



unam - ents

Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Trabajo Social

Salud mental

Lic. María de la Luz Eslava Laguna

Área: Sujeto Hábitat

Semestre: 6

Créditos: 8

Carácter: Obligatoria

Sistema Universidad Abierta



“El miedo, la herida y el enojo pueden mitigarse, pero no son resueltos.
. . . honrarás las emociones expresándolas y soltándolas apropiadamente.
Honrarás las emociones de otras personas otorgando el permiso y el
espacio seguro para que ellas expresen y suelten lo que honestamente
sienten. Para amar honra tus sentimientos. Honra los sentimientos de
los otros . . . ”

LAZARIS

Contenido

	Pág.
Presentación	4
Introducción	5
Objetivos	8
Perfil de egreso	9
Temario general	10
Mapa conceptual	11
Unidad 1 Aspectos conceptuales	12
Unidad 2 Magnitud del Problema de la Salud Mental	29
Unidad 3 Trabajo social y su Intervención en la Salud Mental	65
Unidad 4 Priorización de los problemas de Salud Mental	81
Unidad 5 Investigación sobre los Problemas de la salud mental	123
Glosario	129
Preguntas frecuentes	131
Bibliografía básica	136
Bibliografía complementaria	142
Anexos	148

Presentación

La Escuela Nacional de Trabajo Social inició sus estudios de *Licenciatura en Sistema Universidad Abierta*, en el año escolar 2003, con el Plan de Estudios aprobado por el H. Consejo Universitario el 10 de julio de 1996. Fue reestructurado en el año 2002 con aprobación del Consejo Académico del Área de las Ciencias Sociales, en su sesión del 26 de noviembre de 2002.

En el Sistema Universidad Abierta, la relación entre asesores, estudiantes y material didáctico es fundamental. En este sentido, en la Escuela se prestó especial atención para lograr mayor calidad en los materiales.

De ésta manera, el material que ahora te presentamos debe constituirse en una herramienta fundamental para tu aprendizaje independiente, cada uno de los componentes que lo integran guardan una congruencia con el fin de que el estudiante pueda alcanzar los objetivos académicos de la asignatura.

El material pretende desarrollar al máximo los contenidos académicos, temas y subtemas que son considerados en el programa de estudio de la asignatura. Esto no pretende soslayar el papel y responsabilidad preponderante del estudiante, que debe profundizar en la búsqueda de conocimientos en todas aquellas fuentes que tenga a su alcance hasta hacer realidad los objetivos y el perfil de egreso propuesto.

Este material es perfectible, por ello, con el apoyo de las experiencias de los estudiantes y otros profesores, serán revisados y actualizados de manera permanente por el asesor, cuyos aportes sin duda, contribuirán para su mejora y enriquecimiento.

Te damos la más cordial bienvenida y te deseamos toda clase de éxitos en tus estudios que inicias en esta, tu Escuela, la **Escuela Nacional de Trabajo Social** de la **Universidad Nacional Autónoma de México**.

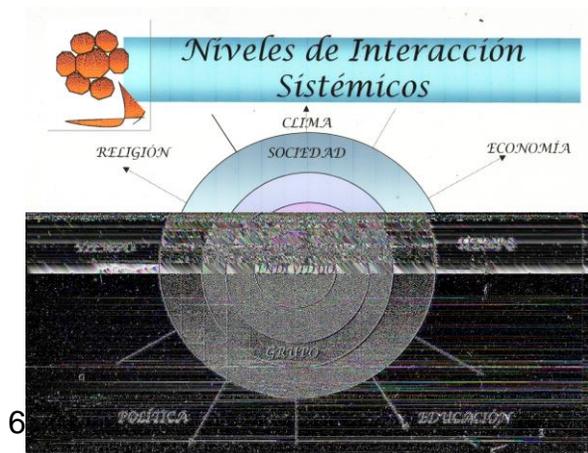
Introducción

Los estilos de vida, especialmente en la actualidad conllevan una serie de estados emocionales que a nivel individual y/o personal son difíciles de detectar, de manejar o de solucionar, pues cuando los seres humanos tienden a sentirse “mal”, se relacionan inadecuadamente con los demás, tienen fracasos escolares, laborales, de pareja, de familia, incluso frecuentes accidentes o/y enfermedades de los que generalmente desconocen el origen de las alteraciones circunscrito en las de su estado de ánimo, pero es hasta la acumulación de varios eventos frustrantes, negativos, angustiantes o estresantes que se toma la decisión de buscar un apoyo externo, así el análisis y tratamiento de cualquier trastorno de personalidad por leve que sea, requiere de una atención profesional, bajo la responsabilidad ética de facilitar el camino hasta lograr el reestablecimiento del BIENESTAR SOCIAL o la JUSTICIA SOCIAL, para elevar la CALIDAD DE VIDA de quién se encuentra en una situación de vulnerabilidad.

Ahora bien, el ser humano es por naturaleza social, tiende a buscar interacciones con los demás y derivado de esto, conciente hacer su propia FAMILIA, la cual juega un papel fundamental en la formación y desarrollo de cada integrante, por lo que esencialmente depende de ella, aquí aprende creencias, actitudes, valores costumbres, estilos de vida que se arraigan con fuerza y constantemente se manifiestan durante la vida posterior. Al respecto, Freud demostró la importancia que la psicodinamia familiar tiene para la génesis de las neurosis y psicosis que principalmente los adultos padecen, aún cuando se han “independizado” de éstas, así, los hábitos y conflictos que un individuo adquirió en el seno de ella, estarán una vez más presentes cuando sus hijos formen su propia familia, y sucesivamente, configurándose una especie de cadena psicológica de generación en generación, En este sentido no es de sorprender que después de un cierto lapso, las parejas y sus hijos se encuentren en medio de dinámicas patológicas y complejas que van desde la indiferencia y la “convivencia” apática hasta agresiones cada vez más frecuentes, cuya magnitud avanza y puede llegar a

extremos muy graves como agresiones verbales, físicas o psicológicas, rupturas e incluso pérdida de la vida.

Ante esta situación es conveniente el análisis del comportamiento como una medida de rehabilitación, en otras de recuperación, pero especialmente de prevención, motivo por el cual se elabora este texto, el que conllevará como ejes principales en los contenidos de las unidades, las siguientes posturas: 1) ÉTICA. Como científicos sociales y profesionistas observadores de las diversas formas de interrelación, tener presente independientemente de la raza, sexo, educación, creencia, ideología o conducta “anormal” que se esta frente a SERES HUMANOS, por lo tanto el RESPETO es INCUESTIONABLE; 2) COMUNICACIÓN. Todas las formas de CONDUCTA son información, especialmente para el profesional que observa y analiza, por lo tanto de acuerdo a Watzlawick NO existe la NO comunicación; 3) TEORÍA PSICOANALÍTICA. Sigmund Freud, profundizó en el análisis de los comportamientos neuróticos y psicóticos de los seres humanos y al mismo tiempo sentó las bases para la comprensión de: 1) la estructura de la personalidad, 2) las etapas del desarrollo psicosexual y 3) los mecanismos de defensa, indispensables para la diferenciación de las conductas “normales” y las “anormales”, (ver capítulo II, 2.2 Multicausalidad de las enfermedades mentales) y 4) TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS. Definitivamente el Ser Humano es un “Ser” anatomofisiológico, psicológico, social, espiritual, que recibe influencia del mundo que rodea y requiere permanentemente de la prevención, recuperación o rehabilitación de su salud física, colectiva y mental, como se demuestra en el siguiente esquema:



Luego entonces en ésta asignatura, se llevará a cabo un recorrido de unidades temáticas más relevantes de la salud mental, así, la unidad uno abarca tópicos como los aspectos conceptuales de la salud y salud mental, su desarrollo histórico, campos de acción; en la unidad dos, la magnitud del problema de la salud mental, donde se incluyen puntos como epidemiología, multicausalidad y factores de influencia; para la unidad tres se revisará el concepto, funciones, niveles de intervención, la trascendencia de la profesión y la ética en Trabajo Social y su intervención en la salud mental. En la cuarta unidad, se reconocerán la clasificación de las enfermedades mentales así como por grupos erarios y su vinculación con factores sociales y finalmente la unidad cinco, se encamina a revisar investigaciones sobre los problemas prioritarios en la salud mental y el Trabajo Social.

Objetivos

General

Que el estudiante identifique los factores sociales que influyen en el deterioro de la salud mental, a fin de elaborar proyectos de atención, prevención y fomento a la salud

Específicos

El estudiante:

1. Conocerá los conceptos de salud y de salud mental y su vinculación con la salud pública
2. Reconocerá la magnitud del problema de la salud mental
3. Conocerá los factores sociales que influyen en la salud mental
4. Analizará los niveles de intervención del Trabajo Social en la salud mental
5. Identificará los campos de acción del Trabajo Social en la salud mental
6. Conocerá las enfermedades mentales y su clasificación
7. Propondrá un proyecto de atención o prevención a la salud mental

Perfil de egreso

El egresado de la asignatura de Salud Mental, estará capacitado para identificar problemas de la salud mental a nivel individual, grupal o comunitario, para lo cual deberá contar con conocimiento, habilidades y actitudes:

I. CONOCIMIENTO en:

1. Formas de influencia y causas biopsicosociales de las enfermedades mentales (herencia, individuo, familia, fenómenos sociales)
2. Formas de priorización de los problemas de las enfermedades mentales

II. HABILIDADES para:

1. Analizar la salud mental de los sujetos de intervención
2. Identificar las enfermedades mentales en individuos, grupos y comunidades
3. Promover la participación de individuos, grupos, comunidades y de la sociedad en general en la solución de problemáticas que aquejan su salud mental

III. ACTITUDES de:

1. Respeto al ser humano cualesquiera sin distinción de raza, sexo, religión, condición o salud mental
2. Creatividad, imaginación e iniciativa para proponer alternativas de solución
3. Responsabilidad para dirigir sus conocimientos y habilidades hacia la promoción de medidas que coadyuven en la prevención y atención de necesidades vinculadas a la salud mental
4. Aceptación y promoción del trabajo interdisciplinario

UNIDADES TEMÁTICAS

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

- 1.1. Salud
- 1.2. Salud Mental
 - 1.2.1. Desarrollo Histórico
 - 1.2.2. Campos de la Salud Mental
- 1.3. Dimensión de la salud mental en la salud pública

2. MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

- 2.1. Epidemiología de las enfermedades mentales
- 2.2. Multicausalidad de las enfermedades mentales
- 2.3. Especificidad e influencia de:
 - 2.3.1. Herencia
 - 2.3.2. Individuo
 - 2.3.3. Familia
 - 2.3.4. Fenómenos sociales

3. TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL

- 3.1. Conceptualización
- 3.2. Funciones
- 3.3. Niveles de intervención
- 3.4. Trascendencia de la profesión
 - 3.4.1. Ética profesional

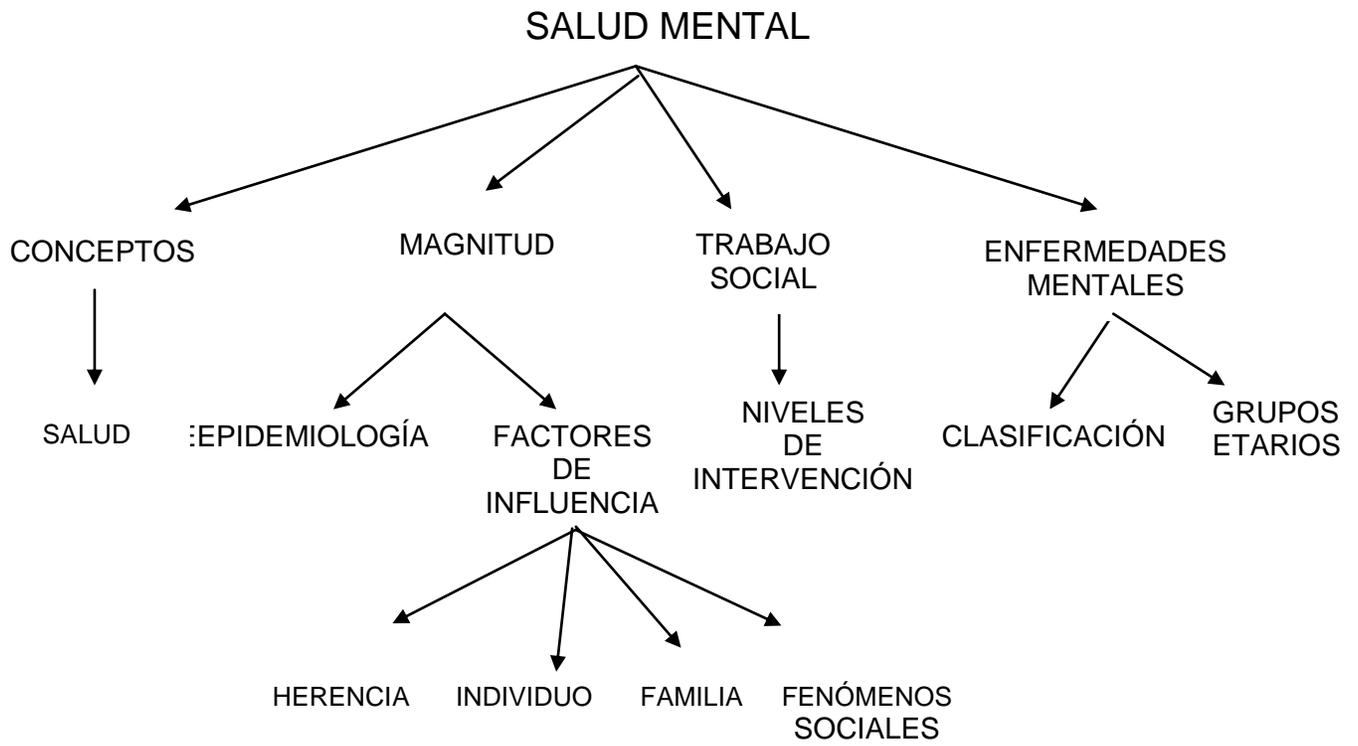
4. PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

- 4.1. Clasificación de las enfermedades mentales
- 4.2. Formas de priorización
- 4.3. El problema por grupos etarios y su vinculación con los factores sociales
 - 4.3.1. Infancia
 - 4.3.2. Adolescencia
 - 4.3.3. Adulterez
 - 4.3.4. Vejez

5. INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL

- 5.1 Problemas en la Salud Mental

MAPA CONCEPTUAL



UNIDAD 1

ASPECTOS CONCEPTUALES

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos se han organizado para proteger la salud del cuerpo y de la mente, no sólo la propia sino también de la colectividad, estas son motivaciones que los han conducido siempre a la búsqueda, por un lado de explicaciones - que datan de los filósofos griegos, hasta llegar al presente siglo -, acerca de las causas que dieron lugar a la pérdida de la salud y por otro lado, a soluciones encaminadas a su reestablecimiento para la conservación y calidad de la vida a través de nuevos conocimientos y estrategias. De aquí la importancia de incluir conceptos que esclarezcan puntos centrales para la comprensión de uno de los campos de intervención del Trabajo Social: la salud mental, incluso de un breve recorrido de las acciones que se han llevado a cabo en bien de fortalecer, evitar o prevenir las enfermedades, dentro del contexto de la salud pública.

OBJETIVO: Conocerás los conceptos de la salud y la salud mental y su vinculación con la salud pública

CONTENIDO TEMÁTICO:

UNIDAD 1. ASPECTOS CONCEPTUALES

1.1. Salud

1.2. Salud Mental

1.2.1. Desarrollo Histórico

1.2.1.1 Época antigua.

1.2.1.2 De 900-1920.

1.2.1.3 De 1921-1930.

1.2.1.4 De 1931-1940.

1.2.1.5 De 1941-1950.

1.2.1.6 De 1951-1960.

1.2.2. Campos de la Salud Mental

1.3. Dimensión de la salud mental en la salud pública

1.1 SALUD

Del latín, *Salus* y *salvatio*, salud y salvación¹ (iguales en latín considérese que la U y la V, eran una sola letra para los clásicos), que significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. El término castellano “salvarse” incluye el significado original de “superar una dificultad”, y se aplica tanto a dificultades naturales (salvarse de un incendio, por ej.), como a las sobrenaturales (la salvación de los peligros que la vida presente supone para la vida del alma). Otras definiciones son: “buen estado físico”², o el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”³ y también es el “estado del que no tiene ninguna enfermedad”⁴ ; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵, luego entonces, implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos.

Si se recupera para el término “salud” el significado, original y genuino, de “superar una dificultad”, obtenemos una definición en toda regla: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo⁶, es decir, que permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso; porque, efectivamente, vivir no es simplemente “estar”, implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el

¹ <http://www.unav.es/cdb/nota1#nota1>

² García-Pelayo y Gross, R. Larousse. *Diccionario Escolar*. Ed. Larousse. México. 1987. p.432

³ López, Antonio (Coordinador). *Diccionario Enciclopédico Universal*. Mexi-voz. Ed. Crédito Editorial Marín, S. A. de CV. España. p. 1460

⁴ Op. Cit. García-Pelayo y Gross, R. p. 923

⁵ http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

⁶ <http://www.unav.es/cdb/nota1#nota1>

mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio ⁷. Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar a fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogeneizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de éstos con el medio externo, etc. Así, hay que considerar que existen alteraciones del funcionamiento normal del organismo que, sin impedir completamente que pueda vivir o reproducirse, suponen molestias o dificultades para el desarrollo estereotipado de su actividad, aun cuando son padecimientos o lesiones leves, donde no pelagra la vida, pueden considerarse enfermedad, porque el malestar que producen dificulta la salud e incluye un cierto grado de bienestar físico, y de actividad que es necesaria para vivir (bienestar psicológico).

El vivir humano no es exclusivamente biológico, sino una realidad compleja, que incluye lo social, lo psicológico, y lo espiritual, no es sólo reproducirse, implica además llevar a cabo actividades básicas con las que se puede afirmar que una persona está sana cuando realiza actividades normales tales como: ir al trabajo, hacer ejercicio, estudiar, formar una familia, cuidar del hogar o de los hijos, leer, etc.

Es frecuente encontrar diálogos que reflejan una aparente paradoja, específicamente a la pregunta de cortesía sobre el estado de salud, una persona suele responder: “Estoy bien; bueno, con los achaques propios de la edad, pero estoy bien”. Se reconoce de este modo que, aunque existen pequeñas molestias o malestares, no alcanzan éstos a impedir el desarrollo de las actividades normales; así, una persona que carezca de capacidad para reproducirse o que tenga algunas alteraciones físicas o psicológicas leves (como puede ser una ligera

⁷ <http://www.unav.es/cdb/nota1#nota1>

inestabilidad de la articulación del tobillo o una leve ansiedad pasajera) puede en muchas ocasiones, desarrollar su vida normalmente, dependiendo de la actividad que desempeñe.

La constatación de esta realidad ha conducido a demostrar que la salud no es algo subjetivo que dependa solamente de la apreciación del sujeto, de cómo se sienta, sino que depende del estilo de vida que se lleve y este modo de vida puede y debe ser conocido por el médico que está en condiciones de hacer una apreciación objetiva del estado de salud del individuo, considerando lo cotidiano, pero sin lugar a dudas la SALUD ES ÚNICA EN EL INDIVIDUO y es posible considerarla como sistémica, ya que ante la presencia de factores psicológicos se afecta la salud física y social, desencadenando una patología que se manifiesta en alteraciones al organismo y a la conducta caracterizadas por aspectos psicológicos vinculados a las interacciones sociales.

1.2 SALUD MENTAL

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de diversas formas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales. Para la OMS, es tan solo la “ausencia de trastornos mentales. . . los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. . . como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera, y contribuir con sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los

individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos”⁸. Para Héctor Cabildo es: “un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre su realidad interna y externa; que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a la vida; con relaciones empáticas, productividad, objetividad, libertad y ponderación del juicio; estabilidad; positividad del comportamiento congruente con su cuadro de valores humanos, capacidad en su oportunidad biológica y social, de integrar una pareja amoroso-sexual satisfactoria y estable con una persona del sexo opuesto.”⁹

Entonces, de aquí en adelante entenderemos a la salud no sólo como un estado de ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social; específicamente de bienestar emocional producido por la adaptación del individuo a la realidad externa e interna y que se manifiesta con la capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales productivas y estables que le permitan funcionar en el complejo engranaje que forma el medio social en que nace, se desarrolla y muere. Esta capacidad debe lograr un equilibrio armónico de las funciones intelectuales, afectivas y cognitivas de bienestar, felicidad y desarrollo personal ideal, así pues que las necesidades de salud de la población se deducen por la cantidad de sujetos que sufren, de alguna manera un malestar psicológico, el cual parte de un estado o normativo positivo.

1.2.1 DESARROLLO HISTÓRICO

Los seres humanos siempre han tendido a proteger la salud integral de los individuos y a restaurarla por diversos medios, cuando resulta afectada, preocupación que es antiquísima y que día a día se encuentran formas más adecuadas y humanitarias de reestablecer la salud mental o por lo menos mantener una calidad de vida aceptable. Para conocer los antecedentes – de

⁸ http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

⁹ Cabildo, H. *Salud Mental. Enfoque Preventivo*. Ed. Imprenta Unión, México, 1991

manera resumida -, a continuación se presenta por épocas la forma en que la salud mental y su cuidado se han desarrollado:

1.2.1.1 ÉPOCA ANTIGUA. Los métodos de curación para los trastornos del cuerpo y de la mente van desde el empleo de las ciencias médicas, las religiones, hasta la sugestión mágica con la práctica de rituales, pues el desconocimiento de la etiología de las enfermedades dió lugar durante siglos a explicaciones mágico-animistas de los padecimientos y a tratamientos congruentes con esas ideas, pero fue gracias a médicos egipcios, griegos, romanos, árabes, mayas, que se encontraron las causas naturales de las enfermedades, sentando las bases para la medicina científica. Hipócrates (IV a. C.), dijo sobre el cerebro, ser el asiento de muchas perturbaciones psíquicas, esto es, de “desviaciones morales y pasionales” y que en las enfermedades de esta índole, hay quienes toman en cuenta sólo al cerebro y también quienes toman en cuenta sólo los aspectos psicológicos además las influencias sociales, con ello, se manifestó desde ésta época, una concepción integral de mente-cuerpo. Los antropólogos han realizado estudios sobre las manifestaciones psicológicas de las culturas primitivas y designan a la paleontología psiquiátrica: al estudio de problemas de salud mental del hombre del pasado y el de psiquiatría primitiva: al estudio de los grupos aislados contemporáneos. A principios del siglo XV, en 1409, el padre Jofre, fundó en Valencia el primer hospital psiquiátrico del mundo y por los años 1412 y 1489 se establecieron cinco instituciones más en España. Al poco tiempo de consumada la conquista de nuestro país, con la misma influencia religiosa hispánica, en 1567, se fundó el Hospital de San Hipólito en la capital mexicana y se convirtió así, en la primera institución para la atención de enfermos mentales en América. Por varios siglos, la atención psiquiátrica fue de tipo hospitalario y carcelario. En 1789 humanistas notables como Pinel en Francia, Tuke en Inglaterra y Chiarugi en Italia, realizaron grandes esfuerzos para proporcionar un trato digno a los enfermos con desórdenes mentales.

1.2.1.2 De 1900-1920. Inicialmente la psiquiatría se mantenía aislada de las otras ramas de la medicina, utilizaba métodos terapéuticos anticuados muy limitados e inhumanos, no existían tampoco actividades preventivas y las visitas a la comunidad se llevaban a cabo de manera esporádica y es hasta el siglo XX, cuando las ciencias de la personalidad y de conducta humana evolucionan lo necesario como para permitir la iniciación de un movimiento científico tendiente a evitar los desórdenes psíquicos y a promover el mejor desenvolvimiento de la personalidad; con este movimiento, resultante de circunstancias sociológicas, nace con el nombre de Higiene Mental en los Estados Unidos de Norteamérica. Una de ellas fue el desarrollo de la higiene pública en el país antes mencionado, gracias principalmente a los descubrimientos bacteriológicos de finales del siglo XIX, hicieron posible prevenir las enfermedades infectocontagiosas; además del impulso de la psicología, particularmente de la corriente freudiana, que daba una explicación a la génesis de los problemas psíquicos. Sin embargo, varios hechos fueron claves para impulsar el movimiento de la higiene mental que permitieron acciones para un trato digno de este tipo de enfermos; 1) Simón y Binet, elaboraron la primera prueba para medir el rendimiento intelectual, 2) también en ese año Beers, se enfocó a realizar estudios en varios hospitales psiquiátricos con metas de Salud Pública, destacando la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno y 3) La Primera Guerra Mundial. Particularmente, en 1903 Clifford Beers, escribe el libro “una mente que se encontró a sí misma”, como resultado de una perturbación depresiva que determina su internamiento en uno de los viejos hospitales, también surge el movimiento de Higiene Mental y el Comité Nacional de Higiene Mental en Brasil; en 1908 se conforma el Primer Comité de Higiene Mental, el cual para el año siguiente, impulsa y participa en el Comité de Higiene Mental en Estados Unidos de Norteamérica; para 1914, estos movimientos sociales, se estancan debido a la Primera Guerra Mundial; en 1918, surge en Canadá la Liga de Higiene Mental y para 1920 en Francia.

1.2.1.3 De 1921-1930. Para 1920 se funda la Clínica de Orientación Infantil, considerada como la base para prevenir los trastornos mentales de la

población y difundir las actividades principales en el manejo psicológico de los niños por medio de instrucción adecuada a los padres a los maestros y a la comunidad en general. En 1926 se funda el Tribunal para Menores y se hacen los primeros ciclos de capacitación para profesores que trabajaban con deficientes mentales, también en México, se crea el Pabellón de Psiquiatría Infantil del Manicomio de la Castañeda y el Tribunal para Menores, con Clínicas de la Conducta para la orientación infantil. A principio de la década de los años treinta, el Comité Internacional de Higiene Mental organiza el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, dando lugar al Comité Norteamericano y a otras asociaciones a nivel mundial y para 1930, se tiene el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental.

1.2.1.4 De 1931-1940. Específicamente en 1935, se crea el Instituto Médico Pedagógico “Parque Lira”, una clínica para atender a menores con problemas de conducta antisocial o parasocial y también se da un servicio de higiene mental, tanto para la población infantil como adulta; para 1936, la Secretaría de Educación Pública, funda el Instituto Nacional de Psicopedagogía, toda esta década se destaca por la humanización de los hospitales psiquiátricos y la expansión del movimiento psicoanalítico.

1.2.1.5 De 1941-1950. Al terminar la Segunda Guerra Mundial surge un movimiento en casi todos los países conocido como psiquiatría de la comunidad, cuya finalidad fue lograr el rompimiento del aislamiento psiquiátrico tradicional y que a través de programas de investigación y servicio que propiciaran realmente un ambiente terapéutico donde existiera un incremento o establecimiento de camas psiquiátricas en los hospitales generales, se busca la creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial y la organización de centros de salud mental comunitaria, así como talleres protegidos además de la integración total de los programas de salud mental a los de salud pública. En 1945, se crea el Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil de la Ciudad de México, dos años más tarde, se funda el Departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental

de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental, al año siguiente se organiza en Londres el Tercer Congreso Mundial de esta área de la salud, aquí en nuestro país nace la Federación Mundial para la Salud Mental y cambia de nomenclatura a Salud Pública y Salud Mental, se crea dentro de la OMS una sección destinada a ésta última y además se desarrolla el método de intervención en crisis; se incluyen más actividades psiquiátricas en los hospitales generales; se tienen las primeras actividades de prevención psiquiátrica y a ciertos síntomas y manifestaciones de la conducta se les llama Neurosis de Angustia. Ya en la década de los 50's, surge el Proyecto de Psiquiatría de Sector en Francia e Inglaterra, en el que se considera que la pandemia del siglo es la ***farmacodependencia juvenil***, en donde la psiquiátrica adquiere un enfoque SOCIAL y epidemiológico.

1.2.1.6 De 1951-1960. El Departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, se transforma en Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental; se tiene el Cuarto Congreso de Salud Mental en México, para 1953 se crea en la Secretaria de Salubridad y Asistencia, cuatro nuevos servicios de higiene mental en los centro de salud y se inicia la investigación epidemiológica psiquiátrica además de nuevas técnicas de prevención. Para 1959, el Doctor Velasco Suárez, crea la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental y en 1960, a partir de una corriente de humanización en Inglaterra, se modifica el Acta de Asistencia Psiquiátrica dándose un pronunciamiento a favor del tratamiento del enfermo en COMUNIDAD, desde luego no puede pasarse por alto, que al finalizar esta década, la vida nacional e internacional, tuvo como matiz los movimientos estudiantiles, la farmacodependencia, la violencia en las calles y el sexo desordenado.

1.2.1.7 De 1961-1970. En 1963, en Estados Unidos de Norteamérica, la psiquiatría comunitaria, se orientó hacia la prevención con un sentido social, formando centros de adiestramiento para los profesores de esta disciplina, en 1964 se crea el Instituto de Neurología y Neurocirugía; los hospitales se organizan

con un sistema interno de puertas abiertas, socioterapias, terapias laborales, recreativas, entre otras, que dieron un clima humano y terapéutico a esos establecimientos; se crearon dieciocho servicios de higiene mental, dos de ellos de tipo piloto, que fueron el Dispensario Central de Salud Mental (1961) y el Centro de Salud Mental Pública (1967); los pacientes neuróticos y los que presentaban trastornos psicosomáticos reciben ayuda de los psicofármacos.

1.2.1.8 De 1971-1980. Se crean los Centros de Integración Juvenil, para dar atención a la población farmacodependiente, surgen servicios específicos como educación sexual a través de libros de texto, autorizados por la Secretaría de Educación Pública, se crea la Sociedad Mexicana de Salud Mental y a finales de la década de los 70s, la institución llamada Desarrollo Integral de la Familia (DIF), crea el Instituto Nacional de Salud Mental, que se dedica a la psiquiatría infantil y a los tratamientos de Salud Mental, actualmente fue cerrado pero se tienen otros como el Hospital Psiquiátrico Juan Ramón de la Fuente entre otros públicos y privados, desde luego tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

1.2.2. CAMPOS DE LA SALUD MENTAL

Estudios vinculados a las enfermedades mentales han logrado verdaderos avances gracias a las experiencias específicas que han permitido llegar a profundas transformaciones conceptuales y que están encaminadas a promover la sustitución de los principios y prácticas de la asistencia psiquiátrica tradicional, logrando así la fundación del campo de la salud mental el cual es muy extenso y complejo, aunque se requiere de precisiones con respecto a sus alcances y límites, la salud mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familia, grupos humanos, instituciones y comunidad; esta basada fundamentalmente en la participación de diversas

disciplinas que tienen como objetivos primordiales y comunes, los de **fomentar, promover, conservar, restablecer, rehabilitar** y **prevenir** la salud mental de la población.

Diversas ciencias como la biología, antropología, sociología y psicología entre otras han contribuido al campo de la salud mental, aunque en décadas recientes se ha profundizado más en los procesos biológicos, psiquiátricos y sociales básicos, lo que ha permitido y mejorado la aplicación de estos conocimientos a los problemas propios de ésta área de la salud. Una muestra de ello son los estudios de la biogenética demostrando la existencia de las sustancias químicas (neurotransmisores); otra, donde investigadores intentan descubrir como se desarrolla el cerebro, comprobando que algunas células nerviosas se regeneran parcialmente después de haberse dañado, tanto en niños como en adultos; también conocer y comprender aspectos de la deficiencia mental o de algunas formas de deterioro cerebral que hasta el día de hoy no tienen un tratamiento. La investigación desde la perspectiva de la psicología clínica relevante, incluye el estudio interno con relación al medio, de la percepción, el procesamiento de la información, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción, las diversas capacidades intelectuales, las actitudes, la personalidad y el comportamiento social, como es el caso del estrés y su control, el que permitiría ayudar a prevenir algunos trastornos mentales. La investigación en las Ciencias Sociales se centra en los problemas de los individuos en distintos contextos como el familiar, laboral, penitenciario, educativo y aquellos vinculados con la salud pública; la psiquiatría social se fundamenta en el **estudio de casos**, aquí se explica al enfermo, tomando en cuenta el factor fisiológico y su medio; la etno-psiquiatría se basa en el método comparativo transcultural, que busca comprobar las variaciones de la sintomatología de las enfermedades en relación con las diferentes civilizaciones humanas; finalmente el Trabajo Social psiquiátrico trabaja con los principios de aceptación o derecho del paciente como persona, dentro de la comprensión de que la conducta que presenta, es el síntoma de la enfermedad que padece y también implica una valoración no ética de su conducta, a nivel intra y extra

mural, por lo tanto la labor del trabajador social es la de contribuir a mejorar las disposiciones sociales que van apareciendo en los enfermos y centralizando la acción sobre sus partes sanas de la personalidad a través del uso deliberado y dirigido de actividades, ampliando la esfera de acción, ya que alivia las tensiones que permiten incrementar el contra acto humano con la realidad.

1.3 DIMENSIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA SALUD PÚBLICA

Según estimaciones preliminares, los trastornos mentales y del comportamiento, que son comunes afectan del 20% al 25% de toda la población en algún momento de su vida y son universales; afectan a todos los países, a las sociedades y a personas de todas las edades, mismos que tienen grandes repercusiones económicas, directas e indirectas, en las sociedades, incluido el costo de los servicios. Su impacto negativo en la calidad de vida de los individuos y las familias es enorme, un ejemplo es el cálculo realizado en el año 2000, en donde los trastornos mentales y neurológicos fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, perdidos por todo tipo de enfermedades y traumatismos.

Actualmente hay 450 millones de personas que presentan padecimientos mentales, del comportamiento o neurológicos, como los trastornos depresivos, la esquizofrenia, (24 millones esquizofrenia); el retraso mental, los trastornos de la niñez y la adolescencia, la dependencia de las drogas y el alcohol; Alzheimer¹⁰ y la epilepsia, (unos 50 millones la padecen) éstas últimas suelen provocar discapacidades graves, cabe aclarar que aun cuando la epilepsia no es propiamente una enfermedad mental, se le ha incluido porque quienes la padecen son víctimas del mismo tipo de estigmatización, ignorancia y miedo con que se suele reaccionar ante las enfermedades mentales, cada año un millón de personas se suicidan y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo.

¹⁰ Cuyo riesgo aumenta con la edad y dado el comportamiento de la dinámica poblacional, el envejecimiento de la población mundial es evidente, de modo tal que a mediados del presente siglo los niños y los jóvenes serán minoría.

Otro ejemplo es la depresión grave que es hoy la causa principal de discapacidad a nivel mundial, y ocupa el cuarto lugar de las diez más importantes de la carga de morbilidad a nivel mundial y si las proyecciones son correctas, en un plazo de 20 años la depresión tendrá el dudoso honor de convertirse en la segunda de esas causas. Para 2020, se prevé que la carga correspondiente a esos trastornos habrá aumentado en un 15%; sin embargo, sólo una pequeña parte de los actualmente afectados reciben algún tipo de tratamiento. Respecto al riesgo de suicidio asociado a trastornos mentales y a la importancia para la salud pública, se observan tres aspectos: en primer lugar, es una de las principales causas de defunción entre los jóvenes en la mayoría de los países desarrollados y en muchos países en desarrollo; en segundo lugar, hay amplias variaciones en las tasas de suicidio entre países, entre sexos y entre grupos de edad, lo que indica una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. En tercer lugar, los suicidios de personas cada vez más jóvenes y de mujeres son un problema reciente y cada vez mayor en muchos países.

Para todos los individuos, la salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes, pero uno de los problemas fundamentales es que en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física, por el contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono y como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor y lo más probable es que la mayoría de ellas sufran en silencio, están solas, les falta atención, son estigmatizadas, avergonzadas, excluidas y algunas de ellas, muy cercanas a la muerte, y es claro reconocer que la mayor parte de las enfermedades, tanto mentales como físicas, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente

desproporcionada, pues más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella; el 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes y es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias.

El dolor persistente o crónico es un problema de salud pública muy importante, responsable de enormes sufrimientos y de pérdida de productividad en todo el mundo. Las estimaciones concretas varían, pero se admite que el dolor crónico es un problema de salud debilitante y oneroso, que figura entre los primeros motivos de consulta médica y de ausencia laboral por problemas de salud. En un estudio reciente de la OMS¹¹, basado en una muestra de 5447 personas de 15 centros de estudio de África, Asia, Europa y las Américas, se analizó la relación entre dolor y bienestar, de este modo los resultados mostraron que la frecuencia de trastornos depresivos o de ansiedad era más de cuatro veces superior en las personas con dolor crónico que en las que no lo padecían.¹² En otros estudios se ha observado que la intensidad del dolor, la discapacidad y la ansiedad/depresión interactúan para originar y mantener estados de dolor crónico, tales son los resultados de un estudio de atención primaria realizado en 255 personas con lumbalgia, y en el que se comprobó que una intervención grupal basada en habilidades, y dirigida por personas profanas, esto es, no profesionales de la salud, aminoraba las preocupaciones y reducía la discapacidad. Así, se sabe que el estrés guarda relación con la aparición del resfriado (Cohen et al. 1991) y retrasa la cicatrización de las heridas (Kielcot-Glaser et al. 1999), es evidente que persisten innumerables interrogantes sobre los mecanismos específicos de esas relaciones, pero es indudable que los trastornos mentales desempeñan un papel importante en la

¹¹ Gureje O. Et al. *Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care*. Journal of the American Medical Association. Núm. 280(2). 1998. pp. 147–151.

¹² Von Korff, M. Et al. *A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care*. Spine. Núm. 23(23). 1998. pp. 2608–2615.

depresión del sistema inmunitario, la aparición de ciertas enfermedades y la muerte prematura.

En Salud Pública resulta de vital importancia la integración y apoyo que se debe brindar a los programas de salud mental enfocados básicamente a la prevención y recuperación, en donde hay que incluir programas que se puedan implementar en instituciones o empresas a través de convenios para que permitan a los enfermos la oportunidad de integrarse al campo laboral con todas las prestaciones a que se tiene derecho tomando en cuenta sus capacidades. Debido a que en algunos casos la rehabilitación de los enfermos psiquiátricos no logra una recuperación física total y pueden presentar secuelas o síntomas como las inmotivadas, soliloquios, gesticulaciones, etc., y aunque no lo incapacita para desempeñar un empleo o responsabilidad, resulta muy difícil su reincorporación a todos los medios, sea familiar, social o laboral, aún cuando vivan en una comunidad constructiva, con seguridad pública, urbanizada, con trabajo atractivo y satisfactoriamente remunerado, con valores éticos, educación y salud pública.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir los trastornos mentales:

1. Formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones.
2. Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención.
3. Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves.
4. Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos.
5. Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.

6. Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.
7. Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

RESUMEN DE LA UNIDAD

La revisión del concepto de salud, nos conduce a considerarla como un estado físico y mental en donde el organismo ejerce todas sus funciones normales y sin daño en ninguna de sus partes, esta actividad interna, implica mantener una cierta independencia y diferenciación con el exterior a fin de mantener un equilibrio biológico, social, psicológico y espiritual, dado que el ser humano esta inmerso en varios ámbitos que no se reducen como otras especies sólo a nacer, crecer, reproducirse y morir, sino que abarca realidades complejas como el familiar, laboral, educativo, penitenciario, empresarial, entre otros.

Tal como el lector se habrá percatado, nos centramos en el abordaje de la salud mental dentro de un marco sistémico, en donde los ámbitos antes mencionados se encuentran en interrelación y como tal, cuando uno de ellos sufre alguna alteración, los demás son también modificados, de aquí que la salud mental sea considerada como un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada entre la realidad interna y la externa; permitiendo una adaptación a los cambios físicos que conlleva cada etapa del ciclo vital como de los del entorno social, político, económico, cultural, etc.

En esta unidad, también se incluyó un breve resumen de los antecedentes de las acciones que en salud mental se han realizado para su recuperación, ya que desde épocas antiguas las enfermedades mentales, pretendían curarse a través del empleo de las ciencia médicas, las religiosas, la sugestión mágica con la práctica de rituales hasta llegar a las últimas décadas del siglo XX, en el cual se aprecia, el surgimiento y consolidación de centros e instituciones preocupadas por

dar una atención especializada y altamente digna para quienes tienen una enfermedad mental y sus familiares.

La enfermedad mental no distingue edad, sexo, nivel educativo, clase social o económica, geografía, estaciones climáticas o épocas del año, por lo que puede afectar a cualquier ser humano bajo ciertas condiciones de las que la salud mental apuntalada en la salud pública pretende encontrar a fin de integrar y apoyar programas enfocados a la prevención, recuperación, rehabilitación, gestión y seguimiento, acciones con la única misión de elevar la calidad de vida y el bienestar individual, grupal, comunitario y social.

UNIDAD 2

MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud mental es sumamente complejo desde el reconocimiento de los síntomas hasta el tratamiento de cada padecimiento, pero sin lugar a dudas, resulta de importancia conocer los factores que condicionan la aparición y la forma en que se distribuyen, tomando en cuenta la nacionalidad, el lugar de nacimiento geográfico, las condiciones ambientales y la familia que puedan contribuir o generar su deterioro, de este modo, los datos estadísticos demuestran que las enfermedades mentales son multicausales y algunos de ellos se deben a la herencia, otros son de aspectos psicológicos del individuo, bien sean por alteraciones del sistema nervioso central, - puesto que los trastornos mentales y del comportamiento se asientan en el cerebro -; también pueden deberse a accidentes o bien al deficiente manejo de las emociones, del estrés, del estilo de vida y las dificultades de adaptación a los cambios o interacciones con los otros. Un vertiginoso recorrido, en la unidad anterior, acerca de la atención especializada de los padecimientos mentales, de épocas antiguas, permite reconocer los avances que en esta materia se han logrado, aun cuando todavía faltan investigaciones considerables desde las causas que contribuyen al desarrollo de una enfermedad, las estrategias para prevenirlas o detenerlas, hasta el trato digno que merecen los pacientes y sus familiares, a través de la canalización de esfuerzos para elevar la calidad de vida de estos y de toda una población que recibe el apoyo profesional y que se ven reflejados en la cantidad de individuos que día a día se suman al grupo de quienes requieren atención psiquiátrica.

OBJETIVO: Reconocerás la magnitud del problema de la Salud Mental

CONTENIDO TEMÁTICO:

UNIDAD 2. MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

- 2.1. Epidemiología de las enfermedades mentales
- 2.2. Multicausalidad de las enfermedades mentales
 - 2.2.1 Sistema nervioso central
 - 2.2.2 Emociones
- 2.3. Especificidad e influencia de:
 - 2.3.1. Herencia
 - 2.3.2. Individuo
 - 2.3.2.1 Estructura de la personalidad
 - 2.3.3. Familia
 - 2.3.4. Fenómenos sociales

2.1 Epidemiología de las enfermedades mentales

La epidemiología es la rama de las Ciencias Sanitarias que estudia los factores que condicionan la aparición y forma de distribución de un padecimiento o de un estado de salud en una comunidad, se divide en: DESCRIPTIVA, que es la fase de la investigación sobre la forma en que se presenta un padecimiento en una comunidad y la ANALÍTICA, donde se profundiza sobre los factores que condicionan la aparición y forma de distribución de un padecimiento, esto es, la correlación entre la causa y el efecto. La epidemiología esta relacionada con las tasas de: MORBILIDAD, es el número de casos que presenta un padecimiento; MORTALIDAD, número de muertes en la población y la LETALIDAD, que representa la relación de casos con un padecimiento con el número de muertes, datos que también son importantes para la salud mental pública en donde se aplican los principios de la medicina preventiva en general y que se explotan a considerando aspectos como son: la historia natural de la enfermedad, dentro de ésta la búsqueda de un agente provocador, el vector que la trasmite, la circunstancia ambiental que facilita la transmisión y el huésped receptivo, que para

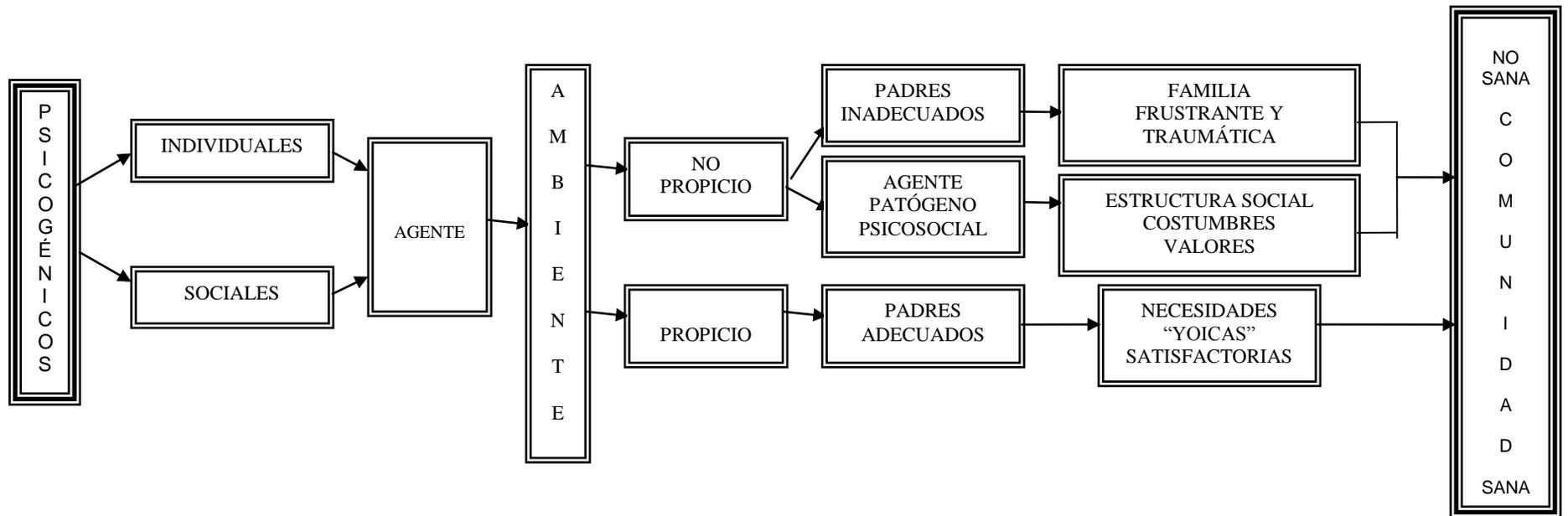
el caso de la salud mental es la persona vulnerable; el control, tratamiento y combate de la enfermedad

Un ejemplo de ello, vinculado a un problema social, sería el alcoholismo, entonces tenemos lo siguiente:

1. Agente provocador de daño organogénico tóxico que afecta al encéfalo = ALCOHOL
2. Vector = Identidad débil, Personalidad endeble
3. Huésped receptivo = Hombre o Mujer
4. Ambiente propicio = a) **FAMILIAR**: ausente ó absorbente, agresivo ó pasivo, con comunicación pasiva o agresiva y/o aprendizaje por imitación; b) **SALUD**: enfermedad incurable, degenerativa y/o terminal; c) **INFLUENCIA**: amigos, medios masivos de comunicación y d) **PSICOLÓGICO**: inseguridad, angustia, decepción, frustración estrés.

Los problemas sociales colocan en riesgo la salud mental y el bienestar del individuo pues hay situaciones que generan frustraciones y tensiones poderosas que en combinación con otros factores patógenos tanto biológicos como psicológicos, participan en la iniciación, evolución, curso y desenlace de diversos malestares y trastornos psiquiátricos, por otro lado, es posible deducir la necesidad de la intervención de un profesionalista como el trabajador social, tanto en la contribución hacia una transformación social, como en la instrumentación de programas a nivel individual, grupo o comunidad que repercutan en la calidad de vida o el bienestar social de los seres humanos. De este modo y a manera de resumen, tenemos el siguiente esquema:

ASPECTOS PSICOGÉNICOS QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL



En general las medidas para lograr la salud mental, que se sugieren ante el huésped receptivo son: a) lograr buena integración de la personalidad, es decir, contar con resistencia “yoica” que permita soportar los problemas y tensiones de la vida diaria y b) preparar a los seres humanos para enfrentar los riesgos previsibles de cada edad ó los derivados de circunstancias psicosociales especiales para encontrar soluciones definitivas a tales riesgos; específicamente para la salud mental, medidas en relación al agente y al vector y c) medidas generales y específicas respecto al ambiente, dentro de las primeras están los intentos de transformación social por medio de: 1) LA PRESIÓN GRUPAL, aprovechar la influencia del grupo en el individuo, que casi siempre es hacia aspectos de moda, drogas, lenguaje, estilos de vida, entre otros, a través de la instrumentación de programas y 2) la generación de un sentido de responsabilidad a nivel individual sobre la salud psíquica propia.

Respecto a la epidemiología, queda mucho por investigar, pero se consideran variables como población, herencia, sexo, edad, estado civil, nacionalidad, clase social, lugar geográfico, entre otros, intentando buscar datos que contribuyan a erradicar, modificar o prevenir cualquier enfermedad mental por simple que parezca. Algunos ejemplos son: la deficiencia mental, en la población general, es un 2.5 % y tiene un CI inferior a 70 y un 0.4 % presenta un CI inferior a 50. Las personas que tienen entre 50 y 70 de CI, pueden vivir en sociedad y no necesitan servicios especiales; trastornos de la personalidad, se observa con mayor frecuencia entre los hombres, por lo general, al iniciarse la edad adulta, aunque se llega a distinguir en la primera adolescencia, se sugiere una predisposición genética, o en el cromosoma XYY; También cuando hay leve lesión cerebral, como en el caso de epilepsia del lóbulo temporal o bien lesión cerebral sufrida en los primeros años de vida, o por falta de orientación en la educación referente a la conducta que es aceptable en la niñez; en la esquizofrenia, se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta (15 y 25 años); respecto al sexo: afecta a un número ligeramente mayor de hombres que de mujeres; en cuanto al estado civil: es más común entre las personas solteras; en la

nacionalidad y clase social: no se presentan índices significativos, aunque es común en inmigrantes y clase media baja. En relación a los trastornos afectivos, pueden presentarse en cualquier edad, incluso durante la infancia, tiene mayor incidencia en jóvenes (a partir de 15 o 16 años) y es más frecuente a medida que aumenta la edad; se presenta en ambos sexos, aunque un poco más en mujeres, no hay índices significativos del estado civil, nacionalidad o clase social. La depresión se considera como un estado de baja autoestima que se desarrolla tras fracasos repetidos encaminados a superar problemas por esfuerzo propio. En la neurosis se presentan comúnmente al principio de la edad adulta y en la mujer, la frecuencia corresponde al doble de la que se observa en el hombre, aunque en algunos casos, suelen presentarse tendencias neuróticas desde la niñez. Genéticamente, no existe base orgánica demostrable significativa, aunque en 1996 se descubrió un gen en el cromosoma 17 que contribuye al desarrollo de la neurosis y desde el punto de vista psicológico, la tensión en el ambiente es un factor desencadenante.

En relación a la histeria vinculada con la genética, no hay datos que demuestren su relación y según Freud, es una consecuencia de la represión de un trauma seguido por la disociación y expresión de ansiedad. Con frecuencia se presenta en personas con características neuróticas y tendencia a la extroversión, también en personas con bajo nivel de educación. Acerca de la psicosis, se puede iniciar en cualquier etapa del desarrollo humano, tanto en hombres como en mujeres y no se ha llegado a asociar con alguna característica especial, pero se relaciona con cambios degenerativos del sistema nervioso central, epilepsia, esquizofrenia y delirios por lo general paranoides acompañados de obnubilación (torpeza mental, además de desorientación) de la conciencia. En cuanto a los trastornos de la alimentación, referidos a la anorexia y la bulimia, en la mayoría de los casos se inician durante la adolescencia, aunque en ocasiones se puede observar en niños o adultos, el 95 % de los pacientes son sexo femenino y puede presentarse en cualquier tipo de sociedad. Respecto a los demás trastornos alimenticios, pueden iniciarse desde la niñez, por ejemplo, el vómito es característico en pequeños que

asisten a preescolar y primaria como una manifestación de control para no se “abandonados” todos los días en la escuela.

2.2 Multicausalidad de las enfermedades mentales

Los avances de la neurociencia y la medicina del comportamiento han mostrado que, al igual que muchas enfermedades físicas, los trastornos mentales y conductuales son resultado de la compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, un ejemplo de ello es que a medida que avanza la revolución molecular, los investigadores tienen cada vez más medios para observar el funcionamiento del cerebro humano mientras vive, siente y piensa, y comprender así por qué, en ocasiones, funciona por debajo de sus posibilidades, específicamente en el campo del comportamiento se ha demostrado que existe una conexión fundamental entre la salud mental y la salud física particularmente en la depresión que es un factor predictivo de las cardiopatías. También se ha mostrado que hay dos vías principales por las que ambas se influyen mutuamente, una de ellas son sistemas fisiológicos, como las funciones neuroendocrinas e inmunitarias, por ejemplo la ansiedad y la depresión inician una cascada de cambios perjudiciales en esas funciones y aumentan la susceptibilidad a diversas enfermedades físicas; la segunda se refiere a actividades como la alimentación, el ejercicio, las prácticas sexuales, el consumo de tabaco y el seguimiento de los tratamientos médicos.

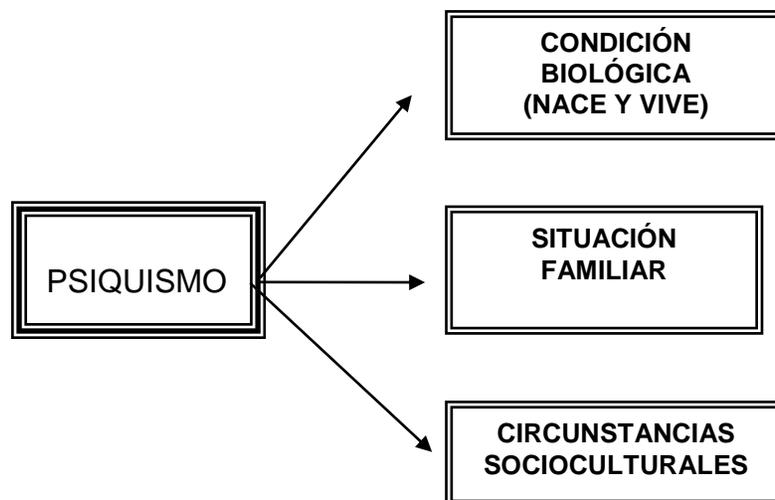
Lo psicológico individual, también guarda relación con la aparición de trastornos mentales, y al mismo tiempo con su propia salud, como en las relaciones entre los niños y sus padres u otros adultos durante la infancia son decisivas, como en los casos de quienes desde la infancia fueron privados de cariño tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante ésta etapa o las subsecuentes, tal es el caso de datos recientes que han demostrado que los jóvenes con trastornos psiquiátricos como la depresión y la

dependencia a ciertas sustancias tienen más probabilidades de comenzar a fumar y de adoptar prácticas sexuales de riesgo.

En cuanto a los factores sociales, como por ejemplo la urbanización incontrolada, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos también tienen gran influencia, particularmente la pobreza, pues quienes la padecen presentan una prevalencia más alta de trastornos, en particular de abuso de sustancias.

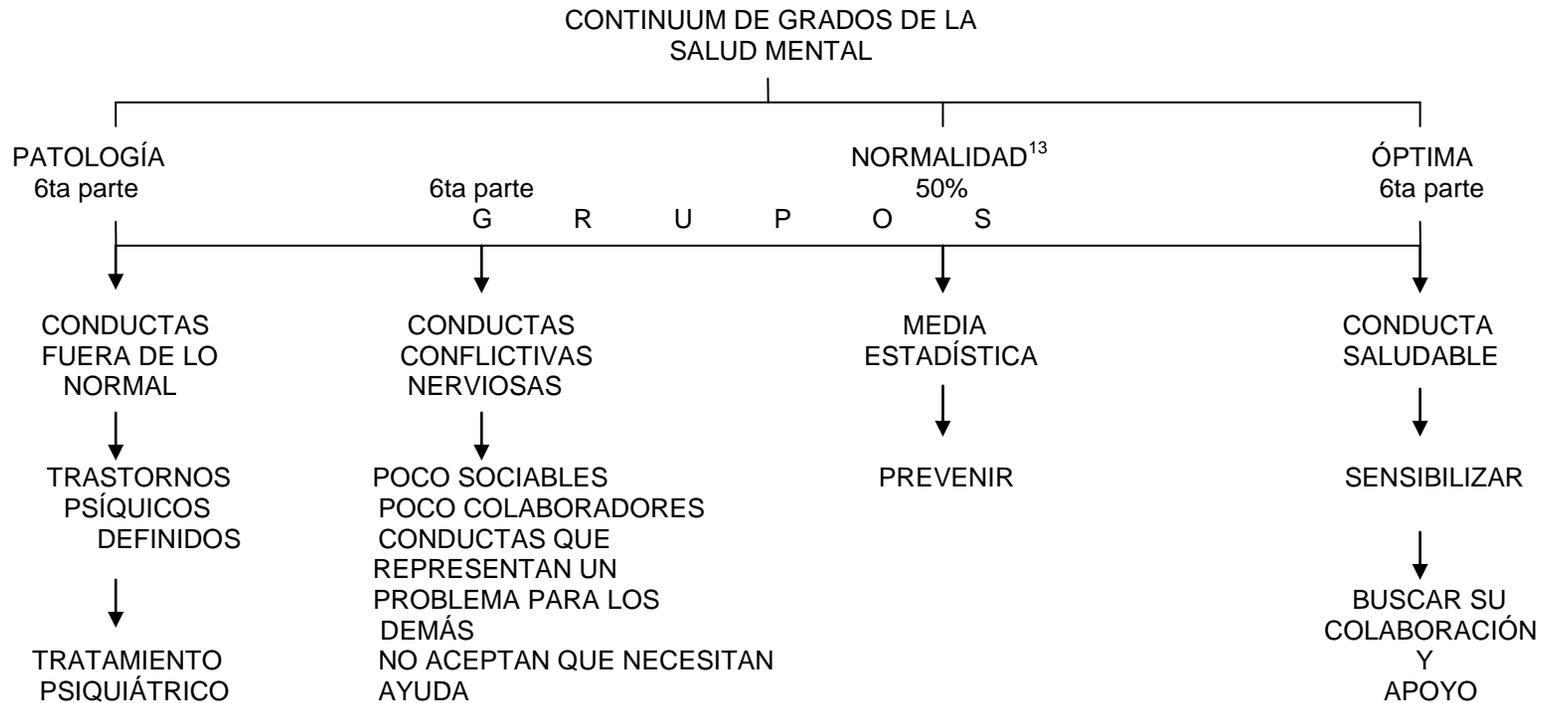
Entre los factores que determinan la prevalencia, la aparición y el curso de todos esos trastornos figuran la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y los desastres, las grandes enfermedades físicas y el entorno familiar y social, por lo que a menudo se presentan, en una sola persona, dos o más trastornos mentales, en una de las combinaciones más comunes la de ansiedad y depresión.

La compleja interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales es sintetizada a continuación:



Como se mencionó con antelación, el psiquismo es el resultado de aspectos biológicos, sociales y culturales, dentro de éste último, se incluye a la educación formal e informal, la religión, los medios masivos de comunicación, costumbres, normas, tradiciones, entre otros.

De este modo la salud de un individuo puede representarse como una línea continua, que va desde la óptima salud mental hasta la patológica, tal como se demuestra a continuación:



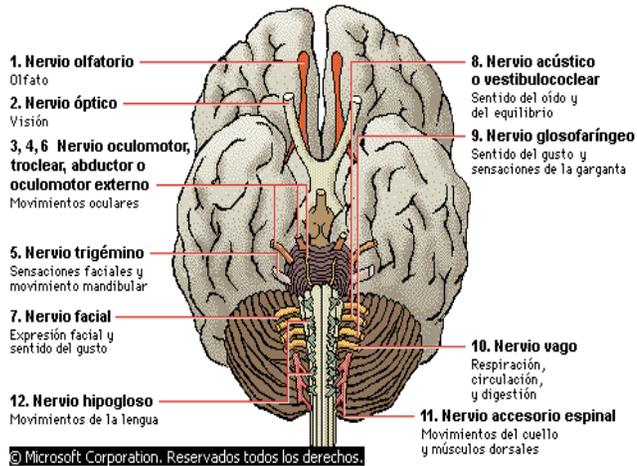
¹³ NORMALIDAD. Son los patrones, cánones o principios que rigen la conducta de un individuo, grupo o comunidad. NORMA: designan lo usual, lo típico, un canon o principio de conducta que sirve de patrón. NORMAL: representa o copia una norma o tipo estándar. Por lo tanto, el comportamiento anormal es aquel que se desvía de la norma. Así en una connotación de valores, lo normal es sinónimo de bueno y lo patológico es lo malo, el hombre sano es aquel que es capaz de responder a un mundo complejo y móvil, de inventar nuevas normas de conducta y hasta puede llegar a modificar su mundo y del otro lado, una patología es un elemento de desequilibrio mental, particularmente la locura.

2.2.1 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Los trastornos mentales y del comportamiento se asientan en el cerebro, ya que en los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente y resulta cada vez más evidente que éste tiene una base fisiológica y de estar esencialmente relacionado con lo físico y social, tal como se expuso en el apartado anterior.

El abordaje de este tema es fundamental para el comportamiento y desde luego para el análisis de las diversas enfermedades mentales y de los trastornos de personalidad, que en unidades posteriores se revisarán, pero que es importante que se tengan elementos básicos del funcionamiento del organismo, para identificar y en su caso se descarte en primera instancia un problema de tipo fisiológico y entonces buscar el tratamiento apropiado para la recuperación de la salud mental, es entonces que el SISTEMA NERVIOSO es el conjunto de los elementos relacionados con la recepción de los estímulos, la transmisión de los impulsos nerviosos o la activación de los mecanismos de los músculos. Sus funciones son: 1) Físicas, ayuda a controlar y coordinar los demás órganos corporales, 2) Motrices, llevan acabo las actividades humanas, 3) Cognitivas, proporcionan los medios para el razonamiento, aprendizaje y memoria, y 4) Psicológicas, como la toma de decisiones, las preceptuales, motivacionales, emocionales (amor-agresión), morales, éticas (valores, libertad) y espirituales. Se divide en sistema: PERIFÉRICO, compuesto por doce pares de nervios craneales y treinta y un pares de nervios espinales; VEGETATIVO ó AUTÓNOMO, con la función de coordinar todas las actividades viscerales involuntarias y CENTRAL, el que a su vez se divide en encéfalo, bulbo raquídeo y médula espinal; a continuación se presenta un esquema sobre las funciones de cada uno:

NERVIOS CRANEALES

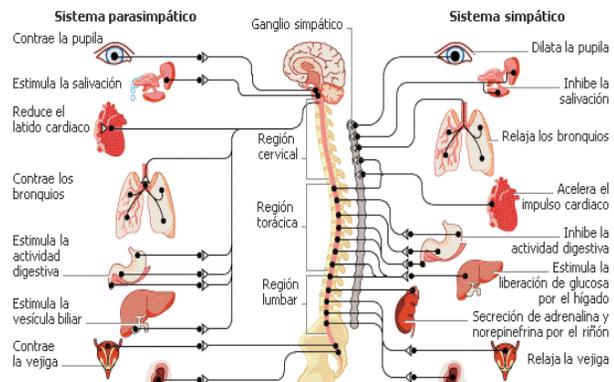


Fuente: Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

SISTEMA PERIFÉRICO, compuesto de doce pares craneales, responsables de los sentidos gusto, visión, olfato, oído, movimientos oculares, de la lengua, cuello y expresiones faciales, respiración, circulación y digestión, además del equilibrio. Ante posibles malformaciones, traumatismos o tumoraciones, se tienen modificaciones en la conducta.

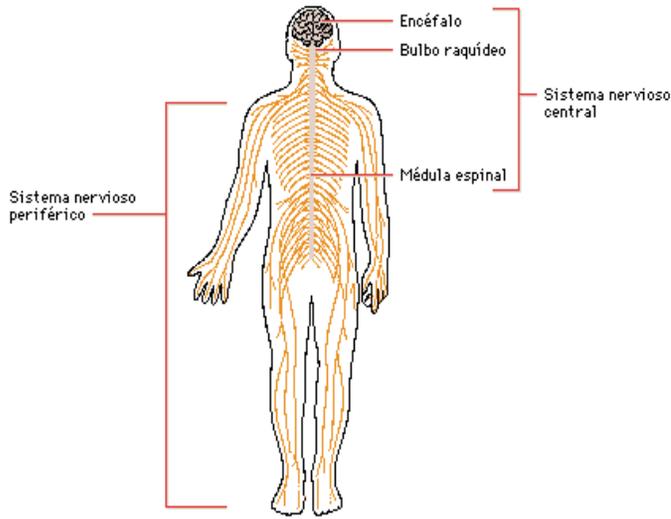
Sistema nervioso vegetativo o autónomo, envía impulsos al corazón, músculos estriados, musculatura lisa y glándulas. El sistema vegetativo controla la acción de las glándulas; las funciones de los sistemas respiratorio, circulatorio, digestivo, urogenital y los músculos involuntarios de dichos sistemas y de la piel, controlado por los centros nerviosos en la parte inferior del cerebro.

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO O AUTÓNOMO



Responsable del funcionamiento de diferentes órganos del cuerpo y dado que el ser humano es biopsicosocial, cualquier alteración en alguna de las tres áreas, presenta repercusiones en las otras dos.

Este sistema se compone de dos divisiones antagónicas: el simpático (o toracolumbar) que estimula el corazón, dilata los bronquios, contrae las arterias, e inhibe el aparato digestivo, preparando el organismo para la actividad física y el parasimpático (o craneosacro) que tiene los efectos opuestos y prepara el organismo para la alimentación, la digestión y el reposo.



Fundamental para el funcionamiento de todo el organismo, incluyendo los procesos mentales, tales como la memoria, el pensamiento y desde luego las emociones, los cuales están vinculados a la conducta, pues la disfunción en cualquiera de ellos, es de considerarse para el mantenimiento de la salud mental.

Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

En conjunto, el encéfalo o cerebro contiene más de cien mil millones de NEURONAS ó células nerviosas, que tienen propiedades de irritabilidad y conductividad, éstas pueden ser de dos tipos: a) AFERENTES, son las sensitivas las que transmiten los impulsos de la periferia al sistema nervioso central y se localizan en la superficie corporal, en estas se encuentran los exteroceptores, las que

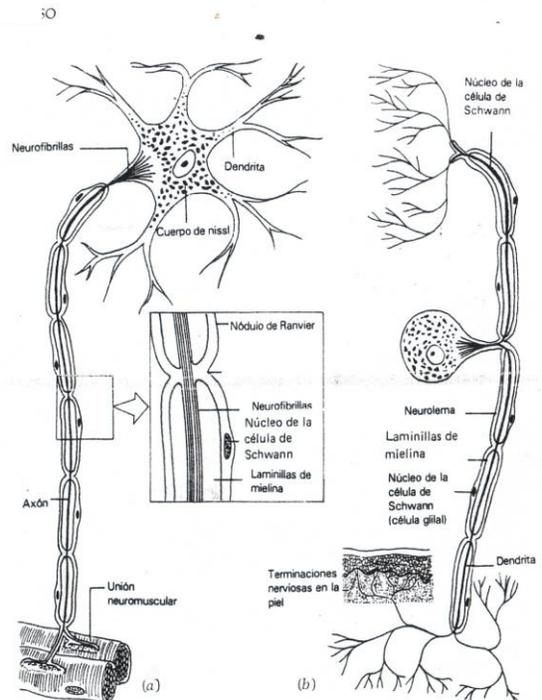


Figura 13-1. a) Neurona motora. b) Neurona sensitiva.

son sensibles a los estímulos de temperatura, tacto y dolor y están en contacto con el ambiente externo; los propioceptores, se corresponden a los músculos, las articulaciones, los tendones, laberinto del oído, relacionado con las sensaciones de los músculos, la posición y movimiento del cuerpo en el espacio y los interoceptores, cuya función es originar sensaciones viscerales y b) EFERENTES, son motoras y secretoras, tienen la función de enviar los impulsos en el sentido contrario a las aferentes, es decir de la corteza a los músculos y glándulas, estimulando la actividad corporal.

Dentro de la estructura de la neuronas, se encuentran los axones y las dendritas, que son prolongaciones de un metro de largo donde se transmiten los impulsos eléctricos de una neurona a otra, dando lugar a la SINAPSIS, donde más de 100 sustancias químicas, denominadas neurotransmisores, transitan y probablemente se lleven a cabo más de 100 billones de sinápsis, que dan origen a procesos mentales y conductuales complejos, de suma importancia para la conducta psicológica de individuo.

SINAPSIS

SUSTANCIA QUÍMICAS RELACIONADAS CON LAS NEURONAS:

SODIO
 POTASIO
 LÍPIDOS
 GLUCOSA
 PROTEÍNA
 OXÍGENO
 ACETILCOLINA
 AMINOÁCIDOS HISTAMINA
 NOREPINEFRINA
 SEROTONINA

SIN OXÍGENO Y GLUCOSA EL CEREBRO SE DAÑA

LA SUSTANCIA QUÍMICA COLINESTERASA, desdobra enzimáticamente la acetilcolina por lo que el impulso eléctrico indefinidamente no continúa, provocando PARKINSON

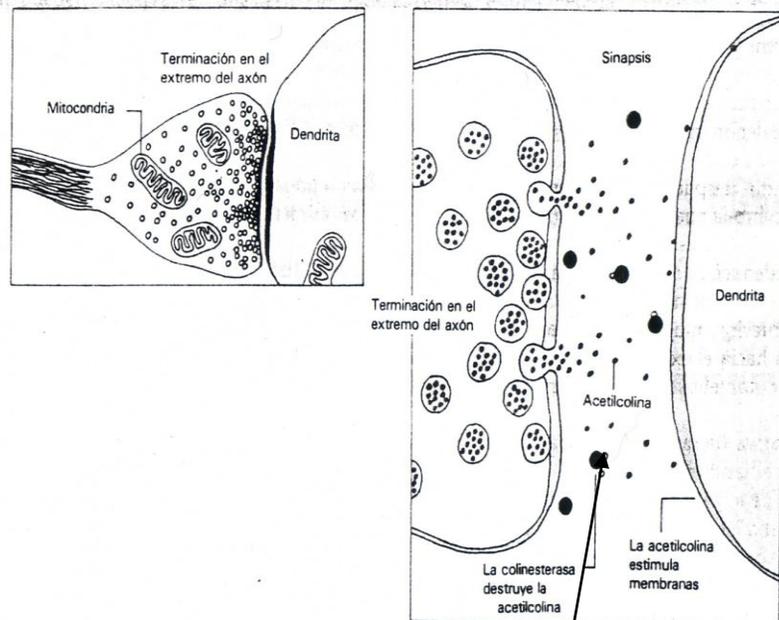


Figura 13-4. La transmisión de impulsos nerviosos a través de una sinapsis es química. Los mediadores químicos frecuentemente son la acetilcolina y la colinesterasa.

La sinapsis puede interrumpirse debido al almacenamiento de sustancias ajenas a su proceso, tales como las contenidas en las adicciones como el alcoholismo y en la farmacodependencia. Esos componentes químicos tardan varias horas e incluso días en eliminarse y permitir nuevamente la comunicación entre estas células, motivo por el cual, en el alcoholismo por ejemplo se pierde la memoria, (lagunas mentales) durante ese lapso.

Durante el desarrollo fetal, los genes dirigen la formación del cerebro, cuyo resultado es una estructura específica y muy organizada. Este desarrollo temprano puede también verse afectado por factores ambientales como la alimentación de la embarazada y el abuso de sustancias (alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas) o la exposición a radiaciones. Después del nacimiento, y a lo largo de la vida, experiencias de todo tipo pueden no sólo dar lugar a una comunicación directa entre las neuronas, sino también poner en marcha procesos en donde los genes y el entorno participan en una serie de interacciones inextricables pero altamente relacionadas en esferas tales como: la biológica, la psicológica, la social, e incluso la espiritual y un ejemplo de ello es que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que las que no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel et al. 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich et al. 2000), y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia a un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el SIDA, (Reed et al. 1994).

Básico, dentro del factor psicológico es la presencia y participación fundamental de las emociones en el campo de la salud mental, por lo que a continuación se presenta un breve apartado sobre ellas.

2.2.2 EMOCIONES

Desde mi particular punto de vista y de acuerdo a la experiencia en la psicoterapia privada, las personas tienden a enfermarse mentalmente, debido a un manejo inadecuado de las emociones, en donde generalmente surge un malestar físico después de dos o tres días de haberse conflictuado interna o externamente con un ser querido o bien con alguien jerárquicamente superior desde la perspectiva social, como el jefe por ejemplo. Así pues, se dice que, todas las especies están equipadas con esquemas instintivos de respuesta frente a todas las estimulaciones a las que son sensibles, cuanto mayor es la influencia del aprendizaje en las *adaptaciones* necesarias, mayor es el riesgo que corre cuando

se encuentra con situaciones novedosas que provocan respuestas emocionales, pero probablemente una de las conductas que diferencia al ser humano de otras especies, sean las emociones y cualquiera que las *modifique de forma extrema e inusual*, requiere de una reflexión profunda y consciente a fin de evitar consecuencias futuras.

Las emociones son de naturaleza orgánica y afectiva, Wundt las definió como “los efectos inmediatos que los sentimientos ejercen sobre el curso de las representaciones y en parte las respuestas de este curso contra el sentimiento”¹⁴, para Watson, son “las respuestas del organismo, un modelo de respuestas heredadas que engloban profundas modificaciones del mecanismo corporal en su conjunto y en especial de los sistemas viscerales y glandulares”¹⁵ y Noyes dice que son “procesos y actividades corporales que se generan cuando aparece una amenaza para la existencia, o cuando se frustra o retarda la gratificación de un estado en el que predominan los impulsos coercitivos”. La zona principal de activación de las emociones es el rinoencéfalo compuesto de varias estructuras entre ellas el hipotálamo, en los niños las reacciones emocionales son indiferenciadas, por lo que resulta imposible clasificarlas, tal es el caso de un bebé que puede tener hambre, sed, frío o estar sucio. Para Watson, el individuo nacía equipado con un repertorio de respuestas emocionales cuyo desarrollo se producía de acuerdo con el condicionamiento, para Wallon, basado en las observaciones clínicas, señaló que las sensaciones agradables producen un flujo de tonicidad muscular que el organismo no puede anular por medio de respuestas inmediatas; aparecen entonces, los espasmos (endurecimientos, crispaciones, gritos, llantos, espasmos motores), de esta manera estarían presentes, desde el nacimiento, las dos respuestas fundamentales originadas por las experiencias agradables y las desagradables. En el niño, entre los tres y los seis meses, surgen respuestas de cólera y de miedo; a las reacciones de satisfacción se agrega la risa, entre los doce y los dieciocho meses aparecen los celos, en años

¹⁴ Nuttin, Joseph. *Motivación, Emoción y Personalidad*. Ed. PAIDOS, Buenos Aires, 1973, p. 111

¹⁵ Idem, p. 111

posteriores, entre los dos y cinco años, a la cólera se le agregan la desilusión y la envidia, la ansiedad y la vergüenza.

La emoción, a menudo se produce porque el sujeto no puede, o no sabe, elaborar una respuesta acorde con la estimulación, así que la incertidumbre del hombre desprevenido se transforma en respuestas emocionales como consecuencia del afecto directo de una incitación a reaccionar que no tiene salida inmediata en la vida de relación. Para tal caso es posible encontrarse con tres situaciones: 1) lo NOVEDOSO. Resulta cuando un individuo no está preparado para enfrentarla, la estimulación producida puede descargarse sólo por medio de respuestas emotivas, un ejemplo es cuando un salvavidas, no experimenta prácticamente ninguna emoción ante el llamado del que se ahoga, y se arroja inmediatamente al agua; el espectador que contempla la escena y que no sabe nadar, por su parte sufre una conmoción. Desde su nacimiento hasta la adolescencia, el niño se encuentra confrontado permanentemente con situaciones frente a las que no tiene elaborado aún un sistema de respuestas, así un bebé llora cuando se lo sumerge en agua muy caliente, mientras que un adulto le agrega fría. Esto explica, también por qué la repetición de una situación inicialmente novedosa atenúa, e incluso suprime, las emociones, simplemente porque el individuo desarrolla, poco a poco, esquemas de respuesta adecuados; 2) lo INSÓLITO. Existen situaciones que, aunque se repitan, son siempre nuevas ya que no se dan, en su caso, “buenas respuestas”, de esta manera, y a toda edad, un ruido violento provoca una respuesta emocional, la que indudablemente es más fuerte en el niño. Las modalidades de esta respuesta se modifican con la edad pero su carácter emocional nunca cambia y 3) lo REPENTINO. “La sorpresa es la causa principal de las emociones”, es una de las más familiares y de las más estudiadas en el laboratorio. En este caso se produce un desfase entre el ritmo de la actividad y el de la espera en los que puede presentarse la adaptación, pero su carácter repentino le impide que se los utilice, así que lo mejor es prevenir ante las malas o las buenas noticias, por ejemplo, un accidente o el fallecimiento de alguna persona, especialmente querida o conocida.

Las emociones no permanecen en la conciencia pues es difícil adoptar voluntariamente una expresión sintiendo algo diferente, de tal modo que existe una cierta armonía entre las emociones que se experimentan y los gestos o respuestas corporales, - comunicación no verbal -, así que es necesario modificar la actitud para experimentar la nueva emoción que se sugiere, comprobando con ello que existe una relación entre el cuerpo y lo psíquico de una emoción. Cuando se impide la expresión física de la emoción, el grado de ella aumenta, por ejemplo la risa y viceversa, sabemos que cuando se está afligido (a) el llanto proporciona un alivio, “siempre se siente emoción durante la expresión, no después”.

