

# EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL DEL CICLO EVOLUTIVO HUMANO

**Tatiana Cecilia González Noguera**

**TEXTO GUÍA CÁTEDRA SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA EVOLUTIVA  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA



## El cuidado de enfermería en la salud mental del ciclo evolutivo

*Edición:* Primera - Noviembre de 2009

*ISBN:* 978-958-746-002-5

*Autor:* Tatiana Cecilia González Noguera

*Diseño y Diagramación:* Julio Valle Navarro

*Carátula:* Andrés Caiaffa Vidal

*Ciudad:* Santa Marta, D.T.C.H. - Colombia

*Impresión:* Logoformas S.A.

El presente material no puede ser duplicado, ni reproducido por ningún medio, sin previa autorización escrita de la Editorial Unimagdalena.

©EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
Coordinación de publicaciones y propiedad intelectual



**EDITORIAL**  
**UNIMAGDALENA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**

*Rector:* Ruthber Escorcía Caballero

*Vicerrector de investigación:* José Henry Escobar Acosta

*Decano facultad de ciencias de la salud:* Guillermo Trout Guardiola

*Coordinador de publicaciones y propiedad intelectual(e):* Raúl Sarabia-Gómez



# PRÓLOGO

---

Las experiencias y los saberes que se adquieren en la práctica diaria no pueden convertirse en memoria personal de quienes las realizan. Este, es un buen argumento para el trabajo educativo en cualquier lugar, y en la actualidad es oportuno tenerlo en cuenta para Colombia, el Magdalena y Santa Marta, dada la crisis social, económica y moral en la que se debate nuestra sociedad, crisis de la cual solo saldremos con el compromiso de muchos sectores sociales involucrados en la construcción de un nuevo modelo de sociedad mas justa y tolerante.

Se presenta este compendio a los estudiantes de enfermería para que se convierta en un manual de consulta ya que su contenido está enmarcado en los aspectos teóricos y necesarios para el entendimiento de la salud mental y el proceso de enfermar, complementado cada uno de los capítulos con guías, talleres, para el desarrollo personal intrafamiliar y social, facilitando así su utilización por parte del docente y del lector-discente. Así mismo, este trabajo, tiene como propósito aportar al diseño y ejecución de mejores y más eficaces propuestas para la prevención de la enfermedad mental, ensayando metodologías holísticas que son coherentes con planteamientos teóricos modernos y con el contexto social en que nos corresponde movernos.

Este documento tiene carácter de compilación pues recopila escritos de diversos autores especialistas en el tema, además incluye metodologías que han sido puestas en prácticas y evaluadas por expertos.

Finalmente se espera que el texto "El cuidado en enfermería en la salud mental del ciclo evolutivo humano" se convierta en una herramienta pedagógica que dinamice y motive la formación de nuevas propuestas e incentive la investigación.

**Tatiana Cecilia González Noguera**

*Enfermera Magíster Cuidado Paciente Crónico*

*Especialista en Salud Mental*

*Especialista en Docencia Universitaria*





# CONTENIDO

---

PRÓLOGO.....	3
I CAPÍTULO PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.....	13
DESARROLLO HUMANO.....	15
• Aspectos del desarrollo	
• Periodos evolutivos en el ser humano	
• Influencia en el desarrollo del ser humano	
• Mecanismos de defensa	
• Referencias bibliográficas	
PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL DESARROLLO HUMANO.....	21
• Sigmund Freud	
• Erik Erickson	
• Jean Piaget	
• Abraham Maslow	
• Guía de estudio	
• Referencias bibliográficas	
LA SALUD MENTAL.....	27
• Escala de actitudes hacia la promoción de la salud mental la salud mental	
• La salud mental	
• Tendencias de la salud mental	
• Políticas Nacionales de salud mental	
• Marco político	
• Reglamento de la salud mental	
• Marco legal	
• Guía de estudio	
• Referencias bibliográficas	
ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.....	37
• Enfermería en salud mental comunitaria	
• El papel de la enfermera en salud mental en el trabajo con la comunidad dentro del equipo multidisciplinario	
• Actividades de la enfermera a nivel primario en salud mental	
• La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica	
• Técnicas de remotivación	
• Guía de estudio	
• Referencias bibliográficas	
MODELOS DE ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL.....	49
• Virginia Henderson	
• Dorotea Orem	
• Hildegarde Peplau	
• Calista Roy	
• Betty Neuman	
• Jean Watson	



- Guía de estudio
- Referencias Bibliográficas

SALUD MENTAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL.....59

- La salud mental en la familia
- Etapas del ciclo evolutivo de la familia
- Desarrollo y conservación de la salud mental en la familia
- Prevención de accidentes en la familia
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

SALUD MENTAL EN LA GESTANTE.....75

- Estimulación durante la gestación
- Autoestima en la gestante
- Consecuencias del consumo de alcohol en la gestante
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

ETAPA PRENATAL CONCEPCIÓN Y NACIMIENTO.....85

- Causa de embarazos múltiples
- Mecanismos hereditarios
- Naturaleza y educación
- Herencia y el entorno en la salud física, la inteligencia y la personalidad
- Desarrollo prenatal
- Influencias ambientales que pueden afectar el desarrollo fetal
- Técnicas que permiten valorar la salud y el bienestar de un feto e Importancia de la atención prenatal
- El proceso de nacimiento
- Métodos y escenarios alternos para el parto disponibles hoy en día
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA INFANCIA Y PRIMEROS PASOS

EL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS.....91

- Adaptación de los recién nacidos a la vida fuera del útero
- Supervivencia y salud
- La escala de APGAR
- Complicaciones del nacimiento
- Desarrollo físico temprano
- Estudio del desarrollo cognitivo: enfoques clásicos
- Escala de desarrollo infantil de Bayley
- El desarrollo cognitivo de los bebés y niños según Piaget
- Estudio del desarrollo cognitivo: nuevos enfoques
- Desarrollo del lenguaje
- Fundamentos del desarrollo psicosocial
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

6

DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA (3-6 AÑOS).....101

- Desarrollo físico
- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo Psicosocial
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas



DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO PSICOSOCIAL EN LA NIÑEZ INTERMEDIA (6-12 AÑOS).....	109
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico</li> <li>• Desarrollo cognitivo operaciones concretas</li> <li>• Desarrollo psicosocial</li> <li>• Guía de estudio</li> <li>• Referencias bibliográficas</li> </ul>	
SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ 0-12 AÑOS.....	117
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manera de identificar riesgos. Situaciones que lo determinan y acciones preventivas a seguir</li> <li>• Características del desarrollo psicológico del niño</li> <li>• Salud mental en el recién nacido</li> <li>• Salud mental en el desarrollo psíquico</li> <li>• Importancia de la familia en el desarrollo de la salud mental</li> <li>• Declaración de los derechos de los niños</li> <li>• Legislación Colombiana</li> <li>• Guía de estudio</li> <li>• Referencias bibliográficas</li> </ul>	
DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA.....	131
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico</li> <li>• Desarrollo cognitivo</li> <li>• Sexualidad en el adolescente</li> <li>• Comportamiento antisocial y la delincuencia juvenil</li> <li>• Guía de estudio</li> <li>• Referencias bibliográficas</li> </ul>	
SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA.....	139
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La autoestima</li> <li>• Factores de riesgo y factores protectores</li> <li>• Diagnóstico de la autoestima</li> <li>• Terapia pensamiento generativo con autoimagen central</li> <li>• Presión de grupo</li> <li>• Toma de decisiones</li> <li>• Los valores</li> <li>• Uso del tiempo libre</li> <li>• Prevención de la fármacodependencia</li> <li>• Problemas sociales</li> <li>• Delincuencia juvenil violencia y homicidio</li> <li>• Guía de estudio</li> <li>• Referencias bibliográficas</li> </ul>	
DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA (20-40 AÑOS).....	163
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico</li> <li>• Desarrollo cognitivo</li> <li>• Desarrollo moral</li> <li>• Desarrollo social</li> <li>• Guía de estudio</li> <li>• Referencias bibliográficas</li> </ul>	
DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA (40-65 AÑOS).....	171
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico</li> <li>• Desarrollo cognitivo</li> </ul>	



- Desarrollo psicosocial en la edad adulta intermedia
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

SALUD MENTAL EN EL ADULTO DE 20 A 65 AÑOS.....179

- Fomento de la salud mental en el adulto
- La mujer en la sociedad
- Factores que pueden ser predisponentes en la mujer para el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Mujeres que abusan de sustancias psicoactivas
- Cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas
- Sustancias psicoactivas
- Referencias bibliográficas

DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA 65 Y MÁS AÑOS. (VEJEZ)...193

- Estado físico
- Desarrollo cognitivo
- Teoría e investigación sobre desarrollo psicosocial
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

LA SALUD MENTAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA O VEJEZ.....207

- Aspectos bioéticos del cuidado de enfermería al anciano
- Principios fundamentales de la bioética en el cuidado del anciano
- Derechos de la persona para vivir la vejez en su propio hogar
- Perfil de la enfermera (o) gerontológica
- Proceso de enfermería en la atención al anciano
- Plan de actividades para la tercera edad
- Derechos de los ancianos
- Responsabilidades de las personas de edad
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

II CAPÍTULO: EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL PARA LA PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....217

SALUD MENTAL RELACIONADA CON EL ESTRÉS.....219

- Grados de estrés
- Factores que intervienen en el estrés
- Clases de estrés
- Prevención personal del estrés
- Stop al estrés
- Modelo transaccional del estrés
- Evaluación cognitiva (Lazarus y Folkman)
- Ejercicio de relajación
- La técnica del enraizamiento
- Ejercicios de enraizamiento
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA SEXUALIDAD.....231

- Respuesta sexual
- La educación sentimental





- La sexualidad y sensualidad
- Amores especiales
- Comercio del sexo
- Anticoncepción
- Algunos trastornos sexuales
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

#### SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SOCIAL Y EL MALTRATO INFANTIL....239

- El maltrato se da a través de diferentes formas
- Etiología de la violencia intrafamiliar
- Características generales del agresor y de la victima
- El ciclo de la violencia
- El maltrato infantil
- Consecuencias del maltrato
- Indicadores emocionales del maltrato infantil
- El maltrato de los familiares ancianos
- Tipos de abuso
- Grupos de riesgo
- Factores de riesgo
- Papel del equipo multidisciplinario en salud
- Declaración de Hong Kong de la asociación medica mundial sobre el maltrato de ancianos
- Síndrome del bebe zarandeado
- Como prevenir el maltrato
- El proceso de enfermería en la violencia familiar
- Habilidades para la convivencia pacifica y la solución de conflictos
- El conflicto
- Promoción de un buen trato
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas
- Encuesta para detección del maltrato o en riesgo de sufrirlo

#### III CAPÍTULO INTERVENCIONES PARA EL FOMENTO DE LA SALUD MENTAL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....263

#### LA COMUNICACIÓN TERAPEÚTICA.....265

- Elementos de la comunicación
- Principales interferencias que se presentan en el proceso comunicativo
- Situaciones anormales en el proceso de comunicación
- Proceso normal de la comunicación
- El lenguaje del cuerpo
- Elementos no verbales en la comunicación del profesional
- Gestos no verbales mas comunes
- Desempoderamiento y reempoderamiento lingüístico
- Nivel de lógica semántica
- Nivel de límite perceptual
- Nivel de laguna sintáctica
- Empoderamiento lingüístico
- Empoderamiento interno
- Empoderamiento dialógico
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas



SALUD MENTAL Y LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA LA CRISIS E INTERVENCIÓN.....283

- Factores que determinan la crisis
- Clases de crisis
- El proceso de enfermería en la intervención en crisis
- Intervención de primer orden o primera ayuda emocional
- Pasos para la primera ayuda
- Resumen del proceso de recuperación
- La primera entrevista
- Esquema primera entrevista intervención

RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA LINEA AYUDA.....293

- El servicio telefónico
- Manejo y pasos a seguir en una llamada
- Crisis e intervención telefónica
- Como atender un estado de crisis a través del teléfono
- Características básicas
- Pasos a seguir durante el proceso
- Habilidades de comunicación
- Características básicas para la comunicación por el consejero
- Habilidades de comunicación en el consejero
- El suicidio
- Aspectos predisponentes y/o indicadores de riesgo
- Componentes del acto suicida
- Valoración de la conducta suicida
- Valoración y manejo del intento de suicidio
- Actitud terapéutica ante el suicidio
- La enfermera en el cuidado de la salud mental del paciente con VIH SIDA
- Reacciones emocionales
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE Y EL DUELO VISTO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS.....305

- Fases ante la posibilidad de la muerte
- Reacciones del enfermo ante la muerte
- Prevención y reducción de la tensión psíquica
- Sobre el miedo a la muerte
- Actitudes con respecto a la muerte y al moribundo
- Percepción de la inminencia de la muerte
- Reacciones ante la inminencia de la muerte
- Aproximación psicológica al mundo del paciente
- El rol del paciente moribundo
- Necesidades de la familia del moribundo
- La comunicación
- El arte del bien morir
- Cuidados en la agonía
- La familia y la agonía
- Cuidados psicoemocionales del paciente moribundo
- La familia dentro del núcleo de los cuidados
- Enfermería y el bien morir
- Derechos del enfermo terminal
- El duelo
- Taller de recuperación emocional



- Metáfora isomorfa: "Luz en el bosque oscuro"
- Tu crecimiento personal
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD.....329

- Mapa de riesgos y recursos
- Pasos para elaborar un mapa de riesgos y recursos
- Factores ambientales determinantes en la valoración comunitaria: mapas temáticos
- Obtención de datos para la valoración
- Registro de datos en mapas temáticos
- Tipos de mapas temáticos
- Aspectos técnicos básicos para diseñar un mapa
- Proceso de mapeo
- Anexo 1: Priorización de problemas
- Anexo 2: Plan de acción

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES  
EN LA COMUNIDAD .....339

- Manual para trabajadores de atención primaria en salud mental
- Descripción del cuestionario
- Flujograma maestro
- Cuestionario de síntomas RQC (niños) para nivel primario
- Cuestionario de síntomas SQR (adultos) para el nivel primario
- Guía de estudio
- Referencias bibliográficas

ANEXOS.....355

TALLER DE CRECIMIENTO PERSONAL  
GLOSARIO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....367





# **1ER. CAPÍTULO**

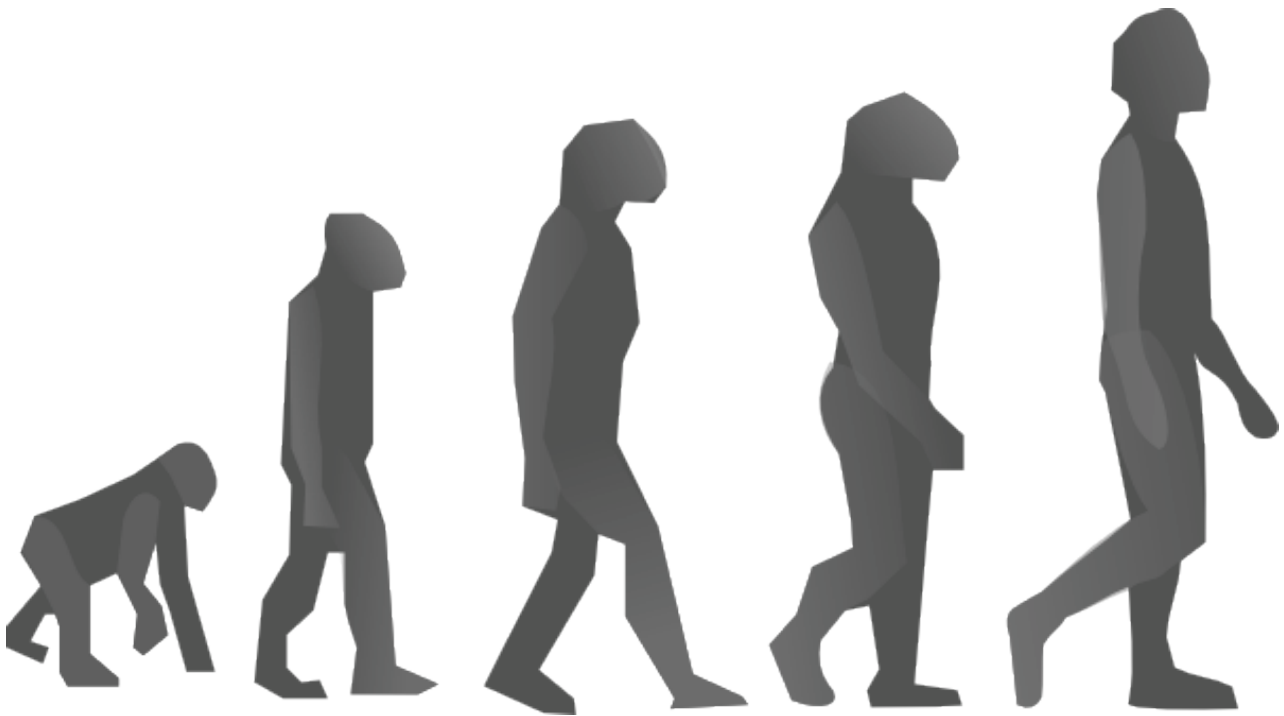
# **PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**





# DESARROLLO HUMANO

---



*Biblioteca gráfica de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005*







# EL DESARROLLO HUMANO

---

Existen sin duda una serie de características que juegan un papel importante a la hora de definir qué se entiende hoy por desarrollo humano.

En primer lugar, se centra directamente en el progreso de la vida y el bienestar humanos, es decir, en una valoración de la vida. En segundo lugar el desarrollo humano se vincula con el fortalecimiento de determinadas capacidades relacionadas con toda la gama de cosas que una persona puede ser y hacer en su vida; en la posibilidad de que todas las personas aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el cultural, el económico y el político, es decir, en un fortalecimiento de capacidades.

En tercer lugar, el desarrollo humano tiene que ver con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo. Se incluyen las libertades de atender las necesidades corporales (morbilidad, mortalidad, nutrición), las oportunidades habilitadoras (educación o lugar de residencia), las libertades sociales (participar en la vida de la comunidad, en el debate público, en la adopción de las decisiones políticas), es decir, el desarrollo humano tiene que ver con la expresión de las libertades civiles. Y en cuarto lugar, el desarrollo humano está asociado a la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo, es decir, con su constitución como sujetos.

Estos caracteres perfilan la comprensión del desarrollo humano: la valoración de la vida, la insistencia en la puesta en marcha de las capacidades humanas, el bienestar. Todo en el contexto de la vivencia de las libertades civiles y además asumiendo a los individuos como sujetos del desarrollo.

El desarrollo, y en general la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada una, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

En general, Papalia D. (2002) considera que las etapas del desarrollo humano son las siguientes: Prenatal, Infancia, primera infancia, infancia intermedia, Adolescencia, Adultez temprana, intermedia y tardía. Este desarrollo se aborda de forma cualitativa y cuantitativa a través del tiempo. El cambio cuantitativo incluye cambios en cantidad, como la estatura, peso y cantidad de vocabulario. El estudio del cambio cualitativo es más complejo debido a que incluye cambios en la naturaleza, como la inteligencia.

## **Aspectos del desarrollo**

Se debe hacer el seguimiento de los cambios ocurridos en el ser humano en lo físico, intelectual y del aspecto socio-emocional. Estas dimensiones se superponen e interactúan unas con otras durante la vida, debido a que el desarrollo en un aspecto afecta el desarrollo en otros.

## **Desarrollo físico**

Los cambios en estatura, peso, capacidad sensorial, habilidades motrices, desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud son todo parte del desarrollo físico y ejercen una influencia importante tanto en la personalidad como en el intelecto. El desarrollo físico y mental en la infancia actúa en absoluta armonía. Más tarde, los cambios físicos y hormonales de la pubertad afectarán dramáticamente el concepto de sí mismo que está en desarrollo.

## **Desarrollo intelectual (o cognoscitivo)**

A medida que los niños crecen la mayoría de sus habilidades pueden caracterizarse como desarrollo intelectual. Una gran variedad de habilidades mentales, como el aprendizaje, lenguaje, memoria, el raciocinio y el pensamiento, en resumen nuestras aptitudes o capacidades, cambian con el paso del tiempo y están íntimamente relacionadas con aspectos tanto motores como emocionales del ser.

## **Desarrollo socio-emocional de la personalidad**

La única forma de relacionarnos con el mundo, la manera como nos entendemos con otras personas y nuestros sentimientos, los cuales integran el desarrollo socio – emocional de nuestra personalidad, afectan los aspectos tanto físicos como cognoscitivos de nuestra actividad

## **PERIODOS EVOLUTIVOS EN EL SER HUMANO**

### **Periodos de la infancia**

Papalia D. (2002) en su libro sobre desarrollo humano la ha dividido cinco períodos:

- Periodo prenatal de la concepción al nacimiento
- Infancia y adquisición de la habilidad de caminar del nacimiento a los 3 años.
- Primera infancia de los 3 a los 6 años
- Infancia intermedia de los 6 a los 12 años
- Adolescencia de los 12 a los 18 años.

### **Periodos de la adultez**

Se han dividido en los tres periodos siguientes

- Adulta Temprana: de 20 a 40 años
- Adulta Intermedia: de 40 a los 65 años
- Adulta Tardía: de 65 años en adelante.

### **El periodo prenatal**

El período prenatal es el mayor crecimiento físico en todas las etapas de la vida; es cuando el ser humano va desde una sola célula (cigoto) hasta, 9 meses después, un ser compuesto por miles de millones de células. La estructura básica del cuerpo y de los órganos se forma, haciendo que esta época sea de gran vulnerabilidad, especialmente durante los tres primeros meses. El desarrollo del cerebro en el vientre también parece posibilitar los principios del aprendizaje, como lo sugiere una de las últimas e interesantes investigaciones.

### **La infancia y la etapa anal**

La primera parte de la segunda etapa, la infancia, dura del año y medio a los dos años de vida. No obstante que los bebés recién nacidos (neonatos) dependen naturalmente de los adultos, son sorprendentemente competentes. Los infantes pueden utilizar todos los sentidos desde su nacimiento y son capaces de un aprendizaje sencillo. Estas habilidades mejoran, rápidamente ya que establecen vínculos con sus padres, hermanos y hermanas, y otras personas que les proporcionan cuidados quienes a la vez llegan a encariñarse con ellos.

Durante la etapa anal, que va de los 18 meses a los 3 años de edad aproximadamente, los niños se vuelven altamente ágiles en el lenguaje y en las habilidades motrices y bastante independientes. Aunque los niños de esta edad generalmente pasan la mayoría del tiempo con los adultos, muestran gran interés por otros niños.

### **Primera infancia**

De los 3 a los 6 años de edad, el lenguaje se vuelve más importante para la vida de los niños, les permite comunicarse mejor con sus compañeros de juego y con los adultos. En esta edad, los niños pueden pedir y obtener mejor que antes lo que desean, cuidarse por sí solos y ejercitar el auto – control. Aunque ya reflejan muchas influencias de su cultura, todavía tienen mucho que aprender. En su lenguaje, en el juego y en el dibujo, despliegan una gran actividad interesante de imaginación y creatividad.

### **Infancia intermedia**

Entre los 6 y 12 años de edad los niños están en el colegio. Debido a que están desarrollando mayores habilidades para pensar lógicamente, son capaces de sacar mucho provecho de la educación formal, Otros niños asumen un lugar de mayor significación en la vida, aunque la familia es aún importante.

Durante estos años, toman muchos aspectos de su cultura particular, y aunque los adultos tienen a considerar estos años como los más típicos de la niñez, las actividades específicas varían ampliamente de una cultura a otra.

### **Adolescencia**

La preocupación más importante en las edades de 12 a 18 años es la búsqueda de identidad; preocupación que repercute en el transcurso de la vida. La cantidad de cambios físicos que señala el comienzo de la adolescencia afectan la vida de los jóvenes en muchas formas y los cambios cognoscitivos, que les permite desarrollar el pensamiento abstracto, significan que sus horizontes intelectuales pueden ampliarse a un mundo de posibilidades. Los años de la adolescencia implican un mayor compromiso con los compañeros de la misma edad en medio de esfuerzos por separarse del nido del hogar. Aunque la cultura afecta el desarrollo en cada una de las etapas, influye especialmente en la adolescencia.

### **Edad adulta temprana de 20 a 40 años**

- Se logra la intimidad después de lograr su propia identidad
- Desarrollan un sentido ético.
- Listos para relación heterosexual amorosa.
- Desarrolla y profundiza amistades
- Consolida su carrera
- Se vuelve independiente.
- Se da la paternidad y maternidad.

### **Edad adulta intermedia de 40 a 65 años**

- Cambios físicos, Menopausia. Osteoporosis.
- Descenso en las habilidades sensoriales y habilidades motrices complejas.
- Descenso de la fertilidad.
- La inteligencia se incrementa especialmente en las habilidades verbales.
- Son consejeros de los adultos tempranos.
- Cuestionamiento de la vida de uno, valores, deseos, talentos, metas, reflexión sobre elecciones y prioridades pasadas.

### **Edad adulta tardía de 65 años en adelante**

- Problemas de salud y físicos.
- Disminución de la audición, visión, actividad física, de la capacidad de retención, de la memoria.
- Ingresos económicos más bajos.
- Buscan alternativas de vivienda
- Se enfrentan a la muerte del cónyuge
- Se afianza el vínculo de abuelos - nietos.
- Se enfrentan a su propia muerte.

### **Influencias en el desarrollo**

Los seres humanos están sujetos a innumerables influencias. Los niños están influidos por los genes que heredan de sus padres. Esta influencia básica es afectada a la vez por un sin número de influencias de otros tipos clasificadas en tres categorías: Influencias normativas según la edad, influencias normativas según la historia y Eventos no normativos de la vida.

### **Influencias normativas según la edad**

Cuando se dice que algo es normativo, queremos decir que sucede de forma similar en la mayoría de los individuos que pertenecen a un grupo en particular. Una influencia según la edad es aquella relacionada con la edad cronológica, Las influencias normativas según la edad son entonces influencias sobre el desarrollo y son muy similares para toda la gente de un grupo de determinada edad. Incluyen sucesos culturales como el ingreso a la educación formal (lo que ocurre a la edad de 6 años en la mayoría de las sociedades de hoy en día.

### Influencias normativas según la historia

Es la influencia biológica o ambiental sobre el desarrollo que es común a la gente de una generación en particular.  
Evento de la vida no normativo

Evento extraordinario que puede tener un efecto muy importante en la vida de una persona

### Periodos críticos en el desarrollo

Tiempo específico durante el desarrollo, cuando un acontecimiento tiene el mayor impacto.

### Mecanismos de defensa

Son los procesos psicológicos que utilizan las personas para resolver conflictos y tensiones que son vergonzosos, dolorosos o amenazantes. Los conflictos y tensiones pueden presentarse dentro de una persona, entre individuos o grupos. Las personas sanas y bien adaptadas también hacen uso de estos mecanismos que comienzan en la niñez temprana. Es importante que los padres, maestros y demás personas tengan presente la necesidad del niño de utilizar un mecanismo de defensa y así mismo deben permitir que a través del tiempo se resuelva el conflicto. Entre los mecanismos de defensa están:

- **La compensación:** consiste en silenciar un sentimiento de inseguridad exagerando un rasgo real o deseable.
- **La sublimación:** Permite a una persona canalizar el impulso de una conducta inaceptable mediante un comportamiento aceptado socialmente.
- **La racionalización:** Consiste en encontrar una buena razón en lugar de admitir la razón verdadera de un acto o comportamiento.
- **La regresión:** Se manifiesta como un comportamiento inmaduro; se caracteriza por regresar a una etapa anterior del desarrollo cuando la persona se ve acosada por una situación dolorosa o amenazante.
- **La proyección:** Se utiliza para negar pensamientos y sentimientos inaceptables atribuyéndoselos a otra persona. Este mecanismo protege la dignidad.
- **La represión:** Se utiliza para negar u olvidar experiencias desagradables o acontecimientos embarazosos.
- **La formación reactiva:** Se manifiesta por una conducta opuesta al deseo inconsciente
- **El desplazamiento:** Se utiliza para sustituir un objeto o persona por otro, considerando al sustituto como si fuera el original.
- **La disociación:** Consiste en la separación de las experiencias embarazosas o dolorosas de la propia conciencia.
- **La fantasía:** Es el uso de la imaginación para resolver un problema.
- **La identificación:** Es imitar a una persona que se idealiza, con el propósito de parecerse a ella.
- **La conversión:** Es un mecanismo a través del cual una persona transforma un conflicto psicológico en una enfermedad física.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FREUD, Anna. El Yo y los mecanismos de defensa, Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. ISBN 9788475090245. 1980
- KELLY, J., Asuntos en el milenio. Una perspectiva global. En CUENCA, M., Ocio y desarrollo humano, Propuestas para el 6° Congreso Mundial de Ocio. Universidad de Deusto, Bilbao, 2000
- LAPLANCHE, JEAN & Pontalis, Jean-Bertrand, Diccionario de Psicoanálisis, Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Paidós. ISBN 9788449302558/ ISBN 9788449302565. 1996
- LÓPEZ Ibor, ALIÑO, Juan J. & VALDÉS Miyar, Manuel (dir.), DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Editorial Masson. ISBN 9788445810873. 2002
- MCKINLEY, T., Medida de la contribución de la cultura al bienestar humano: los indicadores culturales del desarrollo, en Informe Mundial sobre la cultura, Ediciones UNESCO/CINDOC, ACENTO EDITORIAL, Madrid, 1999, p. 322
- MORALEDA, Mariano Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud. Coedición: Alfaomega-Marcombo, Mexico, 2003. pag. 1-392
- O'HANRAHA N Peter, En El Artículo The Defense System De La Revista Enneagram Monthly De Febrero Del 2000 No. 58 -Vol. 6
- PAPALIA Diane, WENDKOS Rally, DUSKIN Ruth. Desarrollo Humano, Octava Edición, Editorial, Mcgraw- Hill Interamericana, S.A. 2002. Pág. 9 - 59
- PEREZ PEREIRA, MNuevas perspectivas en psicología del desarrollo. Madrid: Alianza, Cap. I. .1995.
- SALINAS GARCÍA Telmo. Nociones de Psicología, , Ed Adunk SRL, Lima Perú . 2003
- SMITH & GLASS, Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, American Psychologist, Vol 32, 1977, p: 9.
- STAATS, Arthur , Behavior and Personality. Psychological Behaviorism, Springer Publishing Company Inc. Nueva York. 1996

# PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL DESARROLLO HUMANO

## SIGMUND FREUD

Desarrolló la teoría psicoanalítica que está relacionada con las fuerzas inconscientes que motivan el comportamiento humano. A comienzos del siglo XX, Sigmund Freud (1856-1939), médico Vienes, desarrolló el psicoanálisis, un enfoque terapéutico cuyo objeto era ofrecer a los pacientes una imagen de sus conflictos emocionales inconscientes. Formulando preguntas diseñadas para evocar los recuerdos largamente olvidados, Freud concluyó que la fuente de los trastornos yace en las experiencias traumáticas reprimidas en la infancia temprana. La perspectiva psicoanalítica ha sido ampliada y modificada por otros teóricos y profesionales como Erikson.

Freud propuso tres componentes hipotéticos de la personalidad el **ELLO**, el **YO** y el **SUPERYO**.

**EL ELLO:** Presente en el momento de nacer, es la fuente inconsistente de los motivos y de los deseos: funciona sobre él "Sobre el principio del placer".

**EL YO:** Presentación de la razón y del sentido común, opera según el "principio de la realidad".

**EL SUPERYO:** Presentación de los valores sociales, transmitidos por los padres y otros adultos.

Freud afirmó que la personalidad se forma en los primeros años de vida cuando los niños enfrentan conflictos inconscientes entre sus impulsos biológicos innatos y las exigencias de la sociedad. Planteó que estos conflictos ocurren en una secuencia invariable de etapas de desarrollo psicosexual.

## DESARROLLO PSICOSEXUAL (FREUD)

En la teoría Freudiana diferentes etapas del desarrollo en las cuales la gratificación cambia de una zona del cuerpo a otra. De la boca (etapa oral) al ano (etapa anal) etc.

**Oral:** (Del nacimiento a los 12 o a los 18 meses) La principal fuente de placer del bebé está relacionada con las actividades centradas en la boca como succión y alimentación.

**Anal:** (Entre los 12 y 18 meses hasta los 3 años) El niño deriva su gratificación sensual reteniendo y expulsando las heces. La zona de gratificación es la región anal y el entrenamiento para el control del esfínter es una actividad importante.

**Fálica:** (Entre los 3 y 6 años) El niño se apega al progenitor del sexo contrario y posteriormente se identifica con el de su mismo sexo. Se desarrolla el superyo. La zona de gratificación pasa a la región genital.

**Lactancia:** (Entre los 6 años hasta la pubertad). Tiempo de relativa calma entre etapas más turbulentas.

**Genital:** (De la pubertad a la edad adulta). Resurgimiento de los impulsos sexuales de la etapa fálica canalizados en la sexualidad adulta madura.

## ERIK ERICKSON

Un psicoanalista Alemán, formó parte íntima del círculo de Freud, llegó a modificar y ampliar la teoría Freudiana enfatizando la influencia de la sociedad sobre la personalidad en desarrollo.

Formuló la Teoría del desarrollo psicosocial que cubre ocho etapas a lo largo del ciclo vital. Cada etapa incluye una crisis de la personalidad, un aspecto substancial del desarrollo que es particularmente importante en ese momento y continuará siéndolo en cierto grado durante el resto de la vida. Las crisis que surgen de acuerdo con un tiempo de maduración deben ser resueltas satisfactoriamente para el sano desarrollo del **YO**.

La teoría de Erikson se ha sostenido mejor que la de Freud, especialmente por su énfasis en las influencias sociales, culturales y en el desarrollo después de la adolescencia. Sin embargo, algunos de los conceptos de Erikson, al igual que los de Freud son difíciles de probar.

### **DESARROLLO PSICOSOCIAL (ERICKSON) LAS OCHO CRISIS**

Teoría de Erikson acerca del desarrollo de la personalidad a través de la vida en la cual se hace énfasis en las influencias sociales y culturales sobre el yo, en 8 crisis.

1. **Confianza vs. desconfianza** (desde el nacimiento hasta los 12 o 18 meses de edad). El bebé desarrolla el sentido de si el mundo es un lugar bueno y seguro. Virtud: la esperanza.
2. **Autonomía vs. pena y duda** (entre los 12 y 18 meses hasta los 3 años de edad). El niño desarrolla un equilibrio de independencia y autosuficiencia frente a la vergüenza y la duda. Virtud: La voluntad.
3. **Iniciativa vs. culpabilidad** (desde los 3 a los 6 años). El niño desarrolla la iniciativa al probar nuevas actividades y no es agobiado por la culpabilidad. Virtud: La intención.
4. **Industria vs. inferioridad** (de los 6 años hasta a la pubertad). El niño debe aprender las habilidades de la cultura o afrontar sentimientos de incompetencia o inferioridad. Virtud: La habilidad.
5. **Identidad vs. confusión de identidad** (desde la pubertad a la adultez temprana.) El adolescente debe determinar el propio sentido de sí mismo (quien soy YO) o experimentar confusión respecto a los papeles. Virtud: La fidelidad.
6. **Intimidad vs. aislamiento** (adultez temprana). La persona busca establecer compromisos con los demás; si no tiene éxito puede sufrir aislamiento y auto absorción. Virtud: El amor.
7. **Productividad vs. estancamiento** (adultez intermedia). El adulto maduro se preocupa por establecer y guiar a la siguiente generación o siente un empobrecimiento general. Virtud: La responsabilidad.
8. **Integridad vs. desesperanza** (vejez). La persona anciana logra la aceptación de su propia vida y se permite la aceptación de la muerte o se desespera por su imposibilidad de volver a vivir la vida. Virtud: La sabiduría.

### **JEAN PIAGET**

Teórico suizo fue el precursor de la actual revolución cognitiva con su énfasis en los procesos mentales. Así mismo consideró a los niños como seres activos, en desarrollo con sus propios impulsos internos y patrones de desarrollo. Vislumbró el desarrollo cognitivo como el producto de los esfuerzos de los niños por aprender y actuar en el mundo.

El método clínico de Piaget combinó la observación con el interrogatorio flexible. Para explorar como piensan los niños hizo preguntas subsecuentes a las respuestas de estos. Consideró que el desarrollo cognitivo comienza con una capacidad innata para adaptarse al entorno. Afirmó que el desarrollo cognitivo ocurre en una serie de etapas cualitativas diferentes y que en cada etapa la mente del niño desarrolla un nuevo modo de operar.

Desde la infancia hasta la adolescencia, las operaciones mentales evolucionan del aprendizaje basado en la simple actividad sensorial y motora hasta el pensamiento lógico abstracto. Este desarrollo gradual ocurre a través de tres principios interrelacionados: organización, adaptación y equilibración.

**Organización:** Integración del conocimiento en un sistema para hacer que el entorno tenga sentido.

**Adaptación:** Ajuste a la nueva información del entorno a través de procesos complementarios de **Asimilación:** Incorporación de la información nueva a una estructura cognitiva existente. **La acomodación:** cambios en una estructura cognitiva existente para incluir información nueva.



**Equilibración:** Tendencia a buscar el equilibrio (balance) entre los elementos cognitivos del organismo así como éste y el mundo exterior.

Aplico su vasto conocimiento de la biología, la filosofía, la lógica y la psicología a las meticulosas observaciones de niños y construyo teorías complejas acerca del desarrollo cognoscitivo o de la adquisición de conocimientos.

## ETAPAS COGNITIVAS

**Sensorio motora** (desde el nacimiento a los 2 años)

El bebé se torna gradualmente capaz de organizar las actividades relacionadas con su entorno a través de la actividad sensorial y motora.

**Preoperacional** (2 a los 7 años de edad)

El niño desarrolla un sistema de imágenes y utiliza los símbolos para representar personas, lugares y eventos. El lenguaje y el juego simbólico son manifestaciones importantes de esa etapa. El pensamiento aun no es lógico.

**Operaciones concretas** (7 A LOS 11 años)

El niño puede solucionar problemas de manera lógica si están enfocados en el aquí y el ahora, pero no puede pensar en forma abstracta.

**Operaciones formales** (desde los 11 años a la adultez)

La persona puede pensar en forma abstracta y manejar situaciones hipotéticas y pensar acerca de las posibilidades.

## ABRAHAM MASLOW

Psicólogo quien desarrolló junto con Carl Roger la perspectiva humanística, enfatizando la capacidad de las personas, cualquiera que sea su edad o circunstancias, para encargarse de sus propias vidas. Prestan especial atención a los factores internos de la personalidad: sentimientos, valores y esperanzas. Intentan ayudar a los individuos a propiciar su propio desarrollo a través de capacidades característicamente humanas de la selección, la creatividad y la autorrealización. Destacan el potencial para un desarrollo sano, positivo, cualquier característica negativa según ellos, es resultado del daño inflingido sobre la persona en desarrollo.

Identificó una jerarquía de necesidades: un orden estratificado de necesidades que motivan el comportamiento humano y solo cuando las personas han satisfecho sus necesidades básicas pueden esforzarse por cubrir necesidades más elevadas. Las personas autorrealizadas según Maslow tienen una aguda percepción de la realidad, se aceptan a sí mismas y a los demás y aprecian la naturaleza. Son espontáneas, muy creativas, autodirigidas y hábiles en la solución de problemas. Tienen relaciones satisfactorias, aunque también sienten deseos de privacidad. Tienen un firme sentido de valores y carácter no autoritario. Responden a la experiencia con una fresca apreciación y gran emoción. La mayoría de ellas tienen profundas experiencias místicas o espirituales, denominadas experiencias máximas, las cuales pueden conducir a un sentido de auto trascendencia o integridad con algo más allá de sí mismo. Nadie se auto realiza jamás en forma completa; una persona sana avanza continuamente a niveles mas satisfactorios.

La jerarquía de las necesidades de Maslow parece fundamentada en la experiencia humana, aunque no es invariablemente cierta. Suele aceptarse que las personas tienen las mismas necesidades básicas toda su vida. Sin embargo, su naturaleza y relativa importancia para el bienestar del individuo cambian y la edad de la persona y su etapa de desarrollo físico y psicosocial son variables importantes que los afectan.

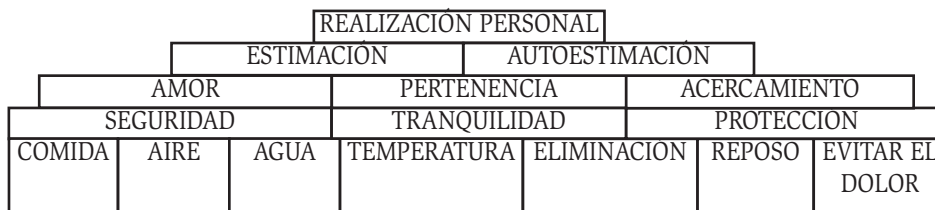
Los programas de enfermería utilizan la teoría de Abraham Maslow sobre la jerarquía de las necesidades; como marco conceptual para considerar las necesidades del hombre. Maslow ha sugerido que hay cinco categorías básicas de necesidades del hombre, que pueden ordenarse por prioridad en cuanto a su satisfacción. Según su teoría deben satisfacerse las de nivel mas bajo antes que el individuo intente satisfacer las de orden más alto.

Las categorías en orden de prioridad son:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de protección y seguridad

- Necesidades de amor y pertenencia
- Necesidades de estimación
- Necesidades de realización personal

## JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW



### NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Tienen primacía sobre todas las otras porque son esenciales para la supervivencia: incluyen las necesidades de agua, alimento, aire, eliminación, descanso, sueño, conservación de la temperatura y evitación del dolor.

### Necesidades de seguridad y protección

Incluyen componentes tan fundamentales como la protección adecuada de los elementos y los factores perjudiciales del ambiente. Las personas también deben sentir que están a salvo y protegidas de peligros reales o imaginarios. Suele experimentar mayor seguridad cuando se encuentran en ambientes familiares, con las rutinas usuales, personas en quienes pueden confiar y rodeada de cosas conocidas. Por el contrario se sienten amenazadas si de encuentran en sitios extraños y se buscan objetos inanimados que asumen un simbolismo que representa seguridad y protección para el individuo. Ej.: almohada, manta, juguete o amuletos.

### NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA

La persona que carece de amor y afecto no se desarrollan bien, por más que se satisfagan sus necesidades fisiológicas y de seguridad, las personas necesitan tener con quien compartir sus alegrías, penas ansiedades y dudas quienes no tienen logros cercanos con otros individuo suelen tener mascotas, gatos, perros, canarios en los que vierten todo el amor y afecto que no han tenido oportunidad de compartir con otros.

### NECESIDAD DE ESTIMACIÓN

Una persona tiene que sentir que vale como ser humano, es decir tiene auto estimación y que se le considera de valor y dignidad para su familia y otros individuos si esta necesidad no se satisface las personas tendrán un mal concepto de sí mismas y sentimientos de desadaptación frustración, alineación y como resultado falta de esperanza.

### NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL

Incluyen la necesidad que tiene la persona de obtener su potencial mas elevado y lograr las ambiciones que tenga en la vida. Maslow incluyo aquí las necesidades de conocimiento y estética es decir algo bello en la vida del individuo.





# GUÍA DE ESTUDIO N° 1

## DESARROLLO HUMANO Y LAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

El desarrollo humano es el estudio del cambio y la estabilidad a lo largo de la vida. El estudio del desarrollo humano comenzó con estudios de la infancia durante el siglo XIX, la adolescencia no se consideró como una fase independiente del desarrollo hasta el siglo XX. Cuando los investigadores se interesaron en seguir el desarrollo durante la adultez, el desarrollo del ciclo vital se convirtió en campo de estudio.

### Logros

Reflexionara sobre la importancia de las diferentes perspectivas teóricas en cada etapa evolutiva del ciclo vital a fin de proporcionar un cuidado de enfermería integral.

### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa: Identifica las diferentes teorías del desarrollo humano
2. Argumentativa: Elabora un ensayo que sustente las teorías del desarrollo humano
3. Propositiva: Confronta las concepciones teóricas con el desarrollo humano
4. Axiológica: Lidera procesos de reflexión y concientización acerca de las teorías del desarrollo

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Socialice lo investigado en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo, bien presentado sobre la temática del desarrollo humano y las diferentes teorías que lo abordan. (máximo 2 hojas, se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía)

### Desarrollo

1. Como es el desarrollo humano y que cambios incluye
2. Enumere los mecanismos de defensa que utiliza el ser humano y como se desarrolla la estructura de su personalidad
3. Consulte las diferentes teorías que abordan el tema del desarrollo humano (Freud, Piaget, Erickson, Maslow)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GARRY, Maryanne & LOFTUS, Elizabeth, I am Freud's brain, Committee for the Scientific Investigation of Claims of the Paranormal. 2004
- GRÜNBAUM, Adolf, Precís of The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique, Behavioral and Brain Sciences, 1986, p 9.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Bertrand, Diccionario de Psicoanálisis, Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Paidós. ISBN 8449302552/ ISBN 8449302560. 1996
- LAURIE Annie, CURRY Virginia. Enfermería Psiquiátrica Y Salud Mental. Editorial Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1987. Pág. 1 - 16.
- O'HANRAHAN Peter, En El Artículo The Defense System De La Revista Enneagram Monthly De Febrero Del 2000 (No. 58 -Vol. 6)
- PAPALIA Diane, WENDKOS Rolly, DUSKIN Ruth. Desarrollo Humano, Octava Edición, Editorial, Mcgraw- Hill Interamericana, S.A. 2002. Pág. 9 - 59
- PEREZ PEREIRA, MNuevas perspectivas en psicología del desarrollo. Madrid: Alianza, Cap. I. .1995.
- SALINAS GARCÍA Telmo. Nociones de Psicología, , Ed Adunk SRL, Lima Perú . 2003
- SMITH & GLASS, Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, American Psychologist, Vol 32, 1977, p: 9.



# LA SALUD MENTAL

---



Prácticas Formativas Salud Mental Programa Enfermería. 2006- 2007



## ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

### INSTRUCCIONES

Cada afirmación del cuestionario tiene cinco posibilidades de respuesta para escoger una. Señale con un X la respuesta teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- A. Totalmente de acuerdo  
B. Parcialmente de acuerdo  
C. Indeciso  
D. Parcialmente en desacuerdo  
E. Totalmente en desacuerdo

CUESTIONARIO	A	B	C	D	E
• La Salud de la madre durante el embarazo no tiene consecuencias duraderas en el niño.					
• La salud mental es la capacidad de establecer relaciones duraderas, significativas y profundas.					
• Ocupar el tiempo libre en actividades sanas y agradables, no tiene relación alguna con la salud mental.					
• En el transcurso de su vida, el ser humano está sujeto a cambios físicos, psicológicos que no debe aceptar.					
• Aceptar y reconocer nuestros errores nos ayuda a crecer como seres humanos.					
• La familia no tiene influencia en la salud mental de sus miembros.					
• El medio ambiente en que se desenvuelve una persona, puede estimular o limitar su desarrollo personal.					
• El enojