organismo pueda desarrollar y no son exclusivos del ser humano.
- Secundarios; son aprendidos. Estos motivos son complejos y corresponden a un proceso de socialización, y los motivos serían inseparables de las necesidades. Puede ser una necesidad de prestigio, de éxito, de seguridad, una seguridad de toda clase (Afectiva, protectora... etc.), de reconocimiento por parte de los demás, de respeto, de tener amigos. Este tipo de necesidades, va implícito en un comportamiento que puede ser mas o menos importante para el individuo, dependencias de su personalidad, de su motivo prioritario.

Maslow, estudiando la actuación de cómo nos comportamos, desarrolló una pirámide de necesidades o motivos aprendidos. A veces los motivos se identifican con la necesidad.

- Pirámide de Maslow.

Éste, empezó u estudio del comportamiento y descubrió que hay un tipo de necesidades básicas llamadas fisiológicas, para poder sobrevivir, motivos primarios no aprendidos. Luego, necesidades de seguridad; afectiva, protección... etc. Luego necesidades de estima; lograr algo, aquello que llegue a ganarse la aprobación y reconocimiento. Luego necesidades cognitivas; derivadas del conocimiento, tenemos necesidad de saber, curiosidad, de explorar... etc. Luego necesidades estéticas; belleza, orden, todo tipo de equilibrio, simetría... etc. Luego, necesidades de autorrealización; sería un plano superior donde estaría también la autosatisfacción, en el momento en el que el individuo desarrolle su máximo, su meta mas alta en la vida.

Si todo esto lo aplicamos al comportamiento humano, algunos, debido a su situación se quedan en la base y no pueden acceder a la parte superior. Cuando se tengan cubiertas las necesidades que uno considera más importantes, se sube de fase, no siempre se realiza la pirámide, debido a que no se satisfacen las necesidades.

Autorelización

Estima

Muchos de los motivos, menos los fisiológicos, son interacciones sociales... etc., y dependen de la persona, de su carácter y situación en que se encuentre, la importancia que se le dé. Algunos motivos pueden ser conscientes o inconscientes, lo haces consciente o inconscientemente(En este caso no sabes el motivo).

Los deseos reales de una persona a veces están inconscientes debido al mecanismo de represión. Todo lo incómodo, negativo es suprimido por el inconsciente del sujeto para hacer la vida más llevadera. Esto ocurre de una manera que el individuo no controla, lo único que hace es intentar darle una explicación, racionalizarlo.

La represión la maneja la psique, no se puede manejar al antojo de cada persona, no se pueden manejar sentimientos que debido al malestar que producen se transforman en inconscientes son reprimidos.

Las necesidades varían a lo largo del ciclo vital, del desarrollo psicológico de la persona y son fundamentales en algunas conductas, siendo su base explicativa y sirviendo para mantener el equilibrio psicológico de la persona.

Es importante hablar de necesidades porque a la hora de estudiar las conductas, no solo nos interesan las conductas de las personas, sino, que necesitamos dar respuestas y explicarlas tanto si son saludables y conocidas como si no lo son.

Porque se presentan, cuales son las motivaciones y que necesidad tiene la persona para presentar conductas insanas, a estas preguntas no se les da respuestas fácilmente.

Por ejemplo, en la observación de los comportamientos la persona suele estar al tanto de la nocividad de la conducta si la tiene. La información no es suficiente si no prestamos mas atención a la motivación. Tenemos que tener en cuenta la valoración de una necesidad sobre otra.

- Cambio de una conducta nociva.

No sirve solo dar información, debemos conocer al receptor y sus verdaderas necesidades, para poder disminuir o cambiar una conducta nociva. Si le aplicamos una necesidad que para él es importante, le lleva a asumir un cambio de comportamiento. El ambiente va a influir mucho en este cambio.

Instrucciones para

cambiar la conducta.

Servicios para ayudar.

Medio ambiente favorable.

MENSAJE. Conducta

Actitudes

MOTIVACIONES.

Para cambiar la conducta hay que trabajar con sus motivaciones e intereses y darle una motivación de cambio,

porque se ha convencido, no porque se lo hayan dicho. La operatividad de una charla, para producir un cambio es mínimo, pues el individuo no suele identificarse ni motivarse para el cambio. La actitud influye mucho.

El miedo como método para cambiar una conducta no es efectivo, pues se desarrollan mecanismos defensivos contra él, como la huida, escape... etc.

Aparte de la motivación, hay que tener unas aptitudes sobre todo positivas; deseo hacerlo, quiero hacerlo... y se necesitan unas instrucciones para realizar el cambio, pues el individuo puede estar muy motivado, con buenas aptitudes y no saber como hacerlo, como conseguir la nueva conducta. También hay que tener en cuenta el ambiente que nos rodea y la situación en que estamos inmersos.

Resumiendo; muchas conductas no saludables son resultado de vivencias aprendidas, experiencias de aprendizaje. Aprendemos a comportarnos de una manera mas o menos saludable. Si aprendemos a comportarnos de una manera insana, podemos aprender también a comportarnos de una manera más saludable. Para ello deben darse unas condiciones individuales necesarias, como una motivación y una actitud positiva que favorezca la aparición de conductas sanas.

Pero no es suficiente si no contamos con el apoyo de un medio ambiente que favorezca nuestros hábitos saludables. En este medio ambiente hay:

- Microambiente; espacio reducido en el que me muevo y tengo los lazos afectivos más intensos.
- Macroambiente; todo lo que rodea en un sentido mas amplio. No hay relación tan particular ni directa.

Conclusión; para poder entender y comprender nuestras conductas debemos analizar todos los elementos que intervienen en la aparición de dichas conductas. No me sirve estudiar una conducta aisladamente, enfocando en el individuo su conducta, lo individualizamos sin dar oportunidad a un cambio.

La diferencia de otro planteamiento es que podemos observar que ocurre en esas conductas, pero no queda ahí sino, que tratamos de investigar evidencias, explicaciones del porque de esa conducta y siempre desde la perspectiva de modificarlo o cambiarlo. Factores que condicionan el motivo; Personales, sociales y ambientales.

TEMA 3: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

(Pág. 166 U.N.E.D.)

Las emociones y los sentimientos tienen importancia por lo referente a la vida afectiva, para valorar y juzgar los diferentes sentimientos que componen ésta en una persona. Es importante saber cuales son y como influyen en nuestra conducta.

Desde la enfermería, va a tener importancia porque desde el punto de vista del que trabaja con pacientes, van a aparecer situaciones donde hay sentimientos no siempre positivos, y hay que saber como concordarlos y como trata con ellos.

Las emociones y sentimientos son estados afectivos presentados por el ser humano. Se parecen en que pertenecen al área vivencial afectiva en cuanto a su forma de aparición y expresión.

La emoción surge ante una situación que aparece de repente, bruscamente. No es instintivo, ni tampoco innato y es el resultado de un aprendizaje. Por lo tanto, es adquirido por procesos complejos de aprendizajes de una cultura y por incorporación de vivencias personales.

Los sentimientos, en función de los seres sociales de nuestro contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar. Son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, si no que es producto de una situación progresiva que deja su huella.

No siempre es positivo, también puede ser negativo siendo el más preocupante, ya que pueden hacer aparecer ciertos trastornos en el individuo llamados negativos, que dificultan una relación. Con consecuencias en la estabilidad personal, nos hacen desarrollar comportamientos defensivos.

Desde el punto de vista de la enfermería, nos preocupan porque van a estar presentes, y el no conocerles puede dar lugar a perturbaciones en la relación con el paciente. Muchas veces los comportamientos son tergiversados porque ocultamos nuestros propios sentimientos. No podemos manejar los sentimientos inadecuadamente, lo que tengo es que canalizar, adecuar el sentimiento y no alterar la relación. Muchas veces lo que siento lo proyecto al enfermo, y no es correcto pues no conseguimos resultados positivos.

Para que todo esto tenga un análisis por parte del enfermero requiere unas técnicas de análisis como el siguiente:

Esquema de la ventana de Johnsi; es la vida afectiva representada por una ventana y propone una clasificación:

- Yo público; lo que se manifiesta.
- Yo privado; se conoce una parte.
- Yo privado; aspectos que se tienen y no se manifiestan.
- Yo interior; desconocido(Inconsciente). Algunos sentimientos de un tipo que en realidad son de otro tipo.

En los propios sentimientos de una persona no todo es conocido, ni es tan fácil manejarlo adecuadamente dando lugar a falsos juicios.

En enfermería para estar a gusto y prepararse para lo que me voy a encontrar:

- Autoconocimiento: Tengo que conocer lo que soy para ofrecer algo mejor, una mejor ayuda y cuidados. El autoconocimiento no surge instantáneamente, sigue un proceso en el que se diferencian los siguientes pasos:
- Autoescucha. Para poder abordar mejor una situación de maneras diferentes y no achándole la culpa al exterior.
- Escuchar a los otros. No es fácil, es un proceso indispensable para cualquier persona(Como te ven los demás).
- Observar a los otros. Aprender como se comportan los demás ante situaciones críticas o problemáticas, información de cómo se maneja en esas situaciones y efecto que los demás causan en mí mismo y yo en los demás(Cierta información).
- Hablando sobre sí mismo. Revelar a los demás como te sientes, como eres, debilidades, aficiones, problemas. ETC. Tiene aspectos positivos pues en una comunicación, así hay mayor aproximación, mayor comunicación y mayor grado de relación, es una forma de revelar a los demás como soy.

Todos estos aspectos desembocan en el autoconocimiento, que nos aporta mayor conocimiento sobre nosotros mismos, y así poder buscar estrategias de funcionamiento para mejorar las relaciones con los demás. No puedo ayudar cuando no conozco la situación. Cambiar el comportamiento para cambiar las situaciones

No siempre es posible expresar los sentimientos, ni reconocerlos fácilmente. Y cuando esto ocurre nuestro

funcionamiento psicológico lo hace de diferente manera. Estos sentimientos pueden alterar, perturbar el desarrollo psicológico de la persona, pudiendo provocar desordenes somáticos cuya causa no coincide con la existencia de una lesión orgánica ni trastornos neurovegetativos ni cerebrales determinados. Suelen ser provocados por sentimientos y emociones generalmente desagradables que no suelen ser reconocibles, aparecen trastornos somáticos y su etiología no es visible, correspondiendo con emociones o sentimientos desagradables.

Las emociones negativas van a ser las que pueden producir trastornos, que serían somáticos, cuya causa corresponde a alteraciones o vivencias de emociones desagradables. Recibes el nombre de Trastornos o alteraciones psicósomáticas, que son alteraciones cuya manifestación es física, pero está provocada por problemas, dificultades o emociones negativas en nuestro alrededor.

No todas las personas que tienen problemas tienen trastornos psicósomáticos, pues depende de sus vivencias, de su personalidad, de su modo de afrontamiento... Habiendo respuestas diferentes. Esta reacción psicósomática puede variar por el entorno, la situación, condiciones exteriores del medio... etc. También está la variable de susceptibilidad orgánica, somos más vulnerables o no, a reaccionar orgánicamente... etc.

- Trastornos psicósomáticos.

Son enfermedades difíciles de conocer, pues hay que admitir factores psicológicos en la aparición de la enfermedad y no son ni fáciles de observar, ni abandonar ni de tratar psicoterapeuticamente.

No todas las que vamos a nombrar son psicósomáticas, sino solo aquellas que en su explicación hay que tener en cuenta factores psicológicos:

- Alergias; asma, eccemas, urticaria... etc. En cualquier diagnóstico de cualquier enfermedad se valoran cada vez más los factores psicológicos.
- Enfermedades endocrinas; basedow, diabetes, algunas variedades de obesidad... etc. Algunos tipos de diabetes, si la persona tiene trastornos depresivos, agrava y retarda su recuperación.
- Enfermedades cardiovasculares; hipertensión arterial, hay disfunciones a nivel humoral, y desequilibrios en estados anímicos, y entonces cualquier emoción o sentimiento agrava el cuadro y repercute en el paciente.

Síndrome anginoso; hay un factor de personalidad tipo A (Ejecutivo...), infartos, anginas. Los rasgos de personalidad son; competición continua, estrés, ahoga sus verdaderas emociones, viven angustiosamente, son muy impulsivos y tienen una vida afectiva muy pobre.

- Enfermedades cutáneas; alteraciones de la dermis, psoriasis, vitiligo... etc.
- Enfermedades respiratorias; tuberculosis pulmonar, ciertos tipos de asma... etc. Son las más tradicionales donde la angustia ni deja expresar su verdadero estado de ánimo, suelen ser personas sensibles.
- Enfermedades ginecológicas;

Esterilidad psicógena; bloqueo emocional que no da lugar a la regulación, generando esterilidad.

Amenorrea; producida por disgustos o emociones desagradables.

- Aparato locomotor; lumbálgias, dorsálgias...
- Función nutritiva; generando trastornos de la nutrición como la anorexia mental, que solo es curable con ayuda psicoterapéutica. Bulimia y obesidad.

En algunos enfermos hay que tener en cuenta los factores psicológicos que pueden provocar su enfermedad.

Una emoción cuanto menos se manifieste hacia los demás, tanto mas perturbadora es interiormente.

Para la mejoría del trastorno psicosomático debemos de administrar un tratamiento mixto, algo que resuelva su patogeneidad y un método psicoterapéutico como búsqueda de sus orígenes, de los estados emocionales para así establecer cambios en su personalidad y poder vivenciarlos adecuadamente.

No siempre una emoción produce un desajuste orgánico, por lo que son agradables, si los provocan son desagradables. Y hay que tratarlos desde una pluricausalidad, entre los cuales hay que tener en cuenta las causas psicológicas, es decir, estos trastornos son influenciados, provocados por emociones, y no como repercute la enfermedad en nosotros, sino nosotros en la aparición de la enfermedad.

Los trastornos psicosomáticos aparecen a veces a nivel profesional. Muchas de las frustraciones se canalizan, y en vez de reconocer los problemas se manifiestan mediante síntomas corporales.

Las emociones no son las mismas, ni innatas, y dos situaciones dan lugar a que expresemos o sintamos las mismas emociones. Una misma situación puede dar lugar a dos reacciones diferentes. Detrás de estas dos formas de reaccionar hay una persona que está actuando, que no es la misma, la situación es igual pero cambia la persona, por eso se experimentan emociones diferentes.

Las emociones dependen de factores individuales (De la persona que experimenta la emoción), ya que las personas somos diferentes porque hemos aprendido de nuestras vivencias, experiencias, la familia, ambiente social... etc. Por ejemplo el ambiente familiar te puede ayudar o inhibir.

La persona a veces no dispone de habilidades (Por ejemplo lingüística).

Las emociones desempeñan un papel importante, en el equilibrio, en la salud, es una regulación en la vida emocional, nos predispone a manejar mejor las situaciones, a soportarlas mejor y a alcanzar la madurez (Capacidad para enfrentarse a situaciones problema) dándonos mayor equilibrio.

El estudiante por ejemplo está en periodo de formación de la madurez y cualquier cosa domina sobre lo racional, afectándoles muchas cosas. Aunque se tengan pocas habilidades, todo se aprende gracias a la experiencia, vivencias... etc.

TEMA 4: EL APRENDIZAJE.

Desde que tenemos uso de razón escuchamos este término, forma parte de la persona.

No nacemos aprendidos, los comportamientos son una serie de pautas que nos enseñan a lo largo de los años, son aprendidos en cierta forma.

Para poder vivir y coexistir aprendemos comportamientos, como sentir, vivenciar un hecho, las emociones, vivencias agradables o desagradables, todo un repertorio de escenas inseparables de nuestra forma de vivir y de ser.

Aprender no tiene solo un carácter intelectual (Adquirir conocimientos) en la mente, que se localiza en el área 1, también de habilidades físicas (Motrices, sensitivas...) localizadas en el sistema orgánico y que pertenece al área 2, ligada al cuerpo y un aprendizaje en el medio externo, como comportarnos, nuestro trabajo... etc. Que pertenece al área 3. Todo lo que hacemos y los comportamientos son aprendidos.

Este término explica la mayoría de nuestros comportamientos o reacciones, pues hay otras que son innatas como las del lactante.

El aprendizaje es un proceso fundamental en el ser humano que nos va a permitir adaptarnos al medio o a las múltiples situaciones del medio, que es cambiante. Es decir, no vale aprender un tipo de comportamiento y dejarlo ahí, sino que el aprendizaje cambia con el medio y me permite sobrevivir, adaptarme a él. Es decir, el aprendizaje no se acaba a una determinada edad, va con la persona. (Estudiar" Aprender).

La comunicación es un acto de transmitir mensajes que me ayudan y de los que aprendo. El medio además, no es estático, sino que es cambiante, dinámico, por tanto debemos de ir con él, para ser elementos activos y participantes en la sociedad.

Este proceso no siempre nos lleva a aprender lo positivo y saludable, es decir, lo que es mejor para la naturaleza humana. Aprendemos conductas, comportamientos, acciones saludables y no saludables también.

- Unidades básicas del aprendizaje. (Pág. 100 U.N.E.D.)

Se llaman así a los elementos que influyen en el aprendizaje. Son los elementos esenciales e imprescindibles para que se produzca la acción de aprender, y estos son:

- Estímulos; son situaciones o elementos que incitan, desencadenan, dinamizan un aprendizaje, y pueden ser:
- Elicitanes: Aquellos que por su propia presencia desencadenan, dan lugar a una respuesta o reacción, conducta significativa. Elicitan, estimulan una reacción(Oler comida– salivación o sensación de hambre).
- Reforzantes: Aquellos que suelen acompañar a la respuesta y produce un incremento de la misma, es decir, que el aprendizaje se mantenga o la conducta se realiza mas veces. Puede darse un autorefuerso, es decir, el refuerzo lo obtiene la propia persona. Se siente doblemente reforzada consigo mismo y por los demás. (Ej. : Algo que refuerza la conducta de estudiar, es aprobar, reforzando el aprendizaje).
- Discriminativos: Aquellos que están asociados a oros, pero aprendemos a diferenciarlos. Discrimino entre varias situaciones a cual pertenece. No siempre se da este tipo(Ej. : Huelo a comida– es cocido o carne o pescado...).
- Neutros: Aquellos que no tienen ninguna acción, no significa nada(Ej. : Un ruido de fondo que no altera el desarrollo del aprendizaje, pero que está ahí presente).
- Respuestas.
- Operantes o instrumentales: Aquellas que ocurren como resultado de realizar un aprendizaje. Ejemplo: Cualquier aprendizaje mecánico implica una situación previa para poder manejar un aparato.
- Reflejas o respondientes: No aprendidas que surgen de manera involuntaria o innata. A partir de los estímulos tenemos que tener en cuenta el medio, que es todo aquello que rodea, forma parte del individuo y que va a ser interesante a la hora de realizar el aprendizaje. Puede ser como el estímulo, pues muchas veces, en muchos casos van entrelazados, casi iguales. Funciona como un estímulo en el aprendizaje.

- Modelos de aprendizaje.

Se utilizan para estudiar una forma de aprender. Los más importantes, son:

- Condicionamiento clásico(C.C.).

Es el primer modelo de aprendizaje, la primera formulación teórica de un neurofisiólogo ruso, Iván Pavlov, que tuvo la aportación de observar como unos animales aprenden para establecer una reacción. Observando un aprendizaje, estableció una condición para que se produjeran dichos aprendizajes. La experiencia consistió en lo siguiente:

Tuvo a unos perros a los que cuando les daba de comer tocaba una campana. Los perros al ver la comida salivan, pero a la campana no le hacen caso. Repitió esto varias veces, hasta que al final, tocó la campana pero no llevó la comida, pero los perros al oírla comenzaban a salivar.

FASE A.

E.I. R.I. E.I(Comida) R.I(Salivación)

E.C. Respuesta E.I.(Sonido) Respuesta

(Contracción auricular)

En la segunda asociación introduce el elemento de aprendizaje.

FASE B. E.I.– Estímulo incondicionado.

R.I– Respuesta incondicionada.

E.C. E.C– Estímulo condicionado.

E.I. R.I R.C.– Respuesta condicionada.

Esto se repite varias veces.

FASE C. E.C. R.C Asocia la campana con comida.

SE ASOCIA

Este método, es un aprendizaje asociativo donde se relaciona el E.I. con el E.C. y ambos dan una única respuesta. Se podría aplicar para cambiar comportamientos aprendidos insaludables por saludables(Vicios sobre todo). El placebo que tiene problemas a largo plazo.

Para que se produzca el aprendizaje necesitamos ser gratificados, pues las conductas que nos parecen un castigo no las realizamos.

Castigo: Se emplea para eliminar ciertas conductas, pero no es un refuerzo, para cambiar un comportamiento no adecuado por uno adecuado. Es mal usado por los adultos hacia niños.

• Condicionamiento instrumental.

Es un aprendizaje por ensayo o error, es un aprendizaje operante(Sistema de estimulación compleja, compuesto por estímulos). Es un sistema de estímulo variados con sus respuestas, hasta el aprendizaje. Su autor es Thorndike y se basó en este ejemplo:

Se trabajó con animales y se puso una caja con una serie de mecanismos estimulares diferentes de forma que los animales tenían que aprender cual es el que abre la caja y coger así el alimento.

Se intenta realizar algo y en un momento dado conseguir lo que queremos o buscamos a partir de errores cometidos. Hay varios estímulos que se manipulan hasta que se da con la respuesta acertada y se recibe un refuerzo o recompensa, que en este caso es el alimento para los animales.

Lo nuevo de esta teoría, es que responde a los tipos de refuerzos por los que hacemos el aprendizaje. Si un aprendizaje es seguido de un refuerzo hace que se establezca, se fije y por lo tanto, se recuerde

El refuerzo puede ser positivo o negativo. El positivo es aquel que supone una gratificación o satisfacción para el que realiza el aprendizaje y negativo aquel por oposición, nos explica como se olvida un aprendizaje, pues

en el momento de hacerlo recibimos un castigo(Dolos, enfermedad... etc.). Lo que implica es una sensación de desagrado después de realizar la acción del aprendizaje, el castigo sería: Todo lo que se nos remite como desagradable, que se puede utilizar para extinguir respuestas. Aunque también hay reacciones diferentes(Placer al castigo, llamar la atención...), muchos repiten este modelo por los padres.

Estos modelos de aprendizaje son los más importantes, aunque vamos a describir algunos mas:

- Aprendizaje observacional.

Se observa un modelo que tomamos como tal. Se produce en cualquier etapa de la vida(Sobre todo en la infantil). Se produce por imitación, aprendes a resolver tus problemas, al no saber hacerlo se acuerda de conductas parecidas y las imita. Dicha imitación no se produce tal cual, sino determinados aspectos de la conducta imitada, es decir, cojo lo que me interesa de las pautas imitadas para manejarme.

Es un aprendizaje muy importante, pues en la sociedad se utiliza(Publicidad, modelos atractivos...). Es el modelo de aprendizaje social que más trata de socializar comportamientos.

- Aprendizaje cognoscitivo.

Ocurre porque tenemos una mente y desarrollamos en ella un razonamiento, que nos dé muchos métodos de aprendizaje, pero aprendemos unos cuantos que nos den opción a resolver todos los problemas de aprendizaje que se plantean,

Trato de resolver un problema a través de experiencias, estructuro aprendizajes anteriores para dar respuesta al problema. Estructuro conocimientos a nivel mental para adaptarnos bien a situaciones nuevas.

El refuerzo positivo o negativo no se puede hacer en cualquier momento, hay unos intervalos que son el espacio en el que se pueden aplicar, que debe acompañar a la conducta. Si se dilata en el tiempo, ya no tiene eficacia, para que tenga valor debe preceder, acompañar a la respuesta deseada.

- Factores de aprendizaje.

El aprendizaje no depende de la maduración del organismo, ya que un lactante puede aprender. Vamos a denominar:

- Factores individuales: Dependen de la propia persona que realiza el aprendizaje, y son;
- Factor de edad: Se sabe que es importante a la hora de programar o hacer aprendizajes, porque no se aprende igual a todas las edades, ni en todos los momentos de nuestra vida. Hay momentos mas o menos óptimos sobre todo aquellos aprendizajes de matices intelectuales o técnicos. Cuanto mayor seas, mas pautas están adquiridas y cuesta mas cambiarlas, siendo mas difícil adquirir nuevas pautas de comportamiento(Además a partir de cierta edad se pierden neuronas). La edad óptima de aprendizaje es cuando hay mayor capacidad de adaptación, asimilación, esta edad es tanto neurológica como biológica.
- Factor de inteligencia: Desde el punto de vista adaptativo, es la capacidad de respuesta o creación de respuestas ante situaciones nuevas, lo contrario sería la estereotipación.

La experiencia " mecánico. Hay actividad mental mas o menos participación activa, si no es difícil que se produzca el aprendizaje.

- Factor motivación y participación: Porque hay que ver el interés, sino me motivo no estoy incitado a aprender, tengo que estar implicado en lo que hago. Una vez motivado, la participación es muy importante pues si participo en lo que hago, me implico.
- Factor experiencias anteriores: Porque nos facilita la tarea de aprender, en mejores condiciones que otras

personas que no han tenido la experiencia anterior.

- Factores temporo-espaciales.

Aprendizaje distribuido.

El aprendizaje intensivo en un breve periodo de tiempo no es bueno para la memoria que tiene tres periodos; a corto, medio y largo plazo.

Entonces este aprendizaje hace que nos olvidemos antes de las cosas, pues un esfuerzo intensivo que nuestra mente no puede estructurar.

En cualquier estudio de aprendizaje se da una curva decreciente en el tiempo y si es intensivo la curva se hace mas pronunciada

En el juego de las palabras sin sentido se suelen recordar aquellas palabras que logramos relacionar con algo. Hay que tener en cuenta el factor miedo, en una situación de examen se traduce a ansiedad o tensión que tiene efectos negativos jugando un papel de inhibidor de la situación de aprendizaje. Por eso la situación de miedo como aprendizaje no resulta, pues el sujeto crea mecanismos de defensa. El castigo mal empleado tiene el mismo efecto

En las enfermedades, sobre todo de tipo crónico, el dolor se ve como castigo en el sentido de falta de atención a la recomendación sanitaria, es elemento activador de su mal comportamiento.

Los distintos modelos de aprendizaje nos sirven para entender los comportamientos de nuestra vida diaria, que son diferentes conductas aprendidas. El aprendizaje explica los diferentes comportamientos y hay teorías que nos sirven para explicar aquellas conductas insaludables o problemas que también son aprendidos. Si interesa cambiar la conducta negativa se sabe que la psicología del aprendizaje dice que a través de los mecanismos de aprendizaje se puede explicar como una persona puede conseguir este tipo de comportamiento saludable.

Para ello se desarrollan una serie de técnicas denominadas de modificación o cambio de conducta o comportamiento, tienen aplicación y uso para determinadas conductas problema. Para cambiar:

- Trastornos de comportamiento.
- Trastornos de carácter(Agresividad, hiperactividad...)
- Trastornos del humor.
- Trastornos serios como las neurosis(Fobias; miedo exagerado hacia algo o alguien, obsesiones, paranoias...)
- Trastornos de la personalidad(Personas con dificultad para relacionarse con los demás; sociopatías, psicopatías...).

A través de teorías del aprendizaje podemos cambiar muchas conductas no saludables. La diferencia con otras explicaciones es que por ejemplo un análisis médico, buscaría síntomas, los curaría y desaparecería el malestar. Pero aquí lo que interesa es cambiar la forma de comportarse que crea problemas por otra adaptativa más saludable para manejarnos con los demás.

En el psicoanálisis un trastorno es un síntoma que obedece a conflictos internos o profundos tratando de ver cuales son y como resolverlos. Cuando cambiamos una conducta no saludable se intenta hacia otra que sea más saludable, pero hay una serie de factores que se deben tratar, tener en cuenta, para luego tratarlo y que no haya recaídas, que se suelen dar por condiciones desfavorables para que se produzca el cambio de conducta.

Hay dos técnicas para cambiar conductas no saludables que se suelen utilizar para fobias, son:

- Técnica de sensibilización sistemática (Pag. 115 U.N.E.D.). Se suele utilizar para neurosis o miedos y consiste en colocar al paciente en una situación relajada, partiendo de que hay motivación, y conocimiento de lo que pasa. Y se le crean situaciones progresistas de menor a mayor intensidad o ansiedad hasta que se pueda enfrentar a la situación que crea el problema. Aprende a controlar la situación por presentación repetitiva de dicha situación. Se suelen crear para curar miedos patológicos, que son aquellos exagerados y que traen trastornos.
- Técnica implosiva: A diferencia de la anterior, no se presentan los estímulos de manera gradual, sino, de golpe, se presenta al paciente en la situación que genera el problema. Se cuenta también con la motivación de la persona, se suele utilizar para comportamientos muy complejos o problemas muy graves

Dependiendo de cómo se presente el material (Los estímulos) se gravará o no mejor. Hay situaciones que estimulan q gravar como una atmósfera agradable, favorable, positiva, posibilita que se grave mejor la experiencia que ahí se produce.

El sueño, actúa como elemento de fijación de cierto tipo de aprendizajes. Es bueno hacer una lectura de la fijación antes de acostarse y después al despertar, pues en el intervalo del sueño la actividad cerebral es diferente y fija o acentúa todo tipo de recuerdo o aprendizaje.

Los factores afectivos desempeñan un papel importante tanto positiva como negativamente en el aprendizaje, es decir, está relacionado con las vivencias del propio sujeto.

También los colores, los que mejor se gravan son los colores intensos.

Cuando se está sometido a una situación muy estimulante se suelen agrupar estímulos, como por ejemplo por los factores más fuertes... Que ayudan a la fijación y estimulación visual.

TEMA 5: LA PERSONALIDAD.

- Definición, concepto de personalidad.

La personalidad es tema central de la psicología. A lo largo de la historia se trató de ver que encierra la palabra persona. Es un concepto amplio y denso, difícil de reducir a una definición, pudiéndose decir que la personalidad es lo que expresa una persona.

Se describe a una persona sobre la base de su comportamiento, conductas, actitudes, a través de pensamientos, a través de sus sentimientos... Podemos decir que todo va implícito en ella.

Definición o concepto:

Se puede decir que es el lugar donde quedan reflejadas todas las manifestaciones de comportamientos, actitudes, sentimientos, pensamientos de una persona, es la suma, la totalidad de todo esto.

Cubre todo lo conocido y desconocido de una persona, lo consciente y el contenido inconsciente y como tal, la personalidad no es un concepto estático sino dinámico, sometido a todos los cambios posibles en la estructura de la persona que se den. Si la personalidad es la globalidad de todo esto, no podemos conocer a las personas por lo que vemos, por lo que a veces lo reducimos a lo que esa persona tiene como más dominante y habitual, de sus comportamientos dominantes de su personalidad. Acabamos conociéndonos sobre la base de las conductas y actitudes más dominantes y frecuentes. Esto para tener un punto de partida en su estudio.

- Instancias de la personalidad.

Estudiando la personalidad hay un autor, Sigmon Freud, que fue de los primeros al que se le debe el haber

formulado y profundizado en su total dimensión; que es y como se comprende la personalidad.

Él comenzó a través de su experiencia clínica, donde veía casos problema disfrazados diferentes que tenían una base común, como se concebía la personalidad. Habló de tres instancias dentro de ella, que no se podría estudiar sin tenerlas en cuenta. Apreciaba en sus pacientes que una cosa era lo manifestado, otra lo sentido y otra lo que debía manifestar. Estas tres instancias son:

- YO. Persona que se manifiesta y por tanto responde a la realidad. L aparte de la persona que se adapta a su realidad con lo que hacemos o manifestamos. Es la parte de la personalidad mas conocida pues es conocida y observable, es la parte mas material, es la imagen ante los demás de mi forma de expresión.
- SUPERYO. Parte de la personalidad que corresponde a aquellas exigencias del medio, de la sociedad en que vive, de tipo moral y social. Sería la conciencia moral que todos tenemos en nuestra persona. Es donde están recogidos todas las normas de funcionamiento de la moral correcta de ser y actuar. Son todos los criterios ético-morales de nuestro sentir y ser persona. Puede o no ser consciente.
- ELLO. Aquella parte de la personalidad donde se registran o se encuentran las fuerzas pulsacionales(De impulso) de la persona, es decir, los impulsos, por tanto son inconscientes(Deseo de...). Es la parte mas profunda de nuestra personalidad que obedece a impulsos que no controlamos.

El YO es consciente, el SUPERYO es menos consciente y el ELLO es a nivel inconsciente.

Si esto es así se ve que hay un manejo, yo controlo algunas partes, y las que no controlo no están dormidas sino que ejercen una presión. No se puede reducir la situación a un punto de vista desde lo que soy o manifiesto.

Algunas veces se dan neurosis o histerias porque alguna instancia tiene mayor fuerza y necesita empujar sobre las demás produciéndose un conflicto. Se suelen dar conflictos ambivalentes.

En el concepto y análisis de la personalidad, ésta se mueve por instancias y éstas no están separadas sino que hacen presión sobre la persona, y si en la sociedad hay mayor movilidad o no.

Además de esta teoría, que desarrolló Freud para explicar la personalidad, también hay otras.

- Teoría morfofisiológica.

Muy conocida dentro de las teorías clásicas que intentan explicar la personalidad. Esta teoría trata de ver si existe relación entre la morfología o constitución y los rasgos, aspectos o formas de ser de su personalidad. Se pensaba que había relación, pero se demostró que no era cierto

Esta teoría atribuía la existencia de tres tipos morfológicos, tipología de Kretschmer:

- Tipo morfológico pícnico: Personas de constitución ancha, el típico gordito, persona con tendencia a ser gruesa. Se pensaba que esta morfología de una personalidad tranquila, apacible, extrovertida, comunicativa... La morfología con menos problemas, pues no hay tendencia a los desequilibrios.
- Tipo morfológico asténico: Es contrario al tipo morfológico pícnico y sujeto por rasgos morfológicos contrarios a éste. Sus rasgos de personalidad serían de tipo introvertido, irritable, muy impulsivo, nervioso... etc. Tendría tendencia a guardar sus emociones, a la soledad y aislamiento y con dificultad en la relación con los demás. Este es el mas conflictivo, presenta mas problemas a nivel adaptativo, en la relación con los otros y mas susceptibles a trastornos neuróticos de personalidad... etc. Debido sobre todo a la introversión.
- Tipo morfológico atlético: Sería el término medio entre los dos, mas en línea del equilibrio morfológico. Facciones externas de cierta potencia. Es el modelo, pues sería la estructura mas equilibrada de las tres. Los rasgos de personalidad serían; realista, extrovertido, flexibilidad en el análisis y toma de decisiones... en

definitiva bastante adaptado y realista. No conllevaría trastornos debido a este equilibrio.

Otros autores estudiaron la personalidad atendiendo a variables biológicas, por ejemplo el sexo:

Esta variable de estudio tiene diferentes conclusiones y las atribuyen a otras variables como la genética, que también se debe asociar a factores de aprendizaje cultural y social. Se realizaron estudios y se llegó a ver diferencias, se trataron de ver pruebas diferentes como cuestionarios, pruebas sensomotrices, niveles de patología... etc. La variable de función psicomotriz, es toda aquella habilidad sensitiva, de los sentidos y la motricidad. Se encontraron diferencias entre el hombre y la mujer.

La mujer es mas capaz de discriminar colores, retenemos, asociamos mas(Mayor percepción cromática y raquídea). Son mas diestras(Destreza manual), y suelen tener mas trastornos neuróticos(Fobias, miedos... etc.).

El hombre tiene mayor fuerza muscular. Comportamientos agresivos–dominio(infancia). Mayor trastorno patológico(Como delincuencia).

Vamos a encontrarnos con diferentes aspectos definitorios entre el hombre y la mujer.

Podemos concluir con que el sexo hace diferentes personalidades, pero hay que tener en cuenta la educación, cultura, roles femeninos y masculinos... etc.

También se pueden analizar diferencias de personalidad, dependiendo de la edad, pues puede ser un factor que nos haga reaccionar de diferentes maneras. Es una variable biológica a tener en cuenta pues juega un papel importante en la maduración del sistema nervioso y endocrino y de ahí las crisis que se producen a ciertas edades y que explican reacciones y comportamientos en el ámbito de los cambios internos.

Otra manera de estudiar la personalidad es en el ámbito de factor social. Teniendo muy en cuenta como medio que potencia y determina una personalidad. Es la unidad familiar, donde tenemos nuestras primeras sensaciones afectivas, y ligado a ella la educación y las pautas culturales.

Cualquier estudio de la personalidad es complejo y hay que hacerlo de forma global pues hay que tomar a la persona y los factores que la rodean. No podemos simplificarla a una sola variable. Pero hay tres cuestiones que son la esencia de la personalidad que la determinan:

- Constitución o morfología.
- Temperamento.
- Carácter.

Son elementos de referencia que nos sirven para conocer y estudiar la personalidad. Estos aspectos se ven muy influenciados por las variables cultura y sociedad. La herencia es menos importante quedando reducida al primer apartado.

- Constitución y morfología:

Dada por aquellas características somáticas o físicas más estables y dominantes que derivan fundamentalmente de su herencia biológica teniendo en cuenta que no están libres de factores psicológicos. Se percibe a una persona con mayor o menor agrado y esto es importante en la medida que se cree una primera impresión.

- Temperamento:

Constituida por los caracteres afectivos más estables y predominantes. En este caso las influencias

ambientales son importantes y hay autores que le dan mucha importancia en los primeros años de vida, en la infancia(Agresividad, porque se portaban agresivamente con él, por ejemplo)

- **Carácter:**

Dado por pautas de conducta más habituales o más persistentes siendo de gran importancia e influencia las circunstancias y factores del medio ambiente.

Esta es una forma frecuente para definir y determinar como es la personalidad de alguien sobre la base de como la observo, como se comporta, como reacciona y que tipo de conducta es mas frecuente en esa persona. Como es, como la percibimos en el trato e incluso la describimos en su comportamiento.

Nos basamos en estos tres aspectos pues si utilizamos uno aislado no nos sirve y solemos tender a reducir las cosas a aquello que destaca o sobresale más.

- **Personalidad del deprimido.**

Más frecuente de lo que se sospecha, se caracteriza por:

- Gran desconfianza a cualquier tipo de sugerencias o planes, no le inspira atractivo.
- Falta de confianza consigo mismo. Baja autoestima, descontento, falta de valoración, desprecio hacia sí mismo.
- Incapacidad para expresar su agresividad. Persona molesta con ganas de manifestar su malestar, sus sentimientos, pero no es capaz.
- A nivel de relación es una persona que se manifiesta con cierta necesidad de autocastigo, culpabilidad por su forma de percibir lo que le pasa, agravando su situación por pensar que lo que le pasa le está bien.
- No se imagina en un futuro, en cualquier plan a corto plazo solo hay un aquí y un ahora. No se proyecta en el futuro.
- Pesimista total, solo ve lo negativo de lo que le ocurre, y con poca imaginación para ver situaciones diferentes.
- Es incapaz de formular aspectos concretos, no puede dar un seguimiento o pistas. No es activo, siempre encorvado, y mirada fija en un punto.
- Es incapaz de imaginarse la curación, no se imagina en buen estado.
- Su realidad la percibe negra. Mundo sin alicientes, ni nada que le suponga incentivo, neutro con una afectividad muerta.

La depresión no queda a nivel de lo que ve o siente el sujeto. También hay una serie de síntomas:

- Fatiga, cansancio.
- Abatimiento muscular(Molido).
- Insomnio.
- Sensación de angustia.
- Experimenta percepciones somáticas diferentes.
- Incapaz de concentrarse.
- Oscilaciones cardíacas(Taqui o bradicardias).
- Lentitud en toda la esfera motriz, a nivel psicomotriz.
- Imagen de tristeza y lloro.

Esta enfermedad está en relación con el factor hereditario(A.D.N., genes) y social. El sujeto depresivo sufre mucho, trastornos y un estado previo al suicidio.

Es importante identificar al sujeto porque así actúa con mejor resultado, con un buen diagnóstico y un buen plan de curación. Debemos aproximarnos para que el trabajo sea con un buen tratamiento.

Presentan alto riesgo de suicidio, que es el estado, la conducta máxima de autoagresión. Lo puede elaborar el propio sujeto, intentarlo o consumarlo que sería el caso más grave.

La elaboración es más que una forma de afrontar una crisis donde se juntan una serie de factores, que el sujeto considera críticos (Pensé en suicidarme). Se tiene que dar una situación de pérdida, una crisis. Se producen unas circunstancias X críticas, que son valoradas por el propio sujeto.

El intento a veces se manifiesta, porque puede ser una aptitud que adopta para llamar la atención sobre lo que le pasa o que quiere que alguien le ayude, pues la situación crítica lo absorbe. Hay una gradación: Poca posibilidad de consumación o conlleva el riesgo del intento de consumación. Es decir, la gravedad o no del intento.

Tentativa, experiencia de intento fallido, y busca otras maneras, intentándolo para que sigan atentos a él. Hay seis factores a tener en cuenta:

- Oportunidad y aislamiento. Se valora si estaba solo, si tomó precauciones... etc.
- Precauciones para no ser descubierto.
- Si hay intento de conseguir ayuda o no.
- Planificación o impulso de la tentativa.
- Fin último de la tentativa.
- Manipulación del entorno o desaparición de él.

El problema es tan complejo como la personalidad del sujeto que padece la enfermedad.

Las intoxicaciones o adicciones tienen ciertos rasgos depresivos. A veces el sujeto no dispone de recursos para afrontar la crisis, y otras veces deriva de aislamiento, falta de apoyo o comprensión.

Una vez reconocida la conducta, hay que tener en cuenta que:

- No hay una única pauta de actuación ante el diagnóstico, hay que adecuar la ayuda.
- Se necesita una participación activa del enfermo para poder trabajar desde el punto de vista de la psicoterapia.
- Para poder trabajar hay que recuperar al sujeto, poniéndolo en un estado anímico diferente (Antidepresivos), predisponiéndolo a salir de su estado.
- Cuando dice estar mejor es cuando está en condiciones de poner la atención psicoterapéutica.
- No hay una cura determinada. Hay que tener siempre el interés del paciente, y el tratamiento con fármacos es indispensable.
- De lo que se trata es de rescatar al sujeto deprimido a la realidad, que se relacione con los demás, pues todo lo que le hace sentirse mal, es lo que puede ayudar (Relacionarse, contacto con el entorno... etc.).

TEMA 6: LAS ACTITUDES.

La actitud no es lo mismo que la aptitud. La actitud evalúa la conducta y la aptitud es la capacidad para actuar y reaccionar de. Lo mide la aptitud.

Las actitudes son importantes porque nos comunican como reacciona o actúa alguien ante situaciones determinadas. Se puede decir que tenemos actitudes ante diferentes situaciones. Se puede decir teóricamente, pero a la hora de reaccionar es como se observa la manifestación de la actitud, como nos desenvolvemos.

Concepto de actitud:

Es aquello que ante una determinada situación, nos lleva a actuar de una forma concreta, específica y que normalmente esta forma de actuar es constante, es decir, permanece. Hay que evaluarlas y valorarlas.

Un concepto de actitud nos viene dado por la conducta, la personalidad, y está compuesta por los siguientes elementos, que están presentes en todas las actitudes:

- Cognoscitivo = Conativo:

Todo tipo de información o conocimiento que tengo con respecto a esa información, problema... etc. Este factor puede ser manipulado y dar lugar a actitudes negativas, fruto de conocimientos erróneos, objetivo y produciéndose una desvinculación de la situación.

- Afectivo:

Tengo el conocimiento y alguien conocido cae en esa situación. El factor está implícito en las actitudes, en función de cómo me afecta a mí esa situación, pues se está afectivamente en el hecho. El componente afectivo me hace verlo de diferente forma y actuar por tanto de otra manera.

- Reactivo:

Cuando reacciona ante este hecho o situación, es donde se ven esas actitudes, y es como puedo conocerlas. Estoy dentro de la situación, y me afecta directamente.

Estos factores son inseparables en la actitud y a veces entramos en conflicto; como lo veo – como actúo – como me afecta. Se lucha entre lo que pienso y lo que manifiesto.

- Forma de adquisición de las actitudes.

No son innatas, hay tres formas de adquisición:

- A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación. Manejo de la información recibida en nuestra experiencia, desarrollo de actitudes(Niños).
- Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo.
- Como consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades. Valoraciones positivas, negativas, por ejemplo, fomentan actitudes en la publicidad.

Las adquisiciones de la actitud se hacen todas así, otra forma sería a través de autoconocimiento, análisis crítico... descubriendo cosas y situaciones y controlando.

También se adquieren así las actitudes de salud o problema. Hay un modelo de actitudes saludables, normales, hay normas.

Hay que tener claro que las actitudes se adquieren en determinados contextos y se valora la cultura en todos sus sentidos, teniendo una actitud prioritaria sobre otras que pueden ser más saludables pero no se ponderan tanto. Cualquiera de nuestras conductas pasa necesariamente por una serie de elementos que la controlan. Las actitudes forman parte de la conducta.

Toda actitud, comportamiento, acontecimiento... etc. Está rodeado de un mensaje(Consumismo...). Si queremos cambiar actitudes y por tanto conductas es muy importante ver lo que ocurre con el mensaje, que es la información que se da para poder cambiar un comportamiento. Hay que cambiar el mensaje, pues suele ir

acompañado de un contramensaje.

Cuando un mensaje trata el comportamiento no es suficiente tampoco para cambiarlo. Informar al individuo, es importante pero no suficiente. También es necesario para cambiar la conducta, instrucciones(Si se quiere y hay motivación), accesibilidad a elementos que impliquen cambios de conducta. Hay elementos que lo consiguen, como:

- Se necesitan servicios específicos, de apoyo(Centro de ayuda).
- Medio ambiente favorable.
- Se necesita motivación, disposición a hacerlo, estar convencido.

En la práctica creemos que con una información ya hay un cambio de conducta, pero no es así. Se suele utilizar mucho el miedo, como elemento implícito en el mensaje, persuadir mediante miedo, pero no siempre da resultado, porque el miedo del mensaje puede ser interpretado de diferentes formas ocasionando reacciones defensivas; desarrollo de elementos mas contrarios o no escucho, relaciono parte de la información que me interesa.

- Modificación de las actitudes.

- Pueden producirse por aprendizaje; Se cambian aprendiendo comportamientos alternativos. Las actitudes no estables, varían con el aprendizaje a lo largo de la vida.
- Modificación por vivencias en la propia persona de la situación, o en un miembro de la familia.
- Comunicaciones persuasivas(Persuasión, convencimiento del sujeto).
- Por contacto con el estímulo que generaba aversión.
- Por comportamientos forzados; se impone, prohíbe, por leyes o normas... etc.
- Presión del grupo o líderes. Muchas veces nuestros líderes nos influyen en el cambio, hay modelos a imitar. Pueden influir también los amigos.
- La comunicación persuasiva trata de cambiar la actitud trabajando la psicología del paciente o individuo.
- También hay cambios de la conducta a través del componente afectivo. Buscar atmósferas bonitas, sugestionables que fomenten el cambio o modificación de la actitud.
- Puede por miedo cambiarse una actitud.

Otros factores atribuyen personalidades que cambian el comportamiento; Personalidad autoritaria, que provocan prejuicios. La personalidad nazi, por ejemplo, que ya conlleva un cierto desequilibrio y necesita ese cambio de actitud, tiene chivos expiatorios que repercuten en las capas bajas de la sociedad.

- Mecanismos de defensa.

Son bastante usados por las personas como defensa ante situaciones conflictivas o problema. Para afrontar conflictos(Situación con dos cosas opuestas), y situaciones problema se desarrollan estos mecanismos.

Otra situación que desencadena conductas o mecanismos de defensa es la frustración.

La frustración es un sentimiento que percibe una persona y que produce una reacción, por no poder alcanzar un objetivo al cual aspiraba o deseaba, puede ser a nivel humano, algo material, trabajo, una aspiración ideológica... etc. Es decir, cuando ponemos mucho empeño en algo y no lo conseguimos. La valoración de un hecho frustrante es diferente según las personas, la reacción admite matices.

Muchos mecanismos de defensa aparecen con la frustración, para mitigarla, tratando de defendernos de ese sentimiento.

Estos mecanismos se conocen también como conductas; diferentes técnicas, instrumentos con que opera o actúa la personalidad. Son técnicas y recursos que logran una mayor adaptación y ajuste del organismo ante un conflicto, frustración, pero no se resuelve. El hecho de usar mecanismos de defensa es una tapadera para evitar la frustración que nos produce el conflicto.

Repercusiones; Hay un mejor manejo en situaciones que crean problemas de adaptación. No me quedo bloqueado o parado por como me he sentido, trato de escapar de ello. El organismo tiende, busca el equilibrio.

Hay casos donde los mecanismos de defensa no funcionan, quedando la persona bloqueada por la situación, no presenta alternativas o recursos.

Cuando no es posible establecer mecanismos de defensa se producen alteraciones que pueden provocar trastornos mayores de personalidad. Estos mecanismos no existen solamente en procesos patológicos, sino que intervienen además en situaciones diarias en cualquier ajuste y desarrollo de personalidad.

Lo que caracteriza lo normal y patológico de los mecanismos o conductas de defensa, no es un mayor o menor uso, sino que preocupa cuando se hace un uso abusivo y depende de la intensidad. El abuso de estas conductas es lo que nos da el nivel de patología del individuo. Por ejemplo; un alto grado de esquizofrenia, provoca la desaparición del YO personal y se proyecta en otra persona. Hay un uso y abuso de un mecanismo de defensa.

Los mecanismos o conductas de defensa más usuales ante conflictos, son: (Pág. 113 U.N.E.D.).

- Proyección.

Proyecta hecho, sentimientos o comportamientos a un objeto o persona que son característicos de una persona y que el sujeto desconoce de sí mismo, es inconsciente. Por ejemplo, en una relación hay dos personas A y B. La persona A puede proyectar cierta agresividad sobre B, describiendo a esta persona como tal. Culpabiliza al otro de lo que no ve en él.

Para su beneficio, queda liberado de todo, pues el culpable es B. Y da salida al malestar que genera la frustración o situación problema.

- Regresión.

Volver a etapas o fases anteriores del desarrollo psicológico de la persona, que hace que el sujeto adopte conductas de otro momento evolutivo, es inconsciente. Por ejemplo, el niño que vuelve al chupete, al nacer un hermano y sentirse no querido.

Es una huida, un escape, no quiere el enfrentamiento. Oculta el YO personal, lo que siente, ante determinadas situaciones.

- Desplazamiento.

Inconsciente como los demás, se trata de una carga afectiva que es desplazada de un objeto a otro.

Por ejemplo, la agresividad de una pelea, al separarse la persona sus sentimientos hacia algo que en realidad no le ocasiona malestar.

- Represión.

Mecanismo de defensa inconsciente. El YO del sujeto (Personalidad), trata de lograr que sus pensamientos en

desacuerdo con un ambiente o grupo determinado(Con lo que está permitido socialmente), sean mantenidos fuera del campo de la conciencia.

- Racionalización.

Mecanismo inconsciente, que consiste en utilizar el razonamiento, para justificar o explicar, él porque de muchos de los comportamientos, actuaciones o sentimientos. Se utiliza la razón para explicar él porque de hacer algo o no.

Los mecanismos de defensa son malos sise abusa de ellos. Hay que ver como repercuten, el nivel de equilibrio y la sociedad. Esto influye en que los mecanismos de defensa sean o no saludables produciendo o no trastornos.

TEMA 7: El PENSAMIENTO

(Pág. 142 U.N.E.D.)

El pensamiento desempeña un papel importante en nuestra manera de reaccionar y muchos sentimientos son contenidos mentales del pensamiento. Muchas conductas, además tiene su razonamiento en función a como pensamos. El pensamiento es una actividad cognoscitiva superior que nos diferencia. Esta actividad es inferente y nos hace ver como actúan y nos hace ver como actúan las personas en unas u otras situaciones. Como la persona interpreta sus pensamientos.

Nos podemos encontrar con tres tipos de pensamientos:

- Pensamientos positivos:

Aquellos que facilitan el logro de objetivos y provocan sentimientos de bienestar(Tranquilidad, felicidad...). Hay múltiples situaciones que nos producen sentimientos de bienestar que se valoran individualmente, no es igual para todas las personas.

- Pensamientos negativos.

Son más problemáticos. Son aquellos que dificultan el logro de objetivos, y provocan sentimientos de malestar(Frustración, envidia, odio, rechazo...).

- Pensamientos neutros.

Aquellos que no interfieren ni afectan para nada en los sentimientos.

De los tres tipos, los que más preocupan son los negativos. Hay que conocerlos y aprender a manejarlos. Son los más estudiados desde el punto de vista psicológico e implican mayores problemas de trastornos de comportamiento o conducta. Se pueden desarrollar de diferentes maneras, varios estudios establecen este desarrollo:

- Desarrollo por sobregeneralización.

Es exagerar a partir de un hecho aislado, extrayendo conclusiones generales válidas para todo hecho similar. Da pensamientos negativos sobre esa situación y los extiende hacia otras situaciones parecidas.

- Desarrollo por inferencia arbitraria.

Se juzga o trata a una persona o situación tomando solo una parte de la misma.

- Desarrollo por visión catastrófica.

Se exageran las consecuencias de algún acontecimiento o se minimizan los logros propios o de otros.

- Desarrollo por razonamiento dicotómico.

Se interpreta cualquier cosa o situación de forma extremista, sin términos medios. No percibo mis actuaciones, o solo de manera extrema(O muy bueno o muy malo).

- Desarrollo por sobresocialización.

El sujeto o persona no es capaz de reconocer o aceptar lo arbitrario de normas o valores culturales,

(Por ejemplo, es así, me lo enseñan así y no voy a cambiar yo). Desempeña un papel muy

importante la carga cultural recibida

Toda esta visión nos da la medida de que es fácil o posible tener pensamientos negativos, que dificultan nuestras formas de sentir y sobre todo vamos a actuar de forma negativa con nuestro entorno.

Cuando la gente es negativa pierde capacidad de apreciar lo demás, lo ve todo negativo. Repercute individualmente, en un grupo o en como va a funcionar dicho grupo.

Para que los pensamientos negativos se eviten o dominen menos se lleva a cabo:

- Identificación de los pensamientos negativos. Reconocimiento de que existen. Es importante porque a veces reacciones de forma mecánica o automática, implica por tanto que no los conocemos todos y no los dominamos. O bien porque nos movemos en situaciones donde es difícil identificarlas fácilmente(Agresividad en un ambiente familiar agresivo, por ejemplo).
- Análisis. Si los identifico, luego los analizo. Lo que trato es de ver si corresponden con mi realidad esos pensamientos(Lógico, exagerado...)
- Modificación. A veces nos interesa modificar los pensamientos, según lo que se me exige(Urgencia). Trato de modificar determinados comportamientos. Se sustituyen los pensamientos negativos o inadecuados por otros más racionales y positivos, para ello necesitamos buscar pensamientos alternativos.

Los pensamientos alternativos, son aquello que ayudan a eliminar determinados pensamientos negativos de la persona, que se dan por interpretaciones erróneas de la realidad, o que aumenten la inseguridad personal de alguien o pensar conductas positivas que nos ayuden a lograr un mejor estado personal, que fomenten el bienestar de la persona y el grupo(Personas con seguridad en el grupo).

Una actividad del pensamiento, es el razonamiento, que nos sirve como valor de diagnóstico, para ver la capacidad de raciocinio en un niño, adulto... etc. El razonamiento no se instala como echo formado hasta la edad de 12 años, que coincide con el razonamiento.

Se utiliza para establecer desajustes del pensamiento(Pruebas a un deficiente mental).

También sirve para ver como una persona es capaz de dar respuesta a problemas planteados, de funcionamiento, personales. Que es lo que para llegar a la solución, que camino sigue, esto es lo más importante desde el punto de vista psicológico, sus recursos y lo que hace para tomar alternativas válidas para seguir adelante.

- Pensamiento y lenguaje.

A la relación entre pensamiento y lenguaje se le da el nombre de conducta lingüística. El lenguaje interesa por muchas razones. Hay planteamientos que afirman que para que se de un pensamiento, debe darse un lenguaje. Y en función de cómo se exprese nos indica como se estructura su área cognoscitiva, de ese individuo.

El pensamiento y el lenguaje son dos caras de un mismo proceso cognoscitivo. Nos interesa desde el punto de vista de la estimulación precoz y de las anomalías. También nos interesa saber como se expresa un niño y mejorar el área lingüística del mismo. El aprendizaje lingüístico tiene momentos óptimos y críticos de desarrollo. Por ejemplo, los niños a veces tienen dificultades debido a esto.

También puede estar relacionado con la afectividad, si no hay afecto puede frenar el aprendizaje lingüístico y por tanto el aprendizaje cognoscitivo.

El lenguaje nos da el nivel de desarrollo del conocimiento y el lenguaje no es una capacidad autónoma, sino que nos relacionamos con otras personas.

Se sabe a través de esto:

- El nivel de inteligencia.
- El nivel de maduración.
- Diferencias lingüísticas.

Otras alteraciones vienen dadas por dificultades lingüísticas en una etapa precoz. También por diversos impactos se puede frenar el aprendizaje lingüístico. A veces no hay deficiencias neurológicamente. La diferencia auditiva puede frenar el desarrollo del aprendizaje lingüístico(Escucha poco, habla poco o nada o mal).

Por parálisis cerebrales puede dejar de hablar, de comunicarse. Pueden ser trastornos de la palabra, ausencia de determinadas expresiones, no identificar fonemas(Dislexia) que se puede dar en el lenguaje hablado, escrito o ambos. Otros trastornos pertenecen a alteraciones totales del pensamiento que dificulta una expresión correcta del lenguaje. Las causas son múltiples:

- Localizadas(Orgánicas, funcionales...)
- A veces ligadas a la herencia.
- Se le da importancia a impactos emocionales fuertes.
- Afecciones, enfermedades, accidentes... etc. Que puedan implicar anomalías.
- Causas afectivas(Depende del medio como el familiar que son muy influyentes).

TEMA 8: PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.

Los estudios publicados sobre la infancia son bastante recientes. Hasta el siglo XVIII el niño era desconocido pues se estudiaba al adulto y al hacer referencia al niño se veía un modelo adulto pero inmaduro, no tenía identidad propia, ni psicología individual, identificación personal en cuanto podía ser adulto.

Hasta el siglo XVIII la tasa de mortalidad infantil era elevada y no había control sobre las enfermedades infantiles, entonces se veía esto como un periodo antes de llegar a ser adulto. Pero se produce un cambio para controlar esas enfermedades y la mortalidad infantil, por tanto surgen educadores y establecen a través de escritos lo importante que es educar al niño en la sociedad. Esto hace que nazcan diferentes maneras de estudiar al niño, desde ópticas diferentes.

Para estudiar el desarrollo de la infancia hay dos métodos:

- Longitudinales.

Los psicólogos registran y estudian el desarrollo de uno o varios individuos durante un largo periodo de tiempo (Organizan información sobre las personas). Este método se lleva a cabo durante largos periodos de tiempo.

- Transversales.

Consiste en comparar a individuos de distintas edades al mismo tiempo. Se obtiene información sobre las diferencias en el comportamiento, actitud, pautas de crecimiento según diferentes edades.

Se nutre así de información los estudios a nivel sociológico o evolutivo (Hablar, caminar, comunicarse, experiencia, esfínteres, sentimientos...).

Nos encontramos con varios autores que estudian la infancia y ven diferentes aspectos, esto no es estudiado con el mismo criterio psicológico, hay diferentes marcos. Y otros autores que se interesan por cómo aprende el niño, cómo desarrolla sus conceptos, lo que se preguntan. Otros por su personalidad y otros por su motricidad... etc.

- Importancia del ambiente en el desarrollo psicológico infantil.

Se van a tener en cuenta; la herencia.

El ambiente.

El criterio de la herencia tuvo mucha importancia hasta hace pocos años. Se tenían en cuenta las leyes de Mendel de la mezcla de cromosomas y cómo se producían nuevos caracteres, pero desde el punto de vista psicológico o evolutivo es muy difícil determinar la importancia de la herencia.

Hay trabajos sobre los niños lobo, por ejemplo, y sus tipos de dificultades y retrasos tanto motrices, como psicológicos, sociales, intelectuales... etc. Dándoles modelos o estimulándolos, no consiguieron crecer quedando estancados, ni pudieron salir de ese retraso. Si nacieron normales ¿Qué ocurrió para no alcanzar su desarrollo total?.

De la herencia, heredamos características, pero lo que una persona llega a ser, es propio, no tiene nada que ver con la herencia. Entonces el papel del desarrollo del niño se debe al ambiente, si crece en un ambiente favorable, bueno que favorezca su desarrollo, crecerá sano y alcanzará su desarrollo como persona, si no es así ocurrirá lo contrario. El ambiente es un factor prioritario que condiciona su calidad, capacidad de desarrollo y posibilidad futura de llegar a ser un hombre saludable. El ambiente es un concepto global, sistémico, complejo que influye en el desarrollo del niño para que pueda llegar a ser lo que debe ser.

- Ambiente familiar.

El primer ambiente con que se encuentra es la familia. Este ambiente es clave en el desarrollo. Los problemas de adaptación... Comienzan aquí. Desde que nace, el niño tiene unas necesidades básicas que tienen que tener unas condiciones externas favorables, si el ambiente familiar no las reúne, hay un primer obstáculo con consecuencias que pueden derivar en un mal desarrollo.

La familia es un factor facilitador de un buen desarrollo psicológico y fisiológico. Nos vamos a encontrar con familias disfuncionales, pues no siempre el ambiente es favorable para el niño, o no se puede conseguir. Familias patógenas que suponen un malestar con consecuencias negativas para el desarrollo infantil. A la familia disfuncional se le llama así, porque algún miembro presente o bien por su ausencia o su personalidad o

forma de comunicarse, está alterado.

A la familia se la toma como a un todo y la vamos a analizar como un todo circular que interviene siempre en la relación niño-niña, se incluyen todos los miembros. Aquí si un padre presenta una conducta problema influye en toda la familia creando un ambiente desfavorable para el desarrollo. Genera trastornos, problemas, y algunos pueden emerger con problemas físicos, psíquicos o sociales. Todo lo que ocurre en la familia repercute en todo lo demás. Si trabajamos con un niño vamos a notar el grupo del que vienen sus influencias.

Toda la familia está compuesta por roles y normas, hay diferentes posiciones y actuaciones en la familia(Padre, madre, hijo, abuela, hermano... etc.).

- La comunicación en la familia: A veces hay dificultad para decir las cosas en el interior de ella, hay una difícil comunicación y esa persona lo da a entender fuera de ella. A veces hay comunicación pero también falta de comprensión, debido a los roles y fuertes normas de la familia.
- Alianza y coalición: A veces hay alianzas entre los miembros, puede ser entre hermanos, uno entre hijos y padres... etc.
- Mitos y lealtades: Todo tipo de creencias y de valores que la familia considere importantes(Honor, madurez, honradez, sinceridad, responsabilidad...).

Terapia familiar: La intervención de la enfermería va a ser importante;

- Asesoramiento: Se asesora a la familia. En determinados casos es necesario un asesoramiento a la familia, como en determinadas actitudes en la misma que deben ser cambiadas(Proteccionismo...) se asesoran pautas convenientes. Se dice lo que se debe hacer, se informa, que se suele llevar a cabo si el ambiente es favorecedor.
- Apoyo: Grupos de ayuda a la familia, para llevar a cabo un mejor plan de cuidados para algunas enfermedades de tipo crónico e invalidantes. Se hacen grupos de unas madres con problemas que se apoyan mutuamente. Somos informadores y apoyo de los problemas de la familia, con otras familias(Se busca apoyo fuera de ella).

Cuando es necesario como en algunas familias disfuncionales, se prescinde de alguno de sus miembros que no interesan. En trabajos de enfermería se busca el apoyo de la familia para seguir adelante y se intenta resolver sus problemas

- Familia sana

Según Spradley , para considerar una familia sana se consideran seis elementos:

- Que la familia favorezca la interacción, intercambio de opiniones. Una buena comunicación familiar es aquella que pregunta, se preocupa de lo que ocurre en ella
- La familia deja autonomía a sus miembros. Se potencia el crecimiento y desarrollo individual de sus miembros. Aceptan el crecimiento de los miembros de la familia que implica un cambio de posición... etc.
- Que exista una organización de roles estructurados. Que haya cierta organización, que haya un mínimo de estructura.
- Se intenta hacer frente a los problemas, en vez de ocultarlos y así también se favorece la comunicación.
- Se mantenga en el hogar un medio y estilo de vida saludable(Hábitos).
- Existencia de relación regular con la comunidad, con el medio externo a la familia, se concientia, se relaciona con vecinos. Todo tipo de contactos sociales. Posibilita mayor grado de adaptación y abre la visión de la familia.

Estas serían buenas condiciones familiares. Existe un grupo de padres(Padre, Madre, o los dos) llamados disfuncionales o patógenos, que presentan personalidad enfermiza que condiciona la atmósfera familiar para

que sea desfavorable, que influye en el desarrollo psicológico infantil. Se pueden señalar con respecto a las madres, la existencia de:

- Madres escrupulosas:

Excesivamente ansiosa que no sabe como actuar con sus hijos y bastante perfeccionista y este nivel de perfeccionamiento es lo que marca el problema.

- Hiperordenada:

Todo tipo de madre que quiere a su hijo desde el punto de vista que sigan todas sus normas.

- Rechazo de la madre:

Por el sexo del hijo, frustración del parto al no tener un hijo del sexo deseado. Hay maneras de superarlo. Pero nos quedamos con la madre que produce un rechazo que va a influenciar y se va a ver en el niño. Muchas de las conductas de rebeldía infantil tienen que ver con el rechazo materno.

- Madre con relación con su hijo/a como búsqueda de satisfacción en la maternidad por no encontrarla en otra parte de su vida. Puede generar demasiada absorción, protección, seguimiento... etc.
- Madres adolescentes, con problemas que generan ambientes desfavorables, por inmadurez de la madre, viene acompañado de dependencia, dificultades económicas que generan dificultades al truncar metas propuestas... etc.

También se puede señalar con respecto a los padres la existencia de:

- Padre ausente: No se responsabiliza de la educación y cuidado de la familia. Aparece y desaparece, existe físicamente pero no se preocupa, suele generar inseguridad infantil.
- Rigidez paterna: Caracterizada por hipermoralismo, exagerado sentido del deber. Esta actitud rígida genera una demanda del padre de que sus hijos sean como él quiere que sean y muchas veces aquí se recogen las frustraciones paternas.
- Padre tirano en el trato: Desde que ejerce violencia con algún miembro o con toda la familia.
- Paternalismo: No recomendable, pues genera desconfianza, inseguridad, es una actitud sofocante, que es causa de una excesiva frustración, miedo... etc.
- Proteccionismo.
- Pobreza: Genera una serie de problemas, tensiones, enfrentamientos, dificultades a todos los niveles.
- Desempleo: Hay tensión debido a la preocupación.
- Racismo, sexismo: Como desfavorecedores del ambiente familiar.
- Cualquier situación de abuso o violencia familiar provoca problemas graves (Persona castigada es castigadora en potencia).

Los niños que vienen de ambientes desfavorables presentan estas características:

- Egocentrismo. Se suele dar en la infancia, aunque también se puede presentar en otras etapas de la vida.
- Dificultades en el trato con iguales (Tímidos, inseguros).
- Pasividad.
- Falta de iniciativa.
- Incapacidad para defenderse.
- Falta de autoestima.
- Propensión a no crecer, seguir siendo inmaduro.
- Falta de interés por el futuro.

Desde el punto de vista psicológico no hay un comportamiento de padres ideales. A nivel global en una familia disfuncional que presente relaciones malas entre padres e hijo, el niño presentará también inseguridad, y por tanto, timidez e inmadurez. Hace que presenten comportamientos retroevolutivos, le cuesta mucho más hacer esto. La inseguridad le paraliza, no puede mantener una relación equilibrada. Esto se ve con un padre autoritario, por ejemplo.

Cualquier atmósfera familiar que presente rigidez, autoritarismo y que no exista una aceptación de la infancia, despreciándola por parte de los padres, condiciona comportamientos futuros del niño. Que suelen desarrollar problemas en la adolescencia que cuando florecen. La atmósfera infantil es importante, pues es la primera ¿Existe una familia, padres ideales para educar en un ambiente mejor?

No hay un patrón de padres ideales porque no existen, y no hay una respuesta, pues las demandas son diferentes por parte del niño (Afecto, atención, seguridad, equilibrio y estabilidad del ambiente familiar). Aquellos padres que responden adecuadamente a las demandas infantiles, y según como respondan hay una satisfacción, estos son ideales.

Hay padres que tratan de cobrar, pero se debe hacer de manera neutral, sin esperar nada a cambio, no debe haber manipulación del afecto. Detrás de la oferta hay afecto, un querer entregarse.

Las necesidades y demandas a lo largo de la infancia cambian cualitativa y cuantitativamente, y hay que tener muy en cuenta los niveles de comunicación.

CLASES DE FAMILIAS.

- Familia nuclear clásica o típica.

Existe padre, madre e hijos. Uno de los conceptos que más cambia es este, hay mas familias con otras características (Madre soltera, viuda.). Hay varios modelos de familias llamadas atípicas.

- Familia formada por solitario/a.

Se origina por voluntad o necesidad o situación de viudedad o emigración. Provoca;

- Falta de comprensión sobre los motivos que originan la decisión de vivir en esta situación, de la sociedad en general o por la propia familia o amigos.
- La soledad y ausencia de apoyo inmediato, elijo una vida que tiene contraprestaciones y hay que afrontarlas. Surgen muchos problemas, y se busca como solucionar ese tipo de situaciones.
- Necesidades emocionales y afectivas, pues deben mantener su estado personal equilibrado a nivel de relaciones afectivas, amistosas... etc. Contar con uno mismo, saber que nos pertenecemos y aceptar nuestra soledad.

- Familia monoparental.

Es solo un miembro, por separación, divorcio o muerte o la decisión de procrear sin necesidad de vida en pareja. Se producen múltiples problemas como los siguientes:

- Presión social por presión subliminal, no te lo dicen directamente, pero te mandan mensajes de cualquier forma. La viudedad es una situación que se acepta bien socialmente.
- Problemas económicos, a veces, con frecuencia la economía familiar es unitaria (Mujer sola con hijos).
- La ausencia de apoyo y de posibilidad de intercambio. No te puedes apoyar en un miembro que no existe, para educar a los hijos.

- Concentración de roles en la misma persona(Padre es padre y madre) y para el desarrollo del niño puede presentar dificultades. Hay autores que dicen que llega a crear situaciones de estrés y cuando surge forzosamente es cuando crea mayores problemas, no cuando se hace por decisión propia.
- Familias adoptivas.

En estas familias hay un tipo de problemas propios y desajustes maternos y paternos y hay que desarrollar soluciones alternativas para aceptar la maternidad y paternidad, por parte de los hijos. El mayor problema en este tipo de familias, es a las influencias genéticas negativas, por no saber de donde viene, que le ocurrió. El momento de decirle al hijo que es adoptado, cual es o no el adecuado.

- Familias reconstruidas.

El padre o madre constituyen una nueva familia(Una mujer u hombre separados, por ejemplo) o por acontecimientos sociales que facilitan esto. Problemas

- Diferentes influencias sobre los hijos, que afecta a la convivencia. La entrada de un nuevo cónyuge en una monoparental reconstruida, donde hay una serie de situaciones socio- afectivas de lo mas dispares y polivalentes.
- Cambios de la estructura familiar.

Pueden producirse problemas por la estructura laboral, cuando no hay organización que recoja las necesidades del niño durante la infancia(Guarderías). Hombres con permisos laborales.

Prejuicios sociales sobre la maternidad, paternidad y cuidado del hogar que suelen ser roles femeninos.

Doble jornada laboral, sobre todo por falta de dinero, por determinadas necesidades.

Síndrome del ama de casa, sentimiento de culpa, por no poder realizarse laboralmente, pues es un trabajo continuo y mal agradecido además de no reconocido.

A la hora de trabajar los enfermos pertenecen a familias que están dentro de un marco variado, y nuestros planes van por unas directrices, y dependen mucho del tipo de familia, que condicionará mucho nuestro plan de seguimiento y cuidados. Hay que ver a la familia, ver si sirve de apoyo, los lazos afectivos. Es algo que hay que considerar siempre.

TEMA 9: TEORÍA DE LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.

Los psicólogos que estudian el desarrollo no solo explican el como se produce ese desarrollo o crecimiento según diferentes evolutivas, y el porque se produce. Se trata de dar respuesta. No hay una única teoría que de respuesta en conjunto al porque y como del desarrollo.

No existe ninguna teoría que se centre en el desarrollo del individuo en su conjunto. Se preocuparon del modo, como se desarrollan, muestras de habilidades intelectuales. No hay un solo autor que trate el desarrollo emocional, social, psicomotriz... Todo junto.

J. Piaget estudia una teoría conativa; habilidades intelectuales, como el niño tiene conocimientos, como conoce, que pregunta... etc.

La teoría emocional(Celos, sentimientos, envidia...) la trata H. Wallon. Se estudia un desarrollo social, Wallon habla un poco de ellos pero no hay autores concretos.

Todo está interrelacionados, no se preparan unas de otras, pero se hace por interés metodológico. La teoría explica el desarrollo del individuo, desde el nacimiento, infancia, adolescencia, adulto, vejez y muerte.

- Recién nacido.

Hay teorías que entienden el nacimiento desde la concepción (Vida intrauterina), pero nosotros nos vamos a centrar después de la vida fetal, en la etapa fetal.

Cuando nacen son arrugados, lanudos, con cabeza deformada, con rojeces, envuelto en sebo... etc. Una serie de deformaciones debido al paso por el canal del parto. En el momento del nacimiento presenta una serie de sistemas, circulatorio, respiratorio, intestinal, regula la temperatura, tienen capacidad para funcionar independientemente de la vida intrauterina, sin ayuda de la madre.

Observándolo de cerca, nos encontramos, en el umbral de la vida, que los recién nacidos pueden hacer más cosas de lo que se cree, llora, parpadea, seguir un objeto con la vista que esté en movimiento, gira hacia la luz, vuelve la cabeza ante sonidos fuertes, y al final de la primera semana, prefieren mirar la cara de la madre antes de otras cosas, reconocen su voz y olor

En las dos primeras semanas, reconocen el rostro de la madre y sacan la lengua, imitando algo. Esto se valora para una detección precoz, por si en sus sistemas fundamentales hay déficit o anomalías de cualquier tipo, según lo que se haga, para poder conseguirlo u observarlo

- Influencia de la crianza en el desarrollo físico y natural.

Los aspectos motores fundamentales; lenguaje, caminar... etc. Están influenciados por pautas hereditarias, y en la maduración del sistema nervioso, van respondiendo adecuadamente (A.D.N., biológicamente determina caracteres evolutivos y maduración según secuencias).

Algunas privaciones fuera de lo normal hacen que el niño, se vea afectado, en alteraciones cromosómicas... etc. Por punción en el nacimiento se determina. Hay anomalías no determinadas por factores genéticos pero sí por virus a nivel del embarazo, de la vida fetal.

CRECIMIENTO (Tres primeros años).

Se produce un crecimiento muy rápido y continuo, sobre todo en los dos primeros años. Al año triplica su peso y aumenta su talla un 50%. Crecen 20 cm y aumentan sobre 2 Kg. El crecimiento físico hasta los tres años es rápido, luego se reduce hasta llegar a los seis años, de 6 a 12 años aumenta la rapidez, produciéndose diferencias según el sexo.

Desarrollo motor.

Al principio es cefalocaudal, es decir, la cabeza y partes superiores del cuerpo se desarrollan antes que las inferiores. A lo largo del primer año, acciona una serie de movimientos con manos, pies para coger y llevarlos a la boca para reconocerlos e identificarlos.

El desarrollo motor, caminar ocurre a lo largo del primer año, pero en este caso se encuentran diferencias significativas entre distintos niños, pero no pasa nada. Hay un estudio de lo usual, frecuente, teniendo en cuenta que los niños son diferentes

Conductas reflejas.

Llaman la atención al observar al recién nacido pues son innatas, del sistema nervioso del ser humano, y no

aprendidas. Conductas reflejas son:

- Parpadear por una luz fuerte.
- Levantar la pierna por golpear la rodilla.
- Reflejo de búsqueda cuando se la acaricia una mejilla, gira la cabeza y busca con la boca para mamar, succionar.
- Moro, oye un grito se deja caer asustado, dejando caer manos y piernas.
- Natatorio, movimiento de brazos y piernas coordinados.
- Se les da cualquier objeto y lo agarra fuertemente.

Periodo de expansión subjetiva.

Todo lo que aprende, lo refiere a si mismo, lo centra en si misma, quiere que se le preste atención.

Adquiere marcha, lenguaje éste precedido del aprendizaje del prelenguaje o balbuceo, luego palabras sueltas, frases... etc. O que no diga nada. Depende mucho del ambiente que le rodea y la comunicación.

Descubre el sistema de signos. Se haya la edad de confundirlo todo(Habla descoordinadamente). Ve el universo personal con relación a sus estados de deseos, de temores.

Progresos motrices:

12 mese; camina.

18 meses; corretea, primero debe haber seguridad en la marcha.

20 meses; pasos regulares en la marcha.

2-3 años: progresa en el automatismo.

Presión y manipulación:

15 meses; presión precisa y bien adaptada(Abre cajas, colabora en su aseo...).

2 años; maneja cuchara y tenedor, y se intenta vestir solo.

Lenguaje:

8 mese; realiza grandes progresos. Imita modelos sonoros nuevos.

El factor afectivo es un elemento muy importante en la adquisición del lenguaje. La inexistencia de este factor es responsable del retraso en el lenguaje. Cuando un niño siente carencia afectiva o se siente rechazado, frena el progreso evolutivo normal, a todos los niveles.

El desarrollo evolutivo se divide en etapas, estadios o periodos. Son momentos en el desarrollo del individuo que se utilizan por los diferentes autores

- 1- 3 años: Etapa bebé- 1ª infancia.
- 3-6 años: 1ª infancia.
- 6-9 años: 2ª infancia.
- 9-12 años: Madurez infantil.

Momentos de estudio del desarrollo psicológico infantil donde se dan características de ese periodo y no de otro, y así poder estudiar lo que ocurre y poder saberlo mejor, si hay alteración o anomalía que debe ser tratada o que se compare con mayorías, lo normal que haga.

El egocentrismo se da de 1 a 3 años (Donde todo se refiere al yo) pero no es propio en los 6 a 9 años porque indicaría desde el punto de vista de valoración psicológica, que hay dependencia, inseguridad.

- 1 a 3 años. Periodo de expansión subjetiva.

El egocentrismo se sitúa en este periodo, aprende a través de su cuerpo, lo refiere todo al YO. Casi a los tres años aparece una nueva conducta, la de ansiedad. No forma parte del repertorio de conductas iniciales, tiene que pasar un periodo para que se manifieste, porque es una maduración mental.

A los 8 meses aparece una parecida que es la angustia, manifestando lloro, lágrimas... etc. Cuando no conoce o no identifica algo, se extraña reaccionando con lloros. Porque antes no está reconocida la imagen materna para que pueda percibir diferencias.

La ansiedad es dominante al final del periodo y se produce, porque el niño va reconociendo que sus exigencias (Caricias, atención...) necesitan de la actuación o papel de los adultos, y como esto no se la puede satisfacer continuamente, la espera le produce ansiedad.

Cuando tira algo continuamente es para asegurarse de la presencia de alguien.

Experimenta ansiedad en el momento que identifica lo que necesita, y experimenta que para encontrarse bien necesita la presencia de alguien.

Esto nos indica, el abandono en cierto grado de egocentrismo, pues la madre existe pero fuera de él. El bebé identifica a la madre como prolongación de él, y cuando se da cuenta que ella tiene su existencia propia, se denomina proceso de individualización.

La ansiedad aparece porque hay toma de conciencia, que se le exigen cosas de las que no era consciente, hay prohibiciones, reprimendas, son medidas educativas y esto les da rabia, llora al darse cuenta de que no puede hacer todo lo que quiera. A veces piensan que esto sucede a causa de una disminución del afecto, si el bebé es muy bebé, es decir si no ha madurado algo.

El niño tiene autonomía motriz. La ansiedad se puede producir porque empiezan a amenazarlo, que para él es real, toma al pie de la letra las amenazas verbales. Si un niño vive en una atmósfera muy amenazante, tendrá mucha inseguridad, timidez... estado de inseguridad y pasa a ser un niño pasivo en vez de activo, por miedo a lo que pueda pasar. La percepción que tiene del miedo de los otros, miedo por contagio, también crea ansiedad. Si la madre es temerosa, contagia miedos, el niño imita comportamientos.

Desde el punto de vista evolutivo es menos consciente de pesadillas porque tiene miedo. Suelen incrementarse en el periodo de 3 a 6 años, las ansiedades, miedos, preocupaciones... diarios se reflejan. Todo el entorno puede desencadenar ansiedad en el niño, donde hay agresividad, violencia, los animales, tormentas, médicos... para él son una amenaza.

Resumiendo; Diríamos que el niño/a sufre más frustraciones de lo que se cree, resulta que estas proceden de la separación de los deseos e intenciones infantiles y los medios disponibles para realizarlos, y por otro lado por crecimiento de las exigencias, prohibiciones como consecuencia de su mayor movilidad, independencia... Estas primeras frustraciones infantiles, están en el origen de todas las conductas de cólera, agresividad... que manifiestan los niños, reaccionan ante ella, que puede aparecer a varios niveles. Hay que citar la aparición de los celos al final de la etapa como consecuencia de la incapacidad de compartir el afecto materno (Cuando

nace un nuevo hermano).

- Periodo de 3 a 6 años. Descubrimiento de la realidad.

Se llama así, porque el niño ya no es tan egocéntrico, sino que empieza a tener mayor sentido práctico. Descubre que las cosas, las personas son necesarias y lo descubre a través de la motricidad(Correteo) y lenguaje. Tiene mayor capacidad simbólica gracias al lenguaje.

Otra característica propia; principio de realidad sustituye al principio de placer (Freud). Dice que lo que era fácil de conseguir, en donde había pocas limitaciones, ahora al tener contacto con el entorno, ya no todo se puede conseguir, esperas o te adaptas. Con este título, lo que descubre es un mundo independiente de él, que le rodea y en donde hay vida y existencia, y para conseguir cosas hay que tener en cuenta.

A nivel diversión el juego ya no es igual al de la etapa anterior, es mas participativo, comunicativo y que persigue fines distintos del juego en sí(Acompaña, busca un amigo, acercamiento). Hay grandes progresos en la vida personal que llevan implícito madurez, y que darán paso a la escolarización. El mundo del niño, proyecta o traduce síntomas de la realidad por todos lados. El lenguaje es el elemento de contacto con la realidad, utiliza la palabra como vehículo de expresión.

Surgen problemas afectivos propios de este periodo. Edipo; alrededor de los 3 años se hace el descubrimiento de los genitales y se piensa que hay pequeñas consecuencias(Freud). Hay sentimientos nuevos con los adultos, es una variable sexual. Este complejo de Edipo crea la identificación de la pareja, se identifica con uno de los progenitores para estar mas cerca del otro. Al descubrir el sexo, marca diferencias. La percepción del esquema corporal diferente, da lugar a varias teorías, como la psicoanalítica:

Los valores son más positivos para el varón, la niña siente frustración al no verse en el sexo dominante y el niño no lo sufre, pues la comparación con su padre sería idéntica.

La teoría es cuestionable, y la sociedad cambia, por tanto, cambian los valores y los conceptos. Puede haber además, una buena o mala identificación.

El complejo de Edipo no se da de manera universal, depende de las culturas y su componente en la familia. Por tanto es válido para una sociedad donde hay superioridad para el varón.

El descubrimiento sexual le lleva a comparaciones, sobre todo anatómicas. Hay que tener en cuenta que la sexualidad es principio básico que aparece con el nacimiento y se va con la muerte, es decir, que no solo se relaciona con la adolescencia, las hormonas, sino que influye en la persona durante toda su vida.

La salida del complejo de Edipo, se produce por una buena reabsorción, se supera sin consecuencias. Puede haber mala elaboración del complejo de Edipo que produce fijaciones que se alargan hasta otras etapas(Inmadurez, inafectividad...). Lo normal es su desaparición y que el proceso evolutivo pase a otras fases. No se suele recordar esta etapa hay una especie de amnesia.

Se va a producir cierta conciencia moral, que se manifiesta al observar a los padres con sentido más real y este tipo de observaciones le lleva a descubrir comportamientos con los que está de acuerdo. Puede darse culpabilidad en el sentido de que lo que exigen los adultos no lo puede realizar, o se ven en contradicciones, hay una conciencia infantil que es el primer reconocimiento de que hay normas y exigencias que le piden los mayores y que a él le cuesta realizar.

Hay un fenómeno afectivo importante, que es la aparición del médico, ligado a enfermedad o experiencia médica u hospitalaria y llevan consigo la aparición de ciertas conductas de regresividad afectiva, negatividad, terrores nocturnos... También hay un descubrimiento de diferentes miedos debido al descubrimiento y

comunicación del mundo real.

Aparece la envidia, no muy desarrollada hasta este periodo, pues no había conciencia en realidad de que alguien te quite algo o te haga daño. Suele coincidir con el nacimiento de un nuevo hermano, en el que el niño tiene razones para sentirse abandonado. La envidia y el sentimiento de abandono será mayor cuantos más argumentos tenga el niño para creerlo. Esto además hay que interpretarlo dentro de la dinámica familiar. La envidia puede crear agresividad, que puede ser muy fuerte o encubierta. Esta puede dar lugar a conductas regresivas en casos extremos, que es volver a etapas evolutivas ya superadas para recibir más atención (Socialización de iguales).

Entre los 6 y 7 años hay una socialización a través del juego. Hasta ese momento hay un juego paralelo, para luego pasar a una actividad lúdica donde se establece un juego asociativo (5 y 6 años). Tiene elementos positivos:

- Aprende a compartir experiencias con otros.
- Aprende a saber perder, que es importante.
- Aprende a frustrarse y a superarlo.
- Aprende que ya no es el rey dominador

La socialización sirve para crear una personalidad participativa y forma conductas.

El pensamiento de los 3 a 6 años, intuitivo o preoperacional de J. Piaget. Hay una prueba que se le hace al niño; se sienta al niño delante de dos vasos, uno ancho y bajo y otro alto y estrecho, y se vacía en ellos igual cantidad de líquido con colorante, se le pregunta cuál contiene más y para él es el más grande.

Es una fase de razonamiento en la que solo se fija en lo que ve, basa o analiza solo lo que ve. Hay que tener esto en cuenta pues toda la realidad, la va a interpretar como la ve, de manera intuitiva, le engañan los elementos que ve.

Por eso a los niños se les mete a operar (preoperatorio) a partir de los 7 años. Su percepción la mete en su pensamiento, lo interioriza todo tal cual lo ve.

A nivel de sociabilidad y comportamiento con los adultos, algunos autores lo llaman Edad de la gracia, no hay sentimiento de ridículo, que se supera sobre los 6-7 años. Es muy espontáneo, intuitivo y domina muchas actividades para los pequeños que son. Es una edad bonita, tiene soltura, atrevimiento... etc.

- Periodo de 6- 9 años. Fase de escolarización. (Disgregación subjetiva).

En el ámbito familiar y social, el mundo infantil va ampliándose de manera progresiva, es decir, todas sus vivencias giran en torno a personajes del mundo, de la escuela, o calle y su casa.

A los 6 años se inicia un nuevo gran periodo, capital en la vida infantil, que es el ingreso en la escuela. La primera gran experiencia es su colegio. Esta novedad implica una nueva adaptación a un medio, que puede ser brutal e incluso, no le sirve la adaptación anterior. El niño a los 6-7 años percibe que su posición en el centro educativo se la tiene que ganar, tiene que construirse el puesto que va a ocupar, espabilar, ganar amigos, su nivel de adaptación tiene que corregirlo. Debe adaptarse a las normas del centro, hay cambio en el afecto de casa y del colegio. Hay ruptura entre preescolar, el ambiente familiar y el colegio. En este ambiente se producen luchas afectivas, hay rivalidades, su buena adaptación viene dada por el ambiente afectivo y un ambiente intelectual, favorecedor.

En el ámbito escolar (Escuela de la vida) se consideran muchos aspectos de la realidad que se consideran, se proyectan ambientes familiares en la relación con sus compañeros (Agresividad, indefensividad, frustración).

Este tipo de vivencias genera el ambiente escolar. Entra en contacto con el rol de la profesora que puede idealizar Profe. Es el lugar donde se establecen los primeros amigos, relaciones de amistad y esto conduce a comportamientos de grupo. Hay sentimientos altruistas, primeras sensaciones de amistad, de afecto hacia el amigo/a. El grupo pasa a ser muy importante, y llega a tener tanta importancia que la empieza a perder el grupo familiar, se empieza a independizar de los padres.

El juego ya implica participación de grupo y suele haber enfados y disgustos, por lo general, la energía se focaliza dentro del grupo (Época de pandillas, barrio). El grupo no es cerrado, poco cohesionado y poco estable.

El pensamiento ya es lógico, abandona el periodo intuitivo y relaciona coherentemente lo que ve, con sus conclusiones. Ante el ejemplo de J. Piaget de las nubes:

- 6 años; Se mueven porque están vivas.
- 7 años; Se mueven por algo (Viento).
- 8 años; Razonamiento en círculo.
- 9 años; Se explica bien.

Evolución afectiva:

El complejo de Edipo suele ser superado, y se empieza a independizar de los padres, les ve defectos. Le preocupan más los amigos. Suele preocuparse por su conciencia infantil pues desarrolla una moralidad, y se preocupa por prohibiciones.

Tiene ciertos conflictos con los demás pero no es la edad de mayores disturbios, el periodo infantil es calmado, para irrumpir con fuerza en la adolescencia. Al final se produce una cierta ensoñación infantil.

Le dan importancia a la limpieza (Su aseo) y coleccionismo. Se suele saber marcas, coches, jugadores... etc. Y además de contabilizar cosas.

Ya hay conciencia de los diferentes sexos, ya está superado, se marca la segregación de sexos y marcan estas diferencias porque les interesa. Le da seguridad estar en un grupo de iguales.

- Periodo de 9 a 12 años. Madurez infantil.

Abandono de la infancia propiamente dicha y se experimentan cambios que indican la presencia de la prepubertad de un niño/a. Etapa intermedia cara a la adolescencia hay cambios significativos.

A los 9 años:

Desde el punto de vista de su personalidad experimenta cambios en que nos dice que no es un niño, pero tampoco es un adolescente (Critican, opinan...). Tiene tendencia a la ensoñación, mente difusa, pérdida, pues piensa en cosas.

Cierta identificación con personajes idealizados, ídolos, con su prefabricación.

Hay una búsqueda e identificación de grupo, es decir, la búsqueda no va a ser con fines lúdicos, sino como lugar de refugio, donde comparten sentimientos y valores, es decir, como búsqueda de objetivos personales.

Se puede hablar de que en este periodo, a los 9 años se le llama edad de autodeterminación, es decir, trata de controlarse.

A los 10 años, hay una buena adaptación, seguridad y se llega a la cima de la infancia.

A los 11 años, deslizamiento hacia la adolescencia(Donde hay mas que cambio hormonal). Hay cambios de tipo intelectual o físico, hay transformaciones que dan cierta inquietud, estado de cambio.

A los 12 años, toma interés por si mismo, de su imagen ante los demás. Su aceptación de esquema corporal, se percibe como un ser diferente por cambio físicos. Se encuentra raro, los cambios van a modificar su percepción corporal.

A los 13 años, se entra en el periodo adolescente propiamente dicho, donde se interioriza el medio ambiente, se fija y se centra en si mismo, está más absorto en sus cosas, periodo de ensoñación e interiorización.

La inteligencia entre los 9-12 años, se desarrolla a través de una intensa curiosidad que le lleva a acumular datos de todo tipo. Es un pensamiento de mucha aportación y archivo de datos, que organiza sobre la base de intereses diversos. Hay perfección de la inteligencia, mayor capacidad simbólica.

Inteligencia con perfeccionamiento de operaciones y esto se ve enriquecido con datos, lectura(Hobby) y este tipo de conocimiento amplía su nivel con mayor riqueza informativa. Las matemáticas suelen tener éxito en esta etapa, aunque ese éxito se vea dependiente de muchos factores.

Hay una actitud mental hacia los adultos de crítica hacia todo. Discutir por discutir, tiene cierto atractivo(Hay que entenderlo). Adoran discutir por oposición, sin razonamientos.

Vida social.

En el ámbito social es una etapa donde vive simbiosis con el grupo, es el momento de su vida donde toma mayor importancia.

A partir de los 9 años su estancia y desarrollo en grupo va ganando consistencia y estabilidad, hacen actividades diferentes. Son críticos con el grupo, pues no admiten miembros de menor edad pero sí de mayores. Los grupos suelen ser homogéneos, aun en aquellos centros donde hay enseñanza mixta. La pandilla es lugar de disfrute aprendizaje, vivencias y es donde tienen sus primeros conocimientos de sexo, de cómo criticar a los adultos y se cuestiona la autoridad y comportamiento de los padres. Hablan de lo que les preocupa y de que no se les entiende.

Cuando hay buena adaptación se dice que hay buen nivel de salud. Cuando hay mala adaptación el grupo es depositario y suele ser provocado por malas relaciones familiares, inseguridad en ambiente infantil, que tienen problemas.

La inaceptabilidad social indica lo mismo a nivel familiar. Aquellos niños de ambientes familiares rígidos, severos, son menos populares, no como los democráticos, seguros... etc. Aquellos que se adaptan en grupos mas abiertos suelen ser muy imaginativos, muy curiosos... etc. En cambio la agresividad e irresponsabilidad, representan niños que provienen de ambientes autoritarios... etc. Estos o se unen a un grupo conflictivo, o no se integran.

Una buena adaptación viene marcada por el ambiente familiar.

El grupo es importante pues es el único que puede satisfacer necesidades infantiles, por eso se rompe con los adultos, se hacen las actividades preferidas y son grupos de iguales.

La importancia del grupo culmina a los 11 años, cuando se le permite establecer relaciones concretas, desarrolla solidaridad, lealtad, sentimientos de nosotros(No yo), en el grupo. Esta actividad sufre cambios,

sobre todo al empezar la adolescencia, empieza a coger preferencias o deja el grupo. Se produce un cambio mental, es inestable, ya no le sirve lo mismo de siempre.

El adulto y la familia.

Los padres tienen su apogeo hasta los 9 años, donde desempeñan un papel muy importante en la relación. Pero aquí rompe con ellos y trae modificaciones que dan lugar a que tiene imágenes nuevas de la vida adulta, que hacen que los padres tengan menos prestigio y que sean criticadas, y esta nueva percepción de lo que hacen y son sus padres les lleva a decepcionarlos.

Esto se lleva al grupo. Suele ser mal comprendido por los padres, pues no aceptan el que se les desvalore como personas y hay tensión y conflictos, debido a que esta postura es mal entendida. Esto da lugar a situaciones de crisis y relaciones críticas que pueden ser; Manifiestas(Expone sus opiniones), o encubiertas(Se sigue por su lado pero no crea el conflicto).

Todo tipo de confidencias y sentimientos se revelan a otras personas y no a los propios padres, se les dice a aquellos adultos que despiertan admiración en él. Se llega al final de la infancia pues hay desarrollo evolutivo diferente del inicio de la misma. El niño/a tiene:

- Un pensamiento se integra en grupos hace amigos.
- Socialmente se integra en grupos hace amigos.
- Adopta una actitud defensiva con relación a sus padres.
- Vuelve a preocuparse por lo sensual, relativo a su esquema corporal.
- Cambios nuevos y desconocidos en la infancia.
- Se nos habla más de un preadolescente que de una imagen evolutiva de un infante.
- Su independencia va a venir marcada por el desarrollo de su pensamiento.

Se puede resumir esta etapa en:

- Grupo.
- Autodeterminación e independiente.
- Imagen.
- Identificación de ídolos.
- Segregación y vuelta al YO. Autoidentificarse.

J. PIAGET.

Estados de desarrollo cognitivo, evolución de la inteligencia. Es un epistemólogo- psiquiatra suizo, el primero en estudiar el desarrollo y modo de conocer de la inteligencia infantil. Estudió el desarrollo evolutivo del niño desde el punto de vista de su conocimiento cognitivo. Como aprende a conocer, pensar a lo largo de los diferentes estadios o fases. Le llama la atención, como aprende conocimientos y que tipo de respuestas de, como averigua investiga para dar respuestas, aquí se ve el nivel de asimilación. Hay dos elementos claves que definen para Piaget el aprendizaje:

- La asimilación.
- La acomodación.

El concepto de agua en un niño se da primero a nivel neurológico, un elemento de comprensión con el que asimila lo que es el agua(Color, necesidad, donde), para que esto se produzca tienen que existir condiciones madurativas adecuadas para incorporar el concepto, la acomodación.

Le interesa mucho cuando un niño/a puede desarrollar el cálculo, que viene dado por una maduración. No es

positivo acelerar procesos madurativos pues puede frenar otras cosas. Establece cuatro estadios:

- De 0 a 24 meses.

Periodo de la inteligencia sensorio- motriz.

- Aprende basándose en movimientos sensitivos o corporales. Las impresiones, sensaciones... etc. Vienen dadas por la manipulación.
- Las relaciones del niño/a están íntimamente a las tendencias instintivas como la nutrición, pues es la relación primera y básica que hace un lactante y a través de la cual aprende a conocer.
- A partir de los 5 ó 6 meses se multiplican y diferencian los comportamientos, incorpora nuevos objetos percibidos(Aportación).
- Movimiento repetido cuando aportan satisfacción.
- Incorpora novedades procedentes del mundo exterior. (Ejemplo; chupete, golpear, palpar, sonajeros).

La manipulación diferente de las cosas, son nuevos conocimientos que aporta. En este periodo todo lo percibido y sentido se asimila a la actividad infantil.

Al año: Búsqueda de un objeto cuando desaparezca, cuando antes solo ve que no está. Permanencia del objeto aunque no sea visto, él lo asocia(Está, aunque no lo vea). Constancia del objeto aunque no sea visto.

- De 2 a 6 años.

Periodo preoperativo(Inicio en operaciones).

- Gracias al lenguaje, asistimos a un gran progreso, tanto de pensamiento como de conductas. Hay una conducta verbal, llama, nombra, expresa sentimientos, deseos... etc.
- Continúa el egocentrismo(Incapacidad de desprenderse de su punto de vista, para adoptar el mismo de los demás). No entiende a razonamientos lógicos.
- Importancia de la imitación y representación. Cualquier objeto sirve como elemento de escenas. De situaciones que le llamen mucho la atención(La figura del médico, que les suele provocar angustia).
- Importancia del juego simbólico como medio de aportación tanto intelectual como de su vida afectiva(Lo que preocupa, lo que le da miedo).
- El pensamiento ya no es tan egocéntrico pero es subjetivo, incapaz de prescindir de su punto de vista.

- De 7 a 11 años.

Periodo de operaciones concretas.

- Avance de la socialización(Acata normas sociales).
- Como en objetivación del pensamiento(Adaptación). A veces las normas son demasiado contradictorias.
- No se limita a su propio punto de vista.
- Emplea operaciones(Suma, resta), de seriación y clasificación. Establece relaciones.
- Incapacidad de distinguir lo probable de lo necesario. Razona sobre lo dado.

- De mas de 11 años.

Periodo de operaciones formales. Adolescencia.

- Se comienza a dominar las relaciones de proporcionalidad y conservación. Puede llegar al pensamiento hipotético- deductivo, puede desarrollar el método científico, tiene todas las condiciones

para desarrollar cualquier planteamiento que se la presenta de la realidad. Se llega a la capacidad máxima de la inteligencia, para desarrollar razonamientos madurativos.

- Los cambios de pensamiento van a la par con los de su personalidad(Crítica, exigencia...). Lo critica todo, porque es crítico consigo mismo.
- Es una etapa difícil, pues es incapaz de tener en cuenta todas las contradicciones de la vida humana, personal y social. La confrontación de sus ideas con la realidad suele ser causa de grandes conflictos. Lo que imagina, desea no es lo que encuentra y se revela, se inquieta, no es conservador/a.
- Hay perturbaciones afectivas, producto de sus grandes conflictos que pueden llegar a perturbar la personalidad. Produciendo; Ruptura con sus relaciones afectivas.

Ruptura con los padres.

Desilusiones.

Para Piaget el desarrollo de la inteligencia en la infancia, es progresivo y continuo, pero esto no es igual para todos los autores. Según él se hace por incorporación y acomodación que va dando mayor desarrollo y conocimiento. Aquel que tiene deficiencias queda atrás cada vez más y se siente inadaptado, y su nivel de conocimiento no está adecuado a lo normal.

HENRY WALLON.

Teoría de Wallon. Le interesa el origen de la inteligencia y como repercute en su personalidad y forma de manifestarse. Se producen momentos críticos en el desarrollo infantil donde se produce el conocimiento.

Principales referencias del desarrollo(En general), se observo, lo siguiente:

- Al mes:
 - Fija la mirada en un rostro.
 - Sigue con los ojos un objeto.
 - Reacciona al ruido.

En este periodo se detectan problemas visuales, auditivos... etc.

- De 2 a 3 meses:
 - Puede sostener la cabeza.
 - Gira la cabeza para seguir algo con la mirada.
 - Sonríe a personas(6 semanas como media).
 - Vocaliza sonidos.
- 6 meses:
 - Acerca la mano para coger algo.
 - Reconoce a su madre. Distingue a los familiares de los extraños(6 a 8 meses).
- 7 meses:
 - Puede estar sentado sin estar sostenido.
 - Pasa un objeto de una mano a otra.
- 10 meses:

- Se pone en pie solo(8 a 10 meses).
- Se tiene en pie sin sujetarse.
- Hace marionetas, adiós, bravo... etc.(9 a 12 mese).
- Dice papá y mamá y algunas otras palabras(9 a 12 meses).
- 12 meses:
- Da los primeros pasos.
- Sabe agarrar con las extremidades del pulgar e índice(Prensión).
- Dice papá, mamá y dos palabras.

Wallon propone seis estadios de desarrollo:

- Estadio impulsivo o de impulsividad motriz. De 0 a 6 meses.

Es un periodo donde la actividad es preconsciente porque no hay psiquismo completo, empieza a estructurar su mente. Existe dependencia biológica total y ausencia de intencionalidad psicológica. Psiquismo muy primitivo.

Funcionamiento de los impulsos: Al principio son motrices y son descargas de tensión muscular, muy instintivos, no hay coordinación ni orientación de impulsos motrices. Los movimientos son más descarga de tensión muscular que intencionalidad de moverse.

- Estadio emocional. De 6 meses a 1 año.

Indica que la emoción es el modo dominante de las reacciones del lactante, básica o dominante de este periodo.

Para Wallon la emoción tiene un significado arcaico de comunicación y le permite contacto con el medio humano y a través de ella le va a permitir establecer las primeras formas de vida social.

Las emociones posibilitan la aparición de representación mental. Si hay relación afectiva va a interpretar quien le da afecto o lo contrario. Reconoce a los causantes de disgustos, dolores, alegrías, ignorar... etc. Las emociones para Wallon que posibilitan la aparición de conciencia de si mismo en la medida que le satisfacen sus necesidades.

Al revés de la relación afectiva, le permite reconocer como los demás le quieren y que posición tiene él. Wallon le da importancia a las emociones como forma de conocer el desarrollo del niño, y según las primeras experiencias podemos predecir etapas posteriores, y en las condiciones en que se produce ese desarrollo del lactante.

- Estadio sensoriomotor y proyectivo. De 1 a 3 años.

Muy importante, porque el niño empieza a extenderse, relacionarse con las cosas, personas que le rodean y a comprenderla. Se produce una exploración que le hace identificar los objetos que le rodean. Los elementos que tienen, para poder hacerlo son el lenguaje y la motricidad.

- Estadio del pensamiento. De 3 a 6 años.

Se caracteriza por una mayor consolidación de la personalidad. Abandona manifiestos de bebé y a los demás se muestra como el que es o el que quiere ser. Vive en enfrentamiento con todo lo que le rodea. Lucha contra lo que se le ofrece o se le da. Toma conciencia de su persona, de su cuerpo periodo de autoafirmación,

necesaria para sentar las bases de su independencia futura. Si el niño no se manifiesta así anda muy poco camino para después llegar a manifestarse.

- Estadio categorial. De 6 a 11/12 años.

Salto cualitativo y cuantitativo. Marcando avance de conocimientos. La inteligencia pasa a tener un mayor desarrollo.

- Estadio adolescente. De 12 años en adelante.

No hay una etapa definitiva de llegada. Múltiples circunstancias pueden hacerlo variar. Mayor capacidad de conocimiento. Mayor madurez personal(A veces engañosa porque establece relaciones conflictivas con sus adultos), y mayor dependencia afectiva.

El adolescente es mucho mas emotivo, no es realista como el adulto en el área afectiva, de inteligencia y en el área social. Se producen cambios en toda su personalidad.

Normalmente Wallon dice que se vuelve más misterioso, más intelectual y más apasionado por determinadas situaciones. De ahí que el adolescente se vea como pensador, poeta que no son mas que experiencias imaginarias.

La teoría de Wallon nos enseña, a diferencia de Piaget, de cómo el niño integra emociones, sentimientos en su personalidad y a medida que esa personalidad madura, también lo hace su inteligencia. Estas conductas proyectan unas personalidades distintas(Inseguridad, timidez...).

RENÉ SPITZ.

Supuso una aportación nueva al conocimiento psicoinfantil. Hizo estudios a nivel psicológico y físico en los niños. Eran niños que estaban acogidos en instituciones(Después de perder a sus padres o ser abandonados). Encuentra conductas extrañas como consecuencia de las carencias afectivas. Encontró e identificó:

- Depresión anaclítica.

Se caracteriza por la ausencia de afecto durante los primeros meses de vida por parte de la madre y de todo tipo de afecto. Ocurre que estas carencias afectivas tienen repercusiones a nivel físico y psíquico. Tenían dificultad de aproximación de otra persona sustituta. Existe un periodo crítico entre el 2º y 5º mes. Empezaba a reconocer el rostro de su madre y ahora es abandonado.

Si la ausencia se prolonga puede llegar a producirse rechazo de contacto, inmovilidad, insomnio y pérdida de peso, así como la clara tendencia a contraer enfermedades.

- Hospitalismo y marasmo.

Trastorno del desarrollo como consecuencia de las carencias afectivas. Observó que después de un breve periodo de relación de 3 mese con sus madres al ser introducido en instituciones si no se establecen buenos intercambios emocionales se presentaban trastornos que él llamó Hospitalismo.

La mímica, las muecas no tienen ningún receptor. La posibilidad motriz la proyectaban sobre sí mismo. Se daban golpes a sí mismos, se arrancaban el pelo, cada vez tomaba peor los alimentos y no dormían dando lugar al marasmo y en muchos casos la muerte

- Trastornos en la marcha y el lenguaje.

Niños abandonados después de un contacto familiar. Ocurre que todos los aprendizajes realizados pueden sufrir retrocesos, paralizaciones, regresiones.

SIGMUN FREUD.

Teoría freudiana. Freud fue un psicoanalista judío creador de una corriente psicológica (Su hija a. Freud fue su seguidora). Esto supuso un cambio en el estudio psicológico del ser humano. En su consulta veía síntomas nuevos, neuróticos, desconocidos o diferente interpretación de las causas por lo que elabora una teoría (Aporta nuevas cosas al desarrollar). Divide el desarrollo en varias fases para el desarrollo psicológico infantil:

- Fase oral. De 0 a 2 años.

Todo tipo de placer que obtienen en este periodo recae, a través del orificio bucal, alimentos... etc. Su órgano de placer se localiza en la boca. Succionar, chupar... etc. Obtiene satisfacción e incorpora elementos nuevos a su mundo interior.

- Fase anal. De 2 a 4 años.

La satisfacción ligada a los esfínteres, evacuación intestinal, encuentra placer en la retención y expulsión de esfínteres o heces. Es un objeto de maduración y satisfacción.

- Fase fálica. De 4 a 6 años.

Se interesa por sus órganos genitales (Coincide con la aparición del complejo de Edipo), lo que comprende el reconocimiento de los órganos... etc. Reconocen que son seres sexuados y que hay diferencias anatómicas entre niño/a. Es característico de este periodo.

- Fase de latencia. De 6 a 11 años.

Llega más o menos hasta la entrada en la pubertad, es un periodo largo y se llama latencia porque el niño/a ya no gira en torno a sí mismo, ahora la satisfacción la obtiene a través de actividades... etc. No de un órgano. Se esconde la sexualidad para entrar luego con más fuerza en el periodo siguiente.

- Fase genital. Más de 11 años.

Rompe con más fuerza todo el desarrollo de la sexualidad, pasa a primer plano, hay interés en los primeros contactos sexuales, aparecen sentimientos más de adulto y coincide con transformaciones propias de esa etapa. Puede haber frustraciones y satisfacciones relacionadas con esto, depende de la adaptación.

Cada fase puede tener sus problemas y detenciones. Puede presentar problemas de dependencia posterior o relacionales (Problemas nutricionales por una mala relación con la madre). Hay momentos que repercuten en etapas posteriores, sobre todo en la adulta de sus pacientes. Cualquier problema en cualquier fase puede producir prejuicios, neurosis... etc.

El niño obtiene placer en su cuerpo y para desarrollarse bien debe estas necesidades y a medida que cree cambian las zonas erógenas. Las relaciones afectivas pueden alterar el desarrollo psicosexual del niño y hay una serie de amenazas a nivel social o familiar que perturban esta evolución. Cada periodo tiene sus funciones y preparación propia, como puede ser la latente, para luego afrontar la adolescencia con más o menos tabúes.

El niño se desarrolla como imitación de comportamientos. Cada fase es importante para el desarrollo, y también es básico conocerlas y valorarlas. Cualquier detención en estas fases de cualquier teoría repercute en el desarrollo posterior, para los adultos, que llevan consigo una historia y sus vivencias sean positivas o

negativas, que define una personalidad adulta.

No hay fases mas o menos importantes, por muy pequeño que sea el niño/a no importa, siempre se dan cuenta. Todo guarda relación con muchas cosas de lo que cada uno es y su personalidad.

ADOLESCENCIA.

Presenta dificultades de compensación y aceptación por parte del mundo adulto. La adolescencia es un proceso del desarrollo personal que es complejo y difícil de abordar y siempre se encuadra dentro de un medio familiar y un contexto social, nunca de manera individualizada.

Cualquier estudio adolescente presenta características propias de su época, es un proceso complejo y cambiante (Padres, hijos). Es un concepto muy dinámico, cambiante, dependiente del contexto cultural, social y económico.

- Adolescencia.

Es un concepto retomado por la psicología para definir lo que ocurre en la persona de 11 años en adelante, se remite a estudios psicológicos de personalidad (Que piensa... etc.).

- Juventud.

Término más social, se utiliza por sociólogos para definir un grupo social que se mueve en unas edades determinadas y trata de explicar su organización, los grupos juveniles... etc. Estudia al joven como integrante de un grupo dentro de un contexto social, como actúa, sus intereses... etc.

- Pubertad.

De 11 años en adelante, donde se producen los cambios hormonales y desarrollo sexual de la edad. Estudio que hace referencia a su fisiología, se usa mas en el ámbito de la medicina.

A veces se relacionan estos tres conceptos, por ejemplo, hay corrientes que creen que como consecuencia de la pubertad se llega a la adolescencia. Pero la adolescencia conlleva consigo muchos cambios a muchos niveles.

La adolescencia se considera un proceso de crecimiento que no tiene límites fijos, es difícil determinar su principio y fin. Se habla de:

- Adolescencia media. Periodo entre 15 y 17 años.
- Adolescencia tardía. Periodo entre 17 y 20 años.

Hay jóvenes de 25 años que se comportan como niños. Hay estudios de tipo económico y cultural para establecer diferencias entre adolescentes, son estudios antropológicos, no en todas las culturas y diferentes sociedades la adolescencia es igual. Lo que vamos a estudiar esta relacionado con nuestro tipo de sociedad. La adolescencia es diferente según la cultura y clase social, y el ingreso en el mundo adulto viene impuesto por la sociedad y la cultura.

La adolescencia la vamos a ver como un proceso de ruptura y desprendimiento.

Se producen modificaciones corporales (Pubertad, capacidad de procreación... etc.). Y son vividos como asumir un nuevo rol para el adolescente. Estos cambios suelen ir acompañados de modificaciones en las relaciones, se presentan cierto tratamiento y vida interior, ensoñación (Ruptura con pandillas... etc.). Todo esto

supone unos cambios, que se manifiestan en sus actitudes hacia los demás, en su forma de relacionarse y todo ello se concibe dentro de una personalidad.

Los cambios y eclosión se producen de diferente forma según como sea la personalidad de la persona. Por ejemplo si es introvertido le cuesta relacionarse, tiene mucha reserva, mucha soledad, pero en la eclosión puede dar lugar a querer probarlo todo, pasa a ser extrovertido.

Él antes de la adolescencia, es la configuración de la personalidad y su manejo influye en la aparición de la adolescencia.

Como y porque de la adolescencia.

No se produce solo un cambio en la forma, talla, peso, capacidad mental... etc. Sino que también es un cambio en la forma de ser una evolución de la personalidad. Esto se explica por:

- Nacimiento de la propia intimidad. Vuelve a mirarse a si mismo, quien soy, que me pasa, descubre sus contradicciones... etc.
- Sentimiento del propio yo. Expresa el propio sujeto, vuelve a encontrarse como algo diferente.
- Afirmación del yo. Como consecuencia del descubrimiento del propio yo. El sujeto trata de demostrar ante los adultos que tiene su forma de pensar, sus ideas, intereses y que es él mismo. Se afirma como persona diferente a la sociedad adulta, quiere ser distinto de la imagen prefabricada de los padres, por ejemplo(La ropa... etc.).

Conductas adolescentes.

Son la expresión hacia fuera de la afirmación interior. Se destacan:

- Obstinación.
- Deseo de independencia.
- Rebeldía(conducta de oposición o enfrentamiento con los modelos que la sociedad establece para ellos)

Hoy en día hay un adolescente mundial debido a la comunicación.

Este deseo de afirmación es algo normal y necesario para el desarrollo de la personalidad naciente o que está surgiendo, del adolescente. Él más sumiso, obediente... No es él más sano, ni deseable, pues su personalidad no se emancipa de la tutela, no busca su identidad, que provoca un anormal desarrollo psicológico, aunque esta actitud sea potenciada por padres y adultos. Lo normal es que surja oposición, lucha, pues el adolescente cambia, y los padres quieren seguir dominando.

Este tipo de conducta se radicaliza ante las actitudes negativas de los mayores; rigidez, incompreensión, autoridad... etc. Provocan huidas, refugiamiento en el grupo, ser bueno en casa y cambiar radicalmente en la calle... etc.

Madurez.

No debe considerarse un estado fijo del punto final del progreso del desarrollo. Es un término relativo que desde cualquier coyuntura de la vida una persona descubre y es capaz de emplear los recursos que se hacen accesibles a él en el proceso de crecimiento, no se reduce al proceso adolescente, transcurre a lo largo del ciclo vital.

Es dinámico y acompaña al proceso de crecimiento, evolución y desarrollo. Hay diferentes niveles de

madurez, pero como ser cambiante hay más aspectos de la madurez. Por tanto, es un concepto dinámico ligado al desarrollo de la persona durante su ciclo vital. La madurez mental viene marcada por:

- La independencia.
- Objetividad de juicio. Lo que una persona llega a pensar a través de sus juicios y razonamientos.
- Sentido crítico. Te lleva a objetividad de criterio, porque valoras el aspecto crítico de una situación.
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones. Como ejemplo, el cambio de instituto a universidad, si te vas lejos de casa... etc.

La madurez emocional viene dada:

- Autocontrol de las emociones. Celos, agresividad, desprecio, frustración... etc. Las soporta, le desbordan... etc.
- Aceptación de los fracasos. Se puede llegar a intentar o consumir un suicidio por diferentes causas, baja autoestima, frustración, sentimental... etc.

Características de la adolescencia actual.

Se diferencia de otras adolescencias. Las necesidades básicas primarias de la personalidad del adolescente son las mismas. El adolescente de hoy es diferente por una serie de rasgos de la sociedad actual:

- Precocidad en el desarrollo físico.
- Retraso en la edad adulta. Parece una contradicción con la anterior pero se ve por ejemplo en el acceso a la demanda de trabajo.
- La conciencia de grupo en los adolescentes en oposición a los adultos. Esta conciencia de grupo es reciente, el refugio del adolescente es el grupo desde donde se canalizan sus intereses, pensamientos... etc.
- Influencia de los medios de comunicación. Característica que define la adolescencia actual. Uniforma, acumulación de forma de ideas, hay menos particularidades, individualidades dentro de la sociedad.
- Repercusión de ciertos cambios sociales. Hay grandes cambios que se dan a una aceleración y ritmo enormes, de manera que no da tiempo a asimilarlos.

Problemas más frecuentes de la adolescencia.

- Rebeldía.
- Timidez. Piensas unas cosas y sientes otras, te haces un lío y prefieres callar, no hay seguridad en lo que haces.
- Sentimiento de inferioridad. Viene dado por la inseguridad y la timidez pero guarda más relación con verse, sentirse menos capaz, infravalorado.

Pueden generar perturbación de la personalidad, según la frecuencia y la fuerza en que aparecen. Por ejemplo; Me desconozco, y estoy insegura tímida, me siento menos capaz, si esto es muy acusado, se paraliza como persona y frena su desarrollo como adolescente. A veces da problemas neuróticos de relación, ansiedad... etc. Que necesitan ayuda.

En resumen hay tres aspectos del ser adolescente, que necesita desarrollar, para obtener un normal desarrollo:

- Identidad ¿Quién soy?. En el sentido de la afirmación.
- Crisis de identidad. Ruptura con la imagen que los adultos tienen de mí.
- Logro de identidad. Mi esfuerzo para lograr la identidad que yo deseo.

La rebeldía acompaña a la edad, es un rasgo típico. Es un comportamiento de protesta u oposición ante

cualquier situación de subordinación, protestar. Rebelarse contra la sociedad adulta, sus normas. Se dan diferentes tipos de rebeldía, sus normas... etc.

Formas o conductas de rebeldía no se dan de forma manifiesta, algunas de ellas, son las que se dan en determinadas situaciones en las que cuesta expresar sus sentimientos, aunque siente que está en contra de ellos. Por ejemplo la rebeldía transgresora va dirigida a estructuras valores y costumbres sociales. En contra de la sociedad, se produce a partir de los 17 años. Primero, se revela contra la familia, luego las instituciones y luego la sociedad, tiene fases progresivas.

La timidez surge en el adolescente como sensación de impotencia para actuar presencia de otras. Miedo crónico que se da ante situaciones, que indica desconfianza en los demás o en uno mismo. El tímido no se atreve a presentarse ante los demás tal como es por miedo a que se tenga una opinión desfavorable de él. La timidez nace al concederle demasiada importancia a la opinión de las personas. Nos encontramos que existe en desdoble de la personalidad del sujeto que se manifiesta como actor y espectador, pues se cree siempre observado. Le cuesta hablar en público.

Las consecuencias, normalmente en presencia de personas no muy conocidas se muestra apocado, vergonzoso con confusión mental, con dificultad en el lenguaje(Se traba, tartamudea...), muy tenso y observador.

Cuando la timidez es importante, el miedo puede motivar la huida de este tipo de situaciones hasta paralizar por completo su vida, pudiendo cambiar su personalidad.

La idea obsesiva en casos graves de timidez está muy presente y la conciencia de estos jóvenes les es difícil salir de sí mismo y afincarse en la vida. Suelen desarrollar actividades sorprendentes como huida.

La timidez no tiene que ser siempre algo problemático, lo es cuando es excesiva, cuando perturba la vida emocional y mental de las personas, y es una obsesión que produce una ansiedad constante.

Suele aparecer en la 2ª y 3ª infancia de 5 a 7 años. En la adolescencia la timidez se hace mas consciente y sistematizada y sabe lo que es ser tímido y que es la timidez en su vida.

El sentimiento de inferioridad está muy relacionado con la timidez y para algunos autores son dos cosas sinónimas. Este sentimiento se produce cuando una persona, un adolescente es consciente de vivencias, experiencias o inseguridades interiores. La timidez y el sentimiento de inferioridad se realimentan mutuamente entre sí, todo lo que causa sentimiento de inferioridad también causa timidez.

Surge este sentimiento, cuando el adolescente se ve solo/a en base, a través de las propias deficiencias y limitaciones. Responde mas a un problema que el propio adolescente se crea que a una realidad objetiva.

Hay que diferenciar entre sentimiento y complejo de inferioridad. El sentimiento es algo consciente y el complejo hace referencia a contenidos inconscientes, huye, evita, utiliza mecanismos defensivos, pues inconscientemente se siente incapaz, con miedo... etc.

El sentimiento de inferioridad tiene importancia para el adolescente mas que para el adulto, pues es un fenómeno traumatizante y da lugar a reacciones negativas sobre todo cuando el adolescente no llega a superarlo, pudiendo provocar neurosis. Según autores cuando no se supera, busca refugio en situaciones en las que corre riesgo(Droga, violencia, cólera, agresividad... etc.), o utiliza formas de delincuencia juvenil, como forma de recompensa social ante este sentimiento. La fuga es una recompensa psicológica, pues es una forma de oposición a la familia, la sociedad... etc.

Se puede potenciar o alimentar este sentimiento cuando ve habilidades en adultos que ellos no pueden hacer o ven objetos que lo agudicen o con comentarios... etc.

Cuando las condiciones educativas y ambientales son normales, favorables, este sentimiento desaparece con la edad.

A nivel familiar no siempre se dan condiciones para un buen desarrollo, así se ven condiciones familiares o extrafamiliares, como situaciones ambientales que rodean al adolescente y que pueden ser nocivas, patógenas(Sistemas represivos...), excesiva utilizando de medios de comunicación de masas(Vídeo, televisión), la confusión que puede sentir con respecto a su identidad, pues, a veces este desconocimiento le conduce de una forma conclusiva a una elección no correcta. Salida desesperada para evitar el derrumbe.

Problemas frecuentes.

- Cuadro esquizoide. Disocia la personalidad entre dentro y fuera, cuerpo y mente que lleva al aislamiento, soledad, falta de comunicación... etc. Producido sobre todo por un mal ambiente familiar, sistemas represivos... etc. La familia y sociedad son muy importantes para el desarrollo normal o patológico en la adolescencia.
- El joven es el exponente, el chivo expiatorio de los conflictos a nivel familiar. Según el nivel de salud mental de la familia, se da un mayor o menor grado de comunicación... y otras veces el que lleva la carga es el adolescente.
- Los delincuentes, sus actos delictivos obedecen a satisfacer demandas interiorizadas de los padres y la conducta es disociada una forma de atacar a lo de fuera como forma proyectiva de venganza por lo que le hicieron.
- Una forma de reacción pasiva es la drogadicción, que es una forma de protesta a nivel de relación socio-familiar, a las normas sociales establecidas. Es otra expresión de mal funcionamiento y relacional psicológico del adolescente y de ahí la dependencia de la droga.
- El adquirir un rol de identificación en el adolescente es un proceso complejo y su logro se expresaría como salud mental de ese adolescente.

Cosas positivas para el adolescente:

- Ambiente favorable.
- Dominio de extroversión/introversión.
- Aceptación/no aceptación.
- Comunicación.
- Actitud afectiva.

Características de la adolescencia.

Son las siguientes:

- Rebelión con el mundo exterior, con lo que le rodea.
- Intenso narcisismo.
- Preocupación por el propio cuerpo, y por lo que le rodea, sí mismo.
- Importancia del grupo de iguales.
- Los sentimientos y necesidades sexuales se vuelven intensas en este periodo adolescente.
- Mayor incremento de tendencias agresivas(Verbal, física... etc.).
- Aumento de la capacidad emocional e intelectual.
- Las conductas, aptitudes, actividades del adolescente se caracterizan por cambios impredecibles.

El adolescente responde y maneja tres interrogantes, resumidos en el periodo adolescente:

- ¿Quién soy?. Identidad.

Identidad; característica de un momento evolutivo, que asume diferentes peculiaridades según cada etapa, por ejemplo, el adolescente es el abandono de la etapa infantil para entrar en un proceso de búsqueda de una identidad joven-adulta.

Proceso de experimentación de cambios y estos se empiezan a experimentar porque hay modificaciones a nivel corporal, de intereses y empieza a tener experiencias de autoconocimiento diferentes. Son características que definen una personalidad todavía indefinida.

Hay adolescentes que saben dar respuesta a esta pregunta, y desarrollan diferentes actividades que dan significado a ese proceso de desarrollo.

Hay casos de moratoria de identidad, no sabe dar respuesta, esta dudoso, confuso... Bien porque vive situaciones no favorables que producen esto. Sufre un vacío retroceso y llega al final del periodo dudoso... etc.

Proceso de duelo: Separarse y asumir la ruptura con la niñez, y esto a algunos adolescentes les cuesta (Responsabilidad, ya no hay protección...). Es una situación costosa y no siempre hay un ambiente o situación favorable. Se pueden dar regresiones, pues trata de buscar seguridad en su familia. Le cuesta asumir sus cambios, las nuevas realidades que le impone la nueva situación de adolescente.

Característica de la identidad:

- Búsqueda de sí misma.
 - Necesidad de evitar soluciones falsas.
 - Necesidad de integrarse en grupos.
 - Conductas contradictorias (Por los cambios).
 - Separación progresiva de los padres.
 - Necesidad de desafiar y protestar.
 - Necesidad que siente de intelectualizar y fantasear.
-
- ¿Quién quiero ser?. Búsqueda de la identidad.

Hay problemas que arrancan de la adolescencia por no poder responder a quién soy, no todo el mundo llega a esta cuestión. Es un proceso largo y complicado y que depende de los ambientes. Podemos dar una respuesta que se adecue a la realidad o no. Uno puede encontrarse satisfecho con su identidad o no porque quiere ser otra persona.

La búsqueda de la identidad es otro proceso mas o menos corto que puede producir perturbaciones y puede haber moratorias porque se imponen muchas cosas y sus aspiraciones, intereses son mas altos, demora o facilita la búsqueda de la identidad, según se marquen metas desorbitadas o no, a corto o largo plazo... de menor aspiración, mas concretas son mejores.

Todo esto viene marcado también por el contexto cultural y el nivel de aspiración que le marque la familia. Factores culturales, socio-familiares y afectivos.

- Logro de la identidad.

El logro sería el cierre del periodo adolescente y ya estaría mas integrado e identificado dentro de un joven-adulto. A veces viene marcado por un rol de la sociedad adulto laboral.

Los sentimientos, conductas, contradicciones... etc. Tiene mayor capacidad adaptativa, hay mayor seguridad en aptitudes y decisiones, pues lo tiene todo mas claro. A nivel social tiene diferentes relaciones ya no funciona tanto la inexperiencia dentro del grupo.

Cerraría el proceso evolutivo del adolescente en el cual acepta y ha elaborado una nueva imagen de sí mismo.

Fases de la adolescencia.

- Inicial:

- Sentido crítico.
- Mayor conocimiento objetivo de si mismo.
- Criticismo.
- Inconformismo.
- Mutismo(Como adaptación familiar).

Dificultad; conducta regresiva.

- Media:

- Desarrollar ciertas capacidades y actitudes.
- Proceso de mejora personal.
- Conciencia del propio yo.
- Afán de valerse por si mismo.
- Búsqueda de experiencias.
- Desarrollo de la imaginación.
- Relación de camaradería(Colegas).

Dificultades;

- Obstáculos internos(Del propio adolescente).
- Obstáculos externos(Familia, ambiente).
- Autosuficiencia.
- Sensibilidad exagerada(Todo les afecta).
- Carácter irritable.
- Aislacionismo.
- Timidez.
- Introversión.
- Desconfianza(De si mismo y de los demás).

- Superior:

- Mayor madurez mental.
- Autodominio de sentimientos y emociones.
- Mayor capacidad de integrarse de forma positiva.
- Mayor capacidad laboral(Estudio o trabajo).
- Afán de supresión personal.

Dificultades;

- Excesivas aspiraciones.
- Expectativas elevadas.
- Abandono de la actividad laboral.
- Nivel de autocontrol de sentimientos y emociones.

Estas tres fases de la adolescencia pueden tener características comunes.

Tipos de patologías a nivel psíquico. Salud mental. Trastornos psicósomáticos.

- De 1 a 3 años. (Lactante, preescolar).
- Trastornos a nivel de motricidad, verbales... etc.
- A nivel psicósomático, los trastornos digestivos y de nutrición(Vómitos, diarreas, inapetencias... etc.).

Se pueden establecer factores causales:

- Problema en el vínculo padres con el niño. Problema relacional.
- Presencia de ansiedad como conducta que puede dar lugar a esto. Es una ansiedad inespecífica.
- Eczema del lactante. Aparece durante los primeros meses(4 meses) y evoluciona hasta los dos años, a veces se resuelve de forma espontánea, pero se da en situaciones familiares concretas por madres hiperprotectoras o hipermotivadas.
- Depresión anaclítica.
- Ausencia de control de esfínteres(Menos psicósomático). Comienza a los 3 años pero se valora en los siguientes.
- Trastornos en el habla detectables.
- Cualquier trastorno de la motricidad(Percepción de espacios, motricidad. Etc.).
- De 3 a 6 años.
- Angustia. Si es una conducta dominante y con efecto desorganizador en la personalidad, puede desarrollar y trastornos de conducta, como obsesiones, miedos exagerados, pesadillas, terrores nocturnos... Algo exagerado que paralice al niño.
- Se da la fobia escolar. Negarse a ir al colegio.
- De 7 a 12 años.
- Trastornos a nivel emocional. Desde el rechazo escolar(Con mas lógica) con una simple tristeza o lloro al ir al colegio, hasta ponerse enfermo... etc.
- Trastornos del aprendizaje. Atraso en el aprendizaje específico(Lectura, dislexia, escritura, símbolos, dificultad de comprensión de conocimientos, total inhibición intelectual...). Es un buen momento para detectar causas en este retraso.
- Depresión. Puede aparecer sobre todo en niños que no se encuentran bien aceptados en el medio escolar, los novillos, irse de casa(No fuga) no son infrecuentes.
- Tics nerviosos o estereotipias motoras. Trastornos desde gestos de tics en boca o cara... de manera convulsiva y constante.
- Dificultades en el sueño y alimentación.
- Trastornos de la conducta. De ser irascibles a ser totalmente tranquilos, sumisos... etc.
- Trastornos psicósomáticos. Cefaleas, trastornos abdominales, problemas dermatológicos o digestivos... etc. También aparición de trastornos obsesivos(A veces de forma pasajera).

Lo más importante es detectar los problemas, porque y a que se deben estos trastornos y sensibilidades ante problemas afectivos o de fracaso escolar.

- De 13 a 20 años.

Es importante no hacer una precipitación diagnóstica, pues estudiamos a una persona sometida a grandes cambios, y muchas conductas son pasajeras, se resuelven en su periodo evolutivo. Muchas conductas tienen valor adaptativo que patológico.

Para que una conducta sea inadecuada o patológica tiene tres aspectos:

- Que dicha conducta se repita.
- Que dicha conducta sea intensa.
- Que las reacciones que provoca en el medio familiar o medio en que se produce son importantes.

A nivel de adolescencia pueden aparecer:

- Cuadros de esquizofrenia, trastorno de la personalidad(Patología grave).
- Trastornos en el comportamiento(Menos grave).
- Actitudes antisociales, desde pequeñas travesuras a cosas mas serias.
- Presencia de toxicomanías.
- Cuadros depresivos.
- Trastornos neuróticos. Desde manifestaciones histéricas, obsesiones, hasta la aparición de fobias.

Es importante saber como actuar:

- Reconocer la existencia del problema y a que obedece.
- Abordarlo con el grupo familiar.
- Tener cuidado con diagnósticos precipitados.
- La orientación terapéutica es un trabajo psicológico con el paciente y familia. No siempre se resuelve con fármacos, hay que abordarlo teniendo el ambiente y las causas en cuenta.

Aptitudes de la enfermera

Ante determinadas actitudes neuróticas:

- Valoración

Niños o personas que sufren de forma real con enfermos ansioso. Hay que dirigirse a ellos considerándolos enfermos, pues con ello se evita la actitud de duda, del enfermo al creer que pensamos que está exagerando, y si hacemos esto aumentamos su angustia. Hay que decirle la realidad, pero admitiendo su dolor.

- Adoptar una aptitud terapéutica abordada y tener en cuenta lo ocurrido. Tratamiento colectivo.
- Oír y permitir es la persona desempeñar un papel activo en la efectuación de actividades, porque son

elementos esenciales en el tratamiento de las neurosis, pues le libera de la carga ansiosa al estar ocupado.

- Evitar la hospitalización innecesaria.
- Plan de observación y escucha de las reacciones del enfermo e intervenir en casos indicados.
- Cualquier neurosis no debe ser prohibida ni ridiculizada nunca.
- No obligar al enfermo a ponerse en contacto con el objeto causante de la fobia u obsesión.

PERIODO ADULTO.

No es una edad significativa que se preste a estudios psicológicos. Hay dos grandes acontecimientos:

- Los cambios de roles. Desempeño específico de un rol(De estudiante a enfermera).
- Acontecimientos en su situación privada(Soltero– casado– formar familia– madre... etc.)

PERIODO DE LA VEJEZ.

Llamada vejez, senectud, tercera edad(Periodo de jubilación). La población envejece cada vez mas. Por lo que trataremos personas mayores. Hay ciertos mitos y tabúes sobre la tercera edad:

- El envejecimiento se corresponde con algo cronológico. Se fuese cierto, con 65 años se es viejo y tiene que tener un comportamiento, con vida tranquila, vegetar... etc. Pero hay gran variabilidad, hay de todo, como lo descrito antes. Hay indicaciones fisiológicas que lo marcan, pero los mentales van con carácter de la persona.
- Improductividad. La sociedad valora la capacidad productiva de una persona. Se le denominaba clase pasiva. Pero no siempre es así. Te jubilas y algunos siguen haciendo cosas pues tienen gran capacidad creativa.
- Desasimiento o descompromiso, Al llegar a la vejez las personas se desinteresan, se basa en la creencia que a medida que creces pierdes el interés por todo, se descompromete, no hay participación. Pero esta va con el carácter de cada una. Hay de todo.
- Inflexibilidad. Incapacidad para adoptar o admitir puntos de vista diferentes o adaptarse a nuevas situaciones. Pero es relativo, a veces es terquedad mas que dificultad de adaptación.
- Senilidad. Asociado a pérdida de memoria, falta de atención y aparición de periodos confusionales. Todo esto se le atribuye a la persona senil. Pues se pierden neuronas, pero a veces esto se relaciona con enfermedades físicas o de ansiedad. Pero no es porque se sea viejo.
- Serenidad. Hay mayor estrés y ansiedad debido a cambios en su vida, a pérdidas personales, tiene que acostumbrarse a un cuerpo que va degenerando y todo esto no provoca para nada serenidad.

¿Es controlable el envejecimiento?.

Se intentó acortar el proceso de envejecimiento pero fue rechazado, pues es un proceso progresivo, en cuanto a la resistencia del organismo al paso del tiempo, que se hace mas vulnerable. Por tanto es inevitable a lo largo del tiempo en todo ser vivo. Lo que pasa es que se puede controlar mejor la esperanza de vida que es que la gente al nacer tenga una probabilidad de vida mayor que hace 30 años y mayor que hace 100 años. Esto es debido al progreso del nivel económico, social y médico(Vacunas, aseo, agua, alimentos...).

Las causas del envejecimiento pueden ser de tipo biológico, cualquier organismo humano sufre envejecimiento en el funcionamiento hormonal, neurológico... etc., y psicológico. Hay hormonas utilizadas a nivel clínico para retrasar determinados aspectos de este proceso, sobre todo en la menopausia. Se nace, se llega a la vejez después de un desarrollo de vivencias.

Concepto de vejez a lo largo de la historia.

Se puede estudiar que concepto a través de diferentes culturas y de la historia tuvo significados diferentes.

- Grecia antigua.

Los griegos consideraban la vejez como un castigo debido a sus ideales de belleza y perfección. Los diferentes autores como Sócrates, Sofocles y Eurípides(Falta de razón). Daban unos conceptos no demasiado halagüeños, pues toda la cultura griega tuvo un concepto negativo de la vejez. Aristóteles decía que eran egoístas, desconfiados y cínicos. Pero Platón va a hacer elogios de la vejez, pues ya se han pasado etapas críticas y para él era un momento mucho más sabio y razonado por la experiencia.

- Culturas primitivas.

Hay algunas culturas que valoran el papel del anciano positivamente. Los mosquimanos, llevan a los mayores a una choza a morir, lo ven como un proceso natural. Los mohicanos e iroqueses, los respetaban y trataban bien siempre que ellos fuesen equilibrados y serenos... etc. Los esquimales, los echaban a la nieve o los dejaban en un iglú o los abandonaban en una pesca.

El anciano es peor tratado donde los recursos son escasos. Ni antes ni ahora es una etapa feliz de la vida, y en nuestra civilización actual donde se basa en la productividad... etc. Todo recae sobre los jóvenes.

A partir de los 30 años ya hay proceso de envejecimiento, puede haber factores psicosociales que lo aceleren. La medida de declinar en el envejecimiento no es algo cronológico sino que depende de muchos factores. La piel es el primer órgano que demuestra el envejecimiento, las uñas, el pelo... etc. El aspecto de la persona tiende a establecer curvaturas o deformaciones, dificultad para hacer ejercicio... etc. Vista cansada, acomodación del cristalino... etc. Hay datos que nos indican la aparición de este proceso. El aparato respiratorio y circulatorio se enlentecen, hay menor irrigación, arteriosclerosis... etc. La digestión se hace mas lenta y hay mayor propensión a úlceras de estómago, los dientes... etc. Desde el punto de vista hormonal se marcan dos ciclos diferentes:

- Menopausia.
- Andropausia.

El envejecimiento no lleva una idea negativa o fatalista, juega un papel muy importante la personalidad y la preparación, es decir, como asume cada uno su envejecimiento. Enfrentarse vigorosa, activa y participativamente.

La longevidad potencial de una persona está en función de su longevidad afectiva, de sus variaciones dentro del grupo al que pertenece y sobre todo en relación con el tipo de hábitos (Alimentación, actividades, equilibrio, satisfacciones personal...), a parte de factores de herencia, hay abusos que desgastan el organismo (Tabaco, alcohol, accidentes, medio hostil...).

Viene condicionado por factores ecológicos, económicos, sociales y psicológicos, son los que condicionan la longevidad y el nivel de vida de las personas.

Crisis de la vejez.

Este periodo es largo y donde se dan momentos diferentes de situación de crisis. No siempre se van a producir todas las crisis que citamos a continuación y cada una de ellas tiene su complejidad:

- Primera crisis. Se produce cuando la persona es consciente de sus cambios corporales (Internos, externos). Siente que su cuerpo está cambiando.
- Segunda crisis. Pérdida del papel social y familiar, la jubilación, a nivel social se identifica así a las personas mayores. La jubilación se ve como una pérdida de la capacidad activa.
- Tercera crisis. Pérdida de personas significativas (Soledad y viudez). No somos inmortales. Lo que acompaña a la pérdida, el sentimiento, la amistad... etc. Al hombre se le educa para ser cuidado por la mujer... etc.
- Cuarta crisis. Disminución de la actividad (Sentimiento de inutilidad). Muchas veces la percepción de la persona que tiene de su estado es negativa, pierde su autoestima. Se ve como algo deteriorado, que no puede hacer nada.
- Quinta crisis. Enfrentamiento con la muerte. Aceptación en el sentido de la elaboración mental o rechazo que viene acompañado de ansiedad (Angustia) y miedo.

Cada crisis ser sobrellevada y recuperada como una fase del ciclo y sin repercusiones o al revés, dando lugar a poder perturbar la personalidad del sujeto.

Personalidad del anciano.

Se describe un perfil de personalidad, en que se adjuntan al anciano rasgos positivos y negativos:

- Negativos:
 - Egoísmo; achaques y pendiente de si mismo.
 - Sensiblería; cualquier cosilla le afecta.
 - Autoritarismo; impone sus opiniones.
 - Rechazo social; dificultad para relacionarse o contacto con amigos/as. Se aísla.
 - Tendencia al aislamiento y pasividad.
- Positivos:
 - Reflexión; tiene en cuenta las cosas aunque es flexible y valora pros y contras.
 - Madurez; experiencia de vivencias y aporta a los demás lo que aprendió.
 - Serenidad; cierta situación de tomar las cosas con calma.

Elaborar un perfil de personalidad en la vejez es algo complejo. Los rasgos de la personalidad del anciano suelen permanecer estables y cuando hay modificaciones no solo dependen de la edad (Si es egoísta, o abierto, accesible... etc., sigue siendo en la vejez, aunque es mas positivo lo segundo aunque luego hay achaques), cronología, sino de la trayectoria vital del sujeto (Su vida, lo que ha vivido y como vivió), de su estilo de vida y circunstancias ambientales que le rodean.

Causas de depresión en ancianos.

Las depresiones se suelen producir mucho en la vejez, es un sentimiento de tristeza vital por la pérdida, en este periodo de su vida. Pueden enfrentarse al futuro de manera pesimista u optimista y esto afecta mucho a este periodo. Las causas:

- Deterioro del cerebro (Demencias seniles, por tener menos neuronas)
- Estrés a nivel social. Psicológico y económico.
- Disminución de los intereses económicos (% de pobreza en los ancianos, mayor que en otras edades).
- Disminución de la importancia del papel que juegan en la sociedad.
- Pérdida de seres queridos (1/3 de los hombres son viudos). La pérdida del cónyuge es el hecho de mayor impacto emocional.
- Situaciones de aislamiento por incapacidad física (Vista, oído...).
- Frecuente disminución de las facultades intelectuales.

Capacidades mínimas de una persona para vivir sola.

Desde un punto de vista psicológico y personal y personal de condiciones o capacidades para realizar determinadas actividades.

- Orientación respecto a tiempo, lugar y personas.
- Cocinar y alimentarse.
- Bañarse o ducharse.
- Limpiar la casa.
- Control de esfínteres.
- Trasladarse de la cama a la silla.
- Mantenerse de pie y caminar.
- Subir escaleras.
- No correr riesgos de accidentes sobre todo de incendios.
- Poder ir a la compra.
- Disponer de dinero y saber manejarlo.

- Capacidad para seguir instrucciones(Recetas, medicamentos...).
- Proseguir contactos sociales.

Causas de mal nutrición.

Se pueden distinguir las causas de esto según Elton– Smith:

- Soledad y aislamiento. Los ancianos solos sufren de depresión y apatía, falta de apetito, alternan los hábitos.
- Ignorancia. Es muy frecuente en el viudo solitario que al no tener idea de que comprar y cocinar sigue una dieta desequilibrada.
- Confusión mental. Como comprende la dieta no puede ser adecuada en personas que viven solas y marginadas y con signos de confusión sobre todo.
- Impedimento físico. Las personas inválidas pueden tener dificultades para conseguir alimentos y determinados alimentos que sacian rápidamente, como el pan. Pueden así otros alimentos con mayor valor nutritivo.
- Miseria.
- Falta de apetito debido a enfermedades agudas o crónicas.
- Dientes. Los ancianos con problemas en la boca, evitan alimentos duros o frescos que precisen masticación.
- Mala absorción. Es frecuente en los que tienen intolerancia respecto a la lactosa... etc.
- Alcoholismo. Al obtener calorías a través de la bebida renuncia a elementos nutritivos
- Pérdida de proteínas. Ocurre cuando aparecen úlceras por decúbito, donde hay mucho reposo y no se consume carne y poca cantidad de leche.

Servicio geriátrico.

Importante debido a que aumenta mas la población anciana, mayor. Esquema posible de un servicio de geriatria:

Unidad central, que tiene el hospital, que solo atiende a mayores de edad. Este tipo de unidad tiene un dispensario, internado(Hospitalización) y geropsiquiatria(Por circunstancias personales, requieren apoyo, demencia senil). De la unidad se puede derivar al hospital de día(Consultas, tratamientos) que no necesita hospitalización, se puede llegar porque se necesita hospitalización o se manda allí porque no lo necesita.

Del hogar o residencia pueden ir al servicio geriátrico o del geriátrico también van al hogar u hospital de día. A la unidad puede ir un servicio de ayuda a domicilio, se hace el seguimiento allí o controles.

La unidad de larga estancia está en contacto con la unidad geriátrica que por diferentes situaciones de salud no estaría en otra.

Niveles de asistencia hospitalaria.

- Unidad geriátrica. Servicio especializado en medicina para ancianos dentro del hospital general. Cuenta con un dispensario para las consultas externas que necesite el paciente, además de proporcionar un examen de salud.
- Hospital de día geriátrico. Prolongación del centro sanitario a donde el anciano acudirá por medios propios o por medios del hospital. Hasta finalizar la merienda de la tarde, se benefician del tratamiento médico, psicológico, rehabilitaciones y social, entretenimiento en las llamadas actividades de la vida normal.
- Actitud del personal sanitario ante un paciente de una unidad geriátrica. Para profesionales de enfermería tienen que tener claro que trabaja con unas características personales, tiene problemas de adaptación en principio, también que cualquier sobrecarga psíquica o física le puede producir

agravamiento aparentemente. El anciano tolera mal los cambios. Acepta mal el ingreso y con sentimiento fatalista. Hay que conocer las creencias acerca de un centro hospitalario, que se concibe la hospitalización con un desenlace fatal. El funcionamiento rutinario del hospital no es fácil para el anciano, pues no conoce el centro, le cuesta cualquier pequeño movimiento dentro del hospital. Valorar al máximo el tema de la vejez, teniendo suficiente conocimiento de lo que le pueda pasar y no proyectar nuestro sentimiento de vejez sobre él.

Situaciones que se pueden enumerar:

- Individualidad de cada caso, no generalizar. Hay que saber más sobre la persona.
- Mantener actitud de escucha. Tratar de comunicar con lenguaje e intención.
- No superproteger en sentido paternalista.
- Paciencia como proceso de cuidados de adaptación. Buscar el momento idóneo, saber esperar.
- Trato correcto.
- Tener optimismo realista.
- Dar cuidados de igual calidad que a las otras edades. No marginar al anciano ni a otras personas.
- En principio no existen casos perdidos.

El trabajo de enfermería en centros geriátricos no es fácil a veces hay masificación y no se pueden efectuar los cuidados necesarios, a veces no saben decirnos lo que les ocurre, y es importante saber la problemática que consigo trae la vejez. (Cambios bruscos, fracturas...).

Propensos a úlceras por decúbito. Los vómitos y diarreas les provocan deshidratación, los alimentos pobres en residuos les producen estreñimiento... etc. Hay trastornos ligados al envejecimiento que debemos conocer para ofrecer mayor calidad de cuidados al anciano.

El profesional que se ocupe de ancianos que tengan o no afecciones psicológicas deberá de saber adaptar a su ritmo a los pacientes dejándoles la posibilidad de percibir estímulos externos, responder a ellos, adaptarse y comprender, moverse y actuar. Todo ello en dos premisas:

- Adoptar actitud de espera (Paciencia).
- Bondad de inteligencia.

Dos comportamientos básicos de cuidados de enfermería que demandan los ancianos. Además de trabajo asistencial también se debe llevar a cabo el individual (Saber envejecer mejor...).

Perfil de personalidad del anciano.

Hay cinco perfiles diferentes:

- Perfil integrado. Sin problemas significativos.
- Perfil cómodo. Adaptado, extrovertido, pasivo, depende de otros... etc.
- Perfil gruñón, irascible. Poco adaptado, expunitivo, frustrado, cascarrabias... etc.
- Perfil intrapunitivo. Se aplica sus recomendaciones y castigos. Mal adaptado, se autorechaza, autoagresivos, frustrado y desconfiado.

Curva de inteligencia.

Se puede tomar a nivel de la capacidad de aprendizaje de una persona a nivel de actividades. También aprendizaje de conocimiento de cosas, lectura, intelectual no hay aprendizaje motriz. Hay muchos tipos de aprendizaje.

La memoria a corto plazo decrece con la edad, en cambio la memoria a largo plazo se mantiene muy bien.

Desde el punto de vista conceptual, la sexualidad no la asociamos a la procreación. La sexualidad es como un placer que se encuentra en cualquier parte del cuerpo, por tanto, si es una actividad placentera que tiene el cuerpo en cualquier lugar, no guarda relación con el declinar, con la menopausia o andropausia. Se puede desarrollar una vida sexual placenteramente en la vejez. El abandono de la práctica sexual viene dada por la cultura y el contexto social, pues sobre todo culturalmente, se asocia que hay descenso de las necesidades sexuales a medida que la persona envejece.

Se debe potenciar la relación sexual en la vejez como comunicación... etc. Es decir, entendida como forma de comunicación es útil y mas para aquellas personas carentes de afecto, soledad... etc. Son las pocas satisfacciones de la vejez, pues se toma como comunicación, como relación con las personas... etc.

FASE TERMINAL DE LA VIDA.

Se nos plantea una situación de la psicología del enfermar. Si hablamos de fase terminal es porque por los motivos que sea ya se está cerca de la muerte. Ninguna fase terminal es igual en todos los enfermos, algunos pueden sufrir dolor y aceptar la muerte con deseo de la llegada, si es un accidentado y no ha elaborado un proceso de gravedad, es diferente.

Por ello Keibler– Ross(Enfermera) hizo varios estudios y observaciones sobre lo que ocurre dentro de la fase terminal:

- Negación. El paciente que se encuentra mal en una unidad supermedicalizado, entra en un momento en el que se desespera y niega lo que está viviendo.
- Una vez superada la negación aparece la conducta hostil. Trata de enfrentarse a su situación de muchas formas; intenta herir a los familiares o al personal de enfermería. Esto es difícil de entender por parte de los familiares.
- Negociación. Es más calmosa, tranquila. El paciente establece como un pacto. El valorar lo bueno o lo malo de cada reacción en un paciente debe hacerse de forma individual.
- Depresión. Se entiende desde el punto de vista de lo que es una depresión que es una reacción ante un hecho que en este caso es la pérdida de la salud.
 - Depresión activa. La persona quiere recuperar las cosas mas importantes.
 - Depresión pasiva. Se aísla y no quiere saber nada del mundo que le rodea.

Una persona no tiene que pasar por todas estas fases. Depende de la edad, cuanto mas joven, mas impacta. Este tipo de depresión puede dar lugar a la última fase denominada aceptación.

- Aceptación. Es un proceso y se acepta que la muerte es algo inevitable y que quiere dejar el mundo de la mejor forma posible.

Plan de intervención de cuidados.

Requisitos: Pasan por el apoyo del equipo sanitario a la persona que llega a la fase terminal. Debemos ver si pueden ocurrir recaídas o crisis del estado psicológico.

Acuerdo entre el enfermo y la familia(Que la familia no ande por un lado y el enfermo por otro). Que la familia tenga siempre la alternativa de llevar al enfermo mientras esté vivo.

Necesidades del enfermo terminal.

- Confort y bienestar(Comida que le guste...).
- Cuidados de la imagen física y dignidad de la persona(Atender peticiones de higiene personal).
- Atender determinadas demandas.
- Calmar el dolor(El umbral del dolor es algo subjetivo e intransferible).
- Expresión afectiva. El paciente se encuentra cómodo pero que tenga posibilidades para tener intimidad.
- Visitas sin una medida restrictiva. Que se sienta afectivamente acompañado.

Reflexiones.

Esto a veces es muy difícil de conseguir desde el punto de vista de una institución hospitalaria. Y la mejora pasa por cambios sociales, psicológicos... etc. Ante la situación del enfermo terminal, el equipo básico de cuidados pueden dar ayuda médica, psicológica y familiar. Independientemente de comprender por lo que pasa el enfermo terminal, debemos saber lo que es el morir y saber cuales son las condiciones para hacerlo.

Se demostró que el proceso de un enfermo terminal es mucho más tranquilo si los cuidados se dan en casa. Hay que valorar las cuestiones humanas en el proceso de la vida y de la muerte mas que las cuestiones técnicas y médicas

CIENCIAS DEL CINDUCTA II.

TEMA 1: PSICOLOGÍA SOCIAL. ENFERMERÍA PSICOSOCIAL.

Surge como disciplina en 1908– 1910 con las publicaciones de un tal Ross y las de Mc. Doogal.

Las situaciones de pánico en el colectivo de la población, como desastres, dejan secuelas, repercusiones en la sociedad y en el individuo. Mas tarde se desarrolló esta psicología sobre todo después de la I Guerra Mundial, donde se produjeron fenómenos colectivos como fue el nazismo alemán y su repercusión en el conjunto de ciudadanos.

Trata de estudiar la conducta de la persona como ser social. Todo lo que hacemos como personas, tiene que ver en como nos educamos, como nos relacionamos dentro de un grupo, dentro de una sociedad. Todo lo que hacemos tiene relación con esos grupos. Todas nuestras manifestaciones guardan relación con la sociedad (Normas, instituciones, valores que forman los colectivos que existen, por ejemplo, la familia, escuela, trabajo... y a los que pertenecemos). La sociedad influye nuestra forma de reaccionar.

A la psicología le interesa conocer fenómenos con raíz social y como influye, condicionan la relación entre los distintos grupos e individuos en una sociedad(Xenofobia, marginación, pobreza...). Sus causas, porque hay xenofobia, grupos marginales, tipo de situaciones que acarrea.

La psicología aportó muchos datos para favorecer el surgimiento de esta disciplina. También la antropología(Culturas, modos diferentes de vida...).

La psicología social toma como objeto de estudio a la persona, pero en cuanto a un sujeto que vive en sociedad y como incide en sus reacciones y comportamientos el conjunto en que está integrado. Para acceder a esto se realizan diferentes técnicas:

- Estudios de campo.

Como vive in situ una etnia(Gitanos) en una sociedad(Cultura, valores, defensa...).

- Estudios de grupos.

Que forma la sociedad a la que se dirige el estudio. Lenguaje(Comunicación), formas de comunicación.

Interesan aspectos con algo psicosocial y que tengan algo que ver con la persona.

Fundamentos de la psicología social.

Hay que fijar el punto de partida en que el hombre es un ser humano social(Sociabilidad/aislacionismo). La persona para satisfacer sus necesidades primarias y secundarias necesita la compañía de otros seres humanos. La sociabilidad humana es fundamental para su desarrollo. Si se presenta aislacionismo el niño va a presentar retrasos en su desarrollo. En el adolescente las relaciones interpersonales(Guardan relación con otros), serán menos favorables.

La sociabilidad también existe en los animales, pues tienen necesidad de estar juntos(Manadas). En el ser humano es necesaria para el desarrollo normal, el joven la presenta en la relación con las necesidades primarias(Sexuales, afectivas, comunicación, alimentación, contacto...). Además comparte cultura, valores comunicados por socialización que transmitimos y compartimos, que son los mismos valores. También se satisfacen motivos sociales, que son:

- Necesidad de afiliación(Dentro de un grupo, colectivo...). Reduce la angustia al hacer las cosas en compañía, es como una prueba hacer algo solo.
- Necesidad de poder. Controlar y tener éxito para conseguir cosas y mejorar colectivamente o de forma antisocial a los demás.
- Necesidad de éxito(Adquisición).
- Necesidad altruista. El altruismo es una conducta o comportamiento de sacrificio por los demás sin esperar nada a cambio, ninguna recompensa. Esta actitud se encuentra poco. También hay altruismo por responsabilidad social, por conciencia social, pero como ciudadana te ves en la obligación de ayudar o en el vecindario, quizás sea este tipo el mas conocido. El altruismo que mas se da es el ayudo porque me ayudaron

Ala psicología social le interesa conocer y estudiar el comportamiento de las personas, sus conductas con relación a los demás. Porque el altruismo, la amistad, relación afectiva... etc. En general sería el estudio de la relación interpersonal. Como A incide en B, o como B responde, incidiendo a su vez en A.

La psicología social; relación interpersonal de una persona con otros sujetos

A B

A B

C

ENFERMERÍA PSICOSOCIAL.

Se preocupa de la salud, de lo que ocurre dentro de una comunidad.

También surge el entorno en que se trabaja donde conviven los ciudadanos y también dan cuidados necesarios y presentes en esa comunidad.

Estudiando a las personas y contemplándolas como seres(Bio- psico- sociales. Pág. 3 libro de enfermería) integrales en las cuales hay un componente biológico, compuesto por una salud psíquica determinada y en un contexto social determinado. Hay que abordar la relación interpersonal de varias formas, y de múltiples relaciones, la interpersonal(Con uno mismo, o en pareja, algo muy íntimo), tiene en cuenta el entorno que

permite ese tipo de relaciones.

TEMA 2: EL GRUPO. DINÁMICA DE GRUPOS.

(Pág. 259 libro de enfermería).

Para formar un grupo se necesita interacción y una estructura.

- Interacción(Pág. 11– 12 libro de enfermería).

Hay relación de intercambios entre los miembros del grupo, cara a cara, en donde nos miremos, hablemos, es decir, que haya un contacto directo.

- Estructura(Pág. 261 libro de enfermería).

Conjunto de normas para el funcionamiento, que dirigen al grupo. Tipo de funcionamiento, funciones que tiene el grupo y como se distribuyen. Ejemplo, la familia hay interacción entre padres e hijos.

Los grupos deben tener un comportamiento de interrelación y estructura. Manejamos una estructura que no suele ser impuesta.

Hay relaciones de pareja(Dos miembros, enfermera– paciente), que puede llegar a establecerse, una relación de interacción, pudiendo llegar a llamarse grupo, pues puede haber también una estructura(Crónicos) pero esto es muy difícil.

Grupos. 2, Pareja.

3, triada.

15, standard.

200, donde ya hay subgrupos coordinados.

La enfermería en los grupos. (Pág. 259 libro de enfermería).

Se van a tocar los siguientes puntos:

- ¿Porqué se forman los grupos?

Nuestra vida gira en torno a la inclusión en uno o más grupos. Nuestras conductas pasan por la relación con personas, o grupos.

La función de la enfermería es ayudar a los demás en situaciones difíciles y por tanto necesitamos conocer nuestra función dentro de los grupos.

Los grupos se forman por múltiples razones. Nuestra vida no se concibe sin pertenecer a un grupo. Necesitamos a los demás para obtener nuestros objetivos. Los grupos tienen unas características comunes:

- La existencia de motivaciones, intereses u objetivos comunes.
- Comparten normas establecidas.
- Se produce una interacción.
- Nos identificamos como miembros del grupo. Nos sentimos como pertenecientes al grupo.

Una persona pertenece a un grupo por:

- Adscripción. Alguien lo adscribe. Ejemplo, la familia.
 - Solicitud de pertenencia. Solicitamos la pertenencia, adquisición.
 - Espontaneidad. Espontáneamente formamos un grupo, porque vemos la necesidad de hacerlo.
-
- Fenómenos y procesos grupales(Pág. 261 libro de enfermería).

Cohesión de grupo.

La cohesión es el grado en que los miembros de un grupo desean pertenecer, permanecer en él. Un grupo cuanto mejor funciona mayor cohesionado estará. Para producirse mayor cohesión en el grupo, deben darse:

- La existencia de intereses y actitudes comunes y compartidas.
- La existencia de un líder, una persona hábil que puede resolver los conflictos, que es capaz de manejar las tensiones que pueden surgir dentro del grupo.
- La ausencia de personas problemáticas. Estas personas alteran la dinámica del grupo.
- La existencia dentro del grupo de tareas que requieran participación.
- La existencia de unas metas claras hacia las cuales se encamina el grupo.

Un grupo pequeño es mas fácil que este cohesionado.

Conformidad grupal.

Indica el grado de afinidad con normas, actitudes y valores del grupo.

Es más fácil para el grupo obtener sus objetivos si están conformes, que si existen diferencias. Los que presentan gran disconformidad tienden a la ruptura, tensión. Pues lleva a una menor cohesión.

Las necesidades individuales pueden ser diferentes de los objetivos grupales, y el individuo utiliza al grupo como trampolín para obtenerlos.

- Roles dentro del grupo(Pág. 262 libro de enfermería)

Aunque el grupo es homogéneo, cada integrante se posiciona dentro del mismo de forma distinta. Lo que hace una persona dentro del grupo está determinado por diversos hechos. Observando un grupo, nos encontramos:

- Personas que hacen cosas.
- Personas que contemplan como se hacen las cosas.
- Personas que se asombran con lo que se consigue.

Encontramos roles funcionales y disfuncionales.

- Roles funcionales. Cumplen unas funciones determinadas dentro del grupo. Promueven y estimulan al grupo, le permiten a los miembros expresar sus opiniones. Ejemplo:
 - Reconocer y aprobar cosas.
 - Inducir a la participación a todos los miembros.
 - Aceptar las ideas y decisiones que afectan al grupo.
 - Posibilitar la disminución de la tensión en actividades.
 - Compartir información que posee sobre un tema de interés.

- Roles disfuncionales. Conductas que frenan la evolución del grupo. Incluso llegando a destruir al grupo. Por ejemplo:

- El dominador dentro del grupo.
- Fanfarrón. Intenta atraer la atención sobre sí mismo.
- Resistente. Por temor a perder su estatus se opone a cualquier acción del grupo.
- No comprometido. Se niega a participar. Acusa a los demás de sus miedos o confusiones. Intenta sembrar confusión.
- El intelectual, pantalla de humo.
- El interrogador. Habitualmente interroga a las personas para intentar obtener información del grupo.
- El socorrista. Siempre deseoso de ayudar. Intenta buscar el favor de las personas. En esta actitud subyace el deseo de obtener algo.

- Conflicto de grupo y forma de abordarlos(Pág. 263 libro de enfermería).
- Dinámica de grupos(Introducción a la dinámica de grupos y pág. 264 libro de enfermería).

Surgió como respuesta a la demanda social y también de aprendizaje y educativo. Métodos que desarrollamos de tal forma, supusieron una mejora a cualquier trabajo interpersonal. Par mejorar el rendimiento de una cadena de trabajo en fábricas, por ejemplo.

Se cambia la imagen de sí mismo por si mismo, de uno con respecto a los demás, como veo a los demás y todo atendiendo a lo que expresa la ventana de Johari. Yo público, como soy. Yo semipúblico, como piensan que soy. Yo privado, que cosas desconozco o solo yo conozco de mí mismo. Yo interior, cosas que yo no digo pero que me pasan. Todo esto en la dinámica de grupo va a sufrir modificaciones por la propia dinámica. Se toma conciencia sobre determinadas actitudes no adaptativas(Roles disfuncionales...) y la dinámica de grupo exige cierta adaptación.

Kurt, encontró que en una dinámica de grupo, permite a la persona descubrir a los demás, sus problemas subjetivos, y toma conciencia de sus sentimientos de nuestras reacciones y como me ven los demás. Como yo reacciono y como me ven los demás. Como yo reacciona normalmente. Si esto se hace bien y nos ayuda, nos da capacidad para conocer, cambiar actitudes incontroladas. Esto supera el aprendizaje por investigación–acción donde el sujeto es elemento activo, participa en todo, lo que es conocer y se va descubriendo a si mismo. Vamos elaborando y dando respuesta a problemas generales.

Todo esto supera el método tradicional de aprendizaje, hay muchas opiniones, u los demás me enriquecen, y yo también apporto cosas.

Si queremos trabajar, en cambios de hábitos se trabaja con pequeños grupos.

Abandono del sistema tradicional de informar a la gente, pues se motiva mas y descubre otros caminos para llegar a su fin. Aprende a relacionarse y descubrir.

En la ventana de Johari: Al final de una buena dinámica de grupo el yo interior, lo desconocido, se ha reducido y predomina lo otro. Si en el grupo hay mucha protección, y no hay ideas, interrelación, hay muchas tensiones... etc. Método de experimentación que nos permite conocer al grupo. Hay cosas personales... etc. Con diferentes reuniones ya hay diferentes opiniones... etc. Y se consigue que cada vez la parte desconocida sea menor, para el propio sujeto y el propio grupo.

Proceso de Bion.

Bion fue psicoterapeuta inglés. Trabajó con grupos de personas con trastornos de personalidad, conducta... etc. Y en estos grupos se daban unos procesos que él llamó modalidades:

- Ataque– huida. Alguien que ataca dentro del grupo(Verbalmente...) a otro alguien que lo percibe y se produce una reacción de huida trata de atenerse, no participar, eludir tareas, no abre la boca... etc. El ataque puede ser abierto o sutil, solapado, Nadie concreto del grupo. No da la cara pero se sabe.
- Emparejamiento. Normalmente en las reuniones los miembros se aliaban, se reunían por pares. Esto no es causal, sino que las personas tendemos a unirnos ante diferentes situaciones, sobre todo en aquellas que son nuevas. Da respuesta a mayor satisfacción personal. Esto indica una mala comunicación en el grupo.
- Dependencia. En grupos donde hay un momento de desconcierto sus miembros se apoyaban en otra persona o experto y lo tenían como más valioso que al grupo, como si este no supiera nada ni tuviese ninguna importancia. La actuación dentro del grupo será supeditada a las opiniones de esa persona o experto. No es un líder de lo que se hace en el grupo, a veces ni pertenece al grupo.

K. Lewin.

Trabajó la dinámica de grupos. Había un aspecto a valorar en el grupo; la moral)Introducción a la dinámica de grupos pág. 67).

Moral: Nivel de satisfacción que presenta un individuo dentro del grupo o también se puede hablar como moral del grupo, describe el nivel de eficacia y el modo de experimentarla, los miembros que componen dicho grupo de pertenencia a ese grupo.

Cuando K. Lewin estudió, los más eficaces, que funcionaban mejor, y los miembros se sentían muy identificados. Eso posibilita la consecuencia de objetivos que el grupo tenía y lo llamó moral(A dichos sentimientos).

Un grupo con moral alta soporta mejor los conflictos que se puedan dar en un momento dado sin resentirse el grupo y no desintegrarse. La eficacia y nivel de satisfacción son importantes en la moral. Si la moral baja crea problemas en el grupo, perjudica una buena armonía, un buen entendimiento, crea conflictos... etc.

Comunicación dentro del grupo.

Comunicación depende de la atmósfera del grupo. Es una atmósfera comunicativa cuando expresamos nuestras ideas y opiniones sin que sea mal visto, dificultado. Intercambian opiniones, sentimientos, deseos, emociones que cada uno de nosotros tenemos en situación de grupo pero que nos cuesta expresarlo, articularlo... etc.

Para que la comunicación sea posible, hace falta:

- Acción de escucha.

Prestar atención a lo que dicen, como se dice y quien lo dice. Intervienen la interpretación, lo que cada uno piensa sobre lo que escucha. La escucha es difícil pues coge lo que le interesa, y descontextualizo las cosas. Todo esto cuando expresamos ideas. Escuchar es vital en cualquier relación, implica; paciencia, observación, ponerme en el lugar de la otra persona... etc.

- Rumor.

Elemento fundamental en el proceso de comunicación porque en nuestras relaciones cotidianas nos movemos por rumores, comentarios en el lugar donde tenemos relación y aumenta cuando tenemos demanda rápida de información.

Es una información puntual totalmente no contrastable y que ocurre cuando hay necesidad de saber algo(Crisis, guerra, cambio de responsabilidades...). Las personas que son más silenciosas, tienden a potenciar

mas los rumores. Surgir dentro de un propio grupo de rumores.

- Humor

Actúa como vehículo de comunicación. Si abusamos de él, es que algo no funciona bien, pues se abusa de un mecanismo que tiene el grupo de defensa y nos puede indicar que lo que preocupa al grupo se aborda, se encubre, se deriva a actividad humorística. Puede servir de hostilidad o escapatoria temporal ante una situación dada. Puede dificultar una comunicación o relación cuando se da en exceso.

TEMA 3: EL LIDERAZGO.

(Pág. 279 libro de enfermería, 78 introducción).

Concepto de líder o liderazgo en el grupo.

El líder dentro del grupo destaca entre los miembros y es la persona más influyente del mismo. Es una persona que posee cualidades tanto cualitativas como cuantitativas significativas para el grupo. No hay un solo papel para el líder, sino que hay muchos roles que desempeñan en un liderazgo y será diferente el líder según el grupo al que pertenezca.

Características de la personalidad del líder.

No hay rasgos definidos, pero hay unas características que coinciden en todos los líderes:

- Nivel alto de responsabilidad.
- Persistencia en consecución de los objetivos de grupo.
- Originalidad en la resolución de problemas.
- Confianza.
- Iniciativa.
- Capacidad para hacerse cargo de las tensiones interpersonales.
- Tolerancia a la frustración.
- Habilidad para influir.
- Inteligencia.
- Extroversión.
- Dominio.
- Sensibilidad interpersonal. (Ponerse en la piel de otros).
- Conservadurismo.

Modalidades de líder: Autoritario.

Democrático.

Lassier– Faire(Dejar hacer).

- Líder autoritario(Pág. 286 libro de enfermería, 82 introducción).
- Creación de barreras. Establece mas defensas de las necesarias. Se rodea de mucho personal que le facilite el trabajo y le aísle, se burocratiza.
- Relación con la gente. La trata como instrumentos, no como personas. Todo impersonal y deshumanizante. Hablar, acercarse, solo se relaciona, para conseguir algo.
- Empleo de cierto lenguaje especial. Palabrería terminológica muy suya y da bastantes rodeos para llegar a un sitio.

- Eliminar oposición. No tolera diferencias de opinión. Destruye al disidente, imposible obtener su perdón.
- Empleo de cierto esnobismo. El líder tiene con otros líderes, solo se relaciona con los de su igual.
- Practica una falsa humildad. En unos momentos está maternal y dulce y en otros indiferente.
- Suele conceder mucho valor a las reglas y normas del grupo. Prestan mucha atención a medios convencionales y conformismo.
- Dicotomiza todo. O es verdadero o es falso, no hay un término medio ni ambigüedades.
- En relación con los demás(Subordinados) no hay auténtica relación y se rodea de gente que le adule.
- Trabaja mucho con una tremenda actividad y el trabajo es un escudo y defensa aunque a veces no sea demasiado productivo. Se proyecta en su tarea, todo aquello que le ocurre.

Si existen líderes autoritarios es porque hay grupos que lo demandan como algo deseable. Los miembros lo demandan y es que ellos también son autoritarios.

- Líder democrático(Pág. 286 libro de enfermería).

Diferente del autoritario, su poder viene dado por cada uno de los miembros del grupo, llegando a conclusiones, las decisiones son compartidas y lo que hace se divide entre todos. Hay fuerza en las relaciones personales e interpersonales. Trata de reducir tensiones dentro del grupo y es un liderazgo cuya fuerza y actuaciones dependen más del grupo que de lo que el líder sea.

- Líder laissez- Faire. (Pág. 287 libro de enfermería).

La participación es nula, da total libertad al grupo. Su figura se representa por una persona que facilita la información y recursos que necesite el grupo. Tiene fuerza lo que el grupo piensa o hace y al líder se le tiene para consultar opiniones.

Que líder es mejor depende del grupo y de los miembros que lo formen y la personalidad de cada uno. Determinados grupos donde se desarrolla un trabajo o de aprendizaje, funcionaba bien a nivel de productividad, eficacia y consecución de los objetivos fueron determinados grupos con líderes autoritarios, aunque perturbe o elimine la interrelación. El democrático pierde mucho tiempo en discusiones pues espera a que todos se pongan de acuerdo porque quieren participar todos.

Variable sexual.

Los líderes suelen ser hombres pues tienen rasgos que los favorecen a esto, y entienden que el liderazgo está en relación con la competitividad, dominio, control... etc. Hay en cualquier tipo de trabajo más líderes masculinos, pues este tiene rasgos típicos masculinos. Las culturas suelen favorecer el liderazgo masculino, y en la familia, las decisiones serias las sigue tomando el hombre.

Las mujeres en los grupos quieren llegar a acuerdos armoniosos, un buen clima, mientras que los hombres, son más activos a base de información, lo quieren todo rápido, acuerdos rápidos.

El líder necesita desarrollar una tarea concreta y resolver algún problema. Se necesita un líder cuando existe un grupo de trabajo, un jefe ineficaz para ser suplantado, bien porque fue impuesto o no tiene motivación hacia el grupo.

El liderazgo en enfermería. (Pág. 291 libro de enfermería).

No es fácil hablar de líderes en enfermería, pues siempre estuvo ligado a un papel de ayudante al profesional médico(Rol dependiente). El tipo de actuación era muy femenino(Protección, vigilancia, maternalismo...). No era un medio muy adecuado para un rol de líder dentro de enfermería. Para hacer líderes:

- Influyendo en las actitudes de la persona y grupos en materia de salud.
- Promover el desarrollo profesional a través de la motivación del equipo de enfermería. Cual es, porque lo hacemos y que perseguimos en el papel.
- Participando en los órganos de gestión del sistema sanitario. Todos los que consiguen algo cuando aportan y tiene responsabilidad en funciones concretas de enfermería. Los que tiene un papel claro de lo que hacen.

Aún se hace lo que el médico ordena, y así es más difícil hacer todo esto. Trabajar en equipo, con una interrelación, cada uno con su función

La enfermera como modelo. (Pág. 294 libro de enfermería).

Sobre todo en las situaciones de cuidados. Si tenemos este papel claro en el planing o si nos seguimos guiando por el médico.

- Enfermera como elemento primordial para influir en el aprendizaje. Hay enfermeras ejemplarizadoras y otras mejor evitarlas. Como modelo a seguir, teniendo en cuenta su comportamiento, manejo de situaciones, conocimientos... etc.
- La forma en que la enfermera utiliza la relación, enfermera- paciente y enfermera- familia. Hay pacientes muy influidos por la familia, por lo que hay que dar pautas de cuidados a la familia o solo se queda en un ambiente hospitalario.
- Las actuaciones de enfermería constituyen un modelo de intervención. Cualquier tipo de actuación supone pauta de intervención a nivel de enfermería(Como y quién debe dar información).
- Enfermera como modelo de influencia para los estudiantes y el resto de trabajadores de salud. Influye, pues son los primeros patrones con lo que te quedas y puede ser un elemento positivo o negativo.

La enfermera como agente de cambio(Pág. 294 libro de enfermería).

A nivel de:

- En la interacción con los pacientes, familiares, comunidad. Establecer medidas a seguir, pautas de cambio de unos hábitos menos saludables a otros más saludables para el paciente. Repercute en la familia.
- Las relaciones interpersonales. Ayudamos a una mejor actuación de enfermería(Creencia de que no sabemos ni hacemos nada). Modificación total en esas percepciones, esta en nosotros muchas veces solo por proximidad.
- Calidad y normas de cuidado de los pacientes. Todo hay que hacerlo, pero somos responsables si no, no haríamos nada.

Para actuar como agente de cambio:

- Promocionar y apoyar comportamientos y estilos de vida saludables(Fumar, modelo alimenticio...).
- Participa en la elaboración e implantación de programas de salud. Nos vemos como incapaces y utópicos, no planteamos nada, pero en realidad hay mucho que decir.
- Servir de enlace entre los distintos sectores relacionados con la salud(Colegios, higiene... etc.).
- La enfermería tiene que estar atenta a sus innovaciones. Hay que estar al día, cambiar con lo nuevo.
- Cambio en las relaciones interpersonales. Relativo al equipo de salud(No subordinación, ni de poder...).
- Aprendizaje en habilidades de comunicación. Para desarrollar nuestro trabajo mas adecuadamente(No reaccionar por impulsos ni cabreos). Importante la comunicación física. Importa mucho como nos percibe el paciente, también, mi actitud ante él, como Actúo, como me ve.

Grupo en enfermería.

El grupo es básico en el trabajo sanitario. Se trabaja en el grupo familiar, vamos a ver de este modo.

- Roles.
- Poder(En el seno familiar)
- Interacción dentro de la familia. Comunicación.
- Normas en la familia.

TEMA 4: LA FAMILIA.

(Pág. 69 libro de enfermería).

- Definición de familia.

Se define por los siguientes aspectos. Puede ser estudiado:

- Como sistema social universal.

El conjunto familiar no es particular de un sistema, nos es propio de un contexto cultural ni de una sociedad pues existe en todo el mundo. Se puede pasar a diferentes países y la unidad básica donde se tienen hijos... etc. Pasa por la familia. Es importante, abarca a toda la humanidad. Junto con las asociaciones religiosas es el grupo más extendido.

- Familia como microorganismo social.

Dentro de la familia se producen roles propios de este sistema y la distribución de tareas... etc. Viene determinada por la familia preferente(De origen) junto con el medio en que se mueva(Clase social, costumbres, renta... etc.).

- Familia como sistema abierto.

Teoría conceptual. Nada funciona independientemente. No tiene fundamento aislar de la sociedad ni del planeta. Hay intercambio sometido a los cambios del entorno. Conjunto estructurado con sus normas y con influencia del mundo en que vive. Contiene intercambio e interacción.

- Familia como agente socializador.

Elemento formador, socializador que influye en pautas de comportamiento y actitudes hacia el medio. Núcleo donde se producen las primeras impresiones y formaciones infantiles.

- Familia como grupo primario.

Grupo muy reducido donde hay mayor contacto, mas relación afectiva y más cara a cara. La familia es el grupo primario por excelencia. Las primeras experiencias forman parte de la familia, formamos parte de ella y nos identificamos. Grupo no igual a otros. Lazos afectivos y vínculos relacionales son más intensos que en otro tipo de grupo.

- Familia como institución.

Sociedad, estructurada la forma de convivencia y relación de los diversos miembros formando la familia como una institución. Familia de pertenencia(La que yo hago), familia de referencia(De donde provengo)

- Funciones de la familia.
- Función productiva(Familias pesqueras, agrícolas...).
- Función educativa.

- Función religiosa.
- Función recreativa.
- Función protectora.
- Función biológica. Procrear.
- Función afectiva. Relación que se establece en la familia(Sexo, apoyo...). Es uno de los porqués.
- Función de socialización. Formación básica de la persona se esboza en la infancia por la interacción en el seno familiar. Que identificaciones aprende, el niño.
- Estructura de la familia.

Familia nuclear:

- Presenta una complicada división de trabajo en función de los sexos(rol padre, rol madre). Sexo variable que determina roles distintos. No es un rol diferenciador.
 - Según la cultura y el tipo de economía, las familias varían en su estructura de poder. Culturas islámicas(No varia nada por poder económico femenino).
 - La distribución de roles depende de esta estructura de poder. La corresponsabilidad no se suele dar. Ayuda en casa por parte del hombre y depende mucho de la distribución del poder.
 - Decisión igualitaria del poder decisorio.
- La familia en España.
 - El tipo de hogar más frecuente es el matrimonio. 60%.
 - Matrimonio sin hijos, solteros 16%.
 - Hogares de una sola persona 3%.

Familia saludable(Pág. 140).

Características, Spradley(1981):

- Existe un proceso facilitador de la interacción entre sus miembros.
- Se potencia el crecimiento y desarrollo individual de sus miembros.
- Existe una organización de roles en la familia bien estructurados.
- Existencia de un intento enérgico de hacer frente a las situaciones.
- Se mantiene en el hogar un medio y estilo de vida saludable.
- Existencia de relación regular de la familia con la comunidad en sentido amplio.

Familia no saludable.

Familia en crisis o acontecimientos estresantes.

- Influencia intergeneracional negativa(Pág. 148). Aumenta el nivel de incidencia de familia de origen sobre la de pertenencia. Situación de riesgo en la familia.
- Separación o divorcio. Aumenta el nivel de estrés y presión y perturba la dinámica.
- Separaciones motivadas por inmigración.
- Encarcelamiento. Perturba mucho la relación familiar.
- Hospitalización. Dependiendo del miembro hospitalizado supondrá mas o menos importancia en la dinámica familiar.
- Enfermedad mental(Disfunción y estrés familiar).
- Pobreza(Pág. 142).
- Desempleo(Pág. 144)
- Padres adolescentes(Pág. 145). Problemas al faltar madurez e inexperiencia. Además suelen faltar recursos económicos.

- Abuso y violencia familiar(Pág. 146). Problemas de drogodependencia, alcoholismo... etc. Disminución de la autoestima, frustración.

Punto de vista de la enfermería(Pág. 149).

Hay que valorar:

- Dinámica familiar.
- Factores endógenos familiares.
- Factores externos que influyen en la propia dinámica familiar.
- Respuesta familiar a la situación de crisis.
- Sistema de creencias de la familia.
- Habilidades y competencia familiar en el manejo de estrés y reducción de problemas.
- Capacidad de ayuda del sistema familiar.
- Fuentes de apoyo de que dispone la familia.
- Autovaloración de la enfermera.

TEMA 5: LAS ENTREVISTAS.

(Pág. 210 libro de enfermería).

Entrevista de enfermería.

Es una forma de comunicación verbal. El elemento de comunicación verbal y obtención de datos se obtiene de la relación interpersonal. Relación amistosa es diferente a la entrevista. Conseguimos:

- Recoger información del paciente y familia.
- Detectar necesidades del paciente y la familia.
- Informar necesidades del paciente y la familia.
- Favorecer la relación terapéutica. Comunicación en ambos sentidos.

Hay dos tipos de entrevista:

- Individual. Se aplica si tratamos de obtener información de lo que le ocurre a un paciente.
- Grupal. Cuando trabajamos con un colectivo de diagnósticos similares o con la familia.

Entrevista según tipo de pregunta. Tipos:

- Entrevista cerrada o estructurada. Lleva consigo el tener naturalidad y relajación, con seguridad en el manejo.
- Entrevista abierta o libre. Las preguntas no vienen dadas y el entrevistador puede ir preguntando según como vaya la entrevista. Tiene libertad para preguntar lo indicado como quiere y cuando quiere.
- Entrevista mixta o semiestructurada. Permite al entrevistado algún tipo de información que no esté totalmente formulada en la entrevista. Damos preguntas confeccionadas y abrimos posibilidades de que el paciente abra información sobre lo que le formulamos. Este tipo de entrevistas ofrecen mas posibilidades a nivel de práctica cotidiana, pues ni con preguntas muy abiertas(Difícil estructurar) o muy cerradas(Difícil de responder).

Entrevista en función de la situación:

- De inicio.

Todo tipo de datos relativos al inicio de una entrevista. Se sitúa al paciente, se empieza con preguntas abiertas(¿Cómo está?).

- De desarrollo.

Deseamos obtener una información y tratar de conseguir la máxima información posible y recoger pequeñas preguntas o hechos oscuros o bien porque el paciente no dijo nada o se niega a dar información. También porque en la entrevista de inicio no respondió adecuadamente.

- De cierre.

Remate de cualquier entrevista. Resumir información obtenida de una entrevista anterior, opiniones, datos que tenemos, clasificaciones, cuanto, como, donde, porque el paciente está allí, orientamos al paciente.

- De seguimiento.

Sale del servicio pero vuelve en otros momentos. Nos indica que la entrevista, como trabajo de enfermería no acaba nunca, trae nuevos datos y se detectan nuevas necesidades. Esta evaluación puede modificar actuaciones mal indicadas o contraproducentes, necesidades de cuidados... etc. Ya se da una relación mas personal entre enfermera- paciente, hay mas contactos

Papel de la entrevistador/a(Pág. 213 libro de enfermería).

Entrevista con la familia(Pág. 213 libro de enfermería).

TEMA 6: ROL DE PACIENTE BUENO Y PACIENTE MALO.

(Pág. 303 libro de la U.N.E.D.)

Ambas son respuesta incorrectas, insaludables e inadaptativas.

El bueno: Indica que se produce un estado de indefensión o desvalimiento.

El malo: Respuesta inadecuada e incluso con cierta oposición.

Todo esto se relaciona con la respuesta de reactancia(En ambas situaciones). Esta respuesta de reactancia implica:

- Desvalimiento.
- Indefensión.
- Agresividad.
- Oposición.

La respuesta de reactancia es disfuncional y se podría definir como la reacción que experimenta una persona cuando sus conductas normales son eliminadas o se siente amenazada. Engloba los sentimientos que una persona tiene ante una determinada situación de amenaza, esta situación desaparece en una situación domiciliar. Todo esto tiene consecuencias para el paciente a nivel:

- Cognitivo. Percepción que el sujeto tiene de la situación en que se encuentra(Normas, limitaciones, sometimiento...).
- Fisiológico. La cognitiva repercute en esta. La recuperación se retarda, es mas dificultosa y también mas difícil la convalecencia.

- Psicológico. Conductas y sentimientos que tiene al verse en esa situación. Conductas o reacciones negativas que implican todo lo que está en relación.

Parece bueno, pero solo para el sistema hospitalario, no tiene consecuencias positivas para el paciente. Genera menos tensión, dificultades en el trato y son pacientes sumisos. Pero no hay respuesta adecuada o saludable para el sujeto en si. Lo que determina diferentes reacciones de respuesta al sistema hospital.

Una autora, Taylor:

Las diferentes respuestas que se pueden dar(Bueno, malo) se debe a que este tipo de comportamiento eran los habituales en esos sujetos. En situaciones que no controla va a reaccionar con sus conductas habituales en la vida diaria.

Hay un rol Bueno, otros que actúan con rol Malo y a veces en una situación intermedia, se mueve entre los buenos y malos.

Cuando una persona ingresa en un hospital, nunca está tan novato como creemos de la situación hospitalaria.

Expectativas: Tipo de expectativas que el sujeto tiene de un servicio, o profesional que a veces son elevados y luego no se confirma, pudiendo adoptar un rol Malo o un rol Bueno

El nivel condiciona las diferentes respuestas al sistema hospital. Luego hay personas muy conformistas en su vida social por tanto se adaptan fácilmente al sistema hospital(Raro).

Existe el rol Pasivo, no plantea problemas y adopta una conducta pasiva por donde pase depende de lo que le digan o le hagan. Todo esto es modificado en función de la duración de la hospitalización, dando cabida a muchas reacciones diferentes. También la gravedad de la enfermedad. Todo se modifica en función del sujeto del que hablemos o estudiemos.

- Rol de paciente Bueno.

Hay estudios de dos autores; Tegliacozzo y Maucksch en los que se hicieron en diferentes centros hospitalarios. Consiste en:

Sujetos que estaban manifestando estados de ansiedad y depresión, que además, no proporcionaban la suficiente información al equipo de salud, al hospital como sistema, de tipo de su estado, como afecta el tratamiento, sus deseos, que quiere hacer. Manifestaban una incapacidad para tomar las decisiones adecuadas y además se observaba que empezaban a plantear un aprendizaje de desvalimiento.

Aprendizaje de desvalimiento: Una persona aprende a soportar condiciones problemáticas sin hacer nada por cambiar. Se ve dominado por el sistema- hospital. Es muy negativo. Se observa una actitud en la que es incapaz de cambiar el medio hospital como sistema. Adopta esta postura porque no puede hacer nada, aunque proteste, no vale la pena.

Todo esto es bueno para el personal que cuida al paciente, pero a este le comporta aspectos negativos. Desasimientos; se sale del ambiente domiciliario al hospitalario y se mantiene la situación, pues su capacidad y seguridad de enfrentamiento a la enfermedad disminuye. Este tipo de rol debe ser eliminado y hay que potenciar un tipo de rol mas adaptativo.

- Rol de paciente Malo.

El sujeto se caracteriza por una búsqueda continua de información, además cualquier tipo de medida la coge

negativamente y reacciona. Su estado emocional es de irritabilidad y rebeldía contra el personal que le rodea y va asociado a conductas autodestructivas(Alcohol, prohibido– botella en la habitación)

Suele multiplicar las exigencias de atención y la critica continuamente. Demanda atención y hay una paranoia persecutoria(La enfermera no me deja vivir).

A nivel fisiológico, hay casos de irritación y cólera que llegan a haber alteraciones de pulso o trastornos de T.A. agravándose su estado. Se suele hacer:

- La relación del sistema hospital, a veces consiste en ignorarlo.
- Estos pacientes etiquetados como Malos se comprobó que recibían mucha mas medicación que los otros(Dormir y no molestar).
- Nadie se quiere hacer cargo. Demanda mas atención y obtiene una reacción hospitalaria contraria, ignorar, pues se le atribuye a un rasgo de personalidad.

Ambos patrones son malos e implican riesgos de salud para estos pacientes y lo que se propone un tipo de rol diferente, rol participativo:

Este rol tendría lo que carecen los otros dos. Máxima información a este tipo de pacientes a cerca de los síntomas, como más formas de responder.

También, tratamientos dolorosos(Explicarle lo que se le va a hacer) e instrucciones precisas para cada caso.

La participación debe ser a nivel paciente y compartido con las personas que le atienden. En algunos países se llaman unidades de autoayuda, sus funciones son el conseguir que el propio sujeto reciba información del tratamiento al que se le va a someter, como puede participar el paciente, para hospitales o centros de salud o ambulatorios.

TEMA 7: EL DOLOR.

(Pág. 175 libro de enfermería)

Es una connotación subjetiva difícil de cuantificar. Depende del paciente, hay diferentes valoraciones. Antes se pensaba que el dolor siempre iba asociado a una enfermedad. Dolor es un sistema y nos remitirá una información de un sujeto o persona en cuanto a lo que le pasa, hay tres supuestos:

- No es algo imaginado. Con sentido psicológico, ya que su percepción es real aunque no se encuentre base orgánica(Sensación de molestia).
- Puede haber ausencia de causa orgánica pero el dolor existe perceptivamente, no atribuirlo a simulaciones del paciente.
- No existe correlación cuantitativa entre la intensidad del dolor y la cantidad de lesión que supuestamente lo provoca(No se corresponde necesariamente).

Tipos de dolor:

- Dolor agudo.

Puede durar desde segundos hasta un periodo determinado(6 o más meses). Este dolor se asocia a ansiedad que produce en el sujeto que lo sufre y se habla de un círculo en el mecanismo del dolor. Este dolor se entiende que desaparece cuando desaparece el estímulo que lo provoca, y si no se elimina se produce el feed-back(A mayor dolor mayor ansiedad indefinidamente).

- Dolor crónico.

Dolor persistente e intermitente que dura mas tiempo, un periodo largo de tiempo. Suele acompañarse de alteraciones psíquicas, suele formar parte de una enfermedad y genera sentimiento de impotencia, desesperación en la propia persona que lo experimenta. Suele modificar el estilo de vida de la persona que lo produce:

- Reduce la actividad laboral.
- Cambio en los patrones del sueño.
- Modificación en la vida laboral.
- Altera la vida familiar.
- Altera la vida personal.
- En el ámbito fisiológico: Tensiones emocionales, alteraciones vasculares... etc.

- Dolor psicógeno.

Sin base orgánica. Se produce mas en sujetos desde el punto de vista de personalidad están mas dispuestos a reaccionar de forma exagerada. Mezclan conflictos intrapsíquicos con problemas somáticos; magnificación tiene proyección orgánica.

Factores que influyen en la percepción o expresión del dolor.

- Factores endógenos.

No todos los sujetos tiene igual umbral sensorial de respuesta al dolor:

- Determinados psicóticos.
- Disminuidos psíquicos.
- Dementes.
- Oligofrénicos.

Hay una mayor incapacidad para controlar sensaciones y estímulos y por tanto la respuesta es mucho mayor, desmesurada, pues no hay recursos de percepción adecuada. Sus condiciones genéticas y neurológicas y disfunción cerebral, no posibilitan la respuesta correcta al dolor. Umbral de captación aceptado, mayor respuesta a mínimo estímulo.

- Factor de personalidad.

Hay una respuesta diferente a iguales estímulos en diferentes personas. La personalidad pasivo- dependiente tiene mayor capacidad de tolerancia a estímulos dolorosos que una compulsiva o con personalidad de tipo paranoico(Neurótico/a).

Hay que tener en cuenta las experiencias anteriores, en el sentido de experiencias similares que suelen ser modificadoras, sensibilizan al sujeto.

Teoría de Condicionamiento de la experiencia. Sujeto reacciona de la misma manera a condiciones anteriores de la situación.

Experiencias traumáticas, Hechos aislados como experiencias traumáticas, y que dejan al sujeto muy sensibilizado a la respuesta al estímulo doloroso.

- Factor ligado al medio ambiente.

- Factores culturales. Diferentes valores que puede desempeñar el dolor dentro de un contexto cultural. Incide en nuestros mecanismos reguladores y que inciden en nuestra manera de percibir el dolor.
- Factores educativos. Percibe dentro de la familia y socialización básica del niño. La respuesta al dolor puede estar reforzado o extinguirse según la educación.
- Factores religiosos. Puede desarrollarse o modelar actividades estoicofinalistas (Creencias cristianas; dolor y resignación).
- Factores diversos.
 - Emotividad propia del paciente. Situación coyuntural donde el sujeto está mas o menos ansioso. La propia situación genera en unas u otras personas mas o menos ansiedad y por tanto la respuesta al dolor será mayor o menor.
 - Tolerancia.
 - Distracción. Medida terapéutica para poder soportar estímulos o vivencias dolorosas.

Los profesionales no están formados para tratar el dolor psicológico.

Aspectos psicológicos del dolor (Pág. 175 capítulo 17).

TEMA 8: RELACIÓN ENFERMERA– PACIENTE.

(Pág. 217 libro de enfermería tema 21)

Hay tres fases en esta relación:

- Fase inicial.

Da comienzo a la relación, el objetivo de esta fase es ser una tensión. El objetivo de enfermería será conocer a la persona objeto de relación y también se va a producir la identificación de los problemas que el paciente plantea.

El tipo de cuidados depende de la intervención. Se establece un diagnóstico:

- Desde el punto de vista de apoyo, darle información a miedos relacionados con diagnósticos y enfermedades que plantea.
- Desde el punto de vista psicológico, facilitar comunicación, empatía, disponibilidad... etc.

El enfermo debe expresar todo tipo de sentimientos, preocupaciones, miedos... etc. Con respecto a nuestra situación de enfermedad o recuperación. Confianza en el personal sanitario que puede producir falta de comunicación.

Esta fase posibilita una buena intervención y cuidados de enfermería, si la lleva mal desde el principio lo que se produce posteriormente ya viene viciado.

- Fase intermedia o de seguimiento.

O de trabajo, sigue a la inicial. Caracterizada por un aumento al conocimiento mutuo y el objetivo de esta fase es mantener buena relación y canalizar todos los problemas que puedan producirse. El objetivo será analizar las dificultades que presenta el paciente a nivel de la relación con el grupo enfermería.

A veces hay intención de buena relación pero hay obstáculos por el propio paciente. La relación paciente– familia, recibe toda la angustia que vivenció la familia por su estado y se lo transmite. Otro problema es la dificultad de asumir responsabilidad por métodos inadecuados para resolver sus propios problemas.

A veces no falla el profesional sino que el paciente no coopera en su rutina y no permite la cooperación del paciente.

La dolencia de la intervención puede producir exceso de generalización, le abruma la situación y no puede encajarlo(La enfermedad y hospitalización). Influyen en la relación:

- Familia(Positiva o negativamente).
- Profesional.
- Propio paciente.

A veces se necesita trabajar mas con la familia o no, pues puede actuar de elemento bloqueante.

Técnicas de enfermería para afrontar los problemas(Tanto a nivel familiar como del paciente).

- Fase final.

Caracterizada por el final de la relación por el paciente dado de alta o incluso se nos va trasladado o se va el enfermero por final de contrato o a otra unidad... etc. Esta fase debe ser planificada y anticipada:

- A nivel psicológico. Para evitar sentimientos de pérdida por parte del paciente pues se trabajan muchos aspectos emocionales y afectivos y queda el sentimiento de perder algo significativo de una relación. Se debe prever pues se va a producir el final siempre.

Desde el punto de vista de la enfermera:

- Proporcionar feed- back a nivel de intervención terapéutica. Hay un objetivo terapéutico donde el paciente ya prevé el alta. Le devuelve información sobre plan de cuidados que le vas a hacer. Se autoconoce.
- Explicaciones de todo tipo de cuidados y autocuidados en el hospital y en su domicilio(Higiene, alimentación, rehabilitación...). Relación positiva pues se rompe la dependencia como algo negativo en enfermería. Va a ser independiente, activo y dinamizadora en su proceso de mejora
- Explicación de lo que supone la mejora. A veces con el alta se crea un sentimiento de desprotección. Se le explicará todo, para que la ruptura no sea una pérdida(Que lo siguen, hablan, conocen su problema...).

Aconsejar mantener algún tipo de contacto cuando sea necesario. Motivar al paciente y familia como personas de su entorno encargadas de poder detectar en su seguimiento en la rehabilitación.

Pueden aparecer problemas.

Cuando la relación terapéutica viene planteada por resistencia del paciente, familia que presiona, expectativas del paciente muy altas, pocas habilidades relacionales... etc. Los problemas van a ser:

- Transferenciales.

Se produce por transferir una respuesta inconsciente del paciente pero que es producida por algo. Actitudes de rechazo que observa en su madre o su mujer que se desplaza de lugar donde se produce y se proyecta en la enfermera que mantiene relación ahora.

Concepto psicoanalítico:

Porque se reacciona así; porque ha tenido malas experiencias relacionales anteriores, ahora que se muestran

para ayudarlo produce esta reacción del paciente de manera inconsciente. Si es positiva no pasa nada pero si es negativa; hay sentimiento de abandono, si se produce relación enfermera– paciente. Caja de resonancia donde proyecta sus experiencias anteriores.

Mala relación para resolver problemas; culpabilizar al paciente y lo deja con la culpa. Única forma de mecanismos conectivos. Además lo que hace es dificultar una relación.

- **Contratransferencia.**

Se produce cuando determinados sentimientos y reacciones que la enfermera o personal de enfermería puede experimentar hacia un paciente.

Será contratransferencia negativa; Sentimiento o reacción conflictos que enfermera tuvo en otra relación. Como con un paciente agresivo, huida que le puede recordar otra relación en un contexto personal de la enfermera/o. Este tipo de relación puede ser a nivel tratamiento, en la terapéutica psicológica a veces necesita de otras para cortar esta contratransferencia, que puede ser perjudicial para el paciente(Pues no es una esponja).

- **Dependencia.**

Cuando en una relación de dos, uno depende mucho del otro miembro de la relación. El paciente depende en gran medida de los cuidados y atención del personal de enfermería. Hasta cierto punto es correcto. El problema esta cuando esta relación es dominante y un sujeto se minusvalora y cae totalmente en la dependencia de que y como hacer y depende exclusivamente de decisiones y guía de responsabilidad de la enfermera. Su responsabilidad queda como anulada. Sus propios sentimientos no tienen eco y todo depende del personal que cuida y atiende. Esto vicia la relación y crea mal hábito posible en relación futura por el personal de enfermería. Para eliminar esta dependencia:

- Detectar si esto se produce de manera suficientemente importante.
- Cuando vemos que existe:
 - Hacer ver al paciente cual es su comportamiento, y que no es bueno para él, para que intente ser más independiente.
 - Fijar límites claros y concretos(Lo que quiere que haga) de lo que debe hacer durante el día(Autonomía de aseo, ejercicio, movilidad...), también en seguimiento domiciliar.

Lo transmite de manera progresiva y adecuada.

- **Hostilidad– agresividad.**

Relación en la que cuando hay problemas, reacciona agresivamente, o de manera hostil. Este tipo de relación es problemática mas que nada porque el personal de enfermería también tiene sus limitaciones. Esto es una reacción del ser humano ante situaciones de amenaza. Percibe ansiedad ante hospitalización y enfermedad. Pierde el control sobre su cuerpo desde el momento del ingreso. Reacciona contra lo que le pasa y la toma con el personal.

Actuación de enfermería:

- Evitar y rehuir(No es una respuesta adecuada ni profesional).
- Mecanismos de escape pues genera tensión a la enfermera.
- Hacer frente a este comportamiento analizando todo aquello que se percibe como amenaza o frustración por el paciente.

Otra forma de abordarlo:

- Animar a la persona a expresar sus sentimientos asociados a la amenaza.
- Analizar necesidades de control del paciente(Ayudar a un mayor manejo del estrés).

Mejor autocontrol; El sujeto en vez de desbordarse, que sea capaz de valorar la amenaza en su situación real. Utiliza su dolencia para reconducir su vida, demostrarle la realidad.

Si no atendemos se refuerza la reacción.

Si atendemos pero asintiendo también la reforzamos.

Hay un repertorio de actuaciones y comportamientos para controlar lo que se debe o no se debe hacer.

- Desplazamiento.

Relación posible enfermera– paciente.

Aquellas reacciones que se producen por parte de un paciente cuando sus verdaderos sentimientos no pueden ser expresados. Lo desplaza hacia cosas u objetos más asequibles.

Blanco del paciente de sus comportamientos que él en otro contexto no puede expresar. Lo desplaza, proyecta hacia la enfermera en lugar de expresarlo donde ocurre(Ejemplo, medio no escucha y desplaza su malestar hacia la enfermera). Si la reacción es muy dominante acabas huyendo o tratando de enfrentar la situación. Si acabamos personalizando la reacción damos una realidad que no tiene.

Cuando el paciente tiene control sobre sí mismo, debemos de ayudarle a expresar sus sentimientos(Descara, mas relajado).

- Manipulación.

Aquel paciente cuyo comportamiento de manipulación para conseguir la satisfacción inmediata de sus necesidades por parte de la enfermera/o, puede ir desde la adulación, halago, seducción o abuso verbal, quejas de abandono, hacer circular falsos rumores... etc. Ante este tipo de comportamiento, establecer límites de actuación. Hay que clasificar el tipo de responsabilidad y su obligación. Hay situaciones en las que hay mas problemas y en otras ninguno. Esto depende:

- Contexto del paciente.
- Salud del paciente(Clase de patología).
- Psicología del paciente.

Esto puede dar lugar a la existencia de problemas. Como cuando un paciente está ubicado en una familia que a veces interviene de manera negativa.

- Proyección.

Se atribuye a los demás sus deseos y emociones inaceptables así como la responsabilidad de sus fracasos y dificultades personales.

TEMA 9: ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

(Pág. 227 libro de enfermería, tema 22).

Sea cual sea el pronóstico de intervención quirúrgico repercute en la vida del paciente y la familia. Por tanto, es algo problemático. Tipos de intervención quirúrgica:

- I.Q. voluntaria.

Me someto a la intervención según me parece necesario por diferentes motivos(Estética). El nivel de ansiedad y control de la intervención es totalmente diferente de otra, que sea involuntaria.

- I.Q. involuntaria.

No se planifica ni programa y se produce por la aparición de un problema valorable desde el punto de vista sanitario.

La voluntaria e involuntaria se clasifican por diferentes criterios:

- Existencia de mutilación.

El tipo de defensa va a ser diferente de uno a otro tipo. Hay un mecanismo de defensa psicológico. Su organismo desde el punto de vista de percepción de su esquema corporal, impacto y reconstrucción postoperatoria es diferente

- Riesgo vital o no. Siempre presente en cualquier intervención.
- Intervención programada con antelación o no.

Hay tiempo suficiente de incremento de ansiedad dependiendo del tipo de intervención, y si está programada o no.

Hay tiempo para una preparación psicológica; In formar, clasificar... etc.

No programada; Intervención quirúrgica urgente.

- Intervención quirúrgica de tipo curativo o paliativo.

Hay diferentes tipos de ansiedad en el pre y postoperatorio en el acto quirúrgico. Se aborda el aspecto psicológico. Caben diferentes posibilidades:

- Desde el punto de vista sanitario, que cree que no necesita información por el nivel de desconocimiento del tema por lo que no vale la pena explicárselo.
- Desde el punto de vista de los roles. A veces no hay clasificación de quién es encargado de dar la información y de cómo se debe hacer.

No se conoce lo suficiente el valorar dar información ante un acto quirúrgico¿Qué hay que informar?.

- A nivel individual, algunos si dan información, pues lo ven correcto. No hay criterios unificados por parte de los profesionales ni concepto integrador entre los diferentes profesionales que influyen o intervienen en la operación. La información suele servir como elemento reductor, minimizante de la ansiedad ante la intervención por problema de salud. Un mínimo de ansiedad es necesario
- Desde el punto de vista de la enfermería, se hace una valoración del paciente quirúrgico, y saber lo máximo sobre él:
- Saber o conocer información previa que posee el paciente. Como información previa errónea, miedos o posibles complicaciones, conocer el tipo de información que tiene de cuidados básicos.

- Valoración de enfermería e intervención. Que significado tiene para el paciente la intervención o enfermedad en sí, como lo percibe(Que cree que no va a quedar bien). Detectar algún tipo de experiencia.
- Saber habilidades de adaptación del paciente. Se adapta bien o es muy ansioso, excitable, mal autocontrol, malas habilidades relacionales y de adaptación.
- Tipo de recursos de apoyo que presenta este paciente. Grupo de amistades o familia con buena relación, o necesidad de grupos de autoayuda o ayuda profesional, para ayudar al proceso postoperatorio.

Mayor conocimiento del paciente para hacer un buen plan de cuidados. Desde el punto de vista, de cómo se siente esa persona para establecer el plan con autoparticipación del paciente.

Tipos de ansiedad.

- Ansiedad confusional.

Desconoce todo;

- Preguntas abundantes y reiteradas sobre detalles técnicos y mecanismos de la intervención(Mecanismo de defensa ante la intervención).
- Pregunta como elemento tranquilizador.
- Busca soporte pues no conoce al cirujano, para saber si tiene o no experiencia, si hizo muchas operaciones... etc.
- Dificultades notorias en la comprensión de la situación. Signos de desorientación espacial y/o temporal, dislalias u otras alteraciones del habla, la ansiedad le perturba.
- Insistencia para garantizarse la pericia y prestigio del centro y del equipo.

- Ansiedad paranoide.

- Tono agresivo, con preguntas inquisidoras. La persona se siente acosada y le crea sentimientos de alerta constante porque alguien le quiere hacer daño.
- Intentos de acercamiento y curiosidad por los aspectos personales y afectivos de la vida y de los diferentes miembros del equipo. Para ubicarlos en una dimensión humana.
- Abundancia de reclamaciones, querellas, protestas y amenazas. Busca atención, cualquier tipo de elemento que perciba incorrecto lo reclama.
- Reticencia; Tendencia a verificar reiteradamente el diagnóstico y lo hace comprobar por varios profesionales.
- Idealización, establecimiento de un vínculo de veneración o adoración hacia uno o varios miembros del equipo.

- Ansiedad depresiva.

Puede aparecer en el pre o postoperatorio.

- Euforia, exceso de optimismo, verborreas y abuso del humor.
- Tristeza acentuada, anorexia, insomnio, incontinencia del llanto, autoabandono... etc.
- Insistencia marcada en establecer relaciones amorosas y/o sexuales con uno o varios miembros del equipo. Para ver que no está mermado depende de la intervención.
- Tendencia a magnificar la importancia de la intervención y a asignarse el papel de héroe o heroína.

Intervención de enfermería para conseguir llevar a cabo unos objetivos de cuidados.

- Informar al paciente para reducir su ansiedad en aquellos casos de intervención.
- Enseñar autocuidados para una mejor recuperación quirúrgica y convalecencia.
- Informar también de los recursos que existen en la comunidad, para que pueda poner en contacto con los demás que padecieron el mismo problema.
- Informar, citar la existencia de diferentes técnicas de autocontrol o de reducción de la ansiedad bien a nivel pre o postoperatorio (Técnicas de relajación)

Depende el punto de vista del apoyo, como enfermeras haríamos:

- Ayudar a exteriorizar el miedo que tiene el paciente.
- Feed- back, devolviendo lo que está exponiendo el paciente, pero expuesto en la realidad (En un contexto exacto).
- Participación activa en su autocuidado.
- Valoración de la familia.

1ª Fase del preoperatorio.

Desconfianza por Ubicación natural

Ansiedad confusional del paciente

Desconfianza.

Mas ansiedad.

Paranoide.

Última fase del preoperatorio.

Acción psicoprofiláctica.

Desconfianza Ubicación Desconfianza por ansiedad

por ansiedad natural del paciente paranoide.

En la primera fase el enfermo está mas cerca de la ansiedad confusional que de la paranoide. Pero se puede encontrar el otro caso. No es fácil valorar que tipo de ansiedad tiene.

Última fase del preoperatorio. Mas cerca de la ansiedad paranoide que de la confusional, por tanto, en la primera fase se trabaja mas la ansiedad confusional. En la segunda fase se trabaja mas la ansiedad paranoide.

TEMA 10: ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CRÓNICO.

(Pág. 239 tema 24 libro de enfermería).

Concepto y características del paciente crónico.

Hasta hace poco se le concedía mas importancia al diagnóstico de una enfermedad y a la terapéutica, pero se dejaba de lado el efecto o consecuencia de la enfermedad en el paciente que es el mas social y psicológico a abordar. Concepto:

Trastorno orgánico/funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y además es probable que persista durante largo tiempo(Enfermedad crónica).

Este tipo de enfermedad se da mas en la población por:

- Envejecimiento de la población(Aumento de la población de la tercera edad).
- Estilos o modos de vida(Polución, tóxicos, hábitos...).
- Estrés competitividad(Factor social).
- Hereditarios como causante de enfermedad crónica.
- Enfermedades agudas pueden cronificarse.

Características del paciente crónico.

- Enfermedad crónica es permanente e irreversible.
- Son multicausales(Muchas enfermedades crónicas no responden a un especialista definido).
- Van a requerir un aprendizaje específico por el paciente y a veces también de la familia.
- Largos periodos de cuidados y tratamientos para control y paliar efectos de la enfermedad.
- Conlleva sentimiento de pérdida.

Clasificación de la enfermedad crónica.

- Implican sentimiento de pérdida o amenaza física.
 - Oncológicas.
 - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida(S.I.D.A.).
 - Enfermedades que dependen de asistencia; renales.

Las dos primeras están dentro de enfermedades de mal pronóstico.

- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación.
 - Artritis reumatoide.
 - Llevan implícito pérdidas del esquema corporal(Amputaciones, colostomías...).
- Enfermedades que implican o necesitan modificación en el estilo de vida del paciente. Factor ambiental importante en la enfermedad crónica.
 - Enfermedades cardiovasculares.
 - Enfermedades metabólicas.
 - Enfermedades respiratorias.

Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica.

Hay tres niveles:

- Personal;
 - Pérdida de autoestima(Percepción del esquema corporal).
 - Descenso en su escala de valores.
 - Puede aparecer respuesta de negación.
 - Reacción depresiva.
 - Agresividad(Por frustración de deseos y aspiraciones).

- Familiar, ligado a la dinámica familiar:
 - Alteración de relaciones familiares(Depende del rol que desempeñaba en la familia...).
 - Repercusión económica. No puede desempeñar las mismas actividades.
 - Modificación a nivel familiar dependiendo del tipo de enfermedad.
 - Distorsión y alteración de la comunicación.
- Área social. Se centran mas los problemas en relación con los amigos y del grupo familiar con el entorno. Merma las posibilidades de encuentro afectando al tiempo libre de la persona.

Proceso de cuidados del paciente crónico.

- Valoración del paciente crónico. Le pasa por la mente que tiene que enfrentarse a una situación de enfermedad crónica, sobre todo cuando ya es mayor y de repente se ve con esta situación.
- Hay que tener en cuenta las pérdidas del paciente:
 - Pérdida de autocontrol, depende del impacto que tenga la enfermedad sobre él al entrar en el hospital ingresado.
 - Hay que tener en cuenta si toma o no conciencia sobre ello.
 - Información al paciente y familiares.
 - Participación.
 - Pautas bien indicadas para evitar informaciones incorrectas y saber como actúa la entre el hospital y la familia.

Diagnóstico y objetivos de enfermería.

- Promover autocuidados.
- Lograr buena adaptación a su situación como enfermo, a nivel individual.
- Obtener una determinada calidad de vida.
- Supresión del dolor... etc.

Pueden ser estos u otros. Además de cuidados paliativos pasan por un punto de vista psicosocial de una perspectiva integral de salud. No solo los protocolos intrahospitalarios. Que él mismo se autoobserve y autoayude en su enfermedad crónica. Para hacer esto hay que tener en cuenta a la familia.

Intervención de enfermería.

Valoración.

Tipo de cuidados que vamos y tipo de paciente que tenemos.

- Hay conductas de negación.
- Hay problemas con la familia.
- Paciente que tendrá que abandonar su trabajo.
- Mal manejo a nivel personal(Pocos recursos de afrontamiento).
- Persona joven le cuesta aceptar la limitación que se impone.

Recopilación de datos que detectamos en cada persona(Individual) y se basa en ellos, día a día, del seguimiento del paciente y del conocimiento que obtengamos por datos, entrevistas con la familia. Puede haber un abandono del tratamiento. Negación a seguir cualquier pauta de autocuidado, etc. No hay reacciones típicas, esperadas. Cada uno lo hace de manera diferente.

En base al asesoramiento.

Asesorar al paciente crónico, proporcionar información sobre su enfermedad, del momento en que se encuentra la enfermedad y consecuencias de la misma.

- Entrenar al paciente en habilidades que le permite obtener la satisfacción de necesidades básicas(Afectivas, psicológicas, fisiológicas, sociales).
- Informar de todo tipo de grupos que existen con respecto a su dolencia. Comunicación, intercambio de sentimientos con otros en la misma situación, a nivel terapéutico muchas salidas a todos los niveles. Servicios sociales(Alcoholismo, drogodependencia...).

Apoyo.

- Entrevistas a nivel emocional o psicológico para conocer la situación y apoyar al paciente.
- Elevación de la autoestima. Obedece a una situación social(Mundial) de valores dominantes. Se valora todo desde el punto de vista de vida y salud. Potenciar sus posibilidades.
- Empatía, comunicación, disponibilidad, escucha, comprensión.
- Reforzar el comportamiento de aprendizaje y todo tipo de conductas que impliquen o conduzcan al logro de habilidades en el autocuidado.
- Mejorar o posibilitar contactos interpersonales.
- Reforzar positivamente la capacidad de solicitar o aceptar ayuda sin que por ello se sienta inútil, minusvalorado, devaluado... etc. Sino como algo necesario e importante.

Intervención de enfermería en el paciente crónico.

Se puede aplicar en cualquier caso de relación de enfermería terapéutica. Apoyo, emocional, material:

- Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos problemáticos(Acepción, empatía, comprensión, disponibilidad, escucha...).
- Fomentar su participación activa(Proceso terapéutico).
- Reformar los comportamientos de aprendizaje.
- Ayudar a reconocer las aptitudes y actitudes para mejorar la autoestima.
- Estimular el mantenimiento e incremento de los contactos interpersonales(Relación con otra gente, es indispensable en algunos casos).
- Reforzar positivamente la capacidad de solicitar ayuda.
- Asegurar el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica.

TEMA 11: ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES.

Características generales:

- Enfermedades psicosomáticas más frecuentes.
- Suelen acompañar a estados depresivos y como consecuencia de pérdida, separación... etc. Evento estresante.
- Como expresión de rechazo(Alimento) insatisfacción
- El inicio de la relación humana la constituyen los lazos madre- hijo(Alimento toma diferentes significativos, según la pareja, cultura...).
- Formas frustrantes(Náuseas o vómitos emocionales). Pavlov; El estómago puede sufrir las influencias simbólicas por Condicionamiento y según personalidades.
- Fijación entre alteración y respuesta(Rechazo al alimento ante sentimientos de rechazo,

sobreprotección).

- Dinámica de las relaciones afectivas, tiene repercusión a nivel gastrointestinal. Trastornos a nivel emocional, elementos explicativos de lo que está ocurriendo.
- Diarrea.

Las diarreas funcionales son desencadenadas por la angustia aguda. Muy frecuente, en niños en situaciones donde se da una sobredemanda. Es importante diferenciar la verdadera diarrea sintomática, los trastornos, intestinales de viajeros(Estrés del viaje, factores biológicos y bacteriológicos, cambios de alimentación).

- Colón irritable.

Llamada colitis espasmódica.

- En la mayor parte trata de trastornos funcionales acompañan a depresión, insatisfacción, decepción, falta de esperanza.
- Se trata de personas con estructuras de personalidad obsesivo- convulsiva con componentes y con tendencia a la depresión y con obsesión por la limpieza y el orden.
- En una consulta de gastroenterología estos pacientes representan el 25% de esta clientela.
- Úlcera hemorrágica.

Evento estresante en un 80% de los tratamientos. Perfil psicológico, válido para trastornos gastrointestinales:

- Personalidad obsesiva y a veces paranoide(Neurótica).
- La agresividad está reprimida.
- Presenta dependencia y pasividad.
- Manifiestan pocos sentimientos, incluso ante emociones internas.
- Hipersensibilidad al estrés.
- Existencia de un conflicto no resuelto.
- Relación familiar de pseudomutualidad(Cada uno ayuda al otro al precio de una gran dependencia).
- Preocupaciones de limpieza y olores del cuerpo, de la casa... etc.
- Menos frecuente en clases menos favorecidas.
- Hiposexualidad(Sexualidad sucia y desagradable).

No se llevará a cabo solo un tratamiento farmacológico sino también psicoterapeutico que aborde la problemática de la personalidad. Ensayo y entrenamiento de habilidades sociales.

No agresividad reprimida sino equilibrada. Aprendizaje de técnicas de cómo enfrentarse a situaciones conflictivas, superar dependencias entre personas.

Algunos casos pueden funcionar bien grupos de apoyo(Dinámica de grupos).

Persona obsesiva por todo, proyecta sobre eso por ejemplo la necesidad de controlar todo. Lo que no puede controlar lo desborda. Desfase de la base de su personalidad.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Los exámenes con registro poligráfico han demostrado que la anticipación de un conflicto y la evocación de temas conflictivos, tienen efecto sobre la contracción cardíaca.

Entre las disfunciones psicosomáticas del aparato cardiovascular, distinguiremos:

- Trastornos funcionales. Que son; Sudoración, ahogo, taquicardias. Intranquilidad, insomnio. Aquí la ansiedad y estrés dan patologías menos graves que los psicósomáticos.
- Enfermedades psicósomáticas mayores.
 - Infarto de miocardio(I.A.M.).

Estos pacientes comportan exigencias de dominio y de control de sí mismo. Tienen tendencia a dominar y controlar todas las situaciones cuando no es posible(Personalidad tipo A).

- Temor a perder el control(Esto le provoca ansiedad). No ser aceptado, no dar la imagen que quiere.
- Relegación de la vida a un segundo plano.
- Es frecuente el tabaquismo, la obesidad y la diabetes. Factor de riesgo y demanda de dominio por fijación oral.
- Patología de narcisismo(Conquista, dominio, éxito, afirmación de sí mismo).
- Tendencia marcada a hiperactividad.
- Perfeccionismo obsesivo destinado a la autosatisfacción.
- Gran investimento en el trabajo y de las responsabilidades. Se entrega al trabajo.
- Búsqueda de situaciones competitivas.
- Tendencia a reprimir sus sentimientos.
- Cuando sobrevive el infarto los mayores de 60 años se adaptan mejor a la nueva situación(Cuadro depresivo). Los menores de 40 años sufren una depresión. Choque de pérdida de calidad de vida mas marcado en <40 que en > de 60.

Una persona de 40 años con infarto; Necesita apoyo psicológico y terapéutico. Hay que abordar muchos factores psicológicos necesarios además del terapéutico. Hay que ver a que esta ligado el problema de personalidad. El proceso es complejo pero abordable:

- Conocer los problemas del sujeto(Reales).
- Abordar dichos problemas(Como, cuando, que sientes...).
- Elaborar autorregistro. Cuando se produce el hecho.
- Recoger situaciones fisiopatológicas, que se hacen temer pérdidas de control. Elementos poligráficos, seguimientos fisiopatológicos.
- Valoración de situaciones problemas que desencadenan, son factores de riesgo de infarto(Evaluación, tipos de mejoras...).
- Si se le dice al paciente como lo vemos y lo que incide en su salud.
- Plan de tratamiento. Técnicas puntuales que pasarían por la inoculación de estrés, técnica de relajamiento y autocontrol. Depende del caso concreto; Seguimiento en periodo de tiempo donde aprende a reaccionar mas saludablemente.

Resumen de los factores de riesgo de personas con un infarto desde el punto de vista psicósomático:

- Tienen sentimiento de tener pesadas cargas de familia.
- Viven en un contexto sociocultural que favorece ciertas actitudes(Competitividad).
- Presentan tendencias agresivas competitivas que ambicionan una situación socioeconómica cada vez mas elevada.
- Expuestos a situaciones de estrés, que corresponden a sus problemas internos.

Todo tipo de términos son personales(Sentimientos y frustración lo canalizan en la vida laboral)

- Hipertensión arterial.
- La H.T.A. es una exageración de las reacciones normales de la tensión.

- Que interviene en los individuos predispuestos a reaccionar así en conflictos.
- Que estas personas presentan inhibiciones de sus tendencias agresivas.
- La H.T.A. se precipita por situaciones repetitivas de conflicto.
- Que la H.T.A. se agrava mucho en las situaciones que suscitan agresividad.

Estudios demuestran que la psicoterapia o apoyo pueden cambiar el curso de la enfermedad.

Personalidad del hipertenso:

- Extrema inhibición(No manifiesta sus sentimientos).
- Incapacidad de demostrar sus deseos agresivos.
- Plantea necesidades de dependencia pasiva.
- No expresa dependencia.

Personas que demandan desde el punto de vista interno que le quieran y que estén pendientes de él, pero expresa todo lo contrario no quiere demostrar su lado sentimental. Miedo a perder el control de las situaciones y comportamiento. Competitividad. Problemas derivados del interior.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.

Musaph; El síntoma psicósomático dermatológico es el resultado de una cadena de factores precipitantes. Y solo conocemos algunos de ellos, algunos eslabones.

Perfil psicológico de los enfermos dermatológicos:

- Dificultades en las relaciones parenterales(Rechazo, hiperprotección).
- Culpabilidad.
- Elegir la piel como lugar de expresión de un conflicto.
- La piel como expresión de ideas delirantes.
- Trastornos de la vasoconstricción de la piel.
 - Palidez crónica(Cara). Estructura de personalidad compulsivo– obsesivo. Personas que experimentan gran sufrimiento con estructura de personalidad neurótica o masoquista.
 - Enrojecimiento. Dificultad en expresar sus sentimientos. Personalidad que dificulta la expresión de sentimientos. Estructura fóbica de personalidad. Dificultad para manifestar sus emociones sexuales.
 - Sudores profusos(Hiperhidrosis) debidos a emociones. Manifiesta ansiedad crónica, aumenta con algunas emociones.
- Trastornos de la sensibilidad de la piel.
 - Prurito. Sobreviene cuando se intensifican sentimientos agresivos. Pueden aparecer comportamientos de erupción y rascado. Esta autoestimulación es demasiada para ser querido o acariciado. Inhibe comportamientos agresivos y sentimientos por tanto se produce el prurito.
 - Urticaria. Mecanismo de melancolía y depresión con gran contrariedad.
- Otras enfermedades dermatológicas.
 - Dermatitis provocada(Tricotilomanía, arrancar pelos). Provocada por el sujeto y puede ocurrir durante el sueño. Puede significar agresividad dirigida contra el propio yo.
 - Dermatitis atópica(Hostilidad, depresión). Rasgos masoquistas, exhibicionistas, sentimientos de culpabilidad.

- Acné. Puede coincidir con diferentes situaciones.
- Herpes simple. Factor psicosomático. Menor resistencia a los virus y se instalan y se reproducen cíclicamente.
- Psoriasis. Pérdida, separación, decepción de sí mismo.

Tratamiento psicológico con abordaje dual:

- Mejora parte afectada.
- Mejora del aspecto psicológico que activa o desencadena la afección.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Estos trastornos que empiezan en la infancia y están en la existencia de un perfil de personalidad que se manifiesta en los primeros hábitos alimenticios.

Se suelen manifestar a los 14- 15 años. Se analizan variables socio- culturales que aumentan la anorexia mental. Hay una deformidad del esquema corporal.

- Anorexia mental.

Siempre acompañada de trastornos psicológicos y somáticos. Afección que se presenta en jóvenes. En el curso de la crisis de la adolescencia. Factor social y cultural juega un papel muy importante. Características:

- Restricción alimentaria, rechazo o imposibilidad de comer.
- Amenorrea.
- Adelgazamiento que puede llegar hasta la caquexia(Estado terminal, mental de debilitamiento profundo que deriva en la muerte).

No hay una única forma de manifestación de la anorexia:

- Perturbación de la imagen corporal. Se produce cuando hay cambios en el cuerpo y hay una actitud de negación frente a formas femeninas que se adquieren.
- Trastorno de los estímulos provenientes del cuerpo. Negación de la sensación de hambre.
- Miedo a perder el control de los instintos(Sexual).
- Hiperactividad con negación de la fatiga. Siempre quiere hacer algo se niega a reconocer que no tiene fuerzas.
- Ausencia de la afectividad. No manifiestan agrado, ser queridos, no quieren sentimentalismo.

Las personas anoréxicas poseen una estructura de personalidad compleja:

- Visión ideal de sí mismos y de sus sentimientos de omnipotencia.
- Importancia de la negación. Muy importante en su perfil de personalidad.

Psicoterapia familiar pues el medio familiar juega un papel muy importante en este caso de anorexia. Medio familiar de la anoréxica/o.

- Existen conflictos neuróticos.
- Motivaciones inexistentes.
- Aislamiento del núcleo familiar, Padres, hermanos... etc.
- Falta de atención hacia los deseos y emociones del paciente.
- La pérdida de peso es el único síntoma(Algunos autores dicen que existe un problema de relación madre/ hija).

- Madres frustradas social y sexualmente.
- Padres ausentes. Preocupados por lo exterior. No interviene en la dinámica familiar.

Es muy importante el modo de actuar de la familia en la recuperación.

- Hiperfagia u obesidad.

La alimentación y la educación tienen un papel muy importante y los problemas pueden empezar en la infancia. Hamburger diferencia cuatro tipos de obesidad:

- Los que se sobrealimentan como reacción a determinados problemas como tensiones emocionales, soledad o enojo.
- Los que comen como respuesta a una tensión crónica y a la frustración.
- Aquellos en los que la sobrealimentación oculta un problema emocional subyacente, principalmente depresión.
- Aquellos en los que la sobrealimentación en forma de apetito devorador compulsivo, que ha tomado una forma de hábito.

Perfil psicológico:

- La función alimentaria exige educación.
- Alimentos por motivo distinto a los psicológicos, generalmente emocionales.
- La reacción madre- hijo/a. Desempeña un papel muy importante.
- Alimentación es igual al amor, seguridad o satisfacción.
- Obesidad por mal aprendizaje.
- Obesidad reactiva que se desarrolla a raíz de un trauma.
- Obesidad que acompaña de abulia, que es falta de estímulo para hacer cosas, pasividad, inhibición de la agresividad.

No hay un perfil psicológico único de obeso.

TEMA 12: ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE TERMINAL.

(Pág. 247 tema 25 libro de enfermería).

CIENCIAS DE LA CONDUCTA III.

Semiología de la actividad psíquica.

- Experiencia presente/ vivida(L a experiencia se puede transformar en patología).
- Trastornos de la atención y conciencia.
- Trastornos de la orientación temporo/ espacial.
- Trastornos de la sensopercepción.
- Trastornos del pensamiento.
- Trastornos de la afectividad.
- Trastornos de la memoria.
- Trastornos de la psicomotricidad.
- Trastornos de la inteligencia.
- Trastornos de los impulsos y la voluntad.
- Trastornos sexuales.

TRASTORNOS PSÍQUICOS.

El aparato psíquico permite la relación con el medio y con nosotros mismos, cuando hay una alteración en el mismo se producen trastornos psíquicos. En estos siempre va a haber una pérdida de lo que tenemos conseguido desde el nacimiento, esta pérdida será tal y como la hemos ido describiendo. Por ejemplo en el trastorno de la memoria se pierde lo reciente antes que lo pasado, así una persona demenciada se acordará mas sobre lo ocurrido cuando era niño, que de lo que hizo la tarde anterior.

El bebé, primero ordena lo que es el mundo externo y mundo interno, o lo que es Yo por lo que es No Yo, aunque en los primeros meses es todo una confusión, no hay diferencia entre Yo y No Yo. La separación del mundo externo y del interno va a tener importancia en toda la vida, ya que en una ansiedad paranoide persecutoria puede haber perseguidores en el mundo externo o interno. El esquizofrénico, que oye una voz que puede estar fuera, en el exterior o dentro de su propio cuerpo.

La ansiedad confusional, es la más arcaica, ya se da en el bebé.

A través de este orden se descubren todas las funciones, se llegará; Lenguaje, percepción, razonamiento.

Que tal y como van descubriendo, después se van a ir perdiendo. En los trastornos del pensamiento veremos como el pensamiento simbólico se va alectando

Adquisición del lenguaje.

El lenguaje es un código simbólico que se desarrolla a partir de un pensamiento(Jugar con un boli como si fuera un coche) a partir de ahí se empieza a descubrir la inteligencia, con tres etapas:

- Sensorio- motriz.

La primera en aparecer(2 años), aún no se ha desarrollado el lenguaje, sería en el demenciado, la última en aparecer.

- Operacional.

Se desarrolla el lenguaje y la inteligencia de las operaciones, de donde se pasa de lo concreto a lo simbólico.

- Discursiva o hipotético deductiva(Piaget).

Es el último desarrollo de la inteligencia, ya se trabaja con operaciones simbólicas, no concretas pudiendo hacer hipótesis. Deducciones... etc. Es lo que primero se pierde en los trastornos de la memoria.

Corte transversal del ser humano: Infraestructuras funcionales van a ordenar la realidad, es una foto del momento actual de su estado físico y psíquico.

Corte longitudinal del ser humano: Remite a la biografía de cada uno, será el desarrollo del ser psíquico en relación con su mundo interno y externo.

La persona ya construyendo la personalidad del yo. En este desarrollo de su identidad se hace artífice de su mundo propio. El sujeto es autor de su propia persona, se identifica con un rol social. Y será dueño de su propio carácter, con su peculiar forma de actuar, querer... etc.

La personalidad tendrá aspectos de su maduración, experiencias, relaciones... etc.

Las relaciones pueden ser interpersonales, culturales, afectivas y sociales.

La personalidad del yo, afronta problemas de todo tipo: Morales, intelectuales y sentimentales.

Psicodinámica del inconsciente.

Instintos; pulsiones(No tiene un objeto definido).

Se diferencian porque los instintos tienen un objeto concreto que satisface una necesidad. Mediante las pulsiones se satisfacen los deseos y deseo libidinal.

A través del desarrollo del individuo va formando la personalidad del mismo(Del Yo). En el Yo, influyen todos los aspectos del individuo. Los aspectos o estratos del individuo, desde el más arcaico son: Físico, biológico, psicológico, cultural, social.

Todos están interrelacionados tanto en la salud como en la enfermedad.

El Yo se va formando longitudinalmente, a lo largo del tiempo. Para un bebé lo primero es separar el mundo externo del interno. La inteligencia se desarrolla mas entre los 0 a los 16 años, siendo las etapas:

- Sensorio- motriz. De 0 a 2 años.
- Operacional. De 2 a 11 años.
- Hipotético deductiva. De 11 a 16 años.

En el aspecto psicológico de Yo separaremos el consciente del inconsciente(Pulsiones, desarrollo de la libido).

Instinto; Es algo más biológico y animal(Irracional), tiene un objeto concreto.

Pulsión(Es lo mismo que deseo); Hay aspectos conscientes, relacionales y aspectos de deseo.

En el corte transversal se revisa su nivel de conciencia, pensamiento, memoria, atención, conducta/ comportamiento e inteligencia.

No tiene porque ser diferentes, pueden variar todos de un corte transversal a otro hecho posteriormente. Revisamos diferentes partes de un Yo en un momento dado. Ese Yo es resultado de todo un desarrollo longitudinal.

Comentario en un examen mental; Observación transversal. (Bradipsiquia, que es un pensamiento lento).

El lenguaje y pensamiento pueden ir relacionado(Patrón del sueño, humor, ansiedad...).

Todo eso nos informa de cómo está en ese momento, permitiéndonos llegar a un diagnóstico(También es importante para el diagnóstico el corte longitudinal)

TEMA 1: TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA.

La conciencia se puede interpretar como un escenario. Definimos en normalidad la conciencia como lucidez. Sus extremos son la vigilia y el sueño. Podemos tener conciencia de todo la amplitud o tenerla solo de algunas partes. El escenario estará mas o menos iluminado, si la luz es mayor o menor las cosas estarán mas o menos claras, mas o menos nítidas. Uno de los datos que indica que la conciencia está bien es que el sujeto puede hablar de sí mismo.

Para entender lo que pasa en la conciencia se habla del ensueño(Actividad de soñar) o proceso onírico. Los ensueños o conciencia onírica son la analogía de los trastornos de conciencia. Pues el ensueño tiene otras

características, por ejemplo, la conciencia del Yo(Su identidad) puede aparecer alterada.

En un trastorno de la conciencia puede pasar igual. En el ensueño desconectas del mundo real de tal manera que los sonidos exteriores aparecen de diferente forma en el sueño. El sujeto desconecta del mundo que le rodea.

En el sueño hay pérdida de la autocrítica. En el trastorno de la conciencia tampoco la hay y las cosas pueden aparecer mezcladas, fusionadas igual que en los sueños. A partir de esto podemos decir que la conciencia se entorpece, es invadida o no abarca los contenidos que tiene que abarcar, por tanto, se entorpece con cosas por lo que entiende lo que pasa. Es invadido con cosas, queda reducido el conocimiento y no reconoce a los demás.

Los trastornos de la conciencia van desde la inconsciencia hasta la vigilancia normal o lúcida.

Hay diferentes niveles en los trastornos de conciencia:

- Obnubilación.

Todas las actividades psíquicas están reducidas. Tiene un contacto con el medio de muy baja intensidad(enseguida le fatiga contestar, moverse...). Un paciente con fiebre alta está obnubilado. Tiene la amplitud de conciencia reducida pero se nota mas en la intensidad, está como shockado.

- Delirium. (Tremens).

Consiste en que pierde el contacto con el medio por las alteraciones sensorio-perceptuales tan vivas y muy intensas(Alucinaciones visuales con bichos)

- Confusional.

En ciertas alucinaciones se está desorientado, se confunden cosas por no entender lo que pasa alrededor. Cuadros esquizofrénicos.

- Oniroide.

Alucinaciones de carácter escénico a través de las cuales suceden cosas(Intoxicación de ácido) como en los sueños.

- Crepuscular.

Una característica es un estrechamiento del campo de la conciencia, tengo conciencia clara solo de algunas cosas. Hay un contacto con la realidad para algunas cosas, pero hay otras de las que no se tiene conciencia, no se entera(Histerias disociativas, hepílepsias post- crisis, fuga psicógena disociativa histérica...). Por ejemplo la fuga psicógena disociativa histérica; el paciente se fuga de casa sin saber porque, pero en el trayecto tiene contacto normal con cosas y personas aunque no de todo. En cambio en el momento que aparece la familia, no se conduce bien pues en el sentido familiar tiene un estrechamiento de conciencia.

- Coma.

Los estímulos no producen reacciones. Desconexión total con la realidad. Tiene diferentes grados y se mete en un trastorno de la conciencia.

TEMA 2: TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN.

La conciencia se completa con la atención, pues ésta no es mas que una focalización de la conciencia. La atención tiene grados:

- Hipervigilancia o hiperposexia.

Fijarse en cosas mínimas, insignificantes, sin importancia. Me fijo tanto en las cosas mínimas que pierdo el contacto con el medio en general que me rodea. Conducta muy activa(Maníaco).

- Distracción. Disminución de la atención activa, me distraigo de todo. Condiciona niveles motóricos mínimos(Depresivo).
- Hiperconcentración. Concentración exagerada en un hecho, por lo que no se entera del resto.

TEMA 3: TRASTORNOS DE LA ORIENTACIÓN TÉMPORO/ ESPACIAL.

Todo trastorno de conciencia produce desorientación. Tengo que estar orientado en espacio y tiempo y de quien soy... etc. La orientación es de dos tipos:

- Autopsíquica: Nos da referencia de las vivencias del Yo y se pierde muy pocas veces(Como me llamo, quien soy, que hago...)
- Alopsíquica: Puede ser temporal(Que día, que mes, que año...), o espacial(Donde estoy, a donde voy...)

TEMA 4: TRASTORNOS DE LA SESOPERCEPCIÓN.

Son trastornos en los que se implican todos los elementos sensitivos y aparatos receptores. Hay que diferenciar entre sensación y percepción.

Sensación:

Es algo más fisiológico. Viene dada por la apreciación de las cualidades del objeto(Luz, calor, cuerpo del objeto...). A través de estímulos sensoricos y de aparatos receptores que tienen un umbral para recibir la sensación, nos llega al cerebro. Según el aparato que recoge lo lleva al cerebro y pueden ser los que llamamos:

- Exteroeceptivas. Son la retina, terminación olfativa, degustación, táctil y térmica.
- Propioceptivas. Los nervios de los músculos(Nervio vestibular) que retoman estas sensaciones, son mas con relación al movimiento cinético, y al aspecto corporal.
- Interoceptivas. Sensaciones que se recogen en nervios de órganos internos y son por ello más difusas.

Así pues dependiendo del aparato receptor que recoge las sensaciones se concretan estas tres clases de las mismas.

Según como sean las sensaciones, se denominan:

- Hiperestesias.

Sensaciones desproporcionadamente intensas para el estímulo que las produce(Excesivamente sentidas). A nivel de oído, tacto... que suele estar en relación con cuadros neurasténicos, depresivos y tóxicos.

- Hipoestesias y anestesias.

Falta total de sensibilidad. Excesiva disminución del umbral sensitivo. Se da en síndromes de obnubilación e histerias.

- Parestesias.

Sensaciones inadecuadas producidas por un estímulo que normalmente produciría otra sensación(Junto a una sensación habitual mi sensación es ora).

- Anestopatías.

Sensaciones imprecisas y desagradables que proceden de órganos internos y músculos. Suelen aparecer en síndromes hipocondríacos y delirantes.

Las sensaciones no son categóricamente importantes, aunque son la base. Son más importantes las percepciones y sus trastornos, para nosotros, pues se relacionan mas con lo psicológico.

Percepción:

Es la imagen psíquica o vivencia del objeto real presente. A partir de las sensaciones, pueden ser influenciadas por una imagen néscica(Recuerdo sobre un objeto), por el humor(Depresivo o eufórico) del momento, además, yo le doy una significación determinada, y llegamos a la percepción. Lo que yo siento respecto al objeto real presente

La mayor diferencia entre sensación y percepción es la vivencia. Las percepciones se desplazan a partir de vivencias en una serie de trastornos que son:

- Ilusiones.
- Alteración del esquema corporal.
- Alucinaciones. 6. Transformación.
- Pseudo alucinaciones.
- Desrealización.
- Ilusiones.

Errónea o falsa percepción de un objeto existente, es momentánea y son normales o no patológicas(Se incluye en los trastornos pero es normal pues sucede a todo el mundo). Por ejemplo, al escuchar un ruido constante se transforma en un lenguaje verbal determinado. De noche, dependiendo de tu humor, a oscuras, con cierto miedo y angustia, una imagen de un abrigo se interpreta como si fuera alguien.

- Alteración del esquema corporal(Trastorno importante).

Ilusoria percepción de partes o la totalidad del propio y viene a través de sensaciones Propioceptivas e Interoceptivas. El ejemplo típico es la anorexia, es un trastorno perceptivo del esquema corporal, porque se ve muy gorda o normal y sigue sin comer.

Aquí podrían entrar las dismorfofobias, que son distorsiones de la percepción de partes del cuerpo. Entran:

- Síntomas esquizofrénicos referidos al esquema corporal.
- Trastornos.

Desde la persona que no está conforme con su cuerpo(Se opera constantemente), hasta el psicótico que puede llegar a pensar que tiene cara de caballo.

Se puede ver en la vida diaria a nivel normal, psicótico o neurótico.

Es frecuente observar pequeñas distorsiones corporales(Muy poca gente conforme). Puede llegar de normal a

neurótico y el límite estaría en el psicótico.

- Alucinaciones(Trastorno importante)

Se define como una percepción sin objeto, es decir, percibimos verídicamente(Absoluta convicción de que esa imagen es real, existe) sobre algo que podría estar o percibirse pero que en ese momento no existe.

El paciente convencido de que vio esto, puede o no haber crítica sobre lo ocurrido. Pueden ser:

- Visuales.
- Auditivas.
- Táctiles.
- Olfativas.
- Gustativas.

Hay unas llamadas funcionales que son las que necesitan un soporte real, las que a través de un estímulo real las transforma en alucinación. Funcional en cuanto necesita un estímulo real.

Las alucinaciones las objetivamos según lo que dice el paciente o por conductas observables que el propio paciente hace(Hablando, tapándose los oídos...). Las más frecuentes son las auditivas y visuales, pero más las auditivas. Pertenece en general a un cuadro de intoxicación o psicosis.

Las alucinaciones visuales pueden consistir en aspectos diferentes, se puede ver mas en intoxicaciones y no en síndromes de abstinencia alcohólica. A veces en esquizofrenias hay descripciones, pero no es muy frecuente y esta muy alterada

Las alucinaciones auditivas, son llamadas o conocidas como voces. Al enfermo le hablan y le dicen cosas positivas o negativas, sobre todo negativas e insultantes. No quiere escucharlos pero no lo consigue. Es una situación muy angustiante, pues hay vivencia para él, de total convicción.

Las alucinaciones gustativas, olfativas(A veces con diagnóstico neurológico) y táctiles son menos frecuentes. A veces las táctiles aparecen sobre todo en psicosis a nivel de órganos genitales y ano, en cuanto que la o lo han violado, tiene algo dentro, y a partir de ahí es cuando aparecen actos brutales de esquizofrénicos de buscarse constantemente algo en el ano o cortarse el pene.

- Pseudoalucinaciones.

Es un concepto poco utilizado. Es un matiz. Llamadas alucinaciones psíquicas. Es percibir un objeto donde no es habitual, en los esquizofrénicos es muy frecuente las voces interiores(Voces dentro de su cabeza).

L a T.V. habla de mí y dice lo que pienso, alucinación de una voz dentro; Pseudoalucinación. Se suele reducir a síndrome alucinatorio.

- Desrealización(Trastorno importante).

Es como si la realidad se deshiciera de sus términos reales, el paciente percibe con precisión, pero se pregunta si lo que ve existe o no, si es real o no.

Puede ser sobre la realidad externa o sobre el propio cuerpo, y cuando se concentra sobre uno mismo aparece la despersonalización.

Es angustioso para el paciente pues pierdo la pauta de su vida real. Se siente perplejo pues no entiende lo que

pasa y él no es el mismo, ha perdido la identidad. No es para él la misma casa, la misma calle... etc.

Así se consolidan las esquizofrenias. Luego llegan las alucinaciones Yo soy eso y se queda mas tranquilo, pero también mas psicótico.

- Transformación

Puede ser un matiz de despersonalización. Trastorno de la identidad, es él, no es él, es otra cosa, hay transformación de sí mismo.

TEMA 5: TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO.

En el pensamiento influye la presión ambiental que te rodea para dar un razonamiento para llegar a una conclusión que sea correcta. Hay un razonamiento concreto(Mas real) y otro abstracto(Mas irreal). A veces el pensamiento funciona:

- Asociación de semejanza(Rojo- sangre).
- Asociación por contraste(Blanco- negro).
- Asociación por contigüidad(Canción- cosas recordadas).

Los trastornos del pensamiento en la persona se dan a dos niveles:

- Cursos.

El curso es el camino que sigue el pensamiento para razonar, hablar, informar... etc. En todo razonamiento hay un hilo conductor que lleva de una cosa a otra, esto puede tener fallos que nos llevan a trastornos en el curso del pensamiento.

- Contenidos.

Lo que sí informa, lo que se razona. No como se hace sino el que, el resultado final.

Trastornos del curso del pensamiento.

- Bradipsiquia.

Lentificación en la manera o forma de pensar, el hilo que sigue es muy lento, necesita mucho tiempo para asociar una cosa con otra. Se puede ver en la latencia de respuesta(Ante una pregunta tarda mucho en responder). Hay también un retardo en la asociación de ideas. Este retardo es característico de las depresiones(Obnubilación suele ir acompañada de bradipsiquia).

- Taquipsiquia.

Demasiada rapidez en la manera o forma de pensar, el hilo que sigue es acelerado, es un pensamiento acelerado que le lleva a hilar mal el razonamiento. La taquipsiquia en su grado máximo, en extremo llega a la fuga de ideas.

Estos dos trastornos se diferencian en el grado, en nada más.

La taquipsiquia se asocia al cuadro maniaco. Crea una persona eufórica, mientras esa euforia en unos niveles, mantiene también la taquipsiquia en esos niveles. Si sube un poco ya se líaa... Y luego la afectividad del paciente, se ve alterada.

- Prolijidad.

Pensamiento con sobreabundancia de detalles, detallista. Persona que cuenta los pormenores de los pormenores.

También se puede hablar de minuciosidad, no es un pensamiento troncal, te vas por las ramas, pierdes el hilo y no te acuerdas de lo que estabas diciendo. Pierde el hilo a través de un largo y monótono discurso. Característico de cuadros obsesivos y demencias.

- Perseveración.

Está relacionada con la prolidad. Es la repetición constante de una idea con discursos muy semejantes. La proliferación termina en perseverancia y la perseveración es prolida.

La proliferación se hace porque intenta seguir un camino troncal pero siempre encuentra asociaciones. Cambia de tema con detallista.

La perseveración no avanza porque inicia un camino y como repite, no avanza. Al no avanzar en razonamientos abstractos, rechaza en lo que está y no avanza. Es monótona y continuada.

- Interrupción.

Llamada o bloqueo o robo de pensamientos por las conclusiones a las que llega el paciente. Hablas y pierdes el hilo, hay una interrupción de pensamiento. En caso exagerado está hablando de algo y queda en blanco y dice que le roban el pensamiento(Delirio).

- Disgregación.

Asociación de conceptos incongruentes. No hay conexión lógica en este pensamiento. Los elementos no tienen conexión lógica entre ellos, no hay asociación de conceptos. Se ve en cuadros delirantes(Esquizofrenia).

- Incoherencia.

Similar a la disgregación. Conglomerado inconexo de percepciones, representaciones y recuerdos, ni siquiera hay conexión gramatical. Se suele dar en cuadros avanzados de demencia donde el pensamiento es pobre.

- Fuga de ideas.

Pensamiento acelerado, en grado máximo de taquipsiquia con lo que nos da numerosas asociaciones y el pensamiento carece de dirección fija, se dispara y va saltando de una idea a la otra. Llamado también pensamiento saltón. No hace un razonamiento troncal. Son ideas a toda velocidad constantemente.

Trastornos del contenido del pensamiento.

Contenido es lo que pensamos, lo que informamos. Puede haber un curso de pensamiento correcto y un trastorno de contenido muy grave. O el contenido correcto y el trastorno del curso lo altera.

- Ideas sobrevaloradas.

Atribución de importancia o característica excesiva a una cosa. Cuando se valora excesivamente algo que objetivamente vemos que no lo es tanto. Por ejemplo; enamorarse. Se ve en el fanatismo, ideas de cualquier

tipo llevadas a un grado excesivo

La sociedad influye en que se haga patológica.

- Ideas obsesivas.

Idea fija incómoda y molesta que es impuesta y considerada como ajena, es decir, son ideas que al sujeto se le meten en la cabeza, son ajenas a él, impuestas, que no tienen importancia y no puede quitarlas de la cabeza pero esa idea le molesta, angustia (El obsesivo crea un ritual para liberar esa angustia). El sujeto a pesar que sabe que no es verdad sufre con ella como si fuera cierta.

El obsesivo adora la perfección y siempre tiene la idea de no estar todo perfecto. Además suele tener problemas con la agresividad y tiene un pensamiento mágico (Si no hago esto pasa aquello, supersticioso).

Ejemplo; lavado de manos. Todo está contaminado (Idea obsesiva), si toca algo se lava las manos, pero siempre toca algo. Pueden llegar a producirse heridas de tanto lavárselas.

El obsesivo está relacionado con agresividad o ideas sexuales.

Hay ideas obsesivas como contraste, ideas antagónicas que el paciente en su idea obsesiva las une creándole daño, le atormenta (Virgen – sexo).

Hay dos cuadros obsesivos:

- Con predominio de ideas (Patología de la idea).
- Obsesivo compulsivo. Hacer algo irracional para conjurar la angustia que me produce la idea (Hay rituales, conlleva ritual).

El paciente sabe que no es real pero lo vive como tal porque no puede quitárselo de la cabeza. Y puede quedarse como idea en la cabeza o como ritual y su desarrollo.

- Ideas delirantes.

Son irracionales y totalmente creídas por el paciente que pertenece a ellas. Es una idea engendrada psicológicamente (No tiene conexión con nada) y que el individuo se cree totalmente. El delirio no tiene comprensibilidad psicológica.

Estas ideas a veces aparecen de improviso pero normalmente tienen un tiempo y unos pasos de formación llamado a todo esto periodo de trema.

Periodo de trema es un periodo de angustia inicial en que las ideas se van organizando hasta se sistematizan. Primero empieza a notar nuevos significados en lo que le rodea (Números, cosas...). Estas significaciones se van organizando todavía sin mucho sentido en ciertas ideas delirantes enganchadas patológicamente.

Hasta que este delirio se sistematiza, y la angustia del cambio de realidad que experimentó es superada y crea totalmente la idea delirante. Lo tiene todo bien razonado, al ir instaurando paulatinamente una idea delirante.

Hay diferentes tipos según el contenido:

- Depresivas.

Se puede sentir responsable de un hecho catastrófico (Estoy arruinado y mi familia pagará las consecuencias).

Se da cuadros depresivos.

- Grandeza.

Ideas que en su contenido ensalzan la personalidad del sujeto(Gran inventor, porque tiene poderes mágicos...). Se da en cuadros maníacos.

- Persecución.

Ideas delirantes mas frecuentes y que conforman el mundo paranoide y esquizofrénico paranoide. Ideas con contenido de perjuicio o de daño. Conocimiento absoluto delirante de daño. Cuadros esquizofrénicos.

- Celotípicas.

El contenido de las ideas son los celos. Los celos pueden ser sociales, hasta esta idea delirante celotípica en que todo indicio o cualquier indicio le lleva a pensar que le engañan.

Y para sostener el delirio, lo mantiene hasta la situación actual celotípica(Lo dijo hace años y ahora sé que me engañaba). Cuadros esquizofrénicos y paranoides.

- Transformación cósmica.
- Posesión.
- Reforma.
- Querulante.
- Ideas deliroides(Delirio secundario).

Ideas delirantes con comprensibilidad psicológica, se puede comprender de donde vienen. Son secundarias a la afectividad o a otro trastorno psicológico.

Ejemplo; Escucha voces y a partir de ahí hace un delirio que proviene de unos aparatos en mi casa que me producen estas voces y los pusieron los antiguos compañeros del trabajo por algo que dijo algún día.

Como son secundarias se relacionan con otra cosa y por eso se llaman deliroides.

El sujeto da una explicación del delirio, lo excusa, aunque sea difícil de creer.

TEMA 6: TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD.

Trastornos del estado de ánimo, de la esfera afectiva y vamos a hablar del estado de ánimo. Es el que impregna todas las conductas, le da un color determinado. Así aspectos afectivos se ven en cualquier tipo de trastornos. Con esto la esfera afectiva tiene dos aspectos fundamentales:

- Estado de ánimo.
- Emociones.

Aparecen con relación a las necesidades y el cambio y satisfacción de esas necesidades. En cuanto que uno tenga satisfechas con el medio, sociales, su estado de ánimo va a ser más estable.

- Estado de ánimo.

Por estado de ánimo entendemos el tono afectivo del sujeto la tonalidad que colorea todo el comportamiento y conducta del individuo. Cuanto más grado de adaptabilidad al medio, mejor estado de ánimo y cuanto mayor

estado de ánimo mayor adaptación al medio. Esta tonalidad afectiva oscila entre dos polos: Alegría y tristeza.

Normalmente nos manejamos en esa banda de oscilación hacia un tono mas positivo o negativo dentro de lo normal. Paredes las bandas, perdemos sintonía y nos metemos en trastornos, bien sea por pasarnos por arriba o abajo.

El tono afectivo es mas del carácter del individuo, tiene mas durabilidad, es más estable(Alegre o triste; divertido, deprimido, optimista, pesimista...). Los tonos colorean todos los tipos de conductas.

- Las emociones.

Son situaciones afectivas mas de explosión, de descarga, menos duraderas. Son cambios bruscos del estado de ánimo. Sucede algo y bruscamente aparece una situación afectiva diferente a la que tenía, por ejemplo ira, cólera... etc. Estos cambios bruscos producen una alteración del sistema neurovegetativo. Por tanto las emociones van acompañadas de aspectos neurovegetativos(Son involuntarias) como Sudoración, taquicardias. (En el ámbito de alteraciones viscerales de la musculatura lisa...).

Efectos colaterales de aspectos neurovegetativos: Hipoventilación, sequedad de boca, midriasis, temblor, Sudoración, taquicardias fundamentalmente.

Así pues disfunciones que pueden aparecer en el estado de ánimo de las personas que van a alterar el tono afectivo normal y estable del individuo y también las disfunciones a nivel de emociones y produce alteraciones a nivel del sistema neurovegetativo, trastornos de afectividad.

Así una persona con depresión que puede variar en forma e identidad. Trastorno de la afectividad por duración porque no hay relación con el medio. Es un trastorno en cuanto está actuando un estado que no es normal en el sujeto pero puede ser normal frente a un determinado estímulo.

Normal; Grado medio en función de edad, pérdida... a lo que llamamos duelo(Depresión relativa o elaboración de duelo).

Persona apática, insatisfecha, triste... Normalmente, tono de depresión constante es trastorno, pero con valoración cualitativa diferente.

Trastornos cuantitativos de la afectividad.

Hipotimia; Bajo tono afectivo marcado por tristeza, abatimiento, inhibición. Estado de ánimo del depresivo

Eutimia; Normalidad, humor y estado afectivo equilibrado.

Hipertimia; Exagerado nivel de estado afectivo, alegría exagerada. (Manía).

Es de fuerte intensidad y desproporcionado con respecto a la causa, si es que la tiene.

Manía o depresión son conceptos psiquiátricos. Es por la polaridad que decimos que la afectividad oscila entre dos polos hedi- algesia, polaridad entre el placer y el dolor.

El estado de ánimo parte de un humor equilibrado y a esa situación del afecto se le da nombre de eutimia. Buen tono del estado de ánimo o de humor.

La vida afectiva oscila entre la hipo e hipertimia. Si la eutimia se eleva cualitativamente llega a hipertimia; Exagerado estado de ánimo, alegría exagerada es en el polo opuesto a la depresión.

Oscila entre la depresión y la manía.

Trastornos cualitativos de la afectividad.

- Euforia.

Alegría exagerada. Con la euforia nos metemos en el nivel de la hipertimia (Hiper e hipotimia son trastornos cuantitativos). Tiene grados; Alegría, euforia, euforia patológica, hipomanía, manía.

La euforia patológica se caracteriza por cierta artificiosidad, y la persona no sabe explicar porque está eufórica.

Manía; la hipomanía está un poco por debajo de la manía. Ya entramos en el mundo de la psicosis, en que hay distorsión de la realidad. Al ir a más grados de hipertimia se va creando un grado mayor de inadecuación.

La persona que en plena crisis puede comprar un coche de 6.000.000 de pesetas y decir que se va a Nueva York. En la euforia patológica e hipomanía parece ya la taquipsiquia.

En la manía se da la fuga de ideas. En el otro polo el negativo se da la depresión.

- Depresión.

Se caracteriza por la tristeza, inhibición. Se daría la bradipsiquia (Inhibición del pensamiento) y habrá una inhibición motriz. Dentro de la depresión (O polo negativo) vamos a hablar de:

- Distimia (Depresión neurótica). Primer grado patológico de la depresión.
- Melancolía. Entrando ya en el mundo de las psicosis.

Son grados profundos de depresión (Va de menos a más) van a diferenciar el mundo de la neurosis y psicosis.

- Angustia/ansiedad.

Sentimiento de desagrado e inconformidad. Con importantes reacciones vegetativas.

Por definición es miedo sin objeto, pero puede ocurrir que esa energía psíquica de temor se deposite en algún objeto, entonces aparecen las fobias (Angustia irracional frente a un objeto). O puede permanecer como idea, sin depositarse en ningún objeto y depositarlo en una idea, aparecerá una idea obsesiva.

La angustia tiene un correlato psicofisiológico (Respuesta paralela psicofisiológica). Los correlatos psicofisiológicos de la angustia son todas las respuestas vegetativas que ya hemos descrito.

Así, nos referimos a la angustia para hablar del sentimiento de temor generalizado que no tiene sentido ni objeto. Y la ansiedad para referirnos a las respuestas psicósomáticas de la angustia, son los correlatos psicofisiológicos. Aunque se puede aplicar indistintamente la angustia es más psicológica y la ansiedad más somática.

- Indiferencia

Falta de reacción emocional. No existe vivencia subjetiva ni de agrado ni de desagrado ni hay cambio en la expresión del sujeto frente al estímulo. A este le llamamos también embotamiento afectivo.

- Ambivalencia.

Vivencia simultanea de dos reacciones afectivas diferentes. Capacidad de sentir dos reacciones afectivas que son contrarias. Esto es un síntoma típico de la esquizofrenia. Ejemplo; Amor odio hacia la madre.

- Afecto discordante.

Reacción afectiva contrapuesta a la que habitualmente determinan los estímulos(Reír en un funeral).

Mas en la esfera psicótica: Indiferencia

Ambivalencia.

Afecto discordante.

Mas en la esfera neurótica: Euforia.

Depresión.

Angustia/ansiedad.

Aunque todos los podemos encontrar en todas partes.

TEMA 7: TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD.

El desarrollo del niño en la primera etapa(2 años) es sensoriomotriz, en la que el niño desarrolla sus primeras bases de la inteligencia psicomotriz. A través de su cuerpo y desarrollando la movilidad y el contacto, y va integrando las primeras bases de la inteligencia y personalidad.

Lenguaje popular.

Cuerpo y expresión corporal tiene importancia primordial en la relación con los demás(Cabeza alta, brazo a torcer...). El cuerpo y su movimiento es una manera de expresión continua, y además de las palabras(Lenguaje no verbal), hay varios canales de expresión no verbal:

- Expresión facial; Cara, sonrisa, mirada y movimientos oculares.
- Gestos y posturas; Inflexión y tono de voz, titubeos en el lenguaje, contacto físico, espacio social que mantenemos, olor.

El lenguaje a veces reafirma la expresión o gestos o los contradice, es contradictorio. Darwin fue un científico que estudió la expresión social del cuerpo.

Los aspectos psicomotores son importantes pues a través de ellos expresamos, manifestamos una serie de emociones, angustia, ansiedad... etc. Que sirven al diagnóstico y abundar en el contenido verbal que el paciente nos refiere.

Vamos a ir de la máxima a la mínima agitación psicomotriz:

- Crisis de agitación.
- Epiléptica.

Convulsiones tónico- clónicas de origen orgánico que es seguido de un estado corpuscular, hay pérdida de conciencia.

- Histérica.

Parecidas en forma convulsiva tónico- clónica se distingue de la epilepsia porque no tiene origen orgánico, es más teatral y no sigue a la crisis un estado corpuscular como sigue a las crisis de epilepsia.

- Catatónica.

Agitaciones intempestivas, imprevistas y brutales correspondientes a un cuadro catatónico(Tipo de esquizofrenia). Existe la catatonia, pero también hay crisis de agitación por eso se mete aquí.

Es muy repentina; paciente tranquilo y de repente hace algo brusco y sale corriendo.

- Manía.

En el maníaco va todo rápido y sus movimientos son de exaltación, expansividad, rapidez... etc. En grado psicótico o externo puede hacer actividades intempestuosas de movimiento y agresivo a los demás.

- Ansiedad y depresión.

Marcados por un tono de ansiedad, llanto, melancolía... el paciente muestra un cuadro de movimiento agitado, desordenado, marcado en general por agitación en movimientos inadecuados que le llevan a la crisis.

- Inhibición psicomotriz.

Elemento contrario a la agitación, llamado también acinesia(Sin movimiento) o también hipocinesia. Vendría producido por retardo o lentificación psicomotora(Bradipsiquia). La característica general es una pérdida de iniciativa motora.

- Catatonia.

Trastorno psicomotriz que viene caracterizado por las siguientes manifestaciones, los cuatro juntos siempre son catatonias, pero separados pueden formar parte de diferentes cuadros.

- Flexibilidad cerea.

El trastorno psicomotriz es tan grave que tiene una pasividad acentuada, de tal manera que si se le pone en un movimiento, así se queda.

- Paracínésicos

Movimientos sin sentido, donde entran:

- Estereotipias. Gesto exagerado hecho siempre igual y sin sentido.
- Muecas.
- Mímica excesiva estereotipada similar a un tic.

Se ven en pacientes tiempo ingresados o encerrados.

- Negativismo.

Oposición negativista, es la postura antagónica u oposicionista a hacer lo que le mandan hacer.

- Estupor.

Grado máximo de inhibición llegando al mutismo(Ni habla). El catatónico pasa del mutismo a la agitación. Del estupor se puede pasar a agitación dentro de la catatonía.

- Compulsiones.

Patología obsesiva. Son actos, movimientos que son ritos conjuratorios. El paciente va detrás de una idea obsesiva(Trastorno del pensamiento) y se siente en la necesidad de hacer un acto que él sabe que no tiene sentido pero le es necesario para liberar su angustia.

- Síndrome psicomotriz neurótico.

Trastornos psicomotores, síntomas aislados de una neurosis. Hablan de trastornos neuróticos emocionales o conflicto inconsciente, como:

- Tics. Mas en hombres que mujeres, abarca la zona corporal de hombros y cabeza y a veces con sonidos guturales o verbales y pueden ser motores o verbales. Acto psicomotor que el paciente hace inconscientemente y que si no lo hace, la paralización voluntaria le genera angustia.

La máxima expresión viene por el síndrome de Gilles de la Tourette(Tics obsesivos).

- Morderse las uñas; Onicofagia.
- Arrancarse el pelo de manera compulsiva; Tricotilomanía.

TEMA 8: TRASTORNO DE LA MEMORIA.

A la memoria se le asignan tres fases por las que pasan los estímulos para memorizar:

- Fijación.

Cuando falta la fijación no se podrá memorizar, así la persona repite cosas constantemente porque no los ha fijado, no sabe que las ha dicho. Si se le dice una cosa y se le manda repetir no podrá, porque no lo ha fijado. También puede ser porque se fije pero después se olvida, por tanto, en un primer momento lo ha fijado pero después se le ha olvidado. Si no se fijan las cosas no se pueden recordar.

- Conservación. Tiempo de duración de lo que se fija.
- Evocación.

Capacidad de expresar lo fijado y conservado, capacidad de recordarlo, o el poder utilizar el caudal almacenado. En la dificultad de evocación es cuando hablamos de amnesia

Ley de Ribot.

Nos habla de cómo se pierden los recuerdos. Así estos se olvidan siguiendo una ley cronológica(Perdiendo primero lo que primero se ha fijado). En orden inverso a la adquisición, lo último se pierde primero y lo primero se pierde lo último(Esta ley se le puede aplicar en pacientes geriátricos).

- Amnesia.

Definición: Pérdida de recuerdos, que puede ser total o parcial. Tipos:

- Anterógrada.

Cuando se produce una amnesia de la vivencia de después del traumatismo, enfermedad, impacto psicológico... Tiene que ver con la fijación.

- Retrógrada.

Cuando se olvidan las cosas sucedidas antes del traumatismo. Tiene que ver con la fijación y la evocación.

- Retroanterógrada.

Cuando no se recuerda ni lo de antes ni lo de después. Tiene que ver con la fijación y la evocación.

SUCESO.

RETRÓGRADA. ANTERÓGRADA.

- Paramnesia.

Son los falsos recuerdos y pueden ser:

- Confabulación.

Aparece en trastornos orgánicos, como en las demencias. Trata de rellenar el vacío mnésico, inventando historias que son reales, que él cree que son reales. Es muy típico de los síndromes de Korsacoff y en general de las demencias(Alzheimer).

Ante el vacío que crea el trastorno mnésico o la amnesia inventa fabulaciones y se las cree como ciertas.

- Pseudología.

Pertenece mas a un trastorno neurótico y es parecido, además esta más cercano a las personalidades histéricas o psicópatas. (Neurosis en general). Consiste en inventarse historias que sabe que esta inventando, pero los disfruta tanto, las vive tanto que se las acaba creyendo. Mas que la memoria, esta afectada la fantasía.

TEMA 9: TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.

El concepto de inteligencia es muy difícil, lo que se hace es medir el rendimiento en función de pruebas estandarizadas. De cara al rendimiento nos remitimos a la medición psicométrica(Medición que se realiza a través de unas pruebas que nos dan el C.I.). El resultado de la prueba de inteligencia se relaciona con la adaptación social e intelectual

El test se hacía a niños de 7 años con 5 pruebas y a los 7 años, seis meses se hacía con seis pruebas que los de 7 años no podían realizar, por tanto, cada 3- 6 meses hay evolución de la inteligencia, nos daría la edad mental.

E.M.

C.I. = . 100

E.C.

Así pues 100 es el C.I. normal, pero tiene desviaciones y oscila entre 90– 100. Un C.I. de 92– 108 no hay diferencias significativas, solo alguna de cara al rendimiento académico que es donde mas se refleja(Igual población estadística). Pero si hay diferencias entre C.I. 92 y 85.

La evolución o desarrollo de la inteligencia va desde los 0 a los 15– 17 años, donde se detiene el desarrollo que si va lento coge retraso paulatinamente y al final habrá mas o menos retraso dependiendo de la mayor o menor lentitud.

- Retraso mental.

C.I. menor de 90. El que haya o no es un índice posible de retraso mental y luego las adquisiciones psicomotoras básicas:

- Reír. 3 meses.
- Sentarse. 6 meses.
- Andar. 1 año.
- Lenguaje. 2 años.

El retraso mental supone una serie de funciones deficitarias intelectuales, cognoscitivas(Inteligencia abstracta) en general, funciones del lenguaje(Mas o menos capacidad verbal). Funciones motrices. Mayor o menor socialización.

C.I. entre 70– 90 es una inteligencia normal – baja(Límite).

C.I. a partir de 90 es inteligencia normal media.

C.I. mas de 110 es una inteligencia normal alta(Siempre estadísticamente)

Al retraso mental se le denomina; morón, imbecilidad, idiocia y oligofrenia. Hay diferentes grados:

- Retraso mental leve: C.I. = 70– 50 en prueba de inteligencia.

Tardan en el lenguaje(Pobre) pero alcanzan adecuada capacidad de expresión. Alcanzan independencia para el autocuidado. Mucha dificultad en actividades escolares, que son muy sensibles, a estas dificultades.

- Retraso mental moderado. C.I.= 50– 20.

Dominio muy limitado del lenguaje aunque lo utiliza y en autocuidados necesita supervisión por tanto no consigue una vida independiente y si hace alguna actividad o trabajo debe muy concreto y sencillo.

- Retraso mental grave. C.I.= 20– 10. Déficit motor importante con gran daño y extenso del S.N.C.
- Retraso mental profundo: C.I.= menos de 10.

Persona que no comprende mínimas instrucciones, no hay control de esfínteres y hay rudimento de comunicación no verbal(Señas, gestos...).

- Demencia.

A veces lo que ocurre es que el que fue rico se empobreció, y con esto entramos en demencias. La demencia se debe a un deterioro progresivo del S.N.C. que produce un descenso de la inteligencia.

Patología en que el déficit de inteligencia es la característica fundamental.

La inteligencia desarrollada se va perdiendo y se empobrece, pero se deteriora en la misma dirección que se desarrolló, perdiendo progresivamente lo último que fue alcanzando hasta lo primero.

Por lesión, deterioro patológico y fisiológico. A nivel de rendimiento igual al retraso en C.I. correspondiente, pero no es lo mismo(Diferente conducta...)

En el retraso: Detención del desarrollo.

Demencia: Tuvo pero regresa, se deteriora.

En práctica y función tienen parecidas características.

TEMA 10: TRASTORNOS SEXUALES.

Respuesta sexual humana. La del hombre y la mujer son similares con alguna variación. Las fases:

- Excitación.

Similar en hombre que viene dado en el hombre por la erección y en la mujer por la lubricación. Se van a ver algunas disfunciones como el deseo sexual inhibido, la impotencia... etc.

- Meseta.

Es el mantenimiento y duración de la fase de excitación en unos niveles similares previos al orgasmo. Los niveles de excitación alcancen niveles planos y mantenidos, que es el mantenimiento de la fase de excitación.

- Orgasmo.

Es el nivel máximo de excitación sexual, diferente en la respuesta sexual en el hombre y la mujer.

- Resolución.

Inmediatamente después del orgasmo viene la resolución en que todos los correlatos(Niveles) psicofisiológicos vuelven a niveles basales(Erección, taquicardias, Sudoración...) es una curva rápida hacia abajo.

En la mujer inmediatamente después de un orgasmo puede venir otro, cosa que no pasa en el hombre.

Clasificación de las disfunciones sexuales.

Las disfunciones no son trastornos, la función no es correcta. Tendrán relación con alguna fase de la respuesta sexual. En los años 70 se clasificaban en:

&

- Frigidez.
- Anorgasmia.
- Vaginismo.

value="0">

Impotencia.

- Eyaculación precoz.
- Eyaculación retardada.

Clasificaciones actuales:

- 1983. Masters y Johnson. Kolodny Meyners.
- Desordenes de la fase del deseo.

Prevía a la excitación. Puede ser porque el deseo sexual está bajo o inhibido(No sienten deseo) o aversión. (Algo en la relación sexual que repele o rechaza). Tiene que ver con tres cosas; La depresión, la meditación que inhibe el deseo y la mal relación con el partenaire sexual.

Por ejemplo, en caso de aversión, habría que investigar a que se debe.

- Trastornos de la fase de excitación.

Disfunción erectiva o impotencia, ausencia de erección ante el estímulo sexual.

- Trastorno de la fase de orgasmo.
 - Eyaculación precoz.

La curva de respuesta sexual es muy puntiaguda(%)sin meseta y entra en seguida en fase de resolución. El problema teórico clínico de la eyaculación precoz es la definición, ya que no hay un tiempo para la duración de la que tiene que tardar el orgasmo.

En la clínica nos podemos encontrar sujetos que no tienen eyaculación precoz pero la mujer tiene dificultades para llegar al orgasmo. Así estos trastornos están muy relacionados con el sufrimiento, así será en comparación con su pareja, como se mida el tiempo que ha de durar. Por tanto uno de los abordajes terapéuticos está en la pareja.

También podemos encontrar hombres que sufren esto con una pareja y no con otra.

- Eyaculación imposible o retardada(Antiguamente).

Caso muy poco frecuente. Se entiende que es cuando el sujeto no es capaz de eyacular en el coito, por tanto, se masturba después. No eyacula intravaginalmente.

- Anorgasmia total. Es la falta de orgasmo en la mujer y la eyaculación imposible en el hombre. Fase de meseta ondulada y con resolución lenta.
- Disparemia coital(Femenina o masculina). Coito doloroso que es poco frecuente.
- D.S.M. III R.
 - Trastornos del deseo sexual. Deseo sexual inhibido. Aversión al sexo.
 - Trastorno en la excitación sexual.

En la mujer corresponde al concepto clásico de frigidez. Hay deseo pero existe imposibilidad de respuesta excitatoria, no tiene que ver con la anorgasmia. No siente nada, hay que diferenciar si hay deseo o no. Lo fundamental es la lubricación.

En el hombre equivale al trastorno de la erección. Ya que en el hombre lo fundamental es la erección.

- Trastornos del orgasmo.

Disfunción orgásmica femenina o anorgasmia coital.

Disfunción orgásmica masculino o eyaculación imposible.

Eyaculación precoz.

- Trastornos sexuales por dolor.

Dispauremia coital.

Vaginismo(Espasmo de la vagina que impide la penetración coital)

En la clínica las disfunciones más frecuentes son:

value="0">

Eyaculación precoz.

- Trastorno de la erección.

value="0">

Anorgasmia.

Normalmente las parejas responden bien a la terapéutica.

Parafilias o trastornos sexuales.

Son trastornos sexuales, llamadas perversiones sexuales, y no suelen ser motivo de consulta pues el sujeto disfruta de ello.

- Exhibicionismo. Exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera. No consultan porque pueden sufrir las consecuencias y disfrutan el acto.
- Fetichismo. Uso de objetos inanimados para obtener placer sexual, más común en hombres.
- Frotteurismo. Persona que se frota contra otra, que no consiente, se suele dar en metros y autobuses.
- Voyeurismo. Observar ocultamente a personas desnudas o en la relación sexual.
- Paidofilia. Uso de niños o púberes para la relación sexual.
- Masoquismo sexual. Es el acto de ser humillado, golpeado, atado o de sufrir de cualquier manera.
- Sadismo sexual. Actos en que el sufrimiento de la víctima es sexualmente excitante, siempre buscan placer junto a otra persona.
- Transvestismo. Sentir excitación con vestirse con ropas del sexo opuesto en el varón heterosexual. Esto no es una parafilia, es un problema de identidad sexual.

Estas son las parafilias mas frecuentes. Estas pueden aparecer en personas que nos parecen totalmente normales.

Otras parafilias menos frecuentes.

- Escatología telefónica, llamadas con contenido bárbaro y obsceno.
- Necrofilia. Relación sexual con cadáveres.
- Zoofilia. Relación sexual con animales. Tiene mayor incidencia en el medio rural.
- Asfixiofilia o hipoxifilia. Obtención de placer sexual buscando la sensación de asfixia. El que disfruta es el asfixiado.

1

88

SALUD.

3

2

1

Amor

Seguridad

Nec. Fisiológicas.

YO

PÚBLICO

YO SEMI-

PÚBLICO

YO PRIVADO

YO INTERIOR

E.I. – E.C. R.C.

UNIDAD

GERIATRICA

HOSP.

DÍA

SERV. AYUDA

DOMICILIO

HOGAR.

UNIDAD

LARGA

ESTANCIA

Personalidad. Inteligencia.

Actividad. Adaptación.

Estado de ánimo.

Contacto social.

Longevidad.

Medio social.

Ecológicos.

Genética.

Nutrición.

Prevención sanitaria

e

Higiene.

Escolaridad

Profesión

Sist. Económico.



Aparato

Receptor.

SENSACIÓN

Imagen néscica

Significación