Las emociones se han clasificado en 1) ORGÁNICA. Placer, alegría, miedo, ira, rabia, cólera explosiva no dirigida y cólera explosiva orientada; 2) AFECTIVA. Amor, suscitado por palabras cariñosas o contactos con la piel de las zonas erógenas, se caracterizaría por un gorjeo y más tarde por risas; 3) CONDICIONADA. La emoción en este caso, se explica como resultado de un proceso de condicionamiento, en donde un estímulo ineficaz adquirió un poder emocional a causa de su conexión con una situación emotiva. Por ejemplo, el caso experimental de un niño de once meses, que no tenía ningún temor frente a una rata blanca, luego cada vez que la tocaba, se producía un ruido violento que lo hacía temblar y llorar. En los días siguientes, la sola vista de la rata, provocaba las mismas reacciones además de su huida y el miedo se generalizó a otras especies con características similares en cuanto a la sensación de tacto o que al tacto la sensación fuera semejante, esta es la base de las fobias. Ahora, a manera de ejercicio, sustituya la rata blanca por araña o por un espacio cerrado o cualquier otro objeto y entonces tendrá aracnofobia, claustrofobia o cualquier otra fobia. Se puede condicionar no sólo las respuestas motrices, verbales, es decir, las respuestas observables, pero también las neurovegetativas que en el hombre a veces son perceptibles, aunque por lo general son inconscientes, como la vasoconstricción (palidez o enrojecimiento de la piel) que resulta del sonido de una campana, de una luz o de una situación incómoda; 4) POR CONTAGIO. Existen casos en los que ninguna situación particular predispone a la emoción, salvo el hecho de que

alrededor de una persona, una o varias experimentan una emoción; tanto de miedo como de alegría, ambas contagiosas, por ejemplo una madre tiene miedo a una situación o individuo, el pequeño hijo experimenta también esa emoción, esta situación es uno de los orígenes de la inseguridad que se manifiesta en las etapas posteriores. Aquí es posible que se den dos tipos de emoción por contagio: una situación idéntica provoca la misma conducta de miedo, de enojo, de alegría en uno y luego en muchos individuos; el otro tipo responde a los casos en los que un mechón se apodera de la persona sin que le concierna, esto es, se observa la pelea violenta entre dos hombres, se puede permanecer indiferente o sentirse ligeramente interesado en lo que sucede, pero también se puede dar el enojo puesto que hay una identificación con uno de los protagonistas. De igual manera la risa puede ser contagiosa, siempre y cuando se dé la identificación, basta con que uno la inicie para que continúen los demás, pero sí no, entonces se permanece indiferente o incluso molesto. Todo lo que facilita la identificación, - aspecto también psicológico -, aumenta el contagio emocional, por un lado cuando más se exteriorizan estas manifestaciones, más frecuente y más intenso es el contagio y por el otro, todo lo que disminuye la distancia social entre dos o más individuos facilita el contagio, esto sucede tanto en el amor como en el de la proximidad física. Es pertinente recordar que las emociones estallan con mayor facilidad e intensidad en las multitudes, en las que se atenúa la idea de la propia individualidad, tal es el caso de las ceremonias, los ritos y los juegos que refuerzan la cohesión en la unidad de las mismas respuestas emocionales y 5) CRÓNICA. El estrés representa a este tipo de emociones, que acompañan al ser humano permanentemente durante su vida, aquí se presenta una repetición de estimulaciones que provocan habitualmente respuestas en las que no se produce una adaptación que suprima la fuente de la emoción, por lo que tienden a desarrollarse enfermedades físicas, estados de ansiedad e incluso neuróticos. Algunas personas se encuentran constantemente sobre motivadas, la fuente es a menudo de origen SOCIAL: una mujer que justa o injustamente teme ser engañada; un obrero que vive en estado de inseguridad y teme que se lo despida; un soldado que teme la muerte; estos temores renovados que no se manifiestan

en la vida de relación, mantienen un estado de ansiedad más o menos acentuado y cada vez que se renueva el impulso, renace el conflicto. Aún más, este estado puede ser provocado también por un conflicto interno no resuelto y a causa de una represión de un impulso instintivo o sexual, de modo tal, que los conflictos personales o sociales que no encuentran solución, constituyen el estrés y son el origen de los estados neuróticos y sus consecuencias pueden llegar al plano de las lesiones en los órganos, es decir, a lo psicossomático.

Las modalidades fundamentales de las expresiones emocionales son universales, como la risa en medio de la alegría, las lágrimas en medio de la tristeza, tal parece que esta forma de conducta tiende a ser un aprendizaje social más que un instinto y que la influencia de la sociedad se ejerce de dos formas: valoriza la expresión de algunas emociones e inhibe la de otras, como es el caso de las civilizaciones occidentales quienes progresivamente han reservado el llanto a las mujeres y a los niños desde pequeños se les enseña que “los hombres no lloran”, - eventos secuenciales y cotidianos que originan la represión de las emociones -, la sociedad crea un verdadero lenguaje mímico cuyos signos diversifican y prolongan las expresiones espontáneas que pueden ser sociales o muy locales, cuyo significado sólo es interpretado por las personas más allegadas de grupo, tal sería el caso de escupir, que es signo de desprecio en occidente y una especie de bendición en los países árabes. Retomando el aspecto universal, todo parece indicar que en cualquier país del mundo y de la situación económica, política, social, etcétera, un manejo deficiente de las emociones tiene efectos psicossomáticos, pero en primera instancia, provocan una disminución del nivel de rendimiento, seguido de manifestaciones que perturban la vida vegetativa y la de relación, básicamente repercuten sobre todas las funciones de adaptación, las respuestas motrices se controlan en menor grado, la atención se hace menos constante, se pierde “el hilo de las ideas”, se cometen lapsus verbales, etcétera y posteriormente pasa a la afección de algún órgano o aparato, como por ejemplo, el digestivo: gastritis, úlcera, anorexia, bulimia. Finalmente diremos que el abordaje de las emociones es amplio y en estos apuntes, se incluye una parte

mínima, con la intención de que el lector reconozca que justamente por su alteración casi siempre hacia el polo negativo, o bien en los extremos, conlleva la pérdida del bienestar y la calidad de vida por lo tanto juegan un papel fundamental en la salud mental de los seres humanos.

Es pues, que el problema de las enfermedades mentales es multicausal, puesto que son el producto de numerosos factores, cuya base fisiológica esta en el cerebro, que obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, y que pueden afectar a cualquier persona, en cualquier parte del mundo.

2.3. Especificidad e influencia de:

2.3.1. Herencia

Desde el momento en que se funden las células germinales masculinas y femeninas hasta que se alcanza la madurez, cada organismo pasa por un proceso de desarrollo de su estructura biológica. En cualquier instante en este proceso de maduración, factores nocivos pueden limitar el crecimiento del cuerpo, producir deformaciones o impedir el funcionamiento de un órgano o de todo el ser viviente. La falta de alimentos y nutrimentos apropiados incluyendo los minerales y las vitaminas necesarias, también limita el desarrollo corporal, para este caso concreto, en la actualidad ya se ha comprobado que el crecimiento también puede limitarse a una falta de estimulación social apropiada; en otras palabras, un déficit de experiencias durante periodos críticos de la maduración impide el florecimiento completo de un sistema o de una parte, pero fuertes controversias han surgido a través del tiempo, pues los métodos, las técnicas e instrumentos desarrollados hasta ahora, dejan serias incógnitas respecto a aquellas características del comportamiento que son atribuidas a la herencia y que tiene como finalidad salvaguardar a la especie humana de las condiciones físicas que pueden ser perjudiciales para la progenie. Galton fue el iniciador de las investigaciones sobre la herencia humana, más tarde Mendel, un monje austriaco, que en sus leyes

enuncia el principio de que las características de un factor unitario, opuesto, de los padres, hombre y mujer, no se mezclan en los descendientes, pero que las unidades de herencias llamadas **genes**, permanecen intactos en las células germinales de los hijos, combinándose en las generaciones futuras de acuerdo con las leyes de la probabilidad y la causalidad. Los genes son partículas diminutas de materia viviente dentro de la célula y se distribuye en hilos cortos, llamados cromosomas, y el número de éstos es constante y difiere en cada especie de seres vivos, para el caso del hombre, es de 23 en las células sexuales y 46 en el huevo fertilizado, de cada unión de éstas células, la naturaleza produce un individuo de características diferentes a las de cualquier otro de los millones que habitan la tierra, quizá la explicación esta, en la infinita variedad de patrones moleculares que pueden formarse en las sustancias cromáticas tan complejas.

Algunos de sus componentes importantes son: la sustancia proteínica que se llama nucleoproteína, el ácido nucleico y del desoxirribonucleico (ADN) son partes importantes, ésta última, la cual parece tener especial importancia en la transmisión de los rasgos hereditarios. Un ejemplo de ello son los gemelos idénticos, que resultan de la división del embrión en dos partes iguales, en la etapa inicial del embarazo y que por lo tanto, reciben factores hereditarios idénticos, tales gemelos son idénticos en el color de los ojos, la piel, el contorno facial, la estatura, la complexión y otros factores. Los gemelos fraternales o desiguales son producto de distintos huevos, cada uno de los cuales fue fertilizado por una distinta célula espermática. Los genes en muchos de los casos activan las enzimas que controlan la actividad bioquímica y hasta el momento no se han logrado contar los del hombre, pero se sabe que son numerosísimos, de tamaño infinitesimal, que contienen todos los potenciales y las limitaciones de la herencia, pero dada su organización química no se ve afectada por los cambios ordinarios del ambiente en que vive un individuo. Cuando un gen por causas que todavía se ignoran cambia su estructura o es arrojado del cromosoma, sobreviene lo que se llama una mutación, la que en las plantas y animales inferiores pueden provocarse mediante calor, frío, rayos roentgen y radio, los cuales producen a menudo

defectos hereditarios típicos. Algunos rasgos humanos son resultado de los caracteres dominantes y los recesivos llamados así por Mendel, otros tienen su base en un gen único y la mayoría de las características humanas son el resultado de la compleja interacción de un número considerable de genes y de ambientes genéticos, que por alguna razón desconocida aún, el rasgo generalmente dominante deja de manifestarse en determinadas circunstancias, teniendo entonces una unión imperfecta y algún elemento en el ambiente del gen impidió que éste manifestara su potencia, tal es el caso frecuente de manifestación variada en lo que se ha llamado dedos en “garra de langosta”, malformación que puede variar desde un pulgar en oposición a un dedo enorme en el que están fundidos los cuatro que deberían ser, hasta manos que están ligeramente deformadas, sin embargo, la prole de personas que sólo tienen el defecto en forma leve pueden tener niños que presenten la deformidad mayor. Una modificación más, de las diversas que se han encontrado es la que se encuentra en la acción de dos o más genes que pueden cooperar para producir características determinadas, por ejemplo, se cree que características tales como la disposición para la música, los rasgos de personalidad, el color de la piel en descendientes de negro y blanco, la constitución corporal y la capacidad mental se determinan de esta manera.

Algunos defectos y anormalidades que se consideran hereditarios son problemas de la salud pública, entre ellos están: la diabetes insípida, diabetes mellitas, fenilcetonuria y la epilepsia, aunque esta no se ha aclarado como se hereda. Particularmente la fenilcetonuria, puede describirse como un ejemplo de los muchos errores genéticos o innatos del metabolismo que se conocen, se calcula que es la causa de cerca del 1% de todos los enfermos mentales internados en instituciones, se transmite por un gen recesivo raro.

Otros problemas causados al sistema nervioso central son las deficiencias en el sistema enzimático, mediante la acumulación excesiva de ciertas sustancias que

si no se detectan a tiempo pueden provocar trastornos mentales o daños en el cerebro, el hígado y en los ojos, específicamente en el cristalino.

Existen algunas debilidades o deficiencias hereditarias que no se manifiestan en el nacimiento sino más tarde o bajo circunstancias determinadas, tales anomalías llevan el nombre de predisposiciones hereditarias y las más importantes lo son para ciertas enfermedades infecciosas o no infecciosas. En el caso de los síndromes genéticos son también la resultante de la herencia y el medio, no se determinan exclusivamente en función de la transmisión de genes dominantes o recesivos; ya que se ha demostrado que varias clases de retardo – de las cuales del síndrome de Down o mongolismo es la más importante – son consecuencia de una división inadecuada de los cromosomas, también recientemente se ha reportado la localización de alteraciones en los cromosomas 5, 11 y 21 para la esquizofrenia, la psicosis maniaco depresiva y el Alzheimer. Día a día se van descubriendo y desarrollando otros problemas y defectos hereditarios contribuyen al deterioro de la salud, para mayor información consultar el ANEXO II.

Herencia genética, creencias, prejuicios y mitos se combinan en aspectos de interacción humana, como es el caso de primos hermanos que desean contraer matrimonio, pues se tiene la convicción de que los hijos de la nueva pareja, presentarán serios problemas de salud, especialmente de la mente, de manera tal que es importante conocer las características recesivas ocultas en ambas personas, que puedan aparecer y si ambas familias están seguras de no poseer defectos hereditarios, tales uniones no deben temerse.

Respecto a las etapas del desarrollo de los seres humanos, están determinadas por la interacción de las fuerzas hereditarias y ambientales, pero como las primeras modifican el carácter del desarrollo de las posteriores, ambas fuerzas se entremezclan más conforme avanza el desarrollo, hasta que finalmente esta compenetración se hace muy compleja y resulta imposible separar los factores, lo

que dificulta atribuir algún trastorno a la herencia, aunque es conveniente recordar que en psiquiatría, con frecuencia los padres transmiten sus propias dificultades emocionales a la generación que les sigue, no a través de las células germinales, sino por socialización y su enfermedad sobre el niño. En la mayoría de los casos en que uno de los padres es un enfermo mental, es posible presuponer que un periodo prolongado de desadaptación, con dificultades e incongruencias en las relaciones personales impida la existencia a un crecimiento emocional adecuado y condujera hacia la salud mental. Cuando una generación no logra encontrar satisfacción a sus necesidades psicológicas, esto puede reflejarse en la conducta de la que le sigue, dando como resultado que la dificultad para adaptarse y la mala conducta social se prolongan a través de varias descendencias, así el enfermo ha sido condicionado por sus experiencias emocionales interpersonales con sus padres y hermanos; los padres del paciente, a su vez, han sido condicionados por las de sus propios padres. Los modelos neuróticos se comunican de una generación a otra, no se heredan. Una relación hostil y negativa hacia uno de los padres o hacia un hermano, puede trasladar y transferir sentimientos hostiles psicopatógenos hacia personas que representan tal papel, por lo tanto, cualquiera que sea la contribución de la herencia en relación con la enfermedad mental, las influencias postnatales y las experiencias durante el crecimiento son de gran importancia para modelar la estructura y el patrón de la personalidad.

El conocimiento que se tiene hasta la fecha de la predisposición constitucional o hereditaria a los trastornos mentales, es incompleto y las opiniones deben de quedar sujetas a revisión, sin embargo, las investigaciones realizadas por Kallmann respecto a la frecuencia de la esquizofrenia y las psicosis maniacodepresivas en una misma familia, son sugestivas, pues este autor ha encontrado que la esquizofrenia aparece en familias en las que existe un caso conocido de esta enfermedad con mucha mayor frecuencia que en la población en general y que el hijo de un esquizofrénico tiene 19 veces más probabilidades que la población en general de desarrollar la enfermedad y que la morbilidad entre los hijos de dos padres con este trastorno es 80 veces la probabilidad promedio. De

igual forma es posible pensar en padres alcohólicos, donde existe una predisposición para que los hijos, ante un desajuste emocional, sin importar la intensidad de éste, también sean alcohólicos. Finalmente diremos que el aumento de las enfermedades mentales es innegable, debido más al estilo de vida y al aprendizaje social que a la herencia.

2.3.2. Individuo

Cada persona, tiene una estructura anatómica cuya conformación, aunque en general está hecha según el modelo de la especie, es única en algunos detalles, ésta y su funcionamiento fisiológico, en parte determinan y limitan el desarrollo de la personalidad, por ejemplo, el crecimiento del sistema nervioso central establece los límites del temperamento y la inteligencia. Se considera que las variaciones temperamentales, o sea, las capacidades para una gama de respuestas activas ante el ambiente, influyen sobre el efecto que tiene el hecho de experimentar un cambio en él, y tal vez al mismo tiempo se modifican debido a dicho cambio. Esta capacidad de grabar, almacenar e integrar las experiencias del organismo y así producir las respuestas de conducta más efectivas para la adaptación, hace posible que la personalidad humana evolucione. En la medida en que pasa el tiempo, gracias a una serie prolongada de experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos y pautas de adaptación más o menos perdurables y constantes, que le dan al individuo la cualidad de SER ÚNICO, de este modo la personalidad puede definirse como:

“ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes, que son característicos de un individuo”¹⁶

¹⁶ Kolb, Lawrence C. 1973. Noyes, Psiquiatría Clínica y Moderna, Ed. FOURNIER, S.A., México, pág. 40

Algunas pautas ya están establecidas cuando un niño nace; sin embargo, en esa etapa sólo existen las potencialidades para el desarrollo de los componentes de la personalidad. Las etapas sucesivas de ella, pueden acontecer de una manera sana, en una secuencia normal y armoniosa hasta una madurez biopsicológica y biosocial, a través de la lactancia, la niñez, la juventud, la madurez y la senectud, con la realización de las potencialidades personales, satisfactorias subjetivas y ajuste social. Puede también haber una detención o un crecimiento desigual de distintos componentes de la personalidad; en ambas posibilidades dependen de complicados factores genéticos, ambientales, sociales y emocionales. En el desarrollo de la personalidad hay normalmente una progresión hacia la madurez y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de una etapa previa; se trata de un crecimiento que emerge a través de diferentes ciclos, en cada uno de los cuales se tienen necesidades y problemas particulares. Si persisten restos de un periodo anterior en los subsecuentes, pueden provocarse deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad psicológica, así como también las primeras experiencias continúan ejerciendo su influencia sobre la personalidad en desarrollo, aun cuando no pueden ser evocadas por la conciencia, (Ver ANEXO III. CONSTITUCIÓN FÍSICA Y TIPOS DE PERSONALIDAD).

Los genes no pueden transmitir características adquiridas y aunque el medio intrauterino puede intervenir en el desarrollo biológico del feto, no hay razón para creer que la personalidad, tal y como se ha definido, sea influida en forma importante por la vida prenatal o siquiera que exista en el recién nacido. Esto no quiere decir que no haya un rudimento genético o aspectos congénitos de bioquímica y reactividad que puedan crear predisposiciones biológicas a los componentes temperamentales en la vida posterior.

2.3.2.1. Estructura de la Personalidad

Ahora bien, desde la perspectiva psicológica la personalidad tiene partes o divisiones que llevan a cabo funciones específicas, es decir, que tiene una

estructura, este concepto facilita la idea de dinámica en su funcionamiento, sin embargo, no debemos pensar que estas partes son realidades concretas o entidades que actúan por sí mismas, sino que son grupos de fuerzas y de funciones. Freud, postuló tres segmentos psíquicos, que aunque son divisiones estructurales hipotéticas, ofrecen una clasificación útil en los sistemas de impulsos coercitivos y diversos términos que se emplean para describir sus interrelaciones dinámicas que son exclusivamente simbólicas y a continuación se presentan:

- 1) **El Ego** o “Yo”, responde al principio de la “**realidad**”, por lo que permanentemente la evalúa, motivo por el cual establece una relación con el mundo en que se vive, a través de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción; por lo tanto, es la porción de la personalidad que controla al individuo de manera consciente. Contiene aspectos que forman evaluaciones, juicios, avenencias, soluciones y defensas, de modo tal, que es posible verle como una agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la percepción, la memoria, la evaluación y comprobación de la realidad, y la síntesis de la experiencia; de ser el intermediario entre el mundo interior y el exterior; de relacionarse de manera racional con los requerimientos del entorno; de adaptar la conducta al medio ambiente y mantener la armonía entre las necesidades urgentes del id y las exigencias y aspiraciones del superego, luego entonces, el ego sirve de mediador, el que dirige la conducta hacia acuerdos aceptables entre ambos partícipes. Se dice que el ego bien cimentado y sano, por medio del control consciente, de la razón y de la circunspección¹⁷, maneja en forma adecuada las causas internas y externas del estrés, se pone en contacto racionalmente con las necesidades de la realidad y de la sociedad, de tal suerte que, un individuo con este ego, muestra flexibilidad para manejar los distintos factores de stress de la vida sin recurrir a defensas inflexibles y repetitivas, propias de los síntomas neuróticos o psicóticos o de los defectos caracterológicos. Por otro lado sí el ego no cuenta con buenos cimientos y lo dominan los factores inconscientes, puede sufrir procesos desintegradores;

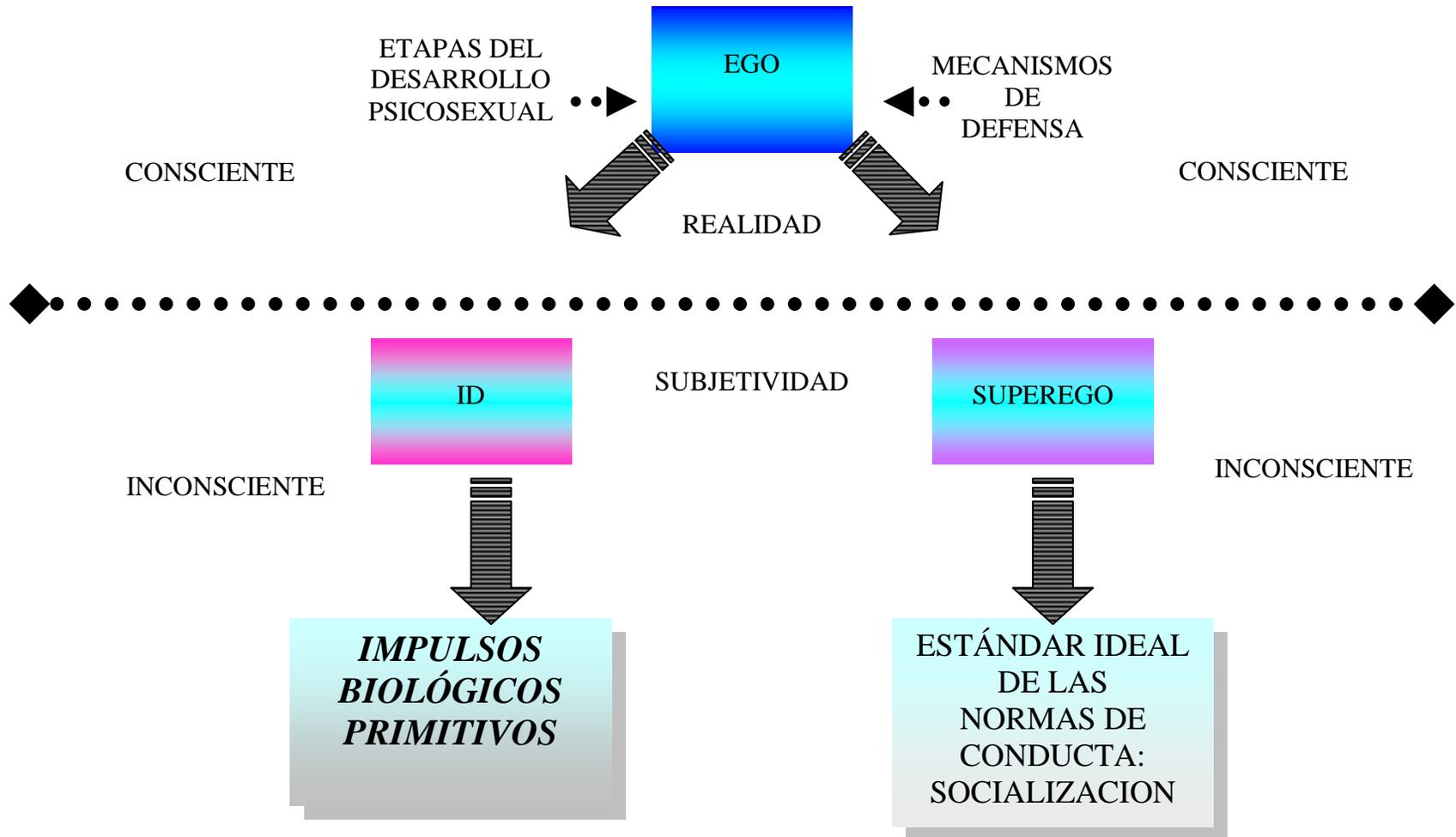
¹⁷ Circunspección, sinónimos: prudencia, discreción, reserva, cordura sensatez

ser incapaz de resistir la tensión de la represión continua con la consecuente aparición de síntomas y defectos mencionados.

El desarrollo del ego tiene lugar gracias a una serie de transacciones entre el niño y sus padres u otras personas que influyen en su evolución y tiene la función de producir adaptación psicosocial, aunque, ésta también requiere que evolucionen una serie de actitudes interpersonales que establecen para el individuo una cierta consistencia en sus relaciones con los otros y por medio de las actitudes, la persona se acostumbra a percibir a otros y a funcionar de acuerdo con ellos, además los otros esperan que la persona responda socialmente de una manera determinada, y esto constituye la identidad del ego para dicha persona. Erikson postula la existencia de crisis psicosociales, - más no psicosexuales como lo sostiene Freud - específicas en cada etapa de la interacción, y dice que la solución a cada crisis establece una posición y determinadas actitudes sobre las cuales el niño transelabora las posteriores en su evolución psicosocial, ya sea de una manera relativamente libre de conflicto o en una forma llena de ellos. Por ejemplo, la lactancia, con diversos grados de intercambios mutuamente satisfactorios o insatisfactorios, establece la base para que evolucionen diversos grados de confianza o desconfianza respecto a los otros individuos. Según este autor, las crisis psicosociales del comienzo de la niñez son la base para diversos grados de autonomía personal, o por el contrario, para los de vergüenza y duda personales, al final de la niñez se siembra la semilla de la iniciativa, o por el contrario, de una actitud en la cual el individuo acepta la culpa; en la edad escolar se origina el ahínco o bien el sentimiento de inferioridad y en la adolescencia aparecen por primera vez las crisis que darán lugar a la formación o a la difusión de la identidad. También las fases de la vida adulta implican crisis especiales, un adulto joven debe traselaborar la cuestión de la intimidad o el aislamiento, el adulto mayor, la cuestión de la procreación o la absorción en sí mismo, y el adulto de edad madura, la de la integridad versus la desesperanza; 2) **El Id**, o **Ello** nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos, que responde al principio de “**placer**”, representa la parte innata de la personalidad, se piensa que los impulsos coercitivos cuyas determinantes fisiológicas son la

necesidad de aire, alimento, agua y otras sustancias nutritivas, la de mantener la temperatura corporal, la integridad física, la de procrear, y también que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y 3) **El Superego**, segmento hipotético de la estructura de la personalidad, que responde al principio del “**deber ser**” y se conceptualiza como la que observa y evalúa el funcionamiento del ego, comparándolo con un estándar ideal, que se deriva de las normas de conducta que se perciben durante años en los padres, los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece. El ideal de ego, o sea la imagen internalizada de lo que uno desea llegar a ser y hacia la cual convergen los esfuerzos del ego, provee una dirección para las aspiraciones y las exigencias de éxito dentro de cada personalidad. Este segmento deriva en especial de la identificación con los padres y sustitutos o sea con las figuras de autoridad que pueden castigar o recompensar, de modo tal que las prohibiciones y las obligaciones que se advierten en estas identificaciones, son interiorizadas y se incorporan a la estructura psicológica del niño, en donde más tarde, los mandatos y las prohibiciones de otras autoridades y de las influencias culturales, son absorbidos y forman parte del superego, el cual forma un todo que actúa como censor. Las demandas morales y ascéticas del grupo social de un individuo, se introyectan y se organizan en una ley inhibitoria interna, inconsciente e inflexible, cuya personificación es justamente el superego y actúa como supervisor del; por lo tanto, es la parte represora de la personalidad. Una de las formas en que esta parte de la personalidad castiga es generando angustia y produciendo remordimiento acompañado de culpa, en el caso de un superego severo e inflexible, el miedo que de él resulte conducirá hacia una personalidad rígida, inhibida, infeliz, angustiada y a menudo neurótica. De manera alternativa, facilita satisfacciones placenteras cuando juzga que el funcionamiento del ego incluye esfuerzos para alcanzar los ideales y objetivos, y los logra, así, la satisfacción se origina en un aumento en el respeto a sí mismo, en la integridad personal, en el orgullo de haberse esforzado o haber logrado algo o en la convicción de que uno se ha comportado con rectitud. Finalmente a manera de resumen se presenta el siguiente esquema:

DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA PERSONALIDAD DE FREUD



Otros aspectos fundamentales a considerar en los análisis de la salud mental, ampliamente vinculados con lo expuesto en el punto anterior, son el desarrollo psicosexual y los mecanismos de adaptación y de defensa, para la explicación de los trastornos de la personalidad y en caso de así considerarlo el lector, se sugiere consultar el ANEXO IV

2.3.3. Familia

Desde que el ser humano nace establece contacto social, en primera instancia con su familia, el que es importante pues sus experiencias, le permitirán formar lazos sociales primarios, vitales en la edad adulta para la formación de su propia familia y en segundo lugar con personas fuera de ella, tales como maestros como figuras autoritarias fuera del hogar, de los compañeros de juego mayores o menores en edad y otros parientes y amigos, proporciona una influencia y oportunidades importantes para las nuevas identificaciones y distinciones que aquietan, modifican o intensifican las pautas de reacción y de conducta que se establecieron durante la infancia y también proporciona oportunidades para que el niño adquiera nuevas habilidades y formas de funcionar en la sociedad. El niño está ansioso de hacer cosas y tiene la oportunidad de aprender hábitos de dedicación. No obstante, si no logra adquirir las pautas comunes y por lo tanto no se mantiene al nivel de sus semejantes en la escuela y en el juego, se instala en él un sentimiento de inferioridad, puesto que por ejemplo, sus juegos le permiten sentir el placer de dominar una tarea y a veces, el del prestigio que acompaña el éxito, de modo tal que el juego grupal permite un desarrollo gradual y la satisfacción en la compañía de los otros individuos y en el hecho de compartir los problemas. Esta etapa, básicamente conlleva un aprendizaje de otras pautas de comportamiento en grupos, tales como el molestar a otros, el desdén y el ostracismo, particularmente cuando un joven sufre a consecuencia de las acciones de un grupo, es posible que sus respuestas profundicen las reacciones de la personalidad ya existentes ante las frustraciones del hogar.

El *hijo único* puede desarrollarse bien, aunque los informes especializados a menudo sostienen que es superior a otros niños, en términos de salud, físico, inteligencia y facilidad para la escuela, su posición emocional en la familia lo expone a toda intensidad de cualquier alteración emocional que pueda existir en los padres. Como hijo único, quizá sea el producto del único esfuerzo de los padres para aparecer como adultos sexualmente maduros, y por lo tanto representa una negación del interés y el deseo de ser padres, de modo tal que los impulsos coercitivos de éstos, se canalizan hacia el hijo y su solicitud excesiva produce una protección exagerada, que contribuye más a aislar al niño de sus semejantes; lo privan de la posibilidad de aprender a vivir y compartir con hermanos, y esto a menudo va seguido de fantasías en que el niño imagina hermanos o hermanas. Puede volverse tímido y torpe ante otros niños de su misma edad, provocando así que lo molesten y rechacen, lo cual, a su vez, produce, ya sea mayor aislamiento, o esfuerzos sobre-compensadores para ganar atención y prestigio, esfuerzos que pueden expresarse en actividades exhibicionistas, presunción o soborno de otros niños si existen los medios necesarios, y desde luego su aislamiento a menudo hace que persista su dependencia infantil a otros, lo cual obstaculiza su capacidad para las relaciones adultas.

El *hijo adoptivo*, especialmente si lo adoptan personas que no son parientes de sus progenitores, también está expuesto a dificultades del desarrollo que producen una gran frecuencia de trastornos en la personalidad durante las etapas posteriores de la vida. Por ejemplo, a veces mantiene intrapsíquicamente una división en el tipo de relación de objeto que establece con los padres, ya que en realidad tiene dos parejas de progenitores; en consecuencia para él una de las parejas es la “mala” y otra la “buena”, por otro lado, uno de los padres adoptivos o ambos, pueden sufrir de culpabilidad inconsciente, que se proyectan en sus ideas acerca de la herencia o la concepción del hijo adoptado. Estos niños, a menudo tienen la fantasía (que satisface sus deseos) de que la madre real vendrá a recogerlos; su ambivalencia hacia los padres con los que vive, suele ser difícil de resolver, ya que los percibe como los progenitores inadecuados, y apoyan este

conflicto con fantasías acerca de cuán satisfactoria sería la relación con los padres perdidos, tales fantasías generan y mantienen el deseo común que estos niños sienten, de conocer y encontrar a los padres reales. Además, los nuevos progenitores a menudo pueden usar el hecho de la adopción para avergonzarlo y controlar su conducta, lo cual aumenta en él una sensación de que nadie lo quiere ni lo ama. Parece ser que los niños adoptados, se ven expuestos a este tipo de transacciones familiares se vuelven con mayor frecuencia individuos agresivos, y participan en aventuras sexuales “que expresan conflictos internos” durante la adolescencia y en la edad adulta.

El *niño institucionalizado* a menudo está también expuesto a un ambiente desfavorable para la maduración emocional, pues carece de un contacto emocional y social cercano, continuo y cálido con una madre sustituto interesada y más tarde de una figura paterna, el niño que crece en una institución, se ve privado de estimulación personal, y de la oportunidad de desarrollar afecto y confianza, que le permitan más tarde tener la capacidad de relacionarse e identificarse adecuadas con otros individuos y en las cuales se altera la maduración de las funciones del ego y el superego. Al respecto, los estudios realizados, han encontrado que estos niños muestran una mayor frecuencia de conducta problemática, caracterizada por falta de control, angustia, agresión y empobrecimiento afectivo; específicamente, son más inquietos, hiperactivos, y de concentración limitada; otros muestran berrinches temperamentales y pueden ser impúdicos, crueles y destructivos, pero lo más frecuente es que sufren de alteraciones en el habla y en las actividades mentales, que les produce dificultades en la escuela y desde luego en su vida social.

Los *gemelos*, tanto los idénticos como los no idénticos, igual que los niños que nacen en familias numerosas, tienen problemas especiales en el crecimiento de la personalidad, pues entre otros aspectos, la actitud de la madre hacia los dos pequeños, a veces es de vergüenza y rechazo, seguidos más tarde por esfuerzos para explorar y diferenciar a los hermanos, como un medio que la madre usa para

dirigir apropiadamente sus respuestas hacia uno u otro de los niños. El cuidado de ambos, exige mucho de la madre; cada uno de ellos recibe menos atención que un hijo único y esto hace que ellos, estén más juntos generando una fuerte dificultad para establecer identidades propias e independientes, además de la interferencia para lograr un aprendizaje propio de las funciones sociales. Los problemas van más allá, pues además desarrollan problemas de rivalidad intensos, de celos por el cariño paterno o materno a los cuales pueden adaptarse ligándose a uno u otro de los padres, reprimiendo sus intensificados impulsos coercitivos individuales. Aunque estas presiones no son inevitables, aparecen con frecuencia en el desarrollo de los gemelos y hacen que el individuo se sienta inseguro de su propia identidad y sea en extremo vulnerable a la pérdida de su hermano, del cual habitualmente depende en forma excesiva.

2.3.4. Fenómenos sociales

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza, la migración, la violencia y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada, por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social (Desjarlais et al. 1995). Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza, y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. En algunas zonas, el desarrollo económico está obligando a un número cada vez mayor de poblaciones indígenas a emigrar hacia áreas urbanas en busca de sustento que por lo general, no aporta un mayor bienestar

social; al contrario, genera a menudo altas tasas de desempleo y condiciones de vida miserables, de tal modo que los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes sociales de apoyo. Así, los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental

También la vida rural está erizada de problemas para muchas personas, como el aislamiento, la carencia de transportes y comunicaciones, y la escasez de oportunidades educativas y económicas. Además, los servicios de salud mental tienden a concentrar los recursos clínicos y el personal experimentado en áreas metropolitanas más amplias, dejando así pocas opciones a los habitantes de zonas rurales necesitados de asistencia psiquiátrica.

Datos recientes sobre el suicidio, que según la OMS, constituye un grave problema de salud pública, las tasas de suicidios más alta se ubican en Europa del Este y las más bajas en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos.¹⁸ En el Continente Americano, los países con las tasas más elevadas de suicidios son: Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela; y las más bajas las presentan Colombia y Paraguay; son, además, una de las tres primeras causas de muerte entre jóvenes de los países de América: 18% de los suicidios corresponden a personas de 15 a 24 años de edad.¹⁹ Entre los factores de riesgo que predisponen la consumación del suicidio, cabe citar el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de maltrato en la familia, el aislamiento social, la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Hasta ahora se estima que las víctimas de este problema social, ascenderían a 1.5 millones para el año 2020. La tasa de suicidios en México es diferencial por sexo y también por grupos de edad. En el caso de los varones, las tasas más altas se presentan entre la población de 20 a 24 años, así como en los adultos mayores (de 60 años y más): 8.7 y 8.4 decesos por cada cien

¹⁸ 3 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

¹⁹ OPS (2002).

mil varones, respectivamente; mientras que entre las mujeres, se aprecia el nivel más alto en las jóvenes de 15 a 19 años de edad, con 1.9 suicidios por cada cien mil mujeres. Las diferencias entre los sexos masculino y femenino en cuanto a este fenómeno, sugiere la reflexión acerca del contexto social en el que se presenta el suicidio, en particular de jóvenes y adultos mayores, por los problemas que suelen estar presentes alrededor de estos grupos de población y que se ubican en el plano amoroso y familiar, más frecuentemente en el caso de los jóvenes, y en los trastornos depresivos que padecen más los adultos mayores, por el proceso de envejecimiento y los patrones socioculturales que los conducen a la soledad, el abandono y a la pérdida de autoestima.²⁰

RESUMEN DE LA UNIDAD

El origen y causa de las enfermedades mentales genera, hoy en día una infinidad de dudas, a pesar de los esfuerzos realizados, pues como se aprecia a lo largo de la unidad, los factores que contribuyen a su aparición son múltiples y van desde aquellas situaciones que son producto de la herencia, pasando por las interacciones hasta los individuales, toda ellas con igual peso de importancia, en donde basta una alteración, - por leve que sea -, en una de ellas para que se modifiquen las otras dos, pues una persona bien adaptada, cuya conducta satisface en forma simultánea y con éxito las exigencias de las necesidades básicas, las sociales y las individuales, disminuye las posibilidades del desarrollo de conductas patológicas con desajustes sociales graves y repetidos.

²⁰ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI). *Mujeres y Hombres en México*, 2006, Décima edición. p. 483-488

UNIDAD 3.

TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

En cualquier lugar del mundo, la interacción humana es inevitable, algunos científicos sociales sostienen que con solo mirarse las personas ya interactúan pues ello conlleva una comunicación no verbal, mediante la percepción de la expresión de los ojos, la boca, el ceño, el arreglo personal, la vestimenta, etcétera, quizá esto provocaría un sinnúmero de discusiones y un análisis más profundo, pero lo que interesa destacar en este momento, es el hecho que el ser humano siempre esta relacionándose con los otros, en situaciones diversas, desde la simple mirada hasta la convivencia bajo un mismo techo por cortos o largos periodos, algunos son tan durables que únicamente terminan con la muerte de cualquiera de los partícipes, de esta coexistencia surgen una serie de conductas dirigidas a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, sociales y por supuesto las psicológicas, que no siempre alcanzan un nivel aceptable y digno de vida, convirtiéndose en una necesidad o problema social, puesto que aqueja a un individuo, un grupo o una comunidad en diversos ámbitos de la cotidianidad, más aún, ante las interacciones, también resulta inherente la manifestación de comportamientos que pueden derivar conflictos y rebasan los límites de la normalidad, se pierde el equilibrio emocional y por lo tanto la salud, pues recordemos que en la unidad anterior, se mencionó la influencia que cada una de las áreas del individuo -biológicas, psicológica y social- ejercen entre ellas mismas. De este modo, ante tales circunstancias, se requiere de un equipo interdisciplinario, a que intervenga en la solución de los problemas e indague acerca de los fenómenos sociales que surgen y uno de ellos es el trabajador social, profesionalista, que promueve la organización y la participación de los miembros de la colectividad, con acciones y objetivos específicos, siempre encaminados a elevar o mantener la calidad de vida de los seres humanos, impulsándolos para que actúen en la búsqueda de alternativas a sus propias necesidades.

OBJETIVO: Identificarás los niveles de intervención del Trabajador Social y las funciones en el campo de la salud mental

CONTENIDO TEMÁTICO:

UNIDAD 3. TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL

3.1 Conceptualización

3.2 Funciones

3.3 Niveles de intervención

3.3.1 Prevención primaria

3.3.2 Prevención secundaria

3.3.3 Prevención terciaria

3.4 Trascendencia de la profesión

3.4.1 Ética profesional en el ejercicio profesional

3.4.2 Normas éticas

3.1 Conceptualización

Trabajo Social como una de las disciplinas de las Ciencias Sociales, también presenta fuertes dificultades para su definición, dado entre otros aspectos de la dicotomía de su nombre, entonces ¿cuál de las dos – trabajo o social - es la que guía su conceptualización y por tanto la definición de su objeto de estudio, de este modo una vertiginosa revisión nos acerca a aproximadamente doscientos diferentes nociones y enunciaciones de ella, pero esta discusión, reflexión e incluso decisión les corresponde a los filósofos y a los epistemólogos del trabajo social, así que, para este documento, y de acuerdo al Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Trabajo Social de 1996, será:

“Trabajo social es una disciplina que mediante su metodología de intervención contribuye al conocimiento y transformación de los procesos sociales para incidir en la participación de los sujetos en desarrollo y en el desarrollo social”

La intervención profesional esta determinada por la vinculación que existe entre las necesidades sociales y las demandas de la población, aunque también por las políticas sociales y las instituciones que generan los servicios, esto a dado lugar al desarrollo del trabajo social tanto en el sector público – nivel federal, estatal o municipal y organismos descentralizados -, social – organizaciones sociales en organismos no gubernamentales , instituciones de asistencia social y en el sector privado – organismos y asociaciones civiles-. Los campos de aplicación del Trabajo Social, entre otros, son: Educativo, Procuración y administración de justicia, seguridad pública, Empresarial, Vivienda, Derechos Humanos, Asistencia social, Desarrollo rural, urbano, Promoción y Desarrollo Social, Ecología, Alimentación y Abasto, Seguridad Social y desde luego Salud, en donde se ubica al Trabajo Social Psiquiátrico, involucra al sujeto en las diversas etapas de la vida y se ocupa principalmente de prevenir, rehabilitar, asistir en los trastornos psicosociales del individuo, grupo y de la comunidad , para lo cual se orienta a lograr una organización sociodinámica que satisfaga las necesidades psíquicas de la población y fomente el desarrollo de las potencialidades creativas, mediante la intervención oportuna.

3.2 Funciones

Cabe aclarar que las funciones que desempeña el trabajador social en todos los campos de acción, también son para la atención de la salud mental y a continuación se presentan:

1. Orientación relacionadas con las discapacidades además de con los síntomas y sobre los servicios lo más cercanos al domicilio del enfermo, que incluyan atención en el hospital general para casos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad, así como también con pacientes psiquiátricos recluidos en centros penitenciarios.
2. Capacita a la población para la participación en la búsqueda de la mejor atención para la recuperación, mantenimiento o prevención de la salud mental.
3. Coordinar sesiones entre profesionales de la salud mental y los organismos comunitarios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.
4. Colaboración con los cuidadores y respuesta a las necesidades tanto de los enfermos mentales como de sus familiares, considerando la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales. Educación a la población a través de la realización de campañas de adiestramiento y sensibilización pública sobre la salud mental con el objetivo principal de reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos.
5. Gestor de alternativas de asistencia viables y sus ventajas ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles, especialmente la comprensión y el respeto al enfermo y sus familiares.

6. Planea la formulación y la adopción las políticas, de programas y servicios, acordes a las necesidades de las comunidades y las familias logrando la participación conjunta.
7. Diseña programas, planes y proyectos para establecer políticas y legislación sobre salud mental, que entre otros aspectos contendrían acciones para evitar la discriminación de los enfermos mentales.
8. Capacitación para incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, pues se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia, como serían médicos, como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, trabajadores sociales psiquiátricos y terapeutas a fin de garantizar una asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.
9. Evaluación de la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental.

3.3 NIVELES DE INTERVENCIÓN

Los trabajadores sociales desempeñan “funciones y objetivos profesionales, con la finalidad de optimizar las potencialidades del ser humano, es que se considera el área de la salud como una base imprescindible en el desarrollo de los individuos, ya que involucra elementos biológicos, psicológicos y sociales”²¹, en básicamente tres niveles de atención: **PRIMER NIVEL**, está constituido por centros de salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar que son la base del Sistema de Salud y por la cual ingresa la comunidad a solicitar servicios de atención en el sector salud; pues en ellos se presta atención de consulta externa, la que por lo general es la más solicitada. En estas unidades se lleva a cabo la mayor y más importante labor de prevención a través de diferentes programas, por lo que son ideales para llevar el control de la salud, así como de la

²¹ Camacho, A. Ana Y., Robledo. Z. O. M. la dinámica familiar de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tesis de Licenciatura, Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. México. 2004. pág. 3

atención de enfermedades leves, no complicadas como gripe, amígdalas, diarreas, entre otras.

Particularmente las actividades del trabajador social se centran en la identificación, orientación y prevención de factores sociales que predisponen a una determinada persona, grupo o comunidad, a padecer algún tipo de enfermedad y evitar situaciones patológicas, por medio de la promoción de la salud, en donde simultáneamente es posible reconocer factores precipitantes o de riesgo que desencadenen en un trastorno psiquiátrico y para ello es básica la educación para la salud, la nutrición, las condiciones adecuadas de vivienda, la recreación y por supuesto un permanente chequeo médico, pues ello conlleva el seguimiento de las inmunizaciones, la profilaxis, protección contra riesgos ocupacionales y saneamiento ambiental, además de orientar sobre los procedimientos a realizar en la institución y facilitar la incorporación del paciente al tratamiento; **SEGUNDO NIVEL**, está constituido por hospitales generales que cuentan con los servicios de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía (ortopedia, traumatología, cardiovascular, oftalmología y medicina interna), con análisis para laboratorio, rayos X, servicio de urgencias y camas para pacientes que requieran llevar un control más preciso de la recuperación de su salud. Respecto a la intervención del trabajador social, esta consiste básicamente, en formar parte del equipo interdisciplinario, donde específicamente aporta información indispensable en cuanto a la situación socioeconómica y cultural que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de una determinada enfermedad y las consecuencias psicosociales, localizando, identificando, controlando y eliminando aquellos que retardan o impiden lograr el control o erradicación de la misma, además de desarrollar capacidades para orientar y capacitar a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad en general, en los problemas subsecuentes a la enfermedad, así como de la necesidad de modificar la situación, de modo tal que se tengan a la disposición todos los medios terapéuticos actuales y sí se requiere, conseguir la oportuna adecuación y coordinación de las instituciones y organismos asistenciales. Este profesionalista está habilitado, también para participar en la formulación, planificación, ejecución y

evaluación de políticas incluidas las de salud; y **TERCER NIVEL**, esta conformado por institutos en los cuales se imparte consultas de alta especialidad que estudian a los individuos en áreas específicas del organismo que están afectadas, entre ellas están, las del corazón, riñones, pulmones; en enfermedades como el cáncer y por supuesto las mentales, neurológicas, entre otras. Otra característica de este nivel de atención es la capacitación –formación de recursos humanos –, por lo tanto de la docencia y de la investigación. De este modo el trabajador social va a realizar funciones como las de orientar, sensibilizar, rehabilitar y reinsertar al paciente a su contexto familiar, laboral y social, con el apoyo de técnicas grupales, mesas redondas, diálogos, talleres, seminarios, e incluso visitas domiciliarias, a fin de mantener redes de comunicación social, procurando que el tratamiento más eficaz para mantener o elevar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Gómez Lavín, C. (2000), las Misiones del Trabajo Social en psiquiatría son:

1. Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, explicación de los servicios clínicos a los usuarios y en su caso, el acompañamiento de los pacientes, además de la implementación de medidas para favorecer la rehabilitación, organizar grupo de padres y de autoayuda y colaborar en campañas de salud mental.
2. Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible; en especial se cuidarán los problemas laborales, familiares y sociales que se puedan plantear en la etapa post-hospitalaria.
3. Finalmente su actuación será necesaria en todas las áreas del tratamiento de un enfermo, en forma amplia y flexible con los esposos, otros familiares, amigos o compañeros y con las diversas instituciones y comunidades.

Los conceptos de niveles primario, secundario y terciario de prevención, que también suelen usarse en Trabajo Social, se originaron en el campo de la sanidad (Hardiker, et al, 1989b). Fuller (1989), señala que “la prevención primaria suele evitar la aparición de un problema, la prevención secundaria lo analiza y actúa

sobre él en una etapa temprana, y la terciaria actúa sobre los efectos perniciosos de un problema arraigado”.

3.3.1 Prevención Primaria

Se entiende normalmente en términos de necesidades universales y servicios: suficientes ingresos, hogar y asistencia sanitaria adecuados. Parker (1980) relaciona la prevención primaria con el esfuerzo de evitar problemas que puedan surgir, lo que obliga a reconsiderar la naturaleza de los propios problemas, en Trabajo Social se definen como las dificultades en las capacidades sociales y personales. Los objetivos de este tipo de intervención, se dirigen a lograr mejorar las condiciones sociales con vistas a no alterar la caracterización de la situación del individuo, esto se podría conseguir a través de los servicios universales que reducen los riesgos sociales y económicos dentro de la comunidad, o a través de los servicios universales que reducen los riesgos sociales y económicos dentro de la comunidad, o a través de los servicios específicos que intentan mejorar las circunstancias de los individuos y las familias vulnerables.

El campo de la prevención es muy amplio y coloca al Trabajo Social en el límite de lo que le corresponde de acuerdo a sus funciones y en general, se reconoce que aunque no se pueden combatir las causas estructurales de los problemas sociales, su conocimiento de los efectos de la pobreza y otras desventajas los coloca en una posición crucial para influir sobre los programas sociales (Wharf, 1985; Townsed et al, 1987; Hardiker y Barrer, 1988; BASW, 1989). Además existe un amplio espectro de concepciones que ofrecen formas más personalizadas de ayuda a las personas con dificultades sin necesidad de convertirlos en pacientes, tal es el caso de los proyectos de autoayuda y los comentarios pueden que apoyen a los padres y familias, que potencien a las personas vulnerables y que desarrollen redes informales de apoyo en los barrios (Collins y Pancoast, 1976). Otros padecimientos defienden la discriminación positiva en la asignación de recursos, tales como la asistencia a domicilio a grupos y comunidades

vulnerables. Se incluyen también los esfuerzos para evitar que las personas que sufren dificultades menores se conviertan en pacientes potenciales; por ejemplo, el asesoramiento, la orientación y los servicios de ayuda proporcionados a través de oficinas que trabajan en este sector, o vinculados a centros de salud, colegios y hospitales (Sunden y Homan, 1979)

3.3.2 Prevención Secundaria

Se lleva a cabo en el momento en el que el solicitante es aceptado como paciente de una institución de Trabajo Social, por ejemplo, una familia que normalmente no presenta ningún tipo de problemas podría pasar por una crisis profunda debido a algún hecho traumático; una evaluación por parte de Trabajo Social podría indicar la necesidad de una intervención a corto plazo con el fin de que la persona debe de ser paciente (Sainsbury, 1977; Wharf, 1985). Algunos autores argumentan que, una vez que se ha asignado el status del paciente, no se debe volver a utilizar el término prevención, ya que la respuesta de la institución es la de tratamiento y rehabilitación (Albee, 1982; Schinke et al., 1986). Sin embargo, uno de los valores fundamentales del Trabajo Social consiste en restablecer la autonomía de los individuos, así como el de contribuir a conservar y a desarrollar sus lazos sociales. De ahí que sigamos la teoría de Parker “(. . .) la prevención debe ser un objetivo en todas las fases de intervención” (Parker, 1980: 44). No obstante, la intervención no es siempre buena, pues dadas las funciones de rescate y de control de las instituciones de Trabajo Social, el status del paciente puede que vaya afectando progresivamente a su vida, en particular cuando se dan situaciones de riesgo y vulnerabilidad, por lo tanto, uno de los objetivos primordiales que tiene que incluirse en todas las fases es la de evitar la necesidad de intervenciones cada vez más coactivas, de modo que se conserven la autonomía y la integridad de la familia. Los objetivos de la intervención secundaria, varían, dependiendo de la concepción particular que tengan la institución y el profesional. El clásico Trabajo Social de caso se centra en los miembros descritos como pacientes, mientras que los objetivos de las

intervenciones unitarias abarcan desde los miembros que aún no se consideran pacientes a la comunidad y a otros sistemas sociales. Algunos objetivos son parecidos a los descritos en la prevención primaria, pero la meta de la intervención difiere; en el nivel secundario se tiene más en cuenta a los pacientes, a sus familias, escuelas, médicos y a los empleados y no tanto a las estructuras relacionadas indirectamente con los pacientes.

3.3.3 Prevención Terciaria

La actuación en este nivel trata de evitar los efectos peores de las dificultades familiares crónicas, así como evitar que los pacientes se vean conducidos a intervenciones cada vez más coactivas (Wharf, 1985). El trabajo a menudo se desarrolla dentro de un marco institucionalmente regulado, ya que son altos niveles de riesgos y vulnerabilidad. Los objetivos de la intervención, las situaciones complejas y peligrosas de muchos de los pacientes, unido al grado de ansiedad que generan en las instituciones sanitarias y de bienestar, hace que aumente la posibilidad de que se intervenga bajo mandatos jurídicos (Dingwall et al., 1983). La importancia que se da a las necesidades y a los intereses del paciente en la legislación, sumando a la estructura de responsabilidades de la administración municipal tradicionalmente basada en el Trabajo Social de casos, genera un modelo de práctica que se centra en cada paciente y en su familia.

Algate y Simmonds, 1988 comparten la opinión de Parker sobre la prevención como objetivo fundamental en todas las fases de intervención, pero trasladan dicho concepto más allá del nivel terciario. Mencionando un cuarto nivel, en el que el objetivo del trabajo, es disminuir el perjuicio que puede resultar del ingreso en el sistema de asistencia y en restablecer a nivel “suficiente” las capacidades personales y sociales de los pacientes vulnerables. Por lo tanto, los objetivos y las intervenciones varían según la fase de evolución del problema, de la situación del paciente y de los valores éticos que defiende el Trabajo Social.

3.4 Trascendencia de la profesión

A lo largo de las unidades temáticas, se ha manifestado en forma constante, desde la perspectiva de Trabajo social, la carencia de estudios científicos, que demuestren la vinculación entre los fenómenos sociales y las repercusiones en la salud mental de los individuos, a fin de instrumentar estrategias para prevenir, rehabilitar, recuperar, orientar o evitar el deterioro del organismo de la mente y como consecuencia de ello de las relaciones sociales, siempre con el objetivo de propiciar un desarrollo dinámico para que el hombre realce todas sus potencialidades y llegue a un correcto funcionamiento psíquico, pues el desarrollo personal se expresa en la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y otras habilidades, de perfeccionar las destrezas, al igual que las relaciones respetuosas y estables con los demás son primordiales, aceptando a las otras personas como son y dando un trato adecuado al tipo de vínculo afectivo establecido, ya sea paternal, filial, matrimonial, amistoso, laboral o vecinal. Esto sólo se logrará con la ayuda de las instituciones gubernamentales que al integrar un equipo interdisciplinario eduque a la población a este tipo de actividades.

Ahora bien, el Trabajo social es una profesión joven, que esta en proceso de construcción de su metodología y sus campos de acción, particularmente en el terreno psiquiátrico, tiene la posibilidad de ejercer una amplia gama de actividades a favor de los enfermos mentales y sus familiares, mediante la contribución realizada por los jóvenes tesistas, profesionistas e investigadores quienes han incursionado en el análisis de temáticas como en los trastornos de alimentación, bipolares, los orgánicos, Alzheimer, suicidio, entre otros, estudios que manifiestan el deterioro de la salud mental por los significados e implicaciones de tener un familiar este en fase terminal como el VIH/SIDA, cáncer, etcétera, para lo cual se tiene la participación del trabajador social tanatólogo, así como del impacto en la dinámica familiar por motivos similares a los expuestos. Justamente, estas son algunas de las situaciones por las que se afirma que el Trabajo Social, tiene un

extenso camino por recorrer, desde la definición de su objeto de estudio, hasta la construcción de su propia metodología.

3.4.1 Ética Profesional en el ejercicio profesional

Además de los conocimientos teóricos, prácticos y las funciones que un profesionalista del área de las Ciencias Sociales y de la Salud, conozca, se obliga a estar consciente de sus recursos y limitaciones; de los principios de ética que gobiernan el ejercicio de su profesión así como de la necesidad de una continua capacitación que su joven disciplina demanda. De aquí se desprende la necesidad de plantearse una serie de cuestionamientos éticos y filosóficos, pues de la actitud que el profesionalista asuma frente a su responsabilidad social, dependerá su eficiencia y realización personal. Particularmente para el Trabajo Social, una característica histórica y definitoria es la preocupación de contribuir para mejorar el bienestar humano y la calidad de vida, a través de satisfacer las necesidades básicas, en particular de las personas vulnerables u oprimidas. Los trabajadores sociales fomentan la justicia social y el cambio social con el individuo, familias, grupos, organizaciones y comunidades, son sensibles a la diversidad cultural y ética, luchan por acabar con la discriminación, la opresión, la pobreza y otras formas de injusticia social, mediante actividades del ejercicio profesional directo, la organización comunitaria, supervisión, consulta, administración, mediación, acción social y política, desarrollo, educación e investigación y evaluación, de modo tal que esa acción profesional conlleva un sinnúmero de actitudes éticas, conformada por valores, los cuales se definen como aquellos que ayudan a toda persona a ser mejor llegando a un punto óptimo de desarrollo humano, a ver la vida con mayor entereza, a amar y a apreciar los aspectos positivos del ser humano. Estos se han clasificado en: 1) INDIVIDUALES. Se definen como gustos y preferencias personales, razón por la cual una de las personas posee su propia escala de valores, que se origina básicamente por el placer que nos proporcionan ciertas ideas, cosas o seres humanos; 2) SOCIALES. Son aquellos que nacen para satisfacer necesidades propias de una sociedad y tienen como principal función contribuir para que los actos humanos se desarrollen

en beneficio de la sociedad, logrando su aceptación de manera libre y consciente y

3) UNIVERSALES. Son aquellos que existen a nivel mundial, sin importar raza, religión, lengua, sociedad o país y que presentan un perfil o ideal de comportamiento de todo ser humano, de estos se identifican siete: a) JUSTICIA. Reconocer que todos los seres humanos son iguales, con derechos y obligaciones para cada uno como persona; b) HONESTIDAD. Decencia y compostura en las acciones y palabras de una persona; c) FIDELIDAD. Corresponde a la confianza, amor, amistad, etcétera, que se depositan en una persona; d) VERACIDAD. Que se usa, profesa o dice la verdad; e) BONDAD. Capacidad de darse a uno mismo, al dar a otros lo que se tiene; f) RESPONSABILIDAD. Capacidad de todo sujeto de conocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente y g) DIGNIDAD. Cualidad por la cual uno se siente especialmente afectado por una ofensa, humillación, agresión, entre otros.

3.4.2 NORMAS ÉTICAS

En este apartado solo se expondrán la normas éticas de los trabajadores sociales hacia el ser humano, pero también se han desarrollado para con sus colegas, el trabajo y como profesionales, así que algunas normas son criterios obligatorios de conducta profesional y otras son sólo aspiraciones, respecto a las primeras depende de un juicio profesional, el cual es competencia de los responsables de juzgar las presuntas infracciones de las normas éticas. En este apartado se incluyen: 1) Compromiso con la persona asistida. Se fomenta el bienestar de las personas que solicitan su ayuda; 2) La autodeterminación. Los trabajadores sociales respetan y fomentan el derecho de las personas asistidas a la autodeterminación y asisten en sus esfuerzos para identificar y clarificar sus objetivos; 3) El consentimiento informado. Los trabajadores sociales proporcionaran servicios sólo en el contexto de una relación profesional basada en un consentimiento informado válido; utilizarán un lenguaje claro y comprensible para informar a las personas del objetivo de los servicios, los riesgos posibles, los límites de los servicios en razón de las exigencias de tercero, los costos relevantes, las alternativas razonables, el derecho de las

personas a negarse a dar el consentimiento o a retirarlo una vez dado. En los casos en que las personas CAREZCAN DE LA CAPACIDAD para dar CONSENTIMIENTO INFORMADO, los trabajadores sociales protegerán los intereses de la persona, buscando la autorización de terceros calificados, informando a las personas de un modo adecuado a su nivel de comprensión; 4) La competencia. Los trabajadores sociales proporcionaran servicios y se presentarán a sí mismo como competentes sólo dentro de los límites de su formación, capacitación, titulación, experiencia u otras acreditaciones profesionales relevantes; 5) La competencia cultural y la diversidad social. Los trabajadores sociales habrán de entender la cultura y su función en la conducta humana y la sociedad, reconociendo los valores que tienen todas las culturas. Habrán de formarse para entender la naturaleza de la diversidad social y de la opresión con respecto a la raza, etnia, origen nacional, color, sexo, orientación sexual, edad, estado civil, creencias políticas, religión o MINUSVALÍAS FÍSICAS Y PSÍQUICAS; 6) Los conflictos de intereses. Los trabajadores sociales estarán atentos y evitan los conflictos de intereses que interfieran en el ejercicio de la discreción profesional y de un juicio imparcial; 7) La intimidad y la confidencialidad. Los trabajadores sociales respetarán el derecho a la intimidad; no solicitarán información íntima, a menos que sea esencial para la prestación del servicio o para llevar a cabo una evaluación o investigación de Trabajo Social . . .no revelarán información confidencial a terceros por ningún pago; 8) El acceso a los informes. Los trabajadores sociales darán un razonable acceso a los informes que les conciernan, ya que se puede dar una grave o errónea interpretación o un daño para la persona asistida; 9) Las relaciones sexuales. Los trabajadores sociales no tendrán bajo ninguna circunstancia actividades sexuales con las personas asistidas, aunque se de una intención de consentimiento. Ni con familiares o personas relacionadas con la persona involucrada; 10) El contacto físico. Los trabajadores sociales no tendrán contactos físicos con las personas cuando existe la posibilidad de daño psicológico como resultado del contacto; 11) El acoso sexual. Los trabajadores sociales no acosarán sexualmente a las personas que asiste; 12) Lenguaje despectivo. Los trabajadores sociales no utilizarán un lenguaje despectivo hacia o sobre las personas asistidas ni en sus escritos ni en su comunicación oral; 13) Las tarifas de los servicios.

Cuando se establezcan tarifas, se asegurarán de que sean justas, razonables y proporcionadas con relación a los servicios prestados, tomando en cuenta la capacidad económica de la persona asistida; 14) Personas incapacitadas para adoptar decisiones. Cuando los trabajadores sociales actúen en nombre de personas que carezcan de la capacidad para adoptar decisiones informadas, harán lo razonablemente necesario para salvaguardar los intereses y derechos de esas personas; 15) La interrupción de los servicios. Los trabajadores sociales se esforzarán razonablemente para garantizar la continuidad de los y 16) La finalización de los servicios. Los trabajadores sociales finalizarán sus servicios o relaciones profesionales cuando ya no sean requeridas o ya no sean útiles para las necesidades o intereses de la persona asistida. Cuando se deja un lugar de trabajo, informarán a la persona de las opciones adecuadas para la continuación de los servicios y los beneficios y riesgos de las opciones.

RESUMEN DE LA UNIDAD

Finalmente diremos que el Trabajo Social es una disciplina que tiene por objeto de intervención la realidad y la problemática social, con un carácter integral en toda su complejidad, por lo que su labor se centra en las relaciones sociales que establece el hombre para la supervivencia, el desarrollo humano y social, proceso que implica alcanzar un equilibrio entre las necesidades y satisfactores, su interés en la búsqueda de la superación y el perfeccionamiento de las potencialidades humanas con una dimensión social, siempre e inherente a los principios de ética que gobiernan el ejercicio de la profesión. De aquí, que resulte sumamente importante plantearse una serie de cuestionamientos éticos y filosóficos, dado que una característica histórica y definitoria es la preocupación de contribuir para mejorar el bienestar humano y la calidad de vida, en particular de las personas vulnerables u oprimidas, con el fomento al cambio y a la justicia social con el individuo, familias, grupos, organizaciones y comunidades, para combatir la discriminación, la opresión, la pobreza y otras formas de injusticia social, mediante varias actividades y funciones que conllevan un sinnúmero de actitudes éticas, conformada por valores. Respecto a la salud mental,

reconocemos que el camino por recorrer aún es largo, pues es necesario centrar las actividades en varias líneas, a fin de consolidar al Trabajo Social Psiquiátrico, por un lado, hay un desconocimiento de las causas que originan las enfermedades mentales y por el otro, el desarrollo de una metodología propia de esta profesión a fin de que cada ser humano cuente con la calidad de vida y el bienestar social que humanitariamente merece.

UNIDAD 4

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

Estar en condiciones de superar un obstáculo, una dificultad, alcanzar un estado de completo bienestar físico y mental, implica la capacidad para tener relaciones agradables con otros, de la participación constructiva en las modificaciones del entorno y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de impulsos instintivos propios, es lo que significa tener salud mental, y cualquier evento sea interno o externo que llegue y modifique alguna de las áreas – biológica, psicológica y social – generará estados donde la salud se verá afectada, desde conflictos manejables y por tanto normales, hasta llegar a la patología, en diferentes grados de leve a severa, tanto que amerite de la intervención especializada. Tales eventos están vinculados a funciones orgánicas, accidentes, estilos de vida actuales y especialmente a los emocionales y surgir en cualquier etapa del ciclo vital humano, sin importar la clase, el sexo o el lugar geográfico, a fin de cuentas, las personas enferman mentalmente y hay dificultades para encontrar explicaciones científicas sobre las causas y motivos por las cuales se presentan los trastornos, cómo es que se distribuyen y afectan a las personas, bajo ciertas condiciones, sin embargo a continuación se presenta una clasificación, asumiendo el riesgo que conlleva esta presentación.

La inmensa mayoría de las personas con trastornos mentales no son violentas, sólo en una pequeña proporción de trastornos mentales y del comportamiento existe un mayor riesgo de violencia, que puede reducirse con una asistencia psiquiátrica integral.

OBJETIVO: Conocerás las enfermedades mentales, su clasificación y los principales padecimientos por grupos etarios

CONTENIDO TEMÁTICO:

UNIDAD 4. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

4.1. Clasificación de las enfermedades mentales

4.1.1 Orgánicas.

4.1.1.1 Síndromes cerebrales orgánicos

4.1.1.1.1 Degenerativos.

4.1.1.1.2 Lesiones.

4.1.1.1.3 Infecciones

4.1.1.1.4 Epilepsia.

4.1.1.1.5 Vasculares.

4.1.1.1.6 Delirio.

4.1.1.2 Estados sistémicos

4.1.1.2.1 Metabólicos

4.1.1.2.2 Trastornos endocrinos.

4.1.1.2.3 Venenos.

4.1.1.2.4 Estados cardíacos.

4.1.1.2.5 Deficiencia

4.1.1.3 Deficiencia mental.

4.1.2 Por traumatismos.

4.1.2.1 Heridas en la cabeza

4.1.3 Trastornos de personalidad

4.1.3.1 Trastornos afectivos.

4.1.3.2 Trastornos sexuales.

4.1.3.3 Trastornos relacionados con el parto.

4.1.4 Psicósomáticas.

4.1.4.1. Trastornos de la alimentación (aparato digestivo).

4.1.4.2 Aparato respiratorio.

4.1.4.3 Aparato cardiovascular.

4.1.4.4 Aparato locomotor.

4.1.4.5 Aparato cutáneo.

4.1.4.6 Nutrición en general.

4.1.4.7 Trastornos diversos.

4.2 Formas de priorización.

4.3 El problema por grupos etarios y su vinculación con los factores sociales

4.3.1 Prenatal.

4.3.2 Infancia.

4.3.3 Adolescencia.

4.3.4 Aduldez.

4.3.5 Vejez.

4.1. Clasificación de las enfermedades mentales

4.1.1 ORGÁNICAS.

4.1.1.1 SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS o psicosis orgánicas son aquellos en los que la disfunción mental es consecuencia de una patología neurológica directa.

4.1.1.1 DEGENERATIVOS. **Demencia**, es una deficiencia adquirida del intelecto y de la memoria, frecuentemente se presenta con cambios de la personalidad, del estado de ánimo y de la conducta, su causa es orgánica y crónica y por lo general progresiva e irreversible, se inicia en forma gradual, a menos que sea secuela de una enfermedad delirante. La pérdida de la memoria suele ser el primer síntoma; el paciente olvida los eventos más recientes, pero conserva los más remotos, lo que se vuelve una desorientación. También se deterioran otras funciones intelectuales, hay cambios de tipo afectivo y se puede presentar una inestabilidad emocional o una depresión o euforia permanentes. Es posible que haya una exageración de los rasgos de la personalidad anterior a la enfermedad, así como cierta brusquedad acompañada de conducta socialmente inaceptable. A menudo no hay introspección, excepto en las primeras etapas. En las "demencias primarias" se incluyen: **Alzheimer**, esta enfermedad consiste en un trastorno de la memoria, que se va dando en forma gradual durante dos o tres años, más tarde aparece un rápido deterioro intelectual con síntomas de

disfunción del lóbulo parietal (disfasia, apraxia, agnosia), los casos extremos se manifiestan con serio estado de demencia y notables anormalidades neurológicas y quienes la padecen no recuerdan los nombres de las persona y objetos. No importa la clase socioeconómica, raza, o grupo puede presentarse con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, aproximadamente el 10 % en mayores de 65 años, en edades más tempranas también puede presentarse, específicamente en personas de entre los 35 y 50 años. **Demencia arteriosclerótica**, por lo general inicia a los 60 años, afectando con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, consiste en un infarto focal del cerebro debido a hemorragia, trombosis o embolia, así como hipertensión, signos neurológicos focales y evidencias de arteriosclerosis en otros órganos, se presenta pérdida de la memoria, deterioro intelectual y cambios afectivos, pero la introspección y personalidad se conservan en mejor estado que en los casos de demencia senil. Se produce en forma repentina, ya que el paciente sufre de pequeños ataques repetidos o crisis de encefalopatía con hipertensión que dejan una lesión residual, una vez que se ha manifestado, no existe tratamiento y los fármacos vasodilatadores han tenido poco éxito, con respecto al tiempo de supervivencia es de aproximadamente cinco años y generalmente las causas de muerte son enfermedad isquémica cardíaca y apoplejía; **Parkinson**, esta deficiencia cognoscitiva se caracteriza por temblor y rigidez muscular, enflaquecimiento rápido y parálisis de la lengua, órgano de la deglución en general y los esfínteres, así como la expresión facial se torna inmóvil, como una máscara y también se presenta depresión; **Enfermedad de Pick**, . Se caracteriza por atrofia cerebral con pérdida de neuronas, y es más notable en los lóbulos frontal y temporal, lo que ocasiona una conducta desinhibida, una vitalidad disminuida, sin posibilidad de introspección, hay dificultades en la memoria y en el intelecto. Es menos frecuente y se inicia entre los 50 y 60 años de edad, se presenta dos veces más entre las mujeres que entre los hombres, la causa es quizá un gen dominante. Algunas veces se presenta con disfasia, apraxia, agnosia. El Electro Encéfalo Grama (EEG) puede mostrar anormalidades no específicas, o bien, puede ser normal, la muerte se produce dentro de los dos a diez años de haberse

iniciado la enfermedad. **La Corea de Huntington**, el cerebro muestra una atrofia generalizada que se acentúa más en los lóbulos frontales, los síntomas característicos son movimientos coreicos (movimientos involuntarios, desordenados, y asociados con irritabilidad, depresión y trastornos mentales). Existen múltiples formas en las que los síntomas pueden desarrollarse, la supervivencia promedio es alrededor de 15 años, es una forma rara de demencia hereditaria, que puede manifestarse con mayor frecuencia en personas entre 35 y 45 años, afecta por igual a hombres y mujeres. La enfermedad se presenta en el 50 % de los hijos cuyo padre o madre se encuentran afectados y debido a la edad tardía en que se manifiesta, muchos pacientes ya tienen hijos antes de sufrirla, en algunos casos no existe historia clínica familiar, en cuyo caso la enfermedad puede atribuirse a mutaciones espontáneas o irregulares. También se distingue otro tipo de enfermedad nerviosa con el nombre de **Corea de Sydenham o baile de San Vito**, se presenta generalmente en la edad temprana en neurópatas predispuestas y ataca con más frecuencia a niñas, los síntomas son movimientos coreicos. Su origen es principalmente por causas de reumatismo, sífilis, encefalitis epidémica y otras veces por causas desconocidas y la **Enfermedad de Jacob-Creutzfeld**, es una forma extraña de demencia presenil que puede iniciarse en cualquier edad, aunque con frecuencia se manifiesta entre los 30 y los 50 años. Afecta por igual a hombres y mujeres, no es una enfermedad genética, en algunos casos se ha desarrollado tras una intervención quirúrgica practicada con instrumentos infectados. La demencia y distintas anormalidades neurológicas se desarrollan con rapidez, la muerte se presenta en un plazo de dos años, el tratamiento con medicamentos ha ofrecido algunos buenos resultados.

4.1.1.1.2 LESIONES. Generalmente son consecuencia de accidentes, los efectos de una lesión en la cabeza dependen de la localización, tamaño y grado del daño cerebral, así como la forma en que reacciona el paciente de acuerdo con su edad, personalidad, circunstancias en las que ocurrió el accidente y sus consecuencias de tipo social. Se pueden presentar cambios orgánicos como la amnesia postraumática (que persiste durante un lapso mayor a

las 24 horas), la epilepsia (puede presentarse varios años después de ocurrido), defectos cognoscitivos (cuando la amnesia postraumática duró más de 24 horas. Si las lesiones son profundas provocan deficiencia general, cambios de personalidad como una conducta agresiva. También se pueden presentar síntomas de psicosis, esquizofrenia, neurosis y suicidio, las consecuencias sociales son adversas, ya que la capacidad de trabajo se ve limitada, y los cambios de conducta en otras esferas, deterioran las relaciones sociales, tanto la mejoría como el deterioro pueden continuar durante varios años, por lo que es necesario mantener al paciente en constante observación, un claro ejemplo de este tipo de enfermedad es en los boxeadores o cualquier persona que recibe frecuentes golpes y lesiones en la cabeza, que entre otras consecuencias están la atrofia cerebral y puede causar daño irreversible. Entre los más comunes están, **los Tumores cerebrales**, la mayoría de las personas con estos, presentan síntomas psiquiátricos que pueden iniciarse antes que haya alguna anormalidad neurológica, los síntomas variarán de acuerdo a la localización del tumor.

4.1.1.1.3 INFECCIONES. **Encefalitis**, por lo general aparece con cefalalgia y fiebre, las que pueden ir acompañadas de alguna anormalidad psiquiátrica como demencia, cambios de personalidad con desinhibición y una hiperactividad, (sobre todo cuando se trata de niños), y síntomas obsesivo-compulsivos. **Meningitis**, **Sífilis** o **Neurosífilis**, la sífilis meningovascular puede causar cefalalgia, letargo, deterioro intelectual e inestabilidad emocional, parálisis general progresiva (anormalidades en la pupila, temblor y disartria – imperfecta articulación de palabras -), acompañada de cambios en la personalidad, deterioro cognoscitivo, cambios en el estado de ánimo, ya sea euforia con ideas de grandeza, delirio o depresión. Con menos frecuencia aparecen los síntomas esquizofrénicos, delirios paranoides o algún síndrome orgánico cerebral agudo.

4.1.1.1.4 EPILEPSIA. Causada por una lesión cerebral (del lóbulo temporal), el desarrollo intelectual sí se ve afectado, o causan demencia años después. Se caracteriza por una personalidad anormal con brotes agresivos,

impulsividad, inseguridad, servilismo, tendencia paranoide, suspicacia, sensibilidad exagerada y caprichos, estos rasgos pueden deberse a normalidades estructurales o funcionales del sistema límbico. También pueden presentarse síntomas neuróticos, con depresión e irritabilidad, pocos días antes de que el paciente sufra una crisis, igualmente síntomas de psicosis asociados con las crisis, hay episodios transitorios con alucinaciones visuales o auditivas y delirios. De la misma forma, se puede presentar en la esquizofrenia, en el suicidio, en la conducta sexual desviada y la conducta criminal, todos con desordenes afectivos.

4.1.1.1.5 VASCULARES. **Arteriosclerosis, Accidentes Vasculares, Trombosis, Embolia, Encefalopatía** por hipertensión; **Enfermedades del colágeno**, aproximadamente el 50 % de los pacientes con lupus o poliartritis nudosa presentan síntomas psiquiátricos con cualquiera de estas enfermedades. Los síndromes cerebrales orgánicos, síntomas psicóticos y neuróticos ocurren en ese orden de frecuencia, los episodios a menudo son transitorios y las manifestaciones psiquiátricas se deben al proceso de la enfermedad misma; **Esclerosis múltiple**, afecta a los nervios del encéfalo y la médula espinal, por lo que los problemas son de tipo cognoscitivo, es más común entre mujeres y suele aparecer hacia los 30 años de edad, evoluciona en un periodo de horas o días y ataca sólo una vez, pero por lo común la persona sufre una serie de recurrencias (ataques) y remisiones (lapsos de recuperación) en el transcurso de muchos años. Los síntomas más frecuentes son: visión borrosa en uno o ambos ojos, debilidad, adormecimiento de alguna parte del cuerpo, problemas de dicción, incontinencia (pérdida del control de vejiga e intestinos), cambios en el estado de ánimo y depresión; **Enfermedad de Wilson**, es hereditaria autonómica recesiva y se caracteriza por una deficiencia debido a que el paciente puede cometer suicidio de la sustancia transportadora del cobre, el cual se deposita en los ganglios basales, hígado, riñón y ojos, provocando coreoaterosis, síntomas esquizofrénicos, cirrosis.

4.1.1.1.6 DELIRIO. Consiste en la obnubilación de la conciencia, acompañada de anomalías en la percepción, en el pensamiento o en el

estado de ánimo, es provocado por una causa orgánica, el enfermo se encuentra confundido y desorientado, inquieto e hiperactivo, puede tener alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, así como delirios paranoides variables, la gravedad de este padecimiento cambia de un momento a otro y generalmente se acentúa durante la noche, un ejemplo es el síndrome de supresión del alcohol (delirium tremens) que es el más común de esta enfermedad. La atención general consiste en un cuidado intensivo de enfermería, control del equilibrio de fluidos y electrólitos y/o sedación, es importante identificar y tratar la causa fundamental que provoca el estado, los resultados dependen del origen de la enfermedad; puede obtenerse una recuperación absoluta, una parcial demencia residual, o también la muerte.

4.1.1.2 ESTADOS SISTÉMICOS

4.1.1.2.1 METABÓLICOS. **Falla renal** y/o **Falla Hepática**, los episodios agudos de trastornos neuropsiquiátricos se pueden precipitar debido a una alta ingestión de proteínas u otro tipo de trastorno metabólico en pacientes que padecen alguna enfermedad hepática, la obnubilación de la conciencia con alucinaciones visuales, fallas de la memoria e hipersomnias van acompañadas de anomalías neurológicas y **Fenilcetonuria** (ver herencia).

4.1.1.2.2 TRASTORNOS ENDOCRINOS. **Hipoglucemia**, son alteraciones episódicas de la conciencia y la conducta desinhibida, cuando es prolongada puede causar daños cerebrales y demencia; **Hipotiroidismo**, usualmente hay lentitud en los procesos mentales, mala memoria y un estado de ánimo deprimido, ocasionalmente se puede presentar un episodio psiquiátrico agudo con delirios paranoides; **Hipertiroidismo**, se presentan síntomas psiquiátricos, por lo general ansiedad, en otros casos síntomas de manía, depresión agitada, esquizofrenia o delirios paranoides; **Hiperparatiroidismo**, cerca del 60 % de los pacientes presentan síntomas psiquiátricos como son depresión y apatía, aunque en ocasiones no presentan ninguna queja física; **Hipopituitarismo**, se presentan síntomas psiquiátricos tales como apatía,

depresión y deficiencias en la memoria; **Hipoparatioidismo**, alrededor del 50 % de los pacientes pueden presentar síntomas psiquiátricos, entre los que están el deterioro intelectual, ansiedad y depresión. **Enfermedad de Cushig**, se presentan cambios en el estado de ánimo, tales como depresión, euforia, inestabilidad emocional y los síntomas psicóticos aparecen con menor frecuencia; **Enfermedad de Addison**, existen síntomas psiquiátricos tales como apatía, depresión, ansiedad y deterioro de la memoria, las crisis addisonianas pueden provocar delirio.

4.1.1.2.3 VENENOS. Venenos, Alcohol, Fármacos, Tabacos, Metales pesados.

4.1.1.2.4 ESTADOS CARDIACOS. Anorexia Cerebral cardiaca o respiratoria.

4.1.1.2.5 DEFICIENCIA de **Vitamina B12**, anemia perniciosa, se presenta depresión, delirio, demencia o estados paranoides, lo que en ocasiones aparecen antes de los síntomas físicos; **Ácido fólico**, es frecuente entre los pacientes psiquiátricos y también puede ser consecuencia de la administración de medicamentos anticonvulsivos y **Ácido nicotínico**, se pueden presentar fuertes cambios anímicos o delirio.

4.1.1.3 DEFICIENCIA MENTAL. Sinónimos, sub-normal mental, retardo mental y retraso mental. Estado de detención en el desarrollo de la mente, en el que se incluye la sub-normalidad de la inteligencia; el paciente no puede llevar una vida independiente, ni protegerse de quienes se aprovechan de él. Requiere de cuidados y enseñanzas especiales. Los grados de deficiencia mental son: 1) Retardo mental leve CI²² 50-69, Débil mental o Morón, se presenta cuando existe lesión cerebral; 2) Retardo mental moderado CI 20-49 Retrasado o Imbécil, se correlaciona con un nivel social bajo, pobreza, escasez de espacio en el hogar, familias numerosas y 3) Retardo mental profundo CI 0-19 Retrasado gravemente o Idiota, se relaciona con una patología orgánica específica:

²² CI Coeficiente Intelectual

1. Anormalidades cromosómicas o genéticas: síndromes de **Down o mongolismo**, lo provocan la trisomía 21 o translocación del cromosoma 21; en la primera es más frecuente cuando la madre es de edad avanzada, no es hereditaria y la segunda no tiene relación con la edad materna y puede surgir de manera espontánea en cualquier embarazo. De estos pacientes son de temperamento amistoso, ojos rasgados, el dedo meñique muy corto con únicamente un pliegue en la palma de la mano, músculos hipotónicos, defectos cardiacos y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias, leucemia linfática y vejez prematura; generalmente mueren en las primeras etapas de la vida adulta. Con más de tres cromosomas X son retrasos mentales y con numerosas anormalidades físicas, entre ellos están: **Klinefelter**, XXY que se caracteriza por esterilidad, aspecto afeminado, bajo CI, con síntomas neuróticos; **Turner**, XO que se caracteriza por disgenesia ovárica, estatura corta, cuello membranoso y en ocasiones malformaciones cardiacas. El CI suele ser normal pero con susceptibilidad a la anorexia nerviosa; el síndrome **XYY**, se caracteriza por una predisposición a una conducta criminal que se asocia con bajo CI, esterilidad, trastornos relacionados con el esqueleto y miopía; síndrome **XXX**, exceso de feminidad que se asocia a un bajo nivel de CI, pero el aspecto de la paciente y fertilidad son normales; en el **Gen recesivo autonómico**, los pacientes son de piel muy blanca debido a trastornos en la producción de melanina, en casos no sometidos a tratamiento pueden presentar una deficiencia mental severa, pero si se detecta desde la infancia y se inicia una dieta baja en fenilalanina puede alcanzar un desarrollo intelectual normal; la **Microcefalia**, el tamaño del encéfalo es reducido, incluye deficiencia mental severa, hiperactividad y un bajo índice cefálico, puede ser resultado de otras causas, como por ejemplo, la radiación en los primeros meses del embarazo. **Hipotiroidismo**, que se debe a una insuficiencia de las enzimas que se relacionan con la síntesis de la hormona tiroidea, produciendo un retraso general del desarrollo, acompañado de letargia y de un aspecto edematoso.

2. Anomalías primarias del desarrollo del cerebro: **Espina Bífida**, la columna vertebral se abre en dos, **Hidrocefalia**, la malformación congénita del cuarto ventrículo, **Meningitis**, **Tumor del Tallo Cerebral** en la infancia y **Microgiria**, que es la deficiencia de las circunvoluciones cerebrales

3. Lesión cerebral prenatal debido a factores que afectan a la madre²³ como pueden ser: la rubéola, radiaciones, desnutrición, alcoholismo, uso de fármacos, etc. También puede darse la lesión postnatal que es el envenenamiento por plomo que produce deficiencia mental leve y anemia.

4. Lesión perinatal, traumatismo sufrido durante el nacimiento, como: Anoxia, insuficiencia de oxígeno; Hemiplejía, Paraplejía, Cuadriplejía se asocian con deficiencia mental, así como epilepsia y la incompatibilidad del factor Rh (Rhesus). Trastornos de la conducta asociados a la deficiencia, tienen dos vertientes, la primera es la carencia de un comportamiento deseable como el cuidarse así mismo, hablar, etc. y el segundo la presencia de una conducta indeseable, tal como agresividad, hiperactividad o automutilación, por lo que es conveniente el asesoramiento de tipo genético para calcular con precisión el riesgo de deficiencia mental en los futuros hijos de aquellos padres que pueden ser portadores de anormalidades.

4.1.2 POR TRAUMATISMOS. Algunos de estos problemas de salud, no son directamente los que provocan enfermedades mentales a corto, mediano o largo plazo, pero en la mayoría de ellas son resultado secundario de este tipo de traumatismos, pues la pérdida de alguna parte del cuerpo o de su función, genera

²³ Causas adquiridas: a) Infecciones prenatales por ejemplo, citomegalovirus, por lo general, la madre no presenta síntomas. El niño presenta microcefalia, encefalitis necrotizante y calcificaciones intracerebrales. El 50 % fallece poco después del parto; b) Sífilis congénita que produce deficiencia mental, sordera, queratitis y malformaciones de los dientes, así como parálisis general que suele presentarse en la adolescencia; c) Toxoplasmosis, es una infección por un protozoo que la deficiencia mental se acompaña por calcificaciones miliares intracraneales y d) Rubéola materna sólo puede afectar al feto durante el primer trimestre, provoca deficiencia mental, sordera, cataratas y lesiones cardíacas

un trastorno mental, por lo que sólo se hacen referencia ellos como un dato a considerar, en caso de presentarse y contribuir a su tratamiento.

4.1.2.1 HERIDAS EN LA CABEZA

Accidentes automovilísticos, caídas especialmente de alturas, aplastamientos, otros, por ejemplo la Anosognosia, que se ocasiona por un traumatismo que daña una parte del cerebro que paraliza la mitad del cuerpo, el paciente cree ver que sus miembros paralizados se mueven correctamente, no percibe su parálisis, pero sus manos o sus pies no responden sus órdenes; es como si conservara un recuerdo imaginario del movimiento. Cabe mencionar que algunos de estos traumatismos directamente no provocan enfermedades mentales a corto, mediano o largo plazo, pero en la mayoría de ella, son resultado secundario de estos, pues la pérdida de alguna parte del cuerpo de su función, genera algún trastorno mental, por lo que sólo se hace referencia a ellos, como un dato a considerar, en caso de presentarse en la actividad profesional.

4.1.3 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Es una variación exagerada y persistente del estado normal de uno o más de los atributos de personalidad, que provoca el sufrimiento del paciente o de quienes le rodean. Se comportan siempre de modo inaceptable para la sociedad, pero parecen incapaces de mejorar esa conducta, buscan placeres inmediatos sin ninguna consideración en las consecuencias que se pueden dar a largo plazo y son incapaces de mantener relaciones estables y durables con los demás, aun a pesar de que suelen tener facilidad para lograr éxito en los contactos casuales, entre los más comunes están: **Paranoide**, es una personalidad recelosa, predispuesta a sentirse aludida, desarrolla ideas sobre-valoradas, son sensibles y vulnerables, en ciertos casos, se tornan agresivos cuando reclaman sus derechos; **Afectiva**, existen anomalías constantes del estado de ánimo ya sea depresión, alegría o fases cambiantes que van de una a la otra; **Esquizoide**, personalidad tímida, reservada, introspectiva y con frecuencia algo excéntrica; **Explosiva**, por lo

general son pacientes agradables y conformistas pero tienen brotes súbitos de enojo extremo o presentan una conducta compulsiva; **Anancástica (obsesiva-compulsiva)**, insegura, cautelosa, obstinada, escrupulosa, perfeccionista y con estándares éticos muy altos; **Histérica**, los pacientes tienen emociones superficiales y poco estables, dependen de los demás pero no confían en las interrelaciones, tienden a dramatizar las situaciones; **Asténica**, falta de energía y resistencia a afrontar las exigencias cotidianas de la vida, en ocasiones se presenta una dependencia excesiva hacia los demás; **Antisocial (sociopata o psicópata)**, muestran repetidas veces una conducta antisocial que no se modifica a través de la experiencia ni por medio de castigo, pueden ser fríos, duros, agresivos e irresponsables, por lo común disminuye con la edad, pero los problemas de adaptación duran toda la vida, en casos de no contar con un tratamiento adecuado, pueden llegar hasta el suicidio; **Trastorno de personalidad múltiple**, son trastornos como esquizofrenia, trastorno bipolar, neurosis histérica y obsesiva.

Esquizofrenia, es un trastorno de la personalidad, una deformación del pensamiento, con una sensación frecuente de estar controlado por fuerzas ajenas, delirios, percepción perturbada, afecto anormal que escapa de la situación real, y autismo, a pesar de ello, el paciente conserva claridad en su conciencia y en su capacidad intelectual. Se desarrolla como una forma de reacción o de defensa en contra de una comunicación anormal de la familia, generalmente existe una madre sobreprotectora, pero hostil; una relación tortuosa (infidelidad) entre la madre y el padre, una ambivalencia, donde la comunicación madre-hijo es consistente (palabras afectuosas acompañadas de una conducta de rechazo), una fuerte intensidad emotiva en los momentos críticos puede ocasionar una afectación o recaída al paciente. Se puede pensar en forma súbita o en forma gradual, los principales síntomas son: en el PENSAMIENTO, el enfermo tiene la sensación de que las ideas escapan, llegan o se transmiten, por acción de un agente externo, hay un bloqueo brusco que provoca interrupción de las ideas, que se desconectan y hay una

pérdida de ilación lógica entre una secuencia de ideas y la siguiente, así que el pensamiento se nubla, se tiene la incapacidad de enfocar un tema. Los trastornos en el pensamiento se reflejan en la forma de hablar, que puede ser vaga y difícil de seguir hasta incomprensiblemente extravagante. También pueden presentarse DELIRIOS, que es la sensación de perplejidad con la de que el mundo ha cambiado de manera extraña, y generalmente se presentan delirios paranoides. ALUCINACIONES, por lo común son auditivas y particularmente se trata de voces que refieren al paciente en tercera persona, también pueden ser somáticas, táctiles, olfativas y hasta llegan a ser visuales. La EMOTIVIDAD, se refleja muy poco y cuando se demuestran son inapropiadas para las circunstancias, cambios excesivos de depresión, rabia y presunción o soberbia. Presentan sentimientos de pasividad, falta de iniciativa y de energía. En la CONDUCTA MOTRIZ, amaneramientos, estereotipias, imitación de la forma de hablar y de comportamiento, negativismo, mutismo, estupor, adopción prolongada de posturas extravagantes e hipercinesias. Hay varios tipos de esquizofrenia: **Simple**, se caracteriza por el deterioro gradual de la personalidad con embotamiento afectivo, alejamiento de la realidad y pérdida de energía, lo que lleva a un aislamiento social y negligencia personal; **Esquizofrenia paranoide**, se presenta con delirios y alucinaciones, lo que constituye lo más notorio, la personalidad se mantiene en buen estado, por lo general se desarrolla en una edad más avanzada en mujeres y presenta problemas auditivos y visuales; **Esquizofrenia hebefrénica**, se inicia en forma aguda con delirios y alucinaciones, trastornos del pensamiento y cambios afectivos; **Esquizofrenia catatónica**, se presenta en raras ocasiones y con síntomas predominantemente motoras, que los hace permanecer inmóviles cierto lapso; **Esquizofrenia residual**, es la secuela que resulta de una crisis aguda, existe disminución de afecto y trastornos mentales.

NEUROSIS. Son trastornos mentales que se presentan sin ninguna base orgánica demostrable, el paciente puede ser capaz de una introspección considerable y de un testimonio claro de la realidad, sin que por lo general

confunda sus experiencias mórbidas subjetivas y sus fantasías con la realidad externa, aunque la conducta pueda estar afectada, normalmente se mantiene dentro de los límites sociales aceptables. Entre las principales manifestaciones están ansiedad excesiva, síntomas histéricos, obsesivos y compulsivos, fobias y depresión, además se perciben sentimientos negativos que hacen la vida difícil, pero a diferencia de la psicosis, no se pierde el contacto con la realidad.

Algunos pacientes sufren una sola crisis, otros la sufren en forma leve y tienen la posibilidad de una recuperación completa; otros son recurrentes y otros más se muestran afectados e incapacitados en forma crónica. Quienes presentan síntomas crónicos, viven bajo tensión continua y presentan rasgos neuróticos de la personalidad, teniendo además un alto riesgo de suicidio o llegan a desarrollar esquizofrenia (5%). Este trastorno de la personalidad se puede presentar de varios tipos: **Neurosis de ansiedad**, es un estado de ánimo desagradable que se caracteriza por incertidumbre, miedo y síntomas físicos que en su mayoría son consecuencia de la hiperactividad del sistema nervioso simpático. En este tipo de neurosis la ansiedad se encuentra como “flotante” cuando es continua y se presenta sin causa aparente, dentro de las características clínicas están la falta de concentración, preocupación, dificultad para conciliar el sueño y despersonalización, los síntomas físicos son: taquicardia, palpitaciones, dolor en el tórax, disnea, náusea, anorexia, diarrea, fatiga, mareo, sudoración, temblor, cefalalgia, un “nudo en la garganta”, debilidad en las piernas, micción frecuente, boca seca y rubor en la cara y en el pecho y ansiedad “fóbica” cuando se presenta como consecuencia de un hecho, una situación y objeto determinados y algunas veces estos estímulos están asociados a una experiencia desagradable ocurrida en el pasado, por ejemplo: animales como insectos, viajes aéreos, etcétera; **Neurosis Obsesivo Compulsiva**, es un pensamiento, imagen, sentimiento, impulso o movimiento recurrente que el paciente reconoce como absurdo, que se origina en su mente y que trata de resistirlo sin lograrlo, puede llegar a dedicar tanto tiempo a sus rituales, que no les queda tiempo libre para llevar una vida diaria ordinaria,

aunque presentan un índice de inteligencia superior al promedio. Sus principales características clínicas son: los temores, por ejemplo, hacer daño a otros, lo que nunca se lleva a la práctica, o de contraer una enfermedad determinada; Pensamientos, por ejemplo de tipo sexual o blasfemo y que el paciente aborrece; Elucubraciones, por ejemplo acerca de problemas matemáticos o filosóficos que no tienen solución; Rituales, tales como, examinarse o lavarse o limpiarse para aliviar temores obsesivos. Película: Mejor imposible.

HISTERIA. Es un trastorno mental que produce una limitación en el campo de la conciencia o disturbios en las funciones motrices o sensoriales, y que parecen pasar inadvertidos para el paciente, se diagnostica cuando un síntoma físico o mental se presenta en ausencia de cualquier otra enfermedad, se dice que la histeria no es propiamente una enfermedad, simplemente son síntomas que se manifiestan en otro estado no diagnosticado, es más común que se presente al principio de la vida adulta y es de mayor incidencia en las mujeres, pero no exclusiva de ellas, pues también puede presentarse en hombres, aún cuando la etimología de la palabra hace referencia al útero. Dentro de las características clínicas, están los síntomas mentales o de disociación incluyen amnesia, fugas, trances, estados crepusculares, personalidad múltiple y pseudo demencia, respecto a los síntomas físicos o de conversión con los neurológicos se incluyen parálisis, ataques, dolor, anestesia y ceguera y otros como el vómito, hiperventilación y pseudo embarazos. Se pueden producir epidemias en las que se presenta el mismo síntoma histérico – vómito entre los niños de una escuela, desmayos entre los integrantes en una multitud -, algunos síndromes asociados a este trastorno son: **Munchausen**, que es la adicción a los hospitales y el de **Ganser**, dar respuestas aproximadas a preguntas obvias, alucinaciones y deterioro de la memoria. Alrededor del 50 % de los pacientes con crisis agudas logran recuperarse.

PSICOSIS. Enfermedad mental grave, que se caracteriza por la pérdida de contacto con lo real y por alteración profunda del lazo interhumano. Se presenta en forma gradual, con una actividad delirante que se manifiesta en las actitudes y en las conductas por la pérdida de la autocrítica, por las desviaciones del juicio y por un modo de pensamiento irreal – es una profunda alienación -. A diferencia del neurótico, consciente de sus dificultades personales, el psicótico ignora sus trastornos, aislándose del mundo exterior, se crea un universo privilegiado que moldea a su antojo y en cual es omnipotente. Hay diferentes tipos y la entre ellos se da por el grado en que se presentan los síntomas, así tenemos las psicosis maniaco depresivas y delirios, la psicosis esquizofrénica. La enfermedad es incurable, pero controlable, requiere de estricta supervisión psiquiátrica y del apoyo familiar.

4.1.3.1 TRASTORNOS AFECTIVOS. Son cambios en el estado de ánimo, como la depresión, manía, **Bipolar (maniaco-depresivo)**, es un trastorno afectivo que se puede presentar en fases depresivas e eufóricas en forma alternante o que predomine una de estas fases, también se le conoce como psicosis maniaco-depresivo, se manifiesta en estados de alegría, irritabilidad o agresión, se produce un aumento de energía con hiperactividad, desinhibición, distraimiento, disminución en la necesidad de comer o dormir, mayor interés sexual y extravagancia financiera. El pensamiento y la manera de hablar son rápidos y abundantes y pierde la conexión entre un tema y otro y emplean rimas y juegos de palabras, el contenido de las ideas suele ser grandioso y algunas veces paranoide, y puede haber delirios y alucinaciones igualmente grandilocuentes, la muerte por suicidio se presenta en un 10 a 15 %. Existe evidencia de que un suceso no reciente predispone para la enfermedad, también se relación con una interacción conyugal deficiente en algunos casos se presenta con cierta periodicidad o época del año (primavera u otoño), sin embargo, es impredecible. Cuando sólo se presenta crisis depresivas sufren un “trastorno afectivo unipolar” y generalmente, se encuentran en buenas condiciones entre una crisis y otra, además de que una crisis en particular se vuelva crónica o dure varios años. La

enfermedad es progresiva e incurable, pero controlable y la integración familiar es primordial para su recuperación. Personajes: Vincent Van Go, Virginia Wolf;
Suicidio.

4.1.3.2 TRASTORNOS SEXUALES. Es una ineptitud sexual, en hombres se llama **Impotencia** que es la imposibilidad de erección, **Eyacuación precoz** y **falta de eyacuación**. En las mujeres se llama **Vaginismo**, que es la contractura de esfínter muscular, - síndrome hiperestésico vulvovaginal-; **Frigidez**, ausencia o escaso impulso del apetito sexual; **Dispareunia**, es la dificultad para llevar a cabo el coito por la presencia de dolor y **Falta de orgasmo**. Cuando se llegan a presentar en personas normales, generalmente es provocada por factores como la ansiedad o ignorancia acerca del sexo, falta de armonía en la pareja, pero en personas con enfermedades psiquiátricas, con excepción de la manía, se reduce el impulso y funcionamiento sexual, especialmente las que presentan estados de ansiedad y enfermedad depresiva. También se puede presentar por una malformación genital o a un traumatismo, lesión en la columna vertebral, cirugía pélvica o irradiación, estados metabólicos, por ejemplo, diabetes, insuficiencia de testosterona y falla renal o bien el uso de fármacos como hormonas sexuales, psicotrópicos y antidepresivos y el abuso al alcohol. **DESVIACIONES SEXUALES.** Consiste en prácticas sexuales no aprobadas por la sociedad, en todos los tipos son más comunes en hombres que en mujeres. Se desconoce, pero se han estudiado dos áreas: 1) la orgánica, en donde no se han observado anormalidades constantes de secreción de hormonas sexuales, aunque se considera la existencia de un desequilibrio hormonal en el periodo prenatal y 2) la psicológica, existen pacientes que exhiben actitudes anormales causadas por errores de sus padres, por ejemplo: un padre excesivamente dominante o el desear o tratar al hijo de sexo opuesto al que se es. También se puede adquirir por condicionamiento o por emulación, y persiste su práctica porque reduce la ansiedad. Estas desviaciones se clasifican en: **Travestismo**, que consiste en el deseo o compulsión de vestir ropas propias del sexo opuesto, generalmente se inicia en la infancia y se asocia también con el despertar del sexo, es más habitual en hombres y la mayoría de

ellos son heterosexuales, es común y no es ilegal, la atención psiquiátrica sólo es necesaria cuando el sujeto o su pareja consideran que constituye un problema, o si existe una compulsión de hacerlo en público; **Transexualismo**, es un trastorno de identidad sexual en el cual se manifiesta un deseo de pertenecer al sexo contrario, generalmente en los primeros años de la infancia, se tiene la convicción de haber nacido con el sexo equivocado. Un 80 % son del género masculino, llegan a casarse y hasta tener hijos aunque frecuentemente solicitan la operación quirúrgica y un tratamiento hormonal para conducirse apropiadamente de acuerdo con el nuevo sexo; **Exhibicionismo**, consiste en la exposición indecente de los órganos genitales ante otras personas, acto que usualmente lleva a cabo un hombre en presencia de una niña o de mujeres que le son desconocidas, a pesar de ser un acto ilegal, no evitan que se les identifique, ya que actúan repentinamente en el mismo sitio. Rara vez llegan a la violación o siquiera a tocar a su víctima, son jóvenes inadaptados que llegan a sentirse culpables al hacerlo porque se trata de hombres angustiados e inhibidos, a diferencia de los psicópatas que obtienen placer y se excitan con ello, cuando un hombre realiza un acto exhibicionista en la edad madura o en la vejez, es preciso excluir la presencia subyacente de enfermedad psicótica, demencia o de lesión en el lóbulo frontal. Pueden estar temporalmente afligidos, pero pocas veces sufren severas consecuencias emocionales; **Incesto**, es la relación sexual con padres, hermanos, hijos o nietos y constituye un delito que se castiga con la prisión. Lo más común es entre padres e hijas y entre hermano y hermana, generalmente se asocia con sobrepoblación y con condiciones sociales inadecuadas, o cuando la relación sexual entre los padres es inadecuada, las víctimas llegan a tener problemas sexuales que se hacen patentes más tarde en su vida joven o de adulta. Los niños nacidos a consecuencia de una relación incestuosa corren el riesgo de padecer defectos genéticos; **Pedofilia**, se caracteriza por un interés sexual hacia niños que no alcanzan todavía la pubertad y constituye un delito que se castiga con la cárcel, son personas que se les dificulta establecer relaciones sexuales con adultos, pueden variar desde una relación afectuosa con un niño conocido, hasta la violación con homicidio de algún niño desconocido. Existe pedofilia homosexual

y heterosexual, los casos peligrosos requieren de una extrema vigilancia y de la administración de fármacos antilibidinosos; **Sadismo y Masoquismo**, el primero corresponde a la obtención de placer sexual con crueldad hacia la otra persona y el segundo, el masoquismo – que con frecuencia se observa en el mismo individuo- es la necesidad de obtener satisfacción sexual mediante el autosometimiento a la crueldad, en formas extremas de sadismo pueden llevar a cometer crímenes sexuales; **Fetichismo**, el principal objeto de deseo sexual corresponde a una parte del cuerpo distinta a los órganos genitales o bien a un objeto inanimado, generalmente se explica por una asociación establecida entre el objeto fetiche y el despertar sexual; **Voyeurismo**, es la gratificación sexual mediante la observación de la actividad sexual de otros, con frecuencia se asocia con otros tipos de desviación sexual; **Zoofilia**, consiste en la práctica de relaciones sexuales con animales, generalmente se presenta en comunidades rurales y también es ilegal y **Violación**, es la práctica de relación sexual sin el consentimiento de la pareja, generalmente sólo es en hombres inhibidos que son incapaces de establecer relaciones sexuales de tipo normal, hombres violentos y agresivos que sienten deprecio hacia las mujeres, el que padece enfermedad psiquiátrica o sufre de retardo mental, también se puede dar la violación en grupo.

4.1.3.3 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL PARTO. Se presenta una ligera depresión, ansiedad, fatiga, pérdida de la libido, anorexia e insomnio, que pueden permanecer durante varios meses, aunque existe un 20 % de probabilidad de volverse a presentar después de otro parto y un 50 % que ocurra más tarde sin tener relación con embarazos. Entre ellas están la **psicosis puerperal**, que es una psicosis que se presenta dentro de las primeras 12 semanas después del parto y la **depresión atípica**, es la dificultad para aceptar la maternidad y el nuevo rol dentro de la sociedad. Estos trastornos suponen la existencia de rasgos neuróticos en la personalidad, psicológicamente es una inseguridad para enfrentar las responsabilidades de su nuevo estado y suponen una predisposición por: a) el historial con antecedentes de psicosis, b) la primiparidad, c) circunstancias de tensión que imperan durante el embarazo o el

parto, d) un leve desequilibrio hormonal y e) condiciones del nacimiento, como parálisis, malformaciones o discapacidades. En casos más severos de enfermedad mental, al final del embarazo puede presentarse el síntoma del delirio, para seguir con los de psicosis funcional, depresiva, esquizofrenia y manía, en estos casos se corre el riesgo de cometer infanticidio; **Aborto**, es la expulsión del producto antes de las 28 semanas de embarazo, bajo las siguientes condiciones: 1) si el peligro de muerte de la madre aumenta en caso de continuar el embarazo; 2) si el peligro de la salud mental aumenta en caso de continuar el embarazo, o padecer alguna enfermedad mental; 3) en caso de existir un alto riesgo del bebé de nacer con una deficiencia mental o física y 4) en caso de ser producto por violación. El 60 % de los abortos se realizan por causas psiquiátricas y pocas veces deja secuelas serias de este tipo, en términos generales, las mujeres experimentan cierta culpabilidad o depresión leve, es más factible que presenten síntomas psiquiátricos cuando ellas no están seguras de someterse al aborto o en los casos en que se halla presionada para hacerlo.

4.1.4 PSICOSOMÁTICAS. Cuando una tensión psicológica es causa de alguna enfermedad física, si la estructura de la personalidad se asocia con la tensión psicológica, algunos sistemas físicos se vuelven vulnerables, como son los autónomos, endocrinos o inmunológicos, los síntomas dependerán de problema psicológico y a continuación se presentan las más frecuentes:

4.1.4.1. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (APARATO DIGESTIVO). Son aquellos que se refieren a las actitudes anormales de la ingesta de alimentos y así mismo, a una idea distorsionada respecto a una imagen corporal ideal, o bien puede presentarse la conducta compulsiva por comer, pero el vómito y la administración de purgas o el exceso de ejercicio, otros cambios que se presentan son los endocrinos y metabólicos, generando reducción en la secreción de las hormonas sexuales, tiroides y la gonadotropina, aumento en la secreción de la hormona de crecimiento y de cortisol, mayor respuesta insulínica a la carga de glucosa, baja temperatura basal y dificultad en la regulación de la temperatura y

altos índices de colesterol. Estos trastornos son considerados como enfermedades psicosomáticas, se siente culpable el comer algo que no sea una pequeña ración; se sienten activos y con una figura que corresponde a la moda; sin embargo, en estado crónico dispone de una mayor introspección y se deprime severamente y desde la perspectiva psicoanalítica se dirige a sostener que es un medio para evitar la madurez, especialmente en el aspecto sexual, o como un medio de adquirir independencia y un sentido de realizarse debido al estricto control de dieta y peso que se llevan, esta actitud puede tenerse como origen de los problemas en las relaciones familiares, ellos se clasifican en: **Anorexia**, se caracteriza por el miedo a ganar peso que se pierde en tiempo corto, por tal motivo se vive una excesiva pérdida del apetito y peso debido a las severas dietas especialmente de carbohidratos, se presenta amenorrea (falta de flujo menstrual), incluso antes de la pérdida del apetito; en los hombres se observa una pérdida de interés sexual e impotencia; también se observa hipotensión, bradicardia, estreñimiento, ligera hipotermia y crecimiento del vello (lanugo); la **Bulimia**, tiene como característica un apetito voraz, es decir la conducta compulsiva por comer, pero se acompaña con vómito voluntario o ingesta de laxantes o diuréticos, por tal motivo puede llegar a ser letal, ocasionan un trastorno del balance de líquidos y de electrolitos; **Bigarexia**, los afectados se ven más frágiles y menos desarrollados de lo que son, en realidad, muchos tienen una musculatura bien desarrollada e incluso suelen competir en concursos de body-building, toman complementos vitamínico y anabolizantes, para compensar su imaginaria “pequeñez”, levantan pesas o hacen gimnasia de forma compulsiva, por estas características es más frecuente en varones, por el ideal social de hombre musculoso; **Obesidad**, la persona consume grandes cantidades de alimento por lo que presenta sobrepeso; **Náusea**; **Vómito**; **Constipación** (estreñimiento) o **Encopresis** (evacuación en la ropa interior), cuando ya existe un control de esfínteres, generalmente sucede en los menores de edad, pero puede presentarse en adolescente, jóvenes, adultos y adultos mayores, que se encuentran bajo permanente estado de estrés o angustia). Otros trastornos son: **Cólico**, **Diarrea**, **Dolores Rectales**, **Úlceras gastrointestinales**, **Rectocolitis hemorrágica**, asociados a aspectos

emocionales por un estilo de vida poco apropiado; otros trastornos menos frecuentes son **los comedores compulsivos**, quienes se dan frecuentes atracones durante los cuales sienten que no pueden parar de comer, a menudo comen de prisa y a escondidas, o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día, se sienten culpables y avergonzados por su falta de control y tienen un gran historial de fracasos con distintas dietas y regímenes, suelen ser depresivos y obesos; un trastorno más, es el poco conocido como **Pica**, de pica “urraca”, en latín, las personas que lo padecen se sienten impulsadas a ingerir sustancias no comestibles como pueden ser tiza, arcilla, yeso, trocitos de pintura, almidón, magnesia, óxido, ceniza, entre otros; suele darse entre mujeres con tendencia histérica, embarazadas y como consecuencia de déficit alimentarios serios, cabe aclarar que también es un hábito cultural de ciertos pueblos; Síndrome de **Prader-Willy**, es un problema congénito asociado a un retraso mental, si a los afectados no se les controla el acceso a la comida, comen sin parar hasta que acaban muriendo, parece estar relacionado con un mal funcionamiento del hipotálamo y para este caso el medicamento llamado prozac ayuda a controlarlo, porque hasta el momento no tiene cura; Síndrome **Gourmet**, los que lo padecen viven pendientes de la preparación, compra, presentación e ingestión de platos exquisitos, han perdido interés en sus relaciones sociales, familiares y laborales, se cree que es consecuencia de daños en el hemisferio derecho del cerebro, como puede ser por un tumor, un golpe que ocasiona hemiplejía, no suelen ser demasiado gordos, ni les preocupa su obsesión y el Trastorno **Nocturno**, los que lo sufren – del 1% al 3 % - de la población, sin ningún problema pueden ingerir “alimento” en lugar de dormir, generalmente cenar y posteriormente suelen levantarse cuando los demás descansan, por lo que no respetan los horarios para comer.

4.1.4.2 APARATO RESPITATORIO. Expresiones emocionales: suspiro, taquipnea, tos, perturbaciones del lenguaje; Trastornos funcionales: angustia, sensación de opresión torácica, tartamudez, Afonía, tos neurótica; Síndromes lesionales: asma, tuberculosis pulmonar.

4.1.4.3 APARATO CARDIOVASCULAR. Expresiones emocionales: Taquicardia, Hipotensión, Hipertensión; Trastornos funcionales: Palpitaciones y dolores, Precordiales, Lipotimia (desvanecimientos, síncope); infarto al miocardio: hipertensión arterial crónica.

4.4.4 APARATO LOCOMOTOR. Hipotonía muscular con temblor: calambres; Contracturas: Escalofríos, Raquialgias (lumbalgias); Poliartritis crónica evolutiva: Artritis reumática.

4.1.4.5 APARATO CUTÁNEO. Vasomotrices: Palidez, Sudoración, Horripilación (piel como carne de gallina); Eritomatosas: Prurito, Hiperestésias, Anestésias, Alergias menores, Urticarias, Edema, Prurito anal o ano vulvar; Alergias; Síndromes lesionales: Eczemas, Psoriasis.

4.1.4.6 NUTRICIÓN EN GENERAL. Glándulas Endocrinas: Glicemia, Poliuria emocional, Fluctuaciones de Tensión, Perturbaciones vasomotoras; Diabetes: Hipertiroidismo; Otras: Cefaleas, Migrañas, Patologías oculares.

4.1.4.7 TRASTORNOS DIVERSOS. **Amnesia**, es la pérdida de la memoria transitoria, donde el paciente no recuerda quién es ni ningún otro dato relacionado con él mismo, pero si recuerda información que no tiene ninguna relación personal con él, y todas sus funciones cognitivas se mantienen intactas; **Amnesia psicogénica**, se asocia a un estado de fuga, en el cual el paciente vaga sin rumbo fuera de su casa, puede presentarse una depresión subyacente, los mecanismos mentales de represión y disociación pueden ser una explicación, ya que se presume que se presenta cuando se quiere escapar de una situación desagradable. La amnesia total pasajera se presenta sin ningún recuerdo que dura varias horas, pero tras las cuales, se recupera completamente, también se presenta en pacientes de edad avanzada, debido a una circulación cerebral deteriorada. Se asocia además, a un estado amnésico al consumo de alcohol o

de fármacos, lesión en la cabeza, estados post epilépticos e hipoglucemia (el nivel de glucosa²⁴ en la sangre es más bajo de lo normal). Película: “La fuerza de la verdad”, Harrison Ford y “amnesia” Guy Pearce; **Hipocondria**, puede ser un síntoma aislado, o secundario a otro estado de enfermedad psiquiátrica como neurosis, depresión o esquizofrenia, pero se caracteriza porque el paciente teme padecer una enfermedad en particular. La **Dismorfofobia** es un estado relacionado con la hipocondría en el que se cree que alguna parte del cuerpo es anormal y se requiere de una revisión general para excluir la presencia de una patología física verdadera; **Insomnio**, puede producirse por factores físicos como dolor, ruido, consumo de fármacos, alcohol, por un severo estado de tensión y hasta por padecer neurosis, depresión o demencia, la privación del sueño mayor a 48 horas provoca cansancio, reducción en la eficiencia, y en algunas ocasiones alucinaciones. Es importante reconocer cuando hay depresión e insomnio, debido a que el paciente puede cometer suicidio y el tratamiento adecuado es mediante un antidepresivo y no de un fármaco hipnótico. Las alteraciones más frecuentes se dan durante las dos primeras etapas del sueño, entre otros trastornos están: roncar, sonambulismos, terrores nocturnos que suceden frecuentemente en la edad preescolar, el síndrome de piernas inquietas, la narcolepsia (es la necesidad improvista e irresistible de dormir), la apnea (es la obstrucción respiratoria) y la muerte súbita infantil; **Síndrome del Luto**, es la pena moral después de la muerte de algún ser querido que puede permanecer durante varios meses y hasta años, la persona puede tener ilusiones o pseudo alucinaciones de la presencia de la persona fallecida, en ocasiones se presenta una negación absoluta de dicha muerte, este estado puede precipitar una enfermedad depresiva tan profunda que llega hasta el suicidio. Estas reacciones anormales son más comunes cuando la persona fallecida era joven, o si la muerte ocurrió en forma violenta o repentina, o cuando el paciente tiene sentimientos de culpa hacia el difunto o sus sentimientos eran ambivalentes. Se pueden presentar reacciones similares ante otro tipo de pérdida, como el caso de una mascota, un divorcio, pérdida del empleo, o por una

²⁴ Glucosa. Es la forma de azúcar que constituye la principal fuente de energía en el organismo, y su deficiencia en el cerebro ocasiona síntomas de incapacidad para concentrarse, somnolencia, confusión e irritabilidad

amputación de alguna parte del cuerpo, y la psicoterapia se realiza a través del proceso de duelo, es decir, por la Tanatología²⁵; **Síndrome de Gilles de la Tourette**, se caracteriza por la presencia de múltiples tics y por expresiones compulsivas, inicialmente los tics se presentan en los músculos faciales y posteriormente se generalizan en otras partes del cuerpo, no se pueden controlar las frases que dice y se ve a sí mismo emitiendo palabras repetidas sin sentido, nombres de personas o vocablos malsonantes relacionados con el insulto, el sexo o la escatología²⁶. A esta incontinencia verbal se le conoce como coprolalia, por lo general aparece durante la infancia y afecta más a los hombres que a las mujeres, se sospecha la existencia de una causa orgánica, o puede aparecer tras una enfermedad física del cerebro; **Adicción a los hospitales**, es una enfermedad ficticia de conducta, simulan estar enfermos, se autolesionan para llegar a ser hospitalizados, también intentan someterse a investigaciones o tratamientos desagradables para darse de alta en forma súbita. Los síntomas más simulados son el dolor abdominal, dolor en el pecho y vómito o expulsión de sangre; **Síndrome de Korsakov**, asociado al alcoholismo crónico y a la malnutrición, provoca una amnesia aguda a corto plazo, la persona no recuerda nada de lo que acaba de ocurrirle, ni siquiera recuerda si ha comido o no ese día y es incapaz de aprender; **Síndrome de Otelo**, es una convicción intensa y sin bases reales de que la pareja sexual le es infiel, se presenta más en hombres, que con frecuencia existe una disfunción sexual. El asesinato o el suicidio pueden ser el resultado en aproximadamente el 5 % de los casos; **Síndrome de Clérambault**, deliro del paciente que piensa que otra persona está enamorada de él; por lo general dicha persona es un desconocido y hasta de un estrato social más alto, afecta más a las mujeres que a los hombres, y generalmente no tienen un compañero sexual en la realidad, puede ser un estado secundario a la esquizofrenia o ser un fenómeno aislado.

²⁵ Tanatología, el proceso de duelo conlleva varias etapas: la negación la ira, la negociación, la depresión y la aceptación, estas no siguen un orden depende de la persona que o vive, pero la última siempre es la aceptación, lo que permite al ser humano que tuvo la pérdida, adaptarse al ambiente y reconstruir su vida para continuar

²⁶ Escatología, conjunto de creencias y doctrinas referentes a la vida de ultratumba.

Los siguientes padecimientos son de los más extraños que padece el ser humano tras un accidente cerebral vascular, un golpe o un tumor cerebral y por tanto es más difícil su tratamiento, **Síntomas de Capgras**, es una ruptura de las conexiones entre las partes del cerebro encargadas del reconocimiento visual y las que se dedican a las respuestas emocionales. Consiste en la negación delirante y la incapacidad de reconocer las caras de los familiares. Viven condenados a no reconocer a nadie o creer que los que lo rodean son extraños impostores que se hacen pasar por sus familiares, generalmente se presenta en casos de origen traumático, de esquizofrenia o deterioro cerebral orgánico, también se asocia con síntomas paranoicos, despersonalización y el alejamiento de la realidad, las mujeres son más afectadas que los hombres; **Agnosia topográfica**, es la incapacidad para recordar un paisaje, pueden pasar cien veces por la misma calle y siempre será como la primera. No pueden salir de la manzana de su casa sin riesgo a perderse, ni viajar solos, sin embargo son capaces de reconocer el más mínimo detalle de los edificios; **Síndrome Strangelove**, el enfermo observa con asombro cómo una de sus manos se comporta con autonomía, como si tuviera un cerebro propio, por lo tanto es incapaz de dirigir los movimientos de su propia extremidad que, en ocasiones, se vuelve contra el resto del cuerpo, lo golpea o araña, algunos pacientes llegan a atarse las manos porque tienen miedo de lo que puedan hacer con ellas. El origen de este padecimiento reside en un tipo de desconexión neuronal en las áreas del cerebro que se encargan de regular el flujo de información que recibimos del entorno y contrastarlo con nuestros deseos. Película: Dr. Strangelove con Meter Sellers; **Visión ciega**, la persona que la sufre parece no poseer el sentido de la vista y afirman por lo tanto que no ven nada, pero si se les lanza un objeto, aciertan a recogerlo. Del mismo modo, si se les pide que identifiquen, por ejemplo, un jarrón, lo harán perfectamente, sólo están conscientes de la visión cuando han sido estimulados para ello; **Tricotilomanía**, es una necesidad irrefrenable de arrancarse el pelo de la cabeza, las cejas, las pestañas, etcétera; **Síndrome del acento extranjero**, consiste en la tendencia irrefrenable a hablar con un patrón de lenguaje distinto al propio, en ocasiones es una mezcla de dos idiomas y en otras

de un simple invento fonético, la literatura médica ha registrado 50 casos en el mundo, (libro síndromes psiquiátricos no comunes, Enoch, M:D y Trethowan, W. H. 1979). Finalmente diremos que las personas aisladas, ya sea porque viven solas o porque se encuentran en un país extranjero, o bien porque son personas invidentes o sordas, se encuentran expuestas y son propensas a desarrollar estados paranoides.

Algunos síndromes sólo ocurren en una región determinada, tal es el caso de: **Amok**, Java e Indonesia, tras sufrir un trauma social o una gran vergüenza, se pone a correr sin control destrozando todo lo que ve; **Wildman**, Papúa, Nueva Guinea, sólo afecta a hombres entre 30 y 35 años, que se comportan como poseídos y terminan huyendo a la selva a sobrevivir solos; **Koro**, China, el paciente cree que su pene se esta haciendo cada vez más pequeño y se obsesiona con ello hasta la locura; **Dhatu**, India, es un empobrecimiento general del estado de ánimo de un hombre debido a la creencia de que va perdiendo la vida por medio de la eyaculación o la emisión de semen.

4.2 Formas de priorización

Cabe reflexionar, sí alguna de las disciplinas comprometidas con su intervención para el mantenimiento, mejoramiento y/o rehabilitación, tiene la responsabilidad de decidir ¿cuál de los problemas que se presentan en la salud mental son prioritarios?, ¿sobre que base ética, moral, profesional e incluso espiritual, se atendería a una persona con una enfermedad “prioritaria” y a otra quizá no?, esta inclinación motiva el pensamiento de que el orden responde a la cantidad impresionante que se tiene de ellas y para la asignatura sería prácticamente imposible abordarlas todas, por lo que entonces es necesario seleccionar solo algunas, bajo el criterio de las más frecuentes, de las más peligrosas, de las más dolorosas. Correremos el riesgo, no sin antes aclarar que todos los seres humanos tienen el derecho de ser atendidos, por mínimo que puedan resultar los males que le aquejan, así pues en la siguiente sección se exponen solo algunas

de las enfermedades mentales, que puedan ser de mayor frecuencia en el campo de acción del trabajador social.

4.3 El problema por grupos erarios y su vinculación con los factores sociales

Dentro de psiquiatría, todas las teorías desarrolladas hasta el momento coinciden en la estructuración de la personalidad depende de la relación que el individuo establezca con las personas que le rodea, particularmente durante sus primeros años de vida, esto es, toda persona nace con una constitución y un temperamento que determinan las características organofisiológicas de su cuerpo y la tonalidad de respuesta psicoafectiva; a esa condición psicobiológica de nacimiento se sumará después todo lo aprendido. La constitución corporal y psicológica proviene fundamentalmente de la herencia de sus antepasados y de las influencias biológicas prenatales; puede ocurrir entonces que desde el nacimiento un sujeto tenga ya un equipo somatopsíquico dañado, el que va a condicionar su funcionamiento psicológico-social toda su vida, y aún cuando ese equipo no tenga ningún daño, la constitución y el temperamento con los que nace, son el primer condicionante de la capacidad y reactividad que acompañará al sujeto durante toda su vida, también acompañaran por siempre las necesidades biológicas, que comparten todos los seres vivos, como el calor, el alimento, el reposo, la seguridad física y en su momento las sexuales. Las otras necesidades las de orden psicológico, indispensables para la buena estructuración del "Yo" de la personalidad, como el afecto, la ternura, el contacto físico, la aceptación, la aprobación, el reconocimiento, la estimulación sensorial múltiple, el conocimiento, la libertad, que también lo van a acompañar toda su vida y su satisfacción o frustración, reactivarán cada día, de un modo positivo o negativo la personalidad construida hasta ese momento. Tanto la satisfacción como la frustración de esas necesidades vendrán del ambiente y al principio está representado principalmente por la madre, después se agrega el padre, los hermanitos, la familia extensa, el vecindario, las amistades, las comunidad local, la nacional y hasta la internacional, ahora con mayor facilidad dado los avances de la tecnología moderna. Si el ambiente es fundamentalmente satisfactorio, con poca frustración, el sujeto crece

con seguridad de sí mismo, con una interacción positiva con su medio, con un carácter que madura adecuadamente y resistirá la tensión, la frustración o la agresión, disfrutando cada etapa de la vida, sin quererse adelantar, pero tampoco estancarse y menos aún hacer regresiones y opta por actitudes constructivas hacia todos los seres humanos. Si por el contrario, el ambiente resulta principalmente frustrador, el niño pequeño sentirá angustia y desarrollará conductas defensivas queriendo obtener o recuperar la satisfacción de sus necesidades psicológicas; cuando el sujeto es mayor, entonces irá desarrollando mecanismo defensivos como los mencionados con antelación, que reprimirá y sepultará en su inconsciente, desde donde influirán en su conducta. Si en el carácter predomina la frustración, los pasos son hacia la inmadurez, caracterizado por un individuo susceptible, inseguro muy necesitado de aprobación, destructivo, inestable y ante una situación tensional que no puede manejar, desarrollará reacciones neuróticas.

Los seres humanos, permanentemente están en movimiento, su pensamiento, emociones y estado de ánimo fluctúan de un extremo a otro, difícilmente es posible imaginar que son estáticos y que ante los eventos externos - especialmente – no tendrían ninguna reacción, a cada individuo le afectan de manera particular y reacciona ante ellos conservando su propio estilo. Cabildo (1991), considera que aproximadamente el 16% de la población presenta patología psiquiátrica; un porcentaje igual incluye a las patologías menores; el 50 % aparentemente sanos, presenta desajustes emocionales y el 16 % restante tienen buen grado de salud mental. Sin embargo, ante la demanda de aproximadamente un 32 % presentan algún trastorno – leve o severo- y el riesgo de los otros individuos (62%) de en cualquier momento perder su estabilidad.

Es costumbre priorizar los problemas de salud mental, de acuerdo a una serie de condiciones relativas a la magnitud del “daño”, a cuestiones políticas, puesto que los programas de desarrollo son financiados por el gobierno en turno y entre las diferentes formas, están: 1) las que se enfocan conjuntamente a guiarse por la

salud mental positiva, definida ideológicamente, los problemas de salud y socioculturales, estableciendo la prioridad de acuerdo al grado en que interfieren en la probabilidad de cambiar la sociedad hacia formas de vida favorecedoras de la salud; 2) los funcionalistas, midiendo la importancia según los costos, demandas, morbilidad o mortalidad; 3) de acuerdo a la participación social y crítica de las mayorías; 4) a los periodos de represión, el eje gira alrededor de la resistencia y sus condiciones biopsicosociales; 5) a la unidad de grupos populares en tres puntos: de participación como tal, como línea de salud mental positiva, asociada al desarrollo de las capacidades de compromiso, creatividad y solidaridad, al trabajo de grupo, problemas de salud limitadores de la participación: alcoholismo, neurosis, problemas de drogas, de aprendizaje, y 6) problemas socioculturales: machismo, dificultades entre jóvenes y adultos, marginación de adolescentes, jóvenes y adultos mayores, pautas socializadoras posesivas familiares, sectarismo.

La situación de la salud en México, tiene en la actualidad, altos niveles de gravedad que ha alcanzado ya el título de “proyectos guardados en el escritorio”, aunque en los intentos habidos, han resultado paliativos. También se comentó con antelación a cerca de los datos estadísticos obtenidos por medio de los censos nacionales y/o estatales, las cuales por su amplitud, no reflejan la verdadera problemática del país, ni de las diferentes regiones, resultando infructuosas las acciones en salud basadas en este tipo de datos. Ahora bien, si se modifica el lente de observación a un nivel más individualizado y se centra el análisis en los problemas de la salud mental por grupos etarios y su vinculación con los factores sociales, entonces se tiene lo siguiente:

4.3.1 PRENATAL. Conjunto de medidas destinadas a lograr el mejor grado de salud mental de la embarazada y el nacimiento de un producto sano, en un ambiente emocional adecuado para recibirlo, esto conlleva una acción protectora de la madre y del producto, durante la gestación, el parto y el periodo perinatal. Los tres primeros meses del embarazo son los más peligrosos, por ser el periodo

de formación del sistema nervioso, el cual se daña ante enfermedades infecciosas de la madre como la rubéola que provoca deficiencia mental, cataratas y otras anomalías congénitas; la toxoplasma que frecuentemente dan lugar a la microcefalia o el SIDA que representa una amenaza para el producto. Según Hill, también el sarampión, la hepatitis viral, la varicela y otras enfermedades virales, se han reportado como productoras de daño encefálico prenatal. Además de los daños por infecciones, Mac Mahon describe numerosos estudios sobre problemas de insoinmunización por factor Rh, que dan lugar a ictericia neonatorum, misma que debe corregirse dentro de las primeras cuarenta y ocho horas del nacimiento. La exposición a rayos X o a otro tipo de fuentes como la de Hiroshima y Nagasaki, son causantes de teratología diversa, que incluye daño cerebral, también las alteraciones circulatorias del feto, la desnutrición, el uso de drogas, alcohol y medicamentos por parte de la embarazada. Son causa de defectos en el feto, particularmente el síndrome fetal alcohólico, se caracteriza por menor tamaño, anomalías craneofaciales, disfunción cerebral y otras malformaciones orgánicas. Otros riesgos para el producto son: no llegar a término el embarazo, es decir la prematuridad, que se presenta con una frecuencia significativamente mayor en casos de parálisis cerebral infantil, epilepsia y problemas de conducta y los riesgos derivados de la genética y/o alteraciones cromosómicas, que generan un daño psiconeurológico. Respecto a las alteraciones metabólicas, con sintomatología variada, Hilliard y Kirman describen treinta y nueve síndromes aunque es de suponerse que existen otros más, entre estos síndromes existen algunas como la fenilcetonuria y la galactosemia, que pueden llegar a nivel de idiocia y bajo un tratamiento oportuno, quedara sólo una deficiencia superficial o media. De los síndromes más conocidos esta el de Dawn, que es una trisomía del par 21; pero hay otros como el “maullido de gato”, que se han relacionado sobre todo con la edad de la madre, pues embarazadas entre 20 y 29 años tienen una probabilidad de gestar un Dawn de 0.29 por 1000 nacidos vivos, después va aumentando la probabilidad sobre todo a partir de los 35 años, y llega a 26 por 100 en edades de 45. En lo que se refiere a la influencia que pueden tener las tensiones emocionales de la madre sobre el desarrollo del sistema nervioso del producto, se

mencionan los efectos neuroendocrinos y mecánicos sobre el músculo y la circulación uterina, sin embargo, la práctica clínica hace pensar que sólo una tensión muy fuerte y sostenida durante mucho tiempo, podría originarse un daño, aunque lo más probable es que se provoque un aborto.

Aproximadamente entre el 15% de los niños deben su deficiencia mental a un trauma obstétrico, bien por anoxia o por los derivados de la compresión excesiva y prolongada en el canal pélvico, la aplicación inadecuada del fórceps, las circulares del cordón o las provocadas por anestesia, por sedación durante el parto y por la tardanza de más de cuatro minutos en respirar al nacer, son circunstancias capaces de lesionar al sistema nervioso en forma definitiva, generando consecuencias psiconeurológicas graves. Cabildo, calculo que aproximadamente el 3.5% de los nacidos vivos presentan una disfunción o lesión cerebral heredada o prenatal, dentro de las cuales están, las deficiencias mentales, epilepsias, síndromes de atención deficitarias y otros. De modo tal que la vigilancia del producto y de la futura madre es fundamental y requiere de un equipo interdisciplinario que practique entre otros estudios un electroencefalograma o un estudio del líquido amniótico para favorecer la actividad preventiva. ya que ella se enfrenta a problemas derivados de la estructura de su personalidad, los derivados de su ambiente familiar, social y a los de su propio embarazo, pues si la mujer vivió en un ambiente armónico, con un desarrollo de la personalidad saludable, se logra casi siempre una buena adaptación a su embarazo; lo disfruta, con ilusión acepta las posibles molestias que le origina, como la variación en la alimentación, vida sexual y actividades en general, pero en el caso contrario, en una personalidad mal estructurada, se traslada el problema al matrimonio –cuando lo hay – y hacia el embarazo, tal es el caso de una actitud ambivalente, de sumisión y de resignación, hacia el esposo cuando se ha integrado desde la infancia una imagen paterna agresiva y dominante (machista). En otros casos las madres no se resignan pero tampoco son capaces de verbalizar, porque en la mayoría de los casos no son concientes del rechazo a sus esposos, aunque de forma encubierta sí actúan de manera pasiva-agresiva, negándose por ejemplo a tener relaciones

sexuales bajo la consigna del embarazo y presentar algunos trastornos psicosomáticos entre los cuales esta el vómito exagerado que es el más frecuente. Otro de los problemas hallados por este autor son los relativos a la insatisfacción sexual, que son aceptadas sin protestar por el temor a la infidelidad del marido; al sufrimiento del parto; a la posibilidad de muerte durante el mismo; a procrear un hijo anormal; a los relacionados con el alcoholismo del esposo; a las repercusiones económicas que conlleva un nuevo integrante en la familia y desde luego no se descarta el pensamiento mágico de los seres humanos, especialmente en esta etapa acerca de las “malformaciones” producto de los fenómenos meteorológicos (eclipses) y la alimentación que se empobrece aún más. Por otro lado uno de los problemas sociales que en las últimas décadas se ha intensificado es el embarazo adolescente, donde generalmente, las menores de edad son rechazadas y expulsadas de la familia, por lo tanto viven con una fuerte carga emocional depresiva la que en ocasiones conlleva el deseo de terminar con su estado y recurrir al aborto, colocándose en una situación sumamente riesgosa, es importante entonces que se reciba el apoyo de profesionales que orienten sobre la acciones que es conveniente seguir a fin de contar con la calida de vida y el bienestar tanto de la madre como del producto.

4.3.2 INFANCIA. Considerada la tercera etapa²⁷ del ciclo vital del ser humano, se puede dividir en: 1) postnatal y escolar; 2) primera, segunda y tercera infancia y 3) infancia temprana, media y tardía, esta clasificación depende del autor al que se consulte, para nuestro caso en particular, nos basaremos en la primera, la postnatal, cuyas acciones se encaminarán a preservar y mejorar la salud mental del niño de cero a cinco años, las cuales se realizan principalmente en el hogar, donde se imprimen los rasgos esenciales, en donde el pensamiento mágico evolucionará hasta llegar al lógico y ello le permitirá pasa a las siguientes etapas de su vida. Otro aspecto fundamental en esta edad, es la estructuración de la personalidad, bajo la responsabilidad principal de los padres, pero también

²⁷ La primera etapa es la prenatal que abarca desde la concepción hasta el nacimiento y la segunda es la perinatal que va desde el parto hasta aproximadamente el año o año y medio de vida del nuevo ser.

participan en segunda instancia los educadores o maestros y todas aquellas personas encargadas de guiar a los infantes por largo tiempo, pero queda definida alrededor de los siete u ocho años.

A partir de su nacimiento, después de sortear los riesgos del daño heredado, prenatal y parto o del nacimiento, en nuevo ser esta expuesto durante su vida a sufrir daños por accidentes o enfermedades que alteran su salud en general, aunque hay familias con tendencia al retraso en el proceso de maduración psiconeurológica, o con grados de desarrollo menor en las áreas cerebrales relacionadas con las funciones psíquicas superiores, que van a tener como consecuencia, serias interferencias con el aprendizaje de la lectoescritura y el control de la conducta moral y adaptativa, una defectuosa integración funcional del encéfalo, deriva en síndromes y síntomas como alteraciones neuromotoras gruesas, neurosensoriales (ceguera, sordera); pérdida de la conciencia (epilepsias); déficit intelectual global (deficiencia mental); falla en el control de impulsos (hiperquinesia, impulsivitas, déficit de atención, alteración de la conducta adaptativa, enuresis, etc.); trastornos psiconeurológicos (esquema corporal, noción espacio-temporal, figura-fondo, lateralidad, entre otros); trastornos de la comunicación verbal y/o escrita (dislexia, dislalias, etc.); alteraciones de las funciones psíquicas superiores (trastornos de la abstracción, de la identidad y congruencia psíquica, de la previsión, de la concepción ético filosófica, et.) y problemas de conducta parasocial y antisocial, esto es las personalidades psicopáticas, incluyendo las dependencias prácticamente irreversibles, al alcohol y a las drogas, así como algunos comportamientos sexuales desviados, pero el principal elemento perturbador del psiquismo infantil durante estos primeros años de su vida, es la personalidad inadecuada de los padres, que le expresan rechazo o al revés sobreprotección; en ocasiones recibe franca agresión o limitantes; falta de autoridad o rigidez. El desamor o violencia de los padres les afecta de manera importante, al igual que las comparaciones con los hermanos y otros niños, especialmente los inadecuados cuidados maternos tienen efectos funestos de no corregirse dentro del primer año de vida, dejarán secuelas que

difícilmente se superaran, luego entonces, durante estos años, las necesidades emocionales del menor serán las de contacto físico, ternura, estimulación sensorial múltiple y agradable, libertad racional de exploración del ambiente y de ejercitación de sus facultades; ambiente de amor, paz, reposo y protección, así como, estimulación del lenguaje, juego educativo, socialización, oportunidad de dependencia, creatividad, de formación de hábitos, de aceptación, cumplimiento de responsabilidades, entre otros. De no contar con la familia armónica, capaz de cubrirle sus necesidades emocionales y desarrollo, el niño presentará alteraciones en su proceso: los primeros trastornos suelen darse en los hábitos de comer,(anorexia, bulimia, etc.); de dormir, (insomnios, terrores nocturnos, noctilalia, sonambulismo); del lenguaje, (regresiones, dislalias, distrias,); control de esfínteres, (enuresis, encopresis) y de conducta (algunas de ellas son, chuparse el dedo compulsivamente, comerse las uñas, manipulación genital persistente). En cuanto a la alteración de su relación con los demás, están los trastornos de ansiedad, angustia de separación, conductas de evitación o timidez, agresividad incontrolada, rabietas, trastorno de la conducta adaptativa como son los celos, hurtos, mentiras, temores. Sólo cuando hay otros antecedentes – genéticos, circunstancias o traumatismos -, se presentarán los trastornos profundos del desarrollo.

Durante la etapa escolar, se comprenden todas las acciones orientadas a conservar y a mejorar la salud mental del niño, de seis a doce años y después de la familia, el aprendizaje de la vida en grupos, va a tenerlo en la escuela, donde ahora es más clara la obligación de compartir sus derechos por igual; las normas externas están escritas, se hacen más rígidas, con sanciones específicas para quién no las cumple, aumenta la disciplina y las responsabilidades, entra en contacto con los valores y costumbres del grupo comunitario en el que vive.

Los menores llegan a la escuela con los rasgos psicológicos y/o patológicos que han desarrollado en su casa, que van a influir en su conducta y rendimiento escolar, sin embargo, los problemas propios de la etapa escolar están

relacionados con el aprendizaje y con la disciplina institucional. Los trastornos específicos del aprendizaje se presentan generalmente en los primeros años de vida, se trata de menores con un retraso en su maduración cerebral, en su mayor parte de carácter heredo-familiar o por falta de estimulación cognitiva previa, y en menor proporción debido a lesiones por anoxia y otras causas como hiperquinesia, dislalia, dislexia. Otro de los problemas de este tipo que pueden presentarse en cualquier grado escolar y es de tipo emocional, el cual se debe a un bloqueo o interferencia de atención, el interés o la motivación del menor por aprender, provocado por una situación familiar traumática. Una manifestación patológica más en el ambiente escolar son las que van en contra de la disciplina establecida y deberes escolares y entonces la escuela misma representa potencialmente otro traumatismo para él, cuyos desacuerdos son mostrados por medio de pintas, pequeños hurtos, mentiras sin sentido, las fallas de juicio crítico, incapacidad para prever la consecuencia de sus actos, frialdad afectiva con egoísmo manifiesto, entre otros. En algunos casos, cuando hay también perturbación de las relaciones familiares, es en la escuela donde se van a manifestar otros problemas que no se deben a la situación escolar, por ejemplo, angustia, desesperación y llanto por separación, a partir del momento que los padres los dejan en la escuela; proyectarán y hacia sus compañeros, patrones de sumisión, rebeldía, de temor, explotación y agresión. En otras ocasiones por el contrario, la empatía hacia el profesor adecuado, permite que el alumno desarrolle en la escuela una conducta diferente a la que se tiene con la familia. Los programas de salud mental escolar se deben orientar primeramente a promover el desarrollo de la personalidad del educando, después la detección, detención y tratamiento oportuno de los problemas que se encuentren para canalizarlos a centros psicopedagógicos y clínicas de conducta.

La infancia, al ser la etapa del desarrollo del individuo donde se estructura las bases de la personalidad, es indispensable lograr programas adecuados en los que participen, de manera obligatoria los padres, los educadores o maestros y a todas aquellas personas facultadas de guiar a la niñez para lograr el máximo

provecho en su estructura mental. Así como la tarea de procurar que existan los lugares adecuados para llevar a cabo estas acciones, como son escuelas, parques, deportivos, centros sociales, sí se quiere que existan generaciones más sanas mentalmente en el futuro.

4.3.3 ADOLESCENCIA. Comprende las actividades destinadas a mejorar la salud mental del individuo y arbitrariamente se divide en tres etapas: pubertad o adolescencia temprana de los 10 a 12 años; adolescencia media de los 13 a 16 y la tardía, de los 17 a los 20 años, aunque algunos autores la alargan hasta los veinticuatro años, aquí se presentan cambios psicobiológicos (desarrollo de los órganos reproductores y de los genitales externos, en los varones y del crecimiento de los pechos y ensanchamiento de las caderas en las mujeres y de las características sexuales secundarias), debido a la presencia de hormonas sexuales, además se presentan cambios a nivel de pensamiento, (lógico formal, que permite la reflexión, reemplazando los objetos por ideas), que marca su incorporación al mundo adulto, liberando el pensamiento infantil subordinado, con la posibilidad de programar su futuro y reformar el mundo donde va a vivir. Tales cambios no son ajenos a ningunos de los ámbitos sociales de interacción, lo que van a responder en diversa forma y esa respuesta a su vez, origina cambios en el ahora ya casi joven. Este periodo de la vida es primordialmente de duelos, pues se produce una pérdida del cuerpo, de los roles y de la personalidad infantil, y por lo tanto un mayor dominio de sus impulsos.

Una revisión bibliográfica exhaustiva de esta etapa del ciclo vital humano, ha permitido aproximarse a considerar que es exclusiva de las culturas occidentales su prolongación, en la que se requiere un largo período de preparación para incorporarse a la vida económica de la comunidad y es aquí donde se distinguen ciertos cambios psicológicos más o menos de forma constante:

1. Erotización del psiquismo, exaltación emotiva, energética e intelectual

2. Crisis de identidad, búsqueda y reafirmación de la nueva identidad e independencia
3. Proyección dentro de la sociedad

Los problemas que se presentan generalmente son: la atracción hacia el sexo opuesto, la masturbación y la permisividad para tener relaciones sexuales – sobre todo los varones- antes del matrimonio, que de no contar con una adecuada información se corre el riesgo de contraer enfermedades venéreas, que habitualmente les traumatiza y pueden dejarles secuelas, entre ellas de esterilidad, o aún la muerte como el caso del SIDA. Otro riesgo es el de un embarazo no planeado, ya que se lleva a conflictos morales y legales serios. Por otro lado, un adolescente con una personalidad mal integrada, se vuelve inseguro y más necesitado de aprobación que lo habitual en esa edad, desarrollar trastornos tales como: travestismo, transexualismo, pedofilia, incesto, sadismo-masochismo, fetichismo, voyeurismo, zoofilia. Generalmente en esta etapa y por la propia inexperiencia, es conveniente que las relaciones entre jóvenes se lleven a cabo bajo la vigilancia discreta de los adultos, sin ejercer un control exagerado, pues se corre el riesgo de coartarles su libertad y como consecuencia entonces, tenderán a burlar esa vigilancia, con la posibilidad de consecuencias negativas.

Tradicionalmente se dice que un adolescente-joven es rebelde, pues en este tipo de conductas sociales, el ascetismo, que se manifiesta por la captación de grandes ideales y la renuncia a los placeres corporales, como una forma de controlar y elaborar las pérdidas de ésta etapa; intenta reafirmar su identidad, su idealismo choca con la injusticia social, la falsedad, la deshumanización y una gran frustración de las posibilidades de desarrollo, por lo que buscan llamar la atención, mostrando una destacada creatividad, que expresan por diversos medios y formas como son el estilo de vestimenta, peinado, música o pintura (graffiti); esto no daña, pero ante esta situación de inconformidad y desorientación, los jóvenes pueden desviarse hacia actitudes de agresión en forma de pandillerismo, delincuencia, protestas violentas y hasta la autodestrucción,

respecto al ámbito social, suelen verse a través de los ojos de sus compañeros y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, el grupo de compañeros se convierte en un espacio intermedio entre la familia, la escuela y la sociedad, pues le proporciona un sentido de pertenencia, de un manejo omnipotente sobre los objetos, (practicar deportes extremos, manejar a altas velocidades, o no protegerse de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, puesto que “no les pasa nada”) . Por lo tanto una personalidad deficientemente integrada en el adolescente-joven, motiva inseguridad, desarrollo de estados ansiosos, de reacciones neuróticas, síntomas obsesivos-compulsivos y estados depresivos , aunado a la herencia psicótica y/o de un ambiente familiar inadecuado, los trastornos del esquema corporal, que de por sí generan al joven “normal”, una sensación de extrañeza respecto a sí mismo, facilitan la presentación de cuadros esquizoides, del dilema de la elección vocacional y ocupacional, que representan fracaso, pérdida del tiempo, frustración y esfuerzo.

4.3.4 ADULTEZ. Comprende medidas destinadas a conservar el equilibrio psíquico y a favorecer el pleno desarrollo y productividad humana del individuo entre los veinticinco y sesenta y cinco años de edad (convencionalmente por la legislación laboral), en este rango, se realizan actividades fundamentales para la existencia: se asocia con una pareja, procrea y educa a sus descendientes, trabaja para ganar el sustento, desarrollando su potencialidad; participa activamente en la organización y funcionamiento de la sociedad en que vive, es decir, se le encuentra en tres lugares fundamentales: la familia, el trabajo y la vida social.

Las circunstancias que alteran estas esferas son , la nueva posición de la mujer en la sociedad, esto es, está más preparada y es más competitiva, exige una posición de equidad dentro y fuera del hogar, lo que no permite la coexistencia desigual en la interacción de su pareja en cuanto a continuar reproduciendo roles tradicionales que marcan las diferencias entre sexos; la ausencia de la figura paterna en una

familia; los divorcios, los cambios físicos y fisiológicos que se acentúan después de los cuarenta años y más tarde la menopausia y la andropausia; los cambios en la estructura familiar, como el nido vacío, es decir, cuando los hijos ya jóvenes deciden formar su propia familia y el retiro laboral, son algunas de las situaciones que provocan insatisfacción, conflicto, estrés, bajo rendimiento, accidentes o trastornos neuróticos o psicosomáticos.

4.3.5 VEJEZ. La salud mental en esta fase, comprende actividades encaminadas a lograr el bienestar de individuos mayores de sesenta y cinco años hasta la muerte, pues la salud en general se ha mermado, aunado a la jubilación laboral, provoca rasgos de inseguridad y/o depresión. En algunos casos, ya no son ellos los que aportan el principal ingreso económico a la familia, lo cual acentúa un sentimiento de pérdida del poder y de estatus, pero es más severo si llega a darse una franca dependencia económica, pues las circunstancias en el mejor de los casos, es la necesidad de cohabitar con alguno de los hijos o parientes cercanos, el paso del tiempo es tedioso e insoportable y ello le generará problemas emocionales que día a día se van incrementando, no hay estímulo del reto a vencer, no las fuerzas para acometerlo. Aún más, alguna de sus amistades e incluso familiares, empiezan a fallecer y otras se encuentran con serias limitaciones físicas o mentales, por lo que vuelve temeroso y poco tolerante. Las situaciones características en la vejez varían en función de la personalidad que el individuo haya logrado integrar en su vida, sus éxitos, su estatus social, (sentimiento de marginación, inutilidad, soledad); su poder económico, la armonía y el amor de su familia, las amistades, su formación moral, etcétera.

Si no existen determinantes genéticos, de Alzheimer, de demencia senil u otro tipo de trastorno psiquiátrico (depresión, trastorno paranoide) u orgánico, (invalidez), el anciano disfrutará su tercera edad y la pérdida de sus facultades será tan lenta que no llegará a causar mayores trastornos al individuo, a su familia o a la comunidad, de lo contrario vivirá con intensas frustraciones y conflictos, entre ellos la posibilidad de riesgo para los menores, pues el exhibicionismo, la

paidofilia y la violación, puede presentarse en algunos ancianos como consecuencia de un deterioro mental.

RESUMEN DE LA UNIDAD

Las enfermedades mentales se clasifican en orgánicas, en las ocasionadas por traumatismos, las generadas por los trastornos de la personalidad y las psicósomáticas; en las primeras se caracterizan por una disfunción mental como consecuencia de una patología neurológica que afecta principalmente las funciones intelectuales, del lenguaje, de memoria e incluso de movimientos, algunas de ellas son provocadas por tumores cerebrales, por infecciones, trastornos endocrinos, por la ingestión o inhalación de sustancias químicas y algunas alteraciones todavía por causas desconocidas, aunque asociadas a la edad de la madre como las enfermedades por tres o más cromosomas X. Respecto a las segundas, las surgidas por traumatismos, pueden presentarse en corto lapso mediano o largo plazo una vez que ha sucedido el accidente, pero básicamente dependerá del tamaño de la lesión. Para las enfermedades mentales por trastornos de la personalidad, todos ellos no tienen una base orgánica y algunos de quienes las padecen, suelen comportarse de modo inaceptable para la sociedad, buscan los placeres inmediatos como es el caso de las desviaciones sexuales, en las cuales las investigaciones realizadas hasta el momento se encaminan a explorar dos áreas, la orgánica y la psicológica. En los casos más severos, de los trastornos de personalidad, llegan a desencadenarse las alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, así como delirios paranoides variables y finalmente las psicósomáticas, cuya tensión psicológica es la causa de una enfermedad física como en los trastornos principalmente los alimenticios, a los que básicamente se han dirigido las investigaciones particularmente de adolescentes mujeres, dada la magnitud que han alcanzado en las últimas décadas, pero, en términos generales diremos que cada una de las enfermedades mentales no distinguen clase socioeconómica, raza, sexo o zona geográfica.

UNIDAD 5.

INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La salud mental quedó definida, en la primera unidad como un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre la realidad interna y externa del individuo, que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a la vida. Ello conlleva interacciones empáticas, productivas, con la capacidad de integrar una pareja amoroso-sexual satisfactoria y estable, de acuerdo al ciclo de vida en el que se esté, entonces, esto se difícil de lograr, pues los estilos de vida actuales llegan a afectar cualquiera de la diverso ámbitos en los que se encuentra cada ser humano, como es su bienestar biológico, psicológico y por supuesto, el social. Respecto a los dos primeros, se cuenta con más información que respaldan algunos hallazgos sobre las enfermedades mentales desde esas perspectivas, sin embargo, del tercer punto, lo social y enfáticamente de la intervención del trabajador social, los estudios son escasos, teniendo una amplia gama de posibilidades para generar investigaciones en los campos de acción como el educativo, procuración y administración de justicia, seguridad pública, empresarial, vivienda, derechos humanos, asistencia social, desarrollo rural y urbano, promoción y desarrollo social, ecología, alimentación y abasto, seguridad social y desde luego salud, puesto que en cada uno de ellos hay interacciones que pueden generar desequilibrios que repercutan en la salud mental.

OBJETIVO: Elaborarás una propuesta de atención o prevención a la salud mental

CONTENIDO TEMÁTICO:

UNIDAD 5. INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL

5.1 Problemas en la salud mental

5.1 Problemas en la salud mental

La intervención profesional está determinada por la vinculación que existe entre los problemas, las necesidades sociales y las demandas de la población, aunque también por las políticas sociales y las instituciones que generan los servicios esto ha dado lugar al desarrollo del trabajo social, tanto en el sector público (nivel federal, estatal o municipal y organismos descentralizados), social (organizaciones sociales en organismos no gubernamentales; instituciones de asistencia social y en el sector privado [organismos y asociaciones civiles), en donde se ubica al trabajo social psiquiátrico, que como se mencionó, involucra al sujeto en las diversas etapas de la vida y se ocupa principalmente de prevenir, rehabilitar y/o asistir en los trastornos psicosociales del individuo, del grupo y de la comunidad, para lo cual se orienta a lograr una organización sociodinámica que satisfaga las necesidades psíquicas de la población y fomente el desarrollo de las potencialidades creativas, mediante la intervención oportuna. De este modo, para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces, es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicológicos, particularmente los sociales de la salud mental. A esas investigaciones les corresponderían llevarse a cabo sobre una amplia base, para entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. De modo tal que pueden aplicarse medidas concretas. Mencionamos algunas, como:

1. Orientación, relacionadas con las discapacidades, de con los síntomas y con los servicios más cercanos al domicilio del enfermo, que incluyan atención en el hospital general para casos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad; así también, con pacientes psiquiátricos recluidos en centros penitenciarios.
2. Capacitación, para incrementar y mejorar la formación de los profesionales involucrados en la intervención para la recuperación de la salud mental en general, pues se requieren especialistas que suministren una gama de servicios más amplia, como serían médicos, psiquiatras, psicólogos

clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, trabajadores sociales psiquiátricos y terapeutas, a fin de garantizar una asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad, y por el otro, a la población para la participación en la búsqueda de la mejor atención para la recuperación, mantenimiento o prevención de la salud mental, con su respectivo estudio exploratorio, para confirmar las necesidades de educación de esta área de la salud.

3. Coordinar sesiones entre profesionales de la salud mental y los organismos comunitarios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y comportamentales, además de proponer mejoras en el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria
4. Colaboración con los cuidadores y respuesta a las necesidades tanto de los enfermos mentales, como de sus familiares, considerando la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales. Educación a la población a través de la realización de campañas de adiestramiento y sensibilización pública sobre la salud mental con el objetivo principal de reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratamiento, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos.
5. Gestar alternativas de asistencia viables y sus ventajas ampliamente divulgadas, para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles, especialmente la comprensión y el respeto al enfermo y sus familiares. Desde luego la gestoría también incluye acciones específicas como por ejemplo la búsqueda de opciones para el traslado de todos los enfermos mentales recluidos en cárceles
6. Planear la formulación y la adopción de políticas, programas y servicios, acordes a las necesidades de las comunidades y las familias para lograr la participación conjunta.

7. Diseñar programas, planes y proyectos para establecer políticas y leyes sobre salud mental, que entre otros aspectos contendrían medidas de integración de la atención de salud mental en la atención sanitaria general, o acciones para evitar la discriminación de los enfermos mentales, entre otras.
8. Evaluación de la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental.

Ante estas circunstancias, se exige establecer prioridades entre las necesidades, las afecciones, los servicios, los tratamientos y las estrategias de prevención y promoción en materia de salud mental, y adoptar decisiones acerca de su financiamiento. Tanto los servicios y las estrategias en esta área de la salud, deben estar bien coordinados entre sí y con otras formas de asistencia, como las de seguridad social, educación, empleo y vivienda.

Un papel importante al respecto, es la elaboración y aplicación de políticas, señalando al mismo tiempo que las características de éstos no deben diferir de las de los servicios de salud en general, lo que significa definir las cuestiones y los objetivos principales, especificar los papeles respectivos de los sectores público y privado en el financiamiento y la prestación de servicios, para alcanzar los objetivos de salud mental. También significa aplicar medidas que favorezcan el aumento de la capacidad y el desarrollo organizacional, y formular directrices para asignar grados de prioridad a los gastos, vinculando así el análisis de los problemas a las decisiones sobre la asignación de recursos.

La formulación de políticas de salud mental, que a menudo se hace totalmente al margen de las políticas en materia de alcohol, tabaquismo y drogas, entre otras, deben formularse en el contexto de un conjunto complejo de políticas sanitarias, de protección social y sociales en general del gobierno, basadas en información actualizada y fiable acerca de la comunidad, los indicadores de la salud mental, la eficacia de los tratamientos, las estrategias de prevención y promoción y los

recursos de salud mental. Cada una de ellas, habrá de ser revisada periódicamente, para prestar particular atención a los grupos vulnerables con necesidades especiales en materia de salud mental, como los niños, los ancianos, con capacidades diferentes y las mujeres víctimas de abusos, así como los refugiados y las personas desplazadas a otros países por razones de pobreza o de guerras civiles y/o conflictos internos; asimismo problemas sociales como el suicidio y su prevención, actos como la restricción al acceso a sustancias tóxicas y armas de fuego y eliminar la toxicidad de gases como el del escape de los automóviles y otras sustancias nociva al organismo y particularmente a la mente. Esas políticas deben garantizar la atención a los individuos especialmente expuestos, como los aquejados de depresión, esquizofrenia o dependencia del alcohol y drogas.

En muchos países, el presupuesto público para la salud mental se invierte principalmente en el mantenimiento de la atención institucional, y apenas se dedican recursos a servicios más eficaces en la comunidad, es por esto que en la mayoría de los países, particularmente en vía de desarrollo, los servicios de salud mental deben ser analizados, reevaluados y reformados para ofrecer el mejor tratamiento y atención disponibles. También se examinan alternativas para mejorar la organización de los servicios, aun con recursos limitados, para que las personas que los necesitan puedan aprovecharlos plenamente; a saber, desarrollar los servicios de salud mental en la comunidad, e integrarlos en la atención de salud general. Otras cuestiones son el establecimiento de vínculos intersectoriales, la elección de intervenciones de salud mental, el papel de los sectores público y privado en la prestación de servicios, el desarrollo de recursos humanos, la definición de las funciones y responsabilidades de los agentes de salud, y la promoción no sólo de la salud mental, sino también de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales, pues esto afecta el empleo, el comercio y la economía, la educación, la vivienda, otros servicios de protección social y el sistema de justicia penal.

Una de las barreras más importantes que se debe salvar en la comunidad, esta proposición de mejoras en el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria para aspectos como la estigmatización y la discriminación, en la cual se necesita un enfoque que reúna distintos niveles, entre ellos la función de los medios de comunicación y el uso de recursos comunitarios para impulsar el cambio en la población en general.

RESUMEN DE LA UNIDAD

La protección y mejora de la salud mental de la población es una tarea compleja que entraña decisiones múltiples, no obstante existen soluciones a nuestro alcance, sobre todo, debido a los adelantos científicos realizados en el tratamiento de las enfermedades mentales, la mayoría de los afectados y sus familias pueden recibir ayuda, aún cuando día a día se encuentran nuevas alteraciones del comportamiento difíciles de estudiar, dados los estilos de vida actuales. En cuanto a los ya vistos con mayor frecuencia hay medios eficaces de tratamiento y rehabilitación, en los que se dispone de estrategias preventivas para algunos trastornos.

Es conveniente que los resultados de salud mental se vigilen y analicen para adaptar continuamente las decisiones, en función de las dificultades que surjan, ya que una política y legislación adecuadas y progresistas pueden favorecer en gran medida la prestación de servicios a quienes los necesitan, además de la búsqueda de la participación comunitaria; tal sería el caso de la colaboración de la población sana en la atención de la enferma. Esto significa un apoyo que va desde lo económico, hasta el compartir experiencias para mantenerse en condiciones saludables. Finalmente, diremos que hay nuevos conocimientos y nuevas esperanzas para el tratamiento de las enfermedades mentales.

Glosario

ALUCINACIÓN. Percepción falsa que surge en ausencia de un estímulo externo adecuado

AUTOACEPTACIÓN. Es la actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio de su propio valor. Juega un papel de primer nivel en el proceso creador. Reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, pues sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

AUTOCONCEPTO. Descripción consciente del individuo de acuerdo a su experiencia y conocimiento de sí mismo, con sus características biopsicosociales

AUTOREALIZACIÓN. Es la conciencia de darse cuenta del propio ser, es producto o resultado del trabajo del ser humano en su misma obra de arte. Va acompañada de la trascendencia y la creatividad

CARÁCTER. Parte de la personalidad que comprende los rasgos más permanentes de significado ético o social

CIANOSIS. Falta de oxígeno en el organismo, por lo que principalmente la piel adquiere una coloración morada

COMPLEJO. Grupo de ideas emotivas que desarrollan actividades inconscientes, que están reprimidas en todo o en parte. Por ejemplo el complejo de Edipo o de Electra, que es la adhesión erótica excesiva del hijo/hija hacia la madre/padre, combinado por una actitud hostil hacia el padre/madre del mismo sexo

DELIRIO. Falsa creencia incorregible e incongruente derivada de la información con que dispone el sujeto y de las creencias de su grupo social.

DISARTRÍA. Imperfecta articulación de palabras

ENTROPÍA. Es una medida de desorden

ENTROPÍA NEGATIVA. Información, medida del orden o de la organización

EQUIFINALIDAD. En los sistemas abiertos, se refiere a que en ellos puede alcanzarse el mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos

EQUILIBRIO. Un sistema está en equilibrio cuando no tiene tendencia a cambiar sus propiedades.

ESTRUCTURA. En un sistema, consiste en la disposición espacial que tienen sus partes, componentes o subsistemas en un momento dado y cambian con el tiempo.

ÉTICA. Es la disciplina que se ocupa de los actos humanos para determinar su rectitud moral. Las personas libres, poseedoras de dignidad que se coloca sobre todos los demás seres de la naturaleza, son responsables de lo que se hace y de lo que se deja de hacer con la vida.

EUGENESIA. Vocablo griego que significa “bien nacido”. Tiene por objeto el mejoramiento de la constitución genética de la raza. Si la raza humana ha de alcanzar el máximo de eficiencia y felicidad, debe prestarse mayor atención a fomentar la reproducción de sus mejores ejemplares, tal como era el ideal de Adolfo Hitler.

FENILCETONURIA. Es un error genético o innato del metabolismo, producido por un gen recesivo que provoca una deficiencia en el sistema enzimático y sus productos, la fenilalanina y la tirosina, que en exceso causan daño en el sistema nervioso central.

FUNCIÓN. Es un cambio que tiene cierta coherencia u orden

GALACTOSEMIA. Defecto producido por un gen que debe proporcionar una enzima para convertir la galactosa en glucosa y se encuentra ausente o es anormal.

HERENCIA. Transmisión por medio del plasma germinal, de factores o genes que determinan el parecido de los vástagos con sus padres u otros antepasados. Herencia social; adquisición por imitación o instrucción de ciertas tradiciones, costumbres, etc., que prevalecen en la comunidad. Herencia psicológica; adquisición por imitación o instrucción conductas, pensamientos y estilos de vida principalmente de los progenitores o adultos con los que se convive.

IMPULSO COERCITIVO. Es la consecuencia de la aparición de una necesidad que proporciona el sustrato fisiológico para la motivación de una conducta. (Alimento, temperatura, oxígeno, agua, sueño, evitación del daño, etc.).

MORFOGÉNESIS. Se refiere a los procesos que tienden a elaborar o modificar una forma, una organización o un estado dado en el sistema.

MORFOSTASIS. Son aquellos procesos de intercambio entre el ambiente y el sistema, que tienden a preservar o mantener una forma, una organización o un estado dado del sistema.

ORGANIZACIÓN. En un organismo vivo o una sociedad, conlleva nociones de totalidad, crecimiento, diferenciación, orden jerárquico, dominancia, control, competencia.

POSTULADO PRINCIPAL de la **TEORÍA GENERAL** de los **SISTEMAS.** El hombre no es sólo un animal político; es, antes y sobre todo, un individuo. Los valores reales no son los que comparten con las entidades biológicas, con el funcionamiento de un organismo o una comunidad de animales, sino los que proceden de la mente individual. La sociedad humana, no es una comunidad de hormigas o termites regida por un instinto heredado y controlada por leyes de la totalidad.

PROCESO. Es cualquier cambio de materia, energía o información en un sistema. Es además, una secuencia temporal y un cambio en la estructura del sistema

RASGO. 1) Cualquier característica biológica o psicológica, o señal heredada; 2) Modo distintivo de conductas de naturaleza más o menos permanentes, debido a las dotes naturales del individuo, modificadas por la experiencia.

SALUD PÚBLICA. Tiene la función de tomar medidas preventivas con un paciente llamado comunidad

TEMPERAMENTO. Suma de efectos producidos en la vida psíquica por el metabolismo, por los cambios químicos o por la vida afectiva, determinados por la herencia y la historia de los individuos.

Preguntas frecuentes

1. **¿Qué diferencia hay entre una emoción, un sentimiento y un estado de ánimo?** La emoción es una reacción visceral del organismo, acompañada casi siempre por una expresión motora a menudo muy intensa y comprende un tono afectivo distintivo. El sentimiento es una disposición afectiva de agrado o desagrado con referencia a un objeto, persona o idea abstracta, compuesta principalmente de ideas y sensaciones viscerales y el estado de ánimo, es una condición psíquica que permanece cierto tiempo y desde mi particular punto de vista, el sentimiento es el que acompaña al individuo desde su nacimiento. El estado de ánimo, es por ejemplo: cómo se siente la persona al amanecer, en una época, la navideña. La emoción que es de un corto lapso e inmediata, tal sería el caso de un enojo por un empujón en el transporte, un insulto, una sonrisa o carcajada por alguna situación chusca y en cuanto termina, también cesa la emoción.
2. **¿Que es un sentimiento de culpa?** Es un estado caracterizado por una serie de sensaciones en las que el individuo se halla dominado por la creencia o seguridad de haber infringido alguna norma social, algún principio ético o alguna prescripción legal.
3. **¿Qué es un sentimiento de inferioridad?** Es actitud afectiva dominante en la que el individuo se siente débil e incapaz de tener éxito, caracterizado por los repetidos fracasos al querer mandar en su medio, así como por el reconocimiento de sus limitaciones o fallas físicas y no de las cualidades, recursos y habilidades.
4. **¿Hay individuos que tengan personalidad y otros no?** La personalidad se va formando en las primeras etapas de la vida. Algunos autores como Freud, sostienen que aproximadamente hasta los siete u ocho años queda

estructurada, de ahí en adelante todos poseen una personalidad ya que es un conjunto de modelos de conducta relativamente permanentes y que son característicos de cada ser humano.

5. **¿Qué es el ego?** La propia persona, la parte superficial del “id”, modificada por influencia directa del mundo externo a través de los sentidos, que ha sido imbuida de conciencia y cuyas funciones son la comprobación de la realidad y la aceptación (mediante la selección y el control) de parte de los deseos y exigencias procedentes de los impulsos que emanan del “id”

6. **¿Cuál es la diferencia entre neurosis y psicosis?** El sufijo “osis” denota enfermedad, por lo que es considerada como un trastorno funcional del sistema nervioso para cuya explicación no se encuentra lesión física alguna. Desde la perspectiva psicoanalítica, es un conflicto entre el “Yo” y el “id”, pero no se pierde del principio de la realidad, más bien tiende a desearse su modificación a través de los mecanismos de defensa, por ejemplo la fantasía y la psicosis, que son cualquier estado anormal o patológico, con tendencia a la pérdida de las funciones psico-químicas y especialmente del contacto con la realidad. En ellas puede descubrirse una causa física o química

7. **¿Cuál es la función de los mecanismos de defensa?** Como su nombre lo indica, son una serie de elementos cuya función es la de evitar o reducir la angustia, el estrés, la culpa, el miedo, entre otros al “Yo”, y que la persona continúe su vida en términos normales.

8. **¿Qué diferencia hay entre la angustia, el estrés y la ansiedad?** La angustia es una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo fuera de control del individuo, con manifestaciones corporales; el estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir a la persona frustrada, furiosa o ansiosa; es un sentimiento de aprehensión o de miedo,

una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable (disforia) de miedo y esperanza, es la anticipación temerosa de peligro inminente o problemas. Es común en niños y adolescentes. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual aumenta la angustia que causa. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva por dos o más circunstancias de la vida durante un período de seis meses o más. Factores biológicos y genéticos pueden combinarse con estrés y producir síntomas psicológicos.

9. **¿En qué consiste el complejo de Edipo?** Al amor patológico del hijo por la madre. Según Freud, todo niño subconscientemente desea a su madre y odia a su padre. "El pequeño se da cuenta - escribe el psicoanalista - de que el padre le cierra el camino conducente hacia la madre; su identificación con el padre toma un matiz de hostilidad, debido a este hecho, y acaba por confundirse con el deseo de sustituir al padre junto a la madre". Esta situación surge entre el tercer y quinto año de vida, y se resuelve en el sexto. Muchos no logran superar este conflicto psicoemotivo y canalizarlo en un amor normal. La no superación significa una grave perturbación evolutiva a una neurosis. Fue el primer complejo descubierto y descrito por Freud. El nombre proviene de la mitología griega y la historia fue recreada por Sófocles en una tragedia

10. **¿En qué consiste el complejo de Electra?** Término propuesto por Jung para designar la contrapartida del complejo de Edipo. Fijación afectiva de la niña en la figura del padre. Según la leyenda griega, Electra, hija de Agamenón y Clitemnestra, vengó a su padre quien fue asesinado por Egisto, amante de su madre. Azuzó a su hermano Orestes para que diera muerte a ambos asesinos.

11. **¿En que consiste el complejo de Job?** Nombre global dado a las dolencias "psicógenas" de la piel. Se ha observado proclividad a las dermatitis psicósomáticas en personas que se ofenden con facilidad, que se sienten agraviadas, con o sin motivo. En general las alteraciones dérmicas desaparecen cuando se restablece el equilibrio autoestimativo y el sentimiento de agravio. El nombre, creado por el psicoanalista norteamericano Félix Deutsch, recuerda al patriarca bíblico Job, quien tuvo que soportar como prueba divina, todo tipo de sufrimientos y plagas, incluyendo ulceraciones de la piel.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- AISENSON KOGAN, AIDA *Resolución de conflictos: un enfoque psicosociológico*, FCE, México, 1990
- ÁLVAREZ, JOSÉ LUIS *et al.* *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*, Siglo XXI, Madrid, 1992.
- BAKAL, DONALD A. *Psicología y salud*, DESCLÉE DE BROUWER, Bilbao, 1996.
- BERNAL SAHÚN, VÍCTOR *et al.* *El alcoholismo en México, negocio y manipulación*, Ed. Nuestro tiempo, México, 1989.
- BOWLBY, JOHN *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Paidós, México, 1990.
- BURKE, SHIRLEY R. *Fundamentos de anatomía y fisiología humanas*, Limusa, México, 1994.
- CABALLO VICENTE E. *et al.* *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Siglo XXI, Madrid, 1995.
- CABILDO, HÉCTOR M. *Salud mental. Enfoque preventivo*, Imprenta Unión, México, 1991.
- CAPLAN, GERALD *Aspectos preventivos en la salud mental*, Paidós, México, 1993.

- CARDENAL H., VIOLETA *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*, ALJIBE, Málaga, 1999.
- EHRENBERG, ALAIN *Individuos bajo influencias. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1994.
- EVERSTINE, DIANA SULLIVAN *Personas en crisis: intervenciones terapéuticas estratégicas*, Ed. Pax-México. 1992
- FERNÁNDEZ RÍOS, LUIS *Manual de psicología preventiva*, Siglo XXI, Madrid, 1994.
- FRANCO BASAGLIA *et al.* *Razón, locura y sociedad*, 10ma, Edición. 1989
- GÓMEZ DEL CAMPO, J. F. *Psicología de las comunidades: perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones. Un punto de vista de humanistas*, UIA, México, 1994.
- GONZÁLEZ CHÁVEZ, MIGUEL A. *Cuerpo y subjetividad femenina*, Siglo XXI, Madrid, 1993.
- INABA, DARRYL Y COEM, WILLIAM *Drogas y estimulantes, depresores y alucinógenos: efectos físicos y mentales del abuso de drogas*, Latinoamericano, Argentina, 1990.
- JIMENO BULNES, NATALIA *Drogas y enfermedad mental*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1995.
- JUNQUE, CARMEN Y JURADO, M. A. *Envejecimiento y demencias*, Ed. Martínez Roca, España, 1994.
- KAMISKI, GREGORIO *Socialización*, Trillas, México, 1991.

- LATORRE POSTIGO, JOSÉ MIGUEL
y BENEIT MEDINA, P. J. *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*, Lumen, Buenos Aires, 1994.
- LAZO, y DONALD M. *Alcohol: lo que usted bebe*, Edic. Paulinas, México, 1991.
- MARTÍNEZ ROIG, ANTONI y OCHOTORENA, PAUL *Maltrato y abandono en la infancia*, Ed. Martínez Roca, Madrid, 1993.
- MATRAJT, MIGUEL *Estudios en salud mental ocupacional*, Ed. Taller Abierto, México, 1994.
- PAEZ, DARÍO *Salud mental y factores psicosociales*, Ed. Fundamentos, Madrid, 1986.
- PEARCE, JOHN *Ansiedades y miedos, como aumentar la autonomía de tu hijo y su seguridad en sí mismo*, Paidós, Barcelona, 1995.
- RABER MERRIL, F. *Control emocional y salud mental*, Trillas, México, 1991.
- ROMERO RODENAS, MARÍA JOSÉ *SIDA y toxiconomías: un análisis jurídico laboral y de seguridad social*, Ed. Ibidem, Madrid, 1995.
- SECADES VILLA, ROBERTO *Alcoholismo juvenil*, Ed. Pirámide, Madrid, 1996.
- TORRES FERMAN, IRMA AÍDA *Psicología de la salud : campos y aplicaciones*, Ed. Centro de Estudios Psicológicos, Jalapa, 1986.
- VALVERDE MOLINA, JESÚS *Vivir con la droga*, Ed. Pirámide, Barcelona, 1996.
- WALJI HASNAIN KINGSTON, ANDREA *Alcohol, tabaco y tranquilizantes*, Ed. Plaza y Janes, Barcelona, 1995.
- WALLON, HENRI *La vida mental*, Ed. Crítica, Barcelona, 1985.

HEMEROGRAFÍA BÁSICA

- ALVARADO GARIBALDI, SALVADOR “Juventud, salud y drogodependencia”, *Revista de Trabajo social*, ENTS- UNAM, Núm. 2, agosto- octubre de 1993, pág. 15-17
- BERENZON, SHOSHANA Y “Prácticas del uso del alcohol entre jóvenes estudiantes de la ciudad de México, (variaciones por género)”, *Revista de Cultura Psicológica*, Facultad de Psicología-UNAM, Vol. 3, No. 1 primavera-verano de 1994, pp. 23-25
- BRONFMAN, MARIO “El SIDA en México”, Coordinación de Humanidades- UNAM, No. 3, 1990, pp. 15-16
- BRONFMAN, MARIO y MAGIS R. CARLOS “La evolución del SIDA”, Coordinación de Humanidades-UNAM, No. 9, 1996, pp. 42-43
- CALDERÓN NARVÁEZ, GUILLERMO “Alcoholismo y depresión”, *Revista Psiquis*, Órgano de difusión del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la Sociedad Mexicana de Psiquiatría, Vol. 5, No. 5, septiembre, 1996. pp. 131-135
- DEL CAMPO LAURENTS, MARTÍN HERRERA, F. ALFONSO “Climaterio y depresión”, *Revista Salud Mental*, Instituto, Mexicano de Psiquiatría, Vol. 19, año 19 No. 3, Septiembre, 1996, pp. 47-57
- GUTIÉRREZ, BENICIO “Estrategias de afrontamiento al sida y dimensiones de la personalidad”, *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica, No. 66, diciembre, 1994, pp. 93- 105.

- PELLICER, YUES "Los alcohólicos hoy", *Revista Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 14, año 14, No. 2, junio 1991, pp. 7-10
- PÉREZ LAGUNAS, E. R. y DÍAZ G. R. "Premisas histórico- socioculturales y la salud mental", *Revista Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 15, año 15, No. 2, junio 1992, pp. 6-13
- ROMERO MENDOZA MARTHA Y GÓMEZ CASTRO, CECILIA "Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta", *Revista Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 20, No. 2, junio 1997, pp. 38-47
- RUBIO MONTEVERDE, HORACIO "El tabaquismo", *Revista De la Facultad de Medicina*, UNAM, Vol. 40, No. 1, enero-febrero 1997, pp. 18-19.
- RUIZ VELASCO, SILVIA "El SIDA, DEMOS", Coordinación de Humanidades-UNAM, No. 5 1992, pp. 37-38
- SALCEDO M., DAMIÁN (COMP.) "Los valores en la práctica del trabajo social", Ed. Narcea, S.A., Madrid, 1997.
- SOLÍS ROJAS, LUIS y GUIZAR, FLORENTINO "Modelo de intervención del centro de ayuda al alcohólico y sus familiares", Suplemento de la *Revista Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 19, abril, 1996, pp. 39-43.
- UNIVERSIDAD DE COSTA RICA "Aspectos sociales del SIDA", *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica, No. 58, diciembre 1992, pp. 5-111.
- UNIVERSIDAD DE COSTA RICA "*Impacto social de las droga*", *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica, No. 73-74, septiembre-diciembre 1996.

VALENCIA C. MARCELO Y SALIVAR,
GABRIELA

“Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario”, *Revista de Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 20, No. 2, junio, 1997, pp. 28-37.

VARGAS T., BLANCA E. Y.
HERNÁNDEZ V. M

“La formación de los trabajadores sociales en el campo de la psiquiatría y la salud mental”, *Revista de Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 20, No. 2, junio, 1997, pp. 48-54.

- VILLATORO VELÁSQUEZ, JORGE, *et al.* “La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: resultados de la encuesta nacional de adicciones”, *Revista de Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 19, No. 3, septiembre de 1996, pp. 1-6.
- ZÚÑIGA MACÍAS, ESTHER “Intervención del trabajador social en el caso de una morfinómana”, *Revista Trabajo Social*, ENTS-UNAM, Núm. 2, agosto-octubre, 1993, pp. 23-25

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Ayala, R.A y Vargas, V. D. *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
- DÍAZ GUERRERO, R. y DÍAZ-LOVING, R. *Introducción a la psicología. un enfoque ecosistémico*, Ed. Trillas, México, 2001.
- GONZÁLEZ, J. Y LANDA, J. *Los valores humanos en México*. Compendio de ensayos presentados en el coloquio “Los valores humanos en México” en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, octubre de 1994. ED. SIGLO XXI, México, 1994.
- GUDÍN, MARÍA *Cerebro y afectividad*, Universidad de Navarra, Navarra, 2001.
- HALL, CALVIN S. *Las teorías psicosociales de la personalidad*. Adler, Fromm, Horney y Sullivan. Ed. Paidós, México, 1984.

- HUGHES, JENNIFER *Manual de psiquiatría moderna.* Ed. Limusa, México, 1984.
- KOLB, LAWRENCE C. *Noyes, psiquiatría clínica y moderna,* Ed. Fournier, México, 1973.
- MALAVASSI V., GUILLERMO *Por el camino de la ética.* Universidad Autónoma de Centro América. Ed. Quingentésimo americano, San José Costa Rica, 1993.
- MILLER, BENJAMÍN F. *Salud individual y colectiva. El hombre y la sociedad actual,* Ed. Interamericana, México. 1973.
- MONTT A. MARÍA ELENA Y ULLOA CHÁVEZ, FRESIA *Autoestima y salud mental en los adolescentes,* Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 19, año 19, No. 3, septiembre de 1996, pp. 30-35
- NUTTIN, JOSEPH. *Motivación, emoción y personalidad.* Ed. PAIDOS, Buenos Aires, 1973.
- O'CONNOR, KEVIN J., SCHAEFER, C. *Manual de terapia de juego,* Ed. Manual Moderno, Vol. 2, S/f
- RABER, MERRIL F. Y DYCK, GEORGE *Control emocional y salud mental,* Trillas, México, S/f
- RODULFO, RICARDO (COMP.) "Síndrome del aburrimiento", cap. 14, en *Trastornos narcisistas no psicóticos.* Ed. Paidós, México, S/f.
- TORRES F., IRMA AÍDA Y BELTRÁN G., F. *La psicología de la salud. Campos y aplicaciones.* Ed. Centro de Estudios Psicológicos, México, 1986.
- TURNER, C. E. *Higiene del individuo y de la comunidad.* Ed. La Prensa Médicas, S. A. México, 1986.

WARREN, HOWARD C., EDITOR

Diccionario de psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, décima reimpresión, 1983.

WATZLAWICK, PAUL

Teoría de la comunicación humana, Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1977.

WEINSTEIN, LUIS

Salud mental y proceso de cambio; hacia una ideología de trabajo social en prevención primaria. Ed. ECRO, Buenos Aires, 1975.

SIN AUTOR

Dimensiones sociales de la salud mental. Ed. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1983.

Sitios de interés

Salud

<http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html>

Contiene la reflexión de lo que se considera salud

Salud pública y salud mental

<http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>

Trastorno de ansiedad

<http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml#>

Clasificación de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad y los síntomas. Incluye varias explicaciones teóricas con orientación psicológica e hipótesis de tipo biológico, que pretende explicar sus causas, además de algunos aspectos epidemiológicos

Trastorno de personalidad antisocial

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000921.htm>

http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_089.html

Sección trastornos mentales. Especifica las características conductuales de una persona antisocial

Trastorno esquizotípico de la personalidad

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001525.htm>

Trastorno afectivo bipolar

<http://psicofarmacologia.info/TAB.html>

Trastornos endocrinos

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000683.htm>

Demencias

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000746.htm>

<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2004/04/alzheimer/>

Trastorno límite de personalidad

<http://usuarios.discapnet.es/border/>

Trastornos del sueño

<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/apnea.html>

Trastornos del sueño, apnea, contiene la definición, los síntomas y el tratamiento

<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/narcolepsia.html>

Describe las causas, el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, además de realizar aportes respecto al descubrimiento de un lípido semejante al que produce la marihuana

Trastorno de pánico

<http://www.geocities.com/HotSprings/6333>

Creutzfeldt_jakob

http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/laenfermedad_de_creutzfeldt_jakob.htm

Depresión:**Posparto**

http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/mujer/postparto.html

Adolescentes

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>

Suicidio

<http://www.monografias.com/trabajos10/depre/depre.shtml>

Duelo

<http://herrerros.com.ar/melanco/prieto.htm>

Complejos

<http://www.apocatastasis.com/t-dic-complejos.htm>

Contiene las definiciones de las formas de conducta denominadas complejos

Fobias

<http://www.apocatastasis.com/fobias-diccionario.htm>

Breve descripción por orden alfabético de los miedos a cosas, animales, eventos de la naturaleza u otras situaciones.

Glosario de síntomas y enfermedades mentales que afectan a los adolescentes

http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

ANEXOS

ANEXO I. TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS (RESUMEN)

"La sociedad humana no es una comunidad de hormigas o termites, regida por un instinto heredado y controlada por las leyes de la totalidad . . . no es una rueda de MÁQUINA SOCIAL".

La Teoría General de los Sistemas tiene sus antecedentes en la biología y es desarrollada en Viena por Ludwing Von Bertalanffy, hacia la década de los años 30 del Siglo XX. Se relaciona con la cibernética, esto es, con la Ciencia de la Comunicación y del Control de Norbert Wiener y Arturo Rosenblueth nacida en la Universidad de Harvard y en el Instituto Nacional de Cardiología de México y con la Teoría General de la Totalidad, es decir, con los problemas de organización, fenómenos no descomponibles en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conducta de partes aisladas, pues en esa época, la tendencia de la ciencia se encaminaba esencialmente a dividir todo y examinar cada parte (postura estructuralista), un organismo vivo se seccionaba en órganos para ser estudiado, así que, entre las metas de la teoría sistémica están: 1) la formulación de principios válidos para "sistemas" en general, sea cual fuere la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o "fuerzas" reinantes entre ellos; 2) la tendencia a la integración con varias ciencias tanto naturales como sociales; 3) ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia y 4) elaborar principios unificadores en la ciencia. En términos de analogía, la Teoría General de los Sistemas sería como la Teoría de la Probabilidad, pues ésta es una disciplina matemática formal aplicable a campos muy diversos como a la termodinámica, a la experimentación biológica, a la médica, psicológica, genética y a la estadística, entre otras.

En esta teoría se define al sistema como "un conjunto de elementos organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción y poseen la capacidad de ejecución en su adaptación al ambiente", los sistemas son un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente relacionados en una red causal, de manera tal que cada componente está relacionado por lo

menos con otros, de modo más o menos estable, en un lapso dado. Son considerados siempre como un sistema viviente, por lo tanto, siempre en interacción para mantenerse en equilibrio pues cuentan además con una capacidad de regulación. Funcionan por reglas y/o normas, las cuales simultáneamente construyen, modifican o desechan, así pues, los cambios que se llevan a efecto deben obedecer a esas reglas. Es importante destacar que todo sistema se compone de subunidades o subsistemas y éstos a su vez tienen fronteras o límites que contribuyen a dividir a cada uno de ellos; estas fronteras o límites son lo que diferencian a los subsistemas del sistema total. Una de las funciones que tiene es contestar las siguientes preguntas: ¿quién? ¿cómo? y ¿cuándo? hacen tal cosa.

Los sistemas pueden ser:

1. CERRADOS. Sólo intercambian energía, se consideran aislados del medio circundante, por lo que tienden a la entropía, esto es al máximo desorden y por lo tanto su probabilidad de continuar con vida es reducida si no se hacen los cambios necesarios para subsistir.

1. ABIERTOS. Intercambian materia y energía con su medio, permiten el intercambio con el ambiente, factor esencial en la vitalidad del sistema, con capacidad reproductiva o de continuidad, con capacidad de transformación. Se mantienen en estado uniforme, logrando evitar el aumento en la entropía y pretendiendo un estado de equilibrio permanente.

2. AISLADOS. No intercambian ni materia ni energía

3. LÍMITES. Son las reglas que definen quién participa y cómo, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema respecto a sus componentes, pueden ser:

- **DIFUSOS.** Las reglas para el funcionamiento del sistema NO están definidas, de tal forma que no se conoce con exactitud quién participa y cómo.
- **CLAROS.** Los límites y las fronteras son definidos por y para el funcionamiento del sistema, de este modo, se conoce exactamente quién o quiénes participan y cómo y hasta donde.
- **FLEXIBLES.** Los límites y las fronteras se han definido pero es posible que se adapten a las circunstancias y necesidades por lo que cada subsistema cuenta con su propio espacio físico, individual, social y cultural.
- **RÍGIDOS.** Es probable que se hayan definido, aunque no es una condición necesaria o vital, pero es característica de este tipo de límites el no permitir modificaciones y no ser adaptables a los cambios del sistema.

Ahora bien, dentro de las Ciencias Sociales, específicamente dentro de la Psicología Social, una pareja, un grupo (familia, amigos, compañeros de clase o trabajo, etc.), una sociedad, así como la interacción que se da entre cada uno de éstos, es considerado como un sistema con ciertas propiedades válidas para diversos sistemas abiertos, algunas de ellas son:

1. **LA TOTALIDAD.** Una modificación en un elemento del sistema (subsistema) implica un cambio del sistema en su conjunto.
2. **LA NO SUMATIVIDAD.** Un sistema no es la suma de sus partes.
3. **LA EQUIFINALIDAD.** Un sistema es fuente de sus propias modificaciones, los elementos semejantes pueden estar ligados a elementos iniciales diferentes. Ejemplo. En un sistema humano, sistema abierto por excelencia, no es posible comprender la etiología de la "anorexia" remontándose a un elemento inicial o a una repetición de

elementos considerados como causales, esto es, que en los primeros años de la vida no desempeñan un rol primordial para el devenir de un individuo, es necesario entonces estudiar en su conjunto al sistema humano en el que surgió el síntoma.

4. LA HOMEOSTASIS: Es un mecanismo que tiene la función de llevar al equilibrio a los sistemas en peligro de cambio.

En los estados en equilibrio o próximos al equilibrio la regla es la estabilidad, situación por la cual el comportamiento del sistema es previsible, pues responde a leyes generales. En los estados que no están en equilibrio la evolución de un sistema está ligada no a una ley general, sino a las propiedades intrínsecas de este sistema, tal como la naturaleza de las interacciones entre sus elementos. Estas interacciones pueden provocar un estado inestable y una bifurcación específica separando abruptamente diferentes modos de comportamientos.

Un sistema en equilibrio o próximo al equilibrio vuelve a su estado inicial, cualquiera que sea la perturbación a la cual están sometido. La historia de las fluctuaciones del sistema se sitúa en el interior de las normas de aquí. Fuera de estas normas, el problema del tiempo o de la historia no se plantea. Un sistema abierto que no está en equilibrio es capaz, en condiciones apropiadas, de evolucionar hacia diferentes modos de funcionamiento, pero la "elección" de tal o cual modo de funcionamiento depende de la historia del sistema. Cabe aclarar que un sistema reacciona "oponiéndose" al cambio que se le quiere imponer.

La teoría general de los sistemas ha representado un gran avance para la comprensión del comportamiento humano dentro de la psicoterapia familiar y de pareja. Un enfoque sistémico implica abandonar la idea de que, no es ninguno de los miembros de la familia y ni siquiera la familia que "mal" funciona a la que hay que atender terapéuticamente, lo importante es descubrir y trabajar sobre el "JUEGO" familiar, pues cada integrante pretende obtener un control de las reglas

de la familia, mientras niega que lo está haciendo. Únicamente cuando todos se ponen de acuerdo o bien puedan convenir en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, desde luego, ni tendrá fin; en un eterno ciclo, el juego acerca del juego, sigue siempre adelante. Desde luego tales juegos no son manifiestos, sólo pueden inferirse de las formas y estilos de comunicación que se lleva a cabo en la familia, por lo que el primer paso dentro de la psicoterapia es establecer qué juego está jugando la familia con el terapeuta. Habitualmente el juego es: He aquí nuestra persona cargante, enferma o mala, hay que arreglarla y aliviarnos, pero **NO SE NOS HAGA CAMBIAR**. Es notorio que en este enfoque, la familia expone su preocupación por un integrante, **EL PACIENTE IDENTIFICADO** y de los comportamientos sintomáticos de los demás, diciendo por ejemplo que todos los comportamientos observables del **GRUPO** en general parecían estar inspirados por el objetivo común de mantener la **COHESIÓN** del grupo familiar, de forma tal que se confirma la unidad familiar, resolviendo el dilema provocado por algún cambio familiar.

El paciente identificado o "individuo desviado" puede aparecer bajo muchas apariencias: "el talismán", "el payaso", "el paria", "el genio errático", "la oveja negra", "el sabelotodo", "el santo (a)", "el idiota", "el loco", "el impostor", "el holgazán", "el jactancioso", "el villano", "la buena", "la dulce", "el noble", etc.

ANEXO. II DEFECTOS HEREDITARIOS

NOMBRE	ALGUNOS DEFECTOS HEREDITARIOS DOMINANTES
Acondroplasia	Enanismo de miembros cortos
Anodontia	Desarrollo imperfecto o ausencia de los dientes
Enfermedad de Bouveret	Períodos recurrentes de aceleración cardíaca (taquicardia)
Diabetes insípida	Sed y excreción en grandes cantidades de orina de color pálido
Epicanto	Pliegues pequeños de la piel del ángulo interno de los ojos que forma un puente entre el párpado superior y el inferior (“pliegue mongólico”)
Glaucoma	Acumulación de líquido en el globo ocular que produce ceguera
Hipertrichosis	Exceso de pelo corporal
Dentina opalescente	Esmalte azulado, dentina blanda y deterioro rápido de las coronas de los dientes
Otosclerosis	Sordera progresiva que comienza en la edad adulta temprana
Enfermedad de Parkinson (parálisis agitante)	Parálisis agitante: temblor progresivo y tendencia a correr en vez de caminar
Pinto (“mal del pinto”)	Manchas incoloras en la piel
Polidactilia	Dedos extras en las manos o en los pies, con mucha variación
Phili annulati	Mechones de pelo incoloro, alternados con pelo normal: pelo en “sal y pimienta”

Enfermedad de Addison	Disminución de la función de la glándula suprarrenal, que produce piel bronceada, anemia progresiva, hipotensión y síntomas digestivos
Albinismo	Ausencia de pigmento de la piel
Alcaptonuria	Orina oscura, casi negra cuando se deja reposar, debido a la oxidación del alcapton
Enfermedad de beauvais (artritis deformante)	Inflamación crónica de las articulaciones con deformación progresiva

ANEXO II. CONTINUACIÓN. DEFECTOS HEREDITARIOS

NOMBRE	ALGUNOS DEFECTOS HEREDITARIOS RECESIVOS
Fibrosis quística	Secreción mucosa anormal de ciertas glándulas
Paladar hendido	Fisura en el paladar y en la raíz de la boca
Ceguera diurna	Ceguera para los colores, rojo-verde, mejor visión en la noche o en el crepúsculo que en el día, ligada al sexo
Diabetes mellitus	Imposibilidad de utilizar exceso de azúcar en el cuerpo, debido a ausencia de insulina: interviene el medio ambiente
Esclerosis difusa	Enfermedad mental progresiva caracterizada por incoordinación muscular, disturbios en la visión y convulsiones
Ataxia de Friedreich	Brotos recurrentes de calambres musculares en los brazos y las piernas e incoordinación muscular
Galactosemia	Imposibilidad de conversión de la galactosa a glucosa
Hemofilia	Tendencia a sangrar anormal debida a una coagulación deficiente, ligada al sexo
Hidropesía	Acumulación de linfa en los tejidos y espacios del

Ictiosis	cuerpo, interviene el medio ambiente Enfermedad crónica de la piel caracterizada por escamas epidérmicas que semejan las escamas de un pez. También es hereditaria dominante
Microcefalia	Cráneo pequeño y debilidad mental
Fenilcetonuria	Envenenamiento por fenilalanina que lleva a la imbecilidad
Distrofia muscular progresiva	Pérdida del uso de los músculos que comienza en la pubertad o antes, es progresiva hasta que el paciente queda inválido en unos cuantos años. La muerte ocurre en la edad madura temprana y es un defecto ligado al sexo

FUENTE: Turner, C. E. 1986. Higiene del individuo y de la comunidad. Ed. La Prensa Médicas, S. A. México, pág. 230

ANEXO III. CONSTITUCIÓN FÍSICA Y TIPOS DE PERSONALIDAD

Los tipos de personalidad que hasta el momento se han estudiado, se presentan a continuación, aún cuando las clasificaciones son sólo un esfuerzo por encontrar explicaciones de esta área de los seres humanos, que construyen para sí mismos un esfuerzo para encarar las tensiones de la vida y que tiene diversos factores de influencia.

CONSTITUCIÓN FÍSICA Y TIPOS DE PERSONALIDAD

AUTOR	TIPOS		CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS
Ernst	Somáticos	Pícnico	Estatura corta Cuello robusto y corto Figura rechoncha Acumulación de grasa abdominal	Emprendedor Enérgico Extrovertido La frecuencia de las psicosis bipolares es mayor

Kretschmer ²⁸		Leptosomático	Persona enjuta Angulosa Constitución estrecha Pecho aplanado Viceroptosis Características sexuales secundarias no bien desarrolladas	Introvertido Es más común la esquizofrenia
		o Asténico		
		Atlético	Gran desarrollo del esqueleto y de los músculos en especial de los trapecios y de las extremidades inferiores.	Es más común la esquizofrenia

²⁸ Ernst Kretschmer. Profesor de psiquiatría en la Universidad de Tübingen, quien subrayó la unidad morfológica-fisiológica-psicológica del individuo y con la hipótesis de que un molde constitucional común enlaza los fenómenos de la mente, no sólo de las funciones del cerebro y de las glándulas endocrinas, sino también con la estructura general del cuerpo, es decir, que el “estilo” de vida de un individuo, su actitud y las tendencias a reaccionar según su temperamento, son reflejos de su apariencia física.

		Displásico	Trastornos del crecimiento por alteraciones de la hipófisis, infantilismo y el eunucoidismo Trastornos de las glándulas endocrinas	No son raras las anomalías de la personalidad Es más común la esquizofrenia
Sheldon	Endomórfico		Similar al pícnico	Similar al pícnico
	Mesomórfico		Similar al leptomático	Similar al leptomático
	Ectomórfico		Similar al atlético	Similar al atlético

<p>Carl G. Jung²⁹</p>	<p>Extrovertido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamiento extrovertido 2. Sentimiento extrovertido 3. Sensación extrovertida 4. Intuitivo extrovertido 	<p>El autor no las considera</p>	<p>Enérgico, agresivo, entusiasta, amistoso, responde emocionalmente al ambiente Es sociable Confianza en sí mismo Expresa libremente sus sentimientos Espíritu intrépido Reacciones inmediatas lógicas Dirige su interés y valores hacia los objetos, personas, realidades y actividades de su ambiente Concepción pragmática de la vida Con frecuencia es líder, pero más por camaradería y sentido humano que por ideas creadoras</p>
----------------------------------	--	----------------------------------	--

²⁹ JUNG. Consideró la libido como un impulso coercitivo de naturaleza sexual que se dirige sólo hacia el placer, sino que amplió su alcance e incluyó todas las necesidades psíquicas apremiantes de la vida

	<p>Introverso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamiento introverso 2. Sentimiento introverso 3. Sensación introversa 4. Intuitivo introverso 	<p>El autor no las considera</p>	<p>Es reservado e incapaz de formar relaciones libres y fáciles Da la apariencia de ser frío e indiferente Tiende a ser contemplativo serio, estudioso y sensible Generalmente no tiene confianza en sí mismo, ni audacia en sus actividades Su mente es menos práctica que el extroverso Su interés y atención se dirigen hacia sí mismos y sus vidas subjetivas Ante los fracasos y conflictos reacciona con fantasías</p>
--	--	----------------------------------	--

ANEXO IV. ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL INDIVIDUO

ETAPA	SOCIALIZACIÓN	PERSONALIDAD	AGRESIÓN
Oral o Lactancia	<p>Apego por el vínculo madre-hijo</p> <p>Satisfacción, seguridad y confianza en los demás</p>	<p>Centra su atención en la boca</p> <p>Es egocentrista y exigente</p> <p>Hay facilidad para tomar satisfacciones sin dar nada a cambio</p> <p>Hay preocupación, satisfacción y fantasía por actividades orales (ingestión y alimentación)</p>	<p>Aparece como una forma de energía,</p> <p>Aplicación y determinación</p> <p>Es constructiva</p> <p>Puede desarrollar resentimientos e impulsos agresivos en contra del progenitor que lo frustra</p>
Anal	<p>Aumento en la motilidad</p> <p>En la capacidad de eliminar y controlar las excreciones</p> <p>Las experiencias que ocurren en el ámbito familiar determinan sus actitudes y evaluaciones para sus interacciones futuras</p> <p>Aumentan los contactos sociales</p> <p>Aparece la necesidad de compartir</p> <p>Se establecen los fundamentos para la identificación sexual final</p>	<p>Toma como base a los padres para su identificación</p> <p>Dada la represión severa y punitiva del progenitor que está al cuidado, se desarrolla una personalidad extrema y severa en cuanto a la limpieza (obsesiva-compulsiva)</p>	<p>Celos, rabia, envidia y culpa</p> <p>Explora, tiene curiosidad e iniciativa para resolver problemas simples</p> <p>Lucha contra el padre y con los hermanos para adquirir y obtener el primer lugar en el afecto de la madre</p>

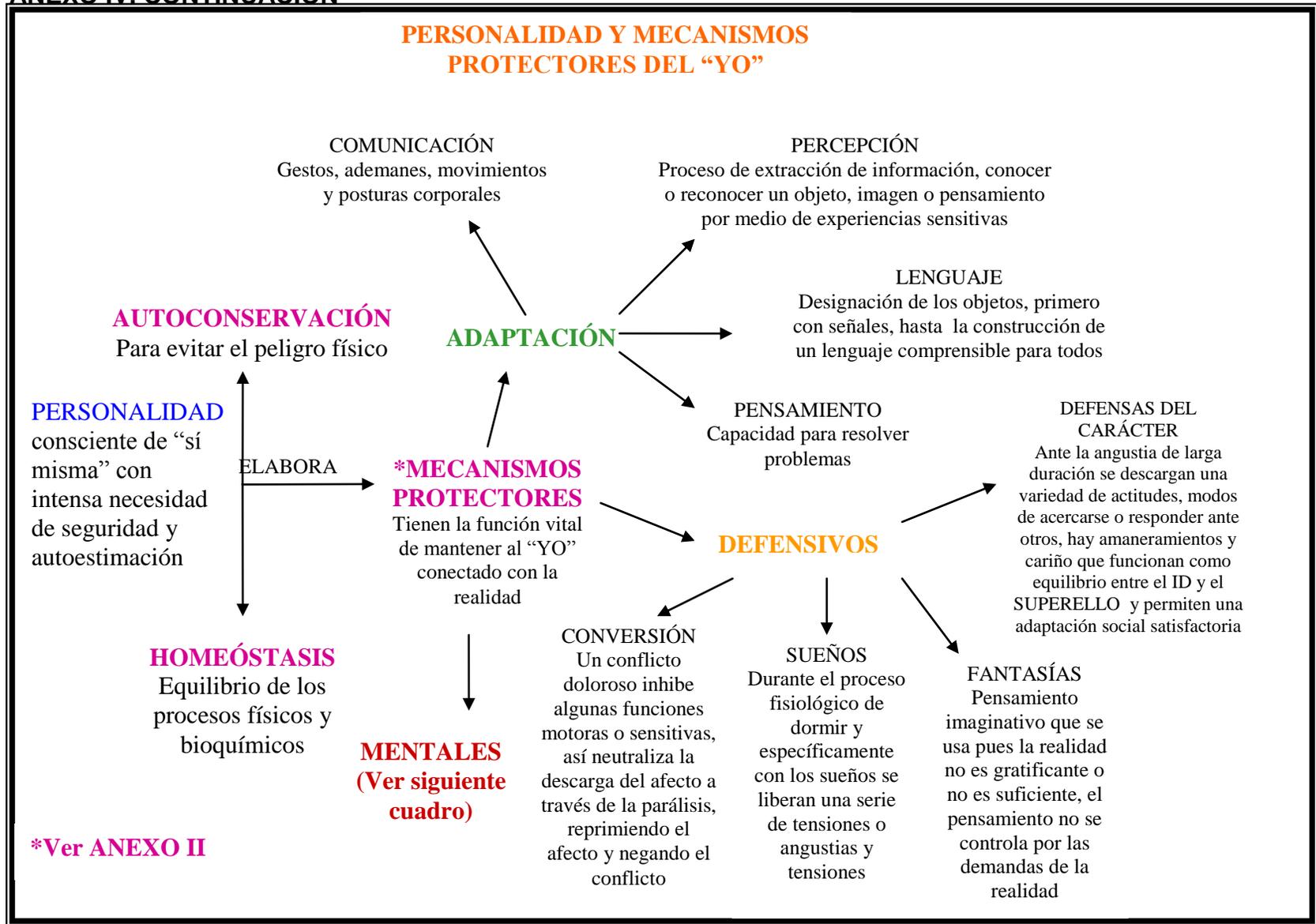
<p>Fálica</p>	<p>Inicia la apreciación de las diferencias sexuales</p> <p>Inicio de la escolaridad</p>	<p>Presenta el Complejo de Edipo (niños) y el de Electra (niñas)³⁰</p>	<p>Se impide que el padre del sexo opuesto se acerque al del mismo sexo pues hay celos y competencia por poseer al padre cuando se es niña y a la madre cuando se es niño</p>
<p>Latencia</p>	<p>La curiosidad sexual es limitada</p> <p>Identificación más estrecha con el progenitor del mismo sexo</p> <p>Inicia una diferenciación mayor entre los rasgos femeninos y masculinos</p>	<p>Asociación estrecha satisfactoria con el progenitor o alguna otra persona del mismo sexo para desarrollar la identificación y establecer su masculinidad o feminidad</p> <p>Se adquiere el entrenamiento en cuanto a las costumbres y actitudes de la sociedad</p> <p>Hay un desarrollo progresivo del ego como resultado del crecimiento, de la educación y de la experiencia</p> <p>Formación de los ideales Intensos deseos de ser importante</p>	<p>El niño está expuesto a presiones sociales más complicadas</p> <p>Se debe lograr el control interior de los impulsos agresivo-destructores</p>

³⁰ Complejo de Edipo, enamoramiento del niño-púbero por la madre y Complejo de Elektra, es el enamoramiento de la niña hacia el padre

Adolescencia	<p>Continúa la socialización con sus iguales</p> <p>Establece la diferencia entre los sexos</p> <p>Enfatiza la presencia del órgano fálico</p>	<p>Interés intenso en otros, generalmente del mismo sexo</p> <p>Toma en cuenta los sentimientos y sensibilidades del amigo, así como sus fracasos y sus éxitos</p> <p>Se esfuerza por lograr los primeros contactos íntimos</p> <p>Búsqueda de la identidad personal</p>	<p>Es competitivo</p> <p>Tiene poses de exhibicionista o toma parte en actos cínicos y antisociales</p> <p>Trata de obtener independencia respecto a la autoridad del hogar</p>
Adulthood	<p>Desarrollo de la identidad personal clara</p> <p>Acepta decisiones de otras personas con autoridad competente para el bienestar general</p> <p>Desarrolla relaciones satisfactorias con otros</p>	<p>Capacidad para asumir por sí mismo responsabilidad en el cuidado de los hijos</p> <p>Persigue en forma independiente sus propios objetivos</p> <p>Reconoce sus limitaciones</p> <p>Está dispuesto a buscar consejo con otros cuando lo necesita</p> <p>Es comprensivo y tolerante ante los déficits de los demás</p>	<p>Necesidad de tomar decisiones para la elección de pareja, para el matrimonio y profesión</p> <p>Cuando hay dependencia excesiva de los padres, privará a su cónyuge de ternura y atención necesaria para establecer un hogar satisfactorio</p> <p>Actitudes de sumisión o desafío excesivo originados en sus relaciones primarias con los padres y maestros que se transfieren a las autoridades</p> <p>El nacimiento de los hijos revive la rivalidad entre los hermanos por lo tanto hay hostilidad</p>

			<p>inapropiada o el resurgimiento de exigencias infantiles</p> <p>Separación y muerte, provocan intensa angustia que dificulta el proceso de duelo</p>
--	--	--	--

ANEXO IV. CONTINUACIÓN



ANEXO IV. CONTINUACIÓN. MECANISMOS DE DEFENSA Y PROCESOS ADAPTATIVOS

Cada especie y principalmente la humana, desarrolla mecanismos de adaptación de acuerdo a sus principales necesidades psicológicas: afecto, seguridad personal, importancia personal y desde luego defensas contra la angustia, que le generan fuertes conflictos, esto es, la lucha de dos respuestas poderosas e incompatibles e irreconciliables, entre las actitudes hábitos, valores, costumbres (SUPEREGO: familia, iglesia, escuela, tradiciones éticas y morales) y las necesidades y tendencias inconscientes (ID: placer, agresión), entre el “deber ser” y el “placer”. Dos situaciones en que las conductas son simultaneas, pero opuestas y la personalidad se divide en contra de sí misma, existe un sentimiento de inquietud interna y tiene la tarea a menudo difícil y dolorosa de establecer una avenencia que satisfaga las tendencias irreconciliables, situación que frecuentemente no se cumple y genera angustia, pero que el ego o “yo” experimenta a fin de mantener su principio fundamental que es el estar en contacto con la realidad y tales mecanismos o procesos contribuyen a no desconectarse para medianamente continuar “saludables”. A continuación se presenta un esquema de los componentes que permiten la reducción de emociones o sentimientos agresores al ego:

MECANISMOS PROTECTORES DEL “YO”

ANGUSTIA. Un conflicto produce el efecto de *angustia* y se le define como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que surge de la presión de actitudes internas inaceptables y se presentan de pronto en la conciencia o en forma de acción, es decir, ante los impulsos coercitivos sexuales o agresivos que empiezan a emerger, ante la tensión de la soledad o de la tristeza, o ante la revelación del amor o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza, lo primero que se experimenta es angustia en el contexto de la

situación conflictiva. Aunque la angustia y el miedo tienen aspectos en común, ambos representan señales de peligro, pero las diferencias son fundamentales. La primera, es una señal de una amenaza inminente a la personalidad en el contexto de su ambiente social, Sullivan la describe como un estado de tensión que existe cuando uno percibe una opinión desfavorable proveniente de una persona importante; el que sufre la angustia sólo se da cuenta del conflicto en forma vaga, pero sí percibe el estado de aprehensión intensa. Respecto al segundo, el miedo, es una respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el individuo la conquista o escapa de ella y el peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo. Durante el desarrollo de la personalidad, aparecen diversas formas para proteger al individuo de la angustia de otros efectos y sus acompañantes fisiológicos, pues ésta, se observa sólo cuando los mecanismos mentales de defensa se desintegran debido a la abrumadora amenaza a la personalidad, de origen interno o externo.

COMPENSACIÓN. Si una válvula del corazón es insuficiente, el músculo cardiaco se hipertrofia a fin de compensar la deficiencia circulatoria que resultaría del defecto valvular; en forma similar, el organismo, considerado como un todo, y distinguiéndose de sus órganos componentes, anhela ser estimado e intenta lograr dicha estimación compensando sus ineptitudes e imperfecciones, las cuales pueden exagerarse con facilidad y a menudo se revelan, sin querer, en la conducta. Un ejemplo de sobrecompensación, familiar a todos, es la persona de baja estatura con rasgos agresivos y dominantes, sus modales ostentosos y pretenciosos pueden haber sido adoptados, con objeto de aparentar una fuerza y una autoridad que la baja estatura no logra sugerir y es probable que la persona se sienta más tranquila y segura, olvidando momentáneamente sus desventajas. El prestigio parece ser una de las necesidades fundamentales de la personalidad para aumentar la autoestimación y encubrir las deficiencias, y varía desde el simple “pavonearse” hasta la formación de delirios de grandeza, que aun cuando

existen grados socialmente aceptables de compensación y rasgos admirables de la personalidad, pueden ser éstos una expresión de necesidades neuróticas, así pues, los impedimentos y las limitaciones, como factores que la producen son en algunos casos físicas, en otros mental; tal es el caso de los sentimientos de inferioridad real o imaginaria, que es la base de los mecanismos compensadores.

CONTROL CONSCIENTE. La adaptación más satisfactoria a las condiciones de la vida no es posible si existen tendencias o sentimientos de los cuales el individuo no se da cuenta y que por lo mismo están fuera de control. Los motivos que dirigen nuestra conducta no pueden ser guiados hacia canales constructivos convenientes, a menos que las fuentes ocultas de dichos motivos sean expuestas a la plena luz de la conciencia, en donde se pueda enfrentar todos los hechos y dirigir nuestros impulsos por medio del control consciente, que permite reemplazar las adaptaciones y las represiones automáticas con ajustes flexibles y conscientes, de la misma manera, si es posible aprender a reconocer y entender los mecanismos de escape y de defensa, se puede ejercer un mayor control consciente, que requiere una capacidad realista y eficiente para apreciar, decidir y regular, es decir, requiere un ego fuerte.

DESPLAZAMIENTO. Es otro recurso reductor de angustia que también actúa como un proceso de sustitución, en donde un sentimiento emocional es transferido de su objeto real hacia uno sustituto, es decir, el sentimiento originalmente dirigido hacia determinada persona, objeto, o situación, es transferido y ligado a otra persona, objeto o situación, a la que se le otorga la importancia originalmente asociada a la primera. Un claro ejemplo de este mecanismo son las fobias, en donde hay una transferencia inconsciente del miedo y la amenaza, de su fuente original escondida e interna (inconsciente), a otra fuente externa y aparentemente sin una relación que el individuo pueda percibir de manera consciente. En algunas neurosis compulsivas en que el paciente se lava las manos con frecuencia, el afecto ha sido desplazado de una experiencia anterior en la que se asociaba al

sentimiento de impureza moral la idea de suciedad, así ésta llega a tener el valor afectivo que originalmente se ligó a la experiencia conscientemente repudiada.

Los sentimientos y actitudes como el amor y el odio, son particularmente susceptibles de ser desplazados de una persona a otra, la cual viene a ser sustituto de la primera. Otro ejemplo sería, respecto a los sentimientos de hostilidad hacia uno de los padres, el que puede ser tan intenso que la conciencia resulta incapaz de aceptarlo, cambiando el odio hacia alguien que tenga un parecido – físico, psicológico o social (rol de maestro) - con el padre, la persona se protege contra el conocimiento consciente de su actitud.

DISOCIACIÓN. Se recurre a este mecanismo cuando el individuo, desea obtener cierto grado de satisfacción porque los diversos componentes de la personalidad no están bien integrados; así se logra que algunos aspectos o actividades de la personalidad escapen al control del individuo, se separen de la conciencia normal y que por medio de éste se elimine una parte de la personalidad que es fuente de inquietud emocional; en sus grados serios se presenta el sonambulismo, la escritura automática y los estados de fuga, entre los más severos se encuentra la personalidad doble o múltiple.

FIJACIÓN. Desde la lactancia hasta la madurez debe haber un desarrollo, una diferenciación y una maduración progresivos en el aspecto instintivo, en el social, emocional, de pensamientos, en aspectos de la personalidad, en la manera de encarar las situaciones difíciles y la frustración de los deseos, en el modo de manejar la realidad y del control y expresión de las emociones y necesidades; pero esto no siempre es así, pues por algún motivo el desarrollo se detiene en algunas de las etapas del ciclo vital, de lo que resulta la persistencia de ciertos elementos inmaduros; es por ello que la personalidad que usa este mecanismo muestra una falta de integración armónica, su organización emocional se estaciona en un nivel inmaduro particular y hay un rezago de independencia emocional con respecto al estatus biológico. La fijación es esta detención en el proceso de desarrollo solo en cuanto a lo emocional, una de las razones puede

ser que el individuo se niegue a renunciar a las satisfacciones excesivas que ha experimentado o bien a su contraparte que es el haber recibido frustraciones también en exceso. Este mecanismo de defensa puede también presentarse en casos de una afección cardíaca congénita.

FORMACIÓN REACTIVA. Se desarrolla un rasgo de carácter, con la finalidad de mantener la represión de los impulsos y para negar y disfrazar los rasgos de personalidad que han existido encubiertos, como pueden ser los rasgos perfeccionistas e intransigentes que en realidad son deseos o tendencias prohibidas que con frecuencia revelan, sin quererlo, aspectos inquietantes de la personalidad; por ejemplo, los sentimientos verdaderos de rechazo y hostilidad, pueden disfrazarse con amabilidad escrupulosa o con expresiones efusivas de gratitud. En lo referente a la intención consciente, una formación reactiva siempre es real y sincera, tal es el caso de una persona abiertamente agresiva que constantemente exige sus derechos y está lista a pelear ante cualquier provocación, puede estar defendiéndose a sí misma de un sentimiento de inseguridad profundamente asentado; por otra parte, la sumisión puede ser una formación reactiva que sirve para encubrir tendencias agresivas no reconocidas, como sería un exterior de amabilidad excesiva que puede esconder hostilidad intensa, aún más, preocuparse demasiado por una persona determinada puede ser un disfraz de sentimientos de hostilidad, celos y además un deseo de muerte no reconocidos. Tras un exterior de devoción puede acechar un deseo escondido de muerte como en el caso de la hija solterona que se ha sacrificado por su madre viuda, rechazando una propuesta matrimonial, para permanecer junto a ella, dicha devoción sirve para mitigar un sentimiento de culpa.

IDENTIFICACIÓN. Tiene la función de satisfacer los deseos y es el más importante de los mecanismos psicológicos para determinar el crecimiento del ego, pues el niño adopta las actitudes y pautas de conducta de sus padres y de otras personas significativas para él. La motivación de la identificación es satisfacer deseos, ya que el niño admira o aspira a la fuerza y las cualidades que

ve en sus mayores y en las personas con quienes se asocia e intenta obtener para sí esas pautas de conducta, adquiriendo las maneras de comportarse de los otros, no por imitación sino como una influencia constructiva, de modo tal que contribuye al crecimiento de las funciones del superego de un hijo, quién desde luego, puede adquirir las características socialmente indeseables del progenitor si éstas se le presentan como asociadas a una fuerza o mérito especiales, por ejemplo, sí un joven tiene admiración por alguna persona, puede vestirse de igual forma, comportarse, caminar, bailar, su postura corporal e incluso su mirada y tono de voz son similares, por lo que suelen utilizarlo en forma repetida ya que no han logrado establecer una identidad bien organizada en su personalidad, además de que los rasgos adoptados habitualmente son transitorios y desaparecen cuando el individuo que busca una seguridad mágica pierde la imagen que durante un tiempo le ha dado apoyo, o cuando siente que la persona con quien se había identificado lo rechaza. Puesto que la identificación es un moldeamiento inconsciente, se pueden encontrar cuatro modalidades: a) *TRANSFERENCIA*, la persona más recientemente conocida se vuelve el sustituto de la que se conoció primero y se le adjudican las mismas emociones con las que el individuo ha rodeado al sujeto original, esto es, que la identificación se transfiere y se proyecta hacia la segunda persona. De este modo tienen explicación las simpatías y antipatías, aparentemente sin causa, hacia personas que sin saberlo se han identificado con alguien que una vez suscitó emociones similares, por ejemplo, una persona que representa autoridad puede llegar a ser identificada con un padre tiránico, y el sustituto puede despertar las mismas emociones que la imagen original, así pues, en actitudes creadas en los primeros años de la niñez, pueden desplazarse o transferirse a otros en los años posteriores de la vida y distorsionar seriamente las relaciones humanas; b) *EMPATÍA*, es una cualidad, una forma sana, limitada y temporal de identificación que permite a una persona sentir en lugar de otra y al mismo tiempo que ella, comprendiendo sus experiencias y sentimientos, aquí se posee una capacidad afectuosa de colocarse en situaciones y entender los sentimientos de los demás. Sólo es posible que se encuentre en personalidades flexibles, maduras y bien establecidas; c) *INTROYECCIÓN*, es un

rasgo que se desarrolla en una etapa de la personalidad más temprana que la etapa en que aparece la identificación, en donde el niño introyecta o percibe experiencias de placer o dolor, de las cuales deriva imágenes “buenas” y “malas” de sí mismo y dado que son experiencias iniciales, el niño casi no establece diferencias entre su necesidad y el agente que lo satisface o lo frustra. La introyección es lo opuesto a la proyección y d) *INCORPORACIÓN*, el individuo introduce en su ego una fuente de identificación que perdió o que lo abandonó; este proceso se efectúa sin que el ego se transforme y ocurre junto con la expresión franca de agresión no neutralizada hacia el objeto incorporado; por ejemplo, un hombre lleva a su joven esposa a un tratamiento psicoterapéutico, debido a las recientes crisis de llanto y autodenunciación y desprecio hacia sí misma, asociadas con incapacidad para cuidar el hogar, e inmediatamente la paciente cuenta que su madre era una mujer que lloraba con frecuencia y que sólo bajo estas circunstancias la tomaba en su regazo, delatando en forma constante las injusticias que otros cometían con ella. La enferma afirmó que temía ser como su madre y que detestaba esos rasgos.

NEGACIÓN. Los pensamientos, los hechos, los deseos y los actos conscientemente intolerables, son descartados por medio de una negación inconsciente de su existencia, lo que es conscientemente intolerable se rechaza inconscientemente por medio de un mecanismo protector de no percepción, aquí se ve la realidad como si no existiera, o la trasforma de tal manera que ya no es desagradable ni dolorosa, no es un esfuerzo conciente por repudiar o descartar como cuando se miente o se finge.

PROYECCIÓN. Es en varios aspectos, una forma de desplazamiento, en un grado limitado se observa diariamente entre los semejantes, en grado psicótico, se ve en la paranoia y en otras psicosis paranoides, pero actuando como una defensa contra la angustia, exterioriza y atribuye a los otros rasgos de carácter, las actitudes, los motivos y los deseos propios que el individuo rechaza y censura, permitiendo ignorar factores dinámicos importantes de la personalidad, mientras

su influencia distorsiona la imagen del mundo exterior, por ejemplo, el individuo que critica con severidad en otros los mismos defectos que son los puntos débiles de su propio carácter, y que son absolutamente incapaces de reconocer que ellos mismos poseen los motivos y los rasgos despreciados, con esto puede decirse que el material proyectado es un eco propio inconsciente de quien lo proyecta, por este medio, se atribuyen a otros las propias intenciones agresivas y los impulsos del id, así encuentran salida las tendencias que se repudian. Los sentimientos de culpa que originan angustia pueden aliviarse si el individuo es capaz de verter la censura de los deseos o tendencias vergonzosas hacia el mundo exterior, declarándose inocente e incluso víctima. Como una defensa más contra la angustia el individuo reacciona con hostilidad y conducta agresiva hacia el objetivo externo que es el foco de la proyección, la que a menudo se asocia estrechamente con el mecanismo de negación y la represión y la proyección protegen al ego de ser abrumado o desorganizado por los efectos de la agresión, del odio o de la culpa, de modo tal que si el ego falla o se desorganiza, otros fenómenos (alucinaciones, ideas de referencia e ideas delirantes) se asocian con este mecanismo mental.

RACIONALIZACIÓN. Uno de los recursos más comunes, destinado a mantener el autorrespeto y a prevenir los sentimientos de culpa es sin lugar a dudas la racionalización, en donde el individuo prefiere creer que la conducta es el resultado de una deliberación cuidadosa, de un juicio imparcial y de una percepción completa de todos los motivos que la provocan, en realidad, la conducta es sólo en pequeña parte el resultado de dichas consideraciones intelectuales conscientes, después de que se ha actuado en respuesta a motivos no reconocidos, entonces se formulan razones aceptables que se cree determinaron la conducta, aunque en realidad sean sólo justificaciones, después de sucedido el hecho. Este mecanismo proporciona explicaciones racionales e intelectuales de la conducta que en realidad ha sido provocada por motivos no reconocidos, con el convencimiento de que es posible explicar la conducta, pero las explicaciones seudorracionales sólo engañan, así las actitudes reales y los

deseos permanecen ocultos y disfrazados. A veces, algunas de las racionalizaciones contienen un poco de verdad, la cual, sin embargo, está tan erróneamente exagerada, que sirve para esconder el motivo impulsor esencial aceptable, el cual es seleccionado por el individuo quien considera que son los únicos que existen, pero finalmente el pensamiento defiende al sentimiento. Habitualmente se combinan varios motivos y actúan originando la conducta, algunos de ellos tienen un valor ético preciso (los cuales dominan la conciencia), y otros son de naturaleza más egoísta, emocional o instintiva. Es importante diferenciar este mecanismo de la mentira, ya que en ella, la persona está consciente de que la razón es ficticia, mientras que en la racionalización, es un mecanismo absolutamente inconsciente y no es posible reconocer que los motivos no siempre se aprecian por su simple aspecto, aun más, el empleo de tal mecanismo no es indicador de falta de honestidad o sinceridad, los autoengaños en este caso, habitualmente son defendidos con gran intensidad emocional ya que fueron creados para ocultar la verdad que sería dolorosa para el ego. Una reacción común y ligada estrechamente a la racionalización, que ayuda a mantener la autoestimación frente a la ineptitud, es la del desprecio, en esta reacción defensiva de devaluación el individuo menosprecia una meta determinada que, por lo menos interiormente le gustaría lograr, pero que por algún obstáculo, a menudo ineptitud personal, no puede alcanzar.

REGRESIÓN. Es otro mecanismo que contribuye a escapar de la angustia, donde la personalidad puede sufrir una pérdida de una parte del desarrollo ya alcanzado, y regresar a un nivel inferior de integración, ajuste y expresión, por ejemplo el niño que controla sus esfínteres y que vuelve a mojar la cama después del nacimiento de su hermano, que le quita en ese momento la atención de la madre; es entonces que por este medio, intenta recuperar las satisfacciones de un período anterior de su vida. Si el individuo es incapaz de manejar de manera realista y constructiva los diversos problemas y frustraciones de la vida, incluyendo los que surgen del exterior, pero en especial los que surgen de su vida mental interior (sus conflictos, sus impulsos coercitivos instintivos y sus necesidades emocionales), puede frenar

su progresión normal hacia niveles de ajuste cada vez más altos, y retroceder a un nivel inferior del desarrollo de la personalidad, caracterizado por los modelos inmaduros de pensamiento, de emoción o conducta.

REPRESIÓN. Es uno de los mecanismos mentales más comunes, y se desarrolla para manejar el conflicto, es decir, los deseos irreconciliables, los anhelos que compiten entre sí, y las tendencias a hacer las cosas que constituyen una amenaza a la imagen que tenemos de nosotros mismos. Por medio de este mecanismo se excluyen del campo de la percepción consciente los deseos, impulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los autorrequerimientos y las motivaciones conscientes y se les desplaza hacia el inconsciente, que por medio de una inhibición psicológica del recuerdo, permanecen inaccesibles para no ser reconocidos y no originar una angustia totalmente insoportable. Este mecanismo, actúa como una defensa contra los impulsos coercitivos y los recuerdos que no pueden ser controlados por el ego; no se produce por un esfuerzo deliberado y consciente de la persona para rechazarlos, es más bien un repudio o negación involuntaria, un proceso no consciente que actúa de manera automática, pues las experiencias que implican culpa, vergüenza o disminución en la autoestimación, son particularmente propensas a ser reprimidas. La represión entonces, es una defensa primaria contra la angustia, la cual tiende a surgir cuando ciertos impulsos e ideas insoportables amenazan entrar a la percepción consciente y si ésta es incapaz de prevenir la angustia, puede recurrirse a otros mecanismos, tales como la proyección o la simbolización, por otro lado si no son suficientes, puede destruir la capacidad de evaluar, y entonces se deforma la realidad y entrarán en acción defensas que no tienen relación con ella, por ejemplo, estas defensas permiten que el individuo descarte un impulso inaceptable o un sentimiento de hostilidad amenazadores, atribuyéndolos a otra fuente, tal vez a una voz exterior a él mismo. Una de las desventajas de la represión es que los impulsos coercitivos y las necesidades apremiantes, profundamente asentados no son destruidos, sino que, por el contrario, aunque son refrenados de manera automática no cambian en calidad ni

en intensidad, pero buscan la satisfacción de manera constante, así mientras más represiones tiene una persona, más prejuicios y parcialidades desarrolla con objeto de prevenir el despertar de sus deseos reprimidos. De manera similar la intolerancia hacia el mal comportamiento de los otros, a menudo indica el esfuerzo que se requiere para reprimir tendencias similares que el individuo no reconoce en sí mismo. Finalmente diremos que la represión no debe confundirse con la supresión, en la que se hace un esfuerzo consciente para borrar del conocimiento los anhelos repudiados y los recuerdos rechazados; actúa sin que la conciencia la reconozca y básicamente actúa para mantener los convencionalismos éticos y sociales, ayudando así a los seres humanos a adaptarse a las buenas costumbres y a los estatus sociales.

RESISTENCIA. Se produce una oposición, profundamente asentada, a que los datos reprimidos (inconscientes) se vuelvan conscientes, el individuo trata de evitar los recuerdos y los *insights* que provocarían angustia y serían dolorosos si se encararan de manera consciente, es decir, que no se hace perceptible lo reprimido, esto es lo bloqueado, la turbación y angustia.

RESTITUCIÓN. No es raro el mecanismo de liberar a la mente de una carga de culpa por medio de actos reparatorios, como lo son las recompensas o reparación, cuando los sentimientos de culpa motivan el surgimiento de este mecanismo mental defensivo, puede volverse el motivo principal de la vida; como por ejemplo, la persona con una incansable benevolencia que casi llega a hastiar, actuando en un grado menos extremo y de manera menos obvia, la reacción reparatoria a la culpa inconsciente puede tener un gran papel en un impulso coercitivo hacia la creatividad.

SIMBOLIZACIÓN. Es un mecanismo por el cual una idea u objeto se emplea para representar alguna otra idea u objeto, de este modo los símbolos expresan en particular aquellos contenidos de la vida interior del individuo que está saturado de sentimiento, las diferentes afectaciones en vestir, en andar, hablar o en los

ademanes, que se observan entre personas que nunca han sido consideradas como enfermos mentales, a menudo son disfraces simbólicos que constituyen productos de la represión, por ejemplo, una persona que sólo se expresa (sin lenguaje oral) a través de escritos con tinta roja, ésta puede simbolizar el enojo por alguna conducta en la que esté en desacuerdo, pero que no puede expresar debido a las posibles consecuencias que se desprenderían si manifestara verbalmente su malestar. Así pues, lo reprimido es demasiado activo; tiene demasiada carga emocional; por ello no se puede dejar de lado la búsqueda de formas expresivas, y ya que se les ha negado la expresión directa, consciente y franca, los impulsos reprimidos se abren paso de manera indirecta y disfrazada, por lo que el símbolo se expresa en particular. La semejanza entre el símbolo y el objeto simbolizado es generalmente tan ligera, que la mente conciente la ignora. El individuo es, por lo tanto ajeno al significado del símbolo empleado; es más, a menudo es ajeno al hecho de que ha empleado un símbolo, aunque para su mente conciente no es tal; más bien es una realidad en sí mismo.

SUBLIMACIÓN. Los deseos y los impulsos coercitivos que provocan conflictos se reprimen y esta energía no puede usarse para actividades constructivas conscientemente dirigidas. Las necesidades instintivas y los impulsos inaceptables encuentran una salida y un modo aceptable de expresión, y la angustia que surge de la amenaza se canaliza y transforma dirigiéndose hacia modelos y metas socialmente aceptables y útiles; por ejemplo: los impulsos agresivos, pueden sublimarse en los deportes y en los juegos o en otros canales socialmente aceptados. Un ejemplo más es el del científico ocupado en la investigación de problemas de importancia para la salud y el bienestar de la humanidad; no reconoce conscientemente, que sus investigaciones no son más que la expresión disfrazada y refinada de un impulso coercitivo pronunciado e innato de curiosidad.

SUSTITUCIÓN. Se emplea para reducir la tensión que resulta de la frustración. Por su medio se obtienen gratificaciones alternativas o sustitutivas, comparables a las que hubiera disfrutado si la frustración no hubiera ocurrido. Para dar

satisfacción y reducir la tensión, la acción sustitutiva debe tener algunas similitudes con la acción frustrada, así, en un esfuerzo por resolver el conflicto, el organismo dispone de tres opciones: 1) seguir luchando en dirección al objetivo deseado, 2) vencer el obstáculo que impide el logro del objetivo, por medio de un impulso coercitivo agresivo, o 3) evitar o huir del obstáculo al que se enfrenta. Una adaptación posible en el funcionamiento de la personalidad, cuando no es posible utilizar agresión o huir, es aceptar el objetivo sustituto.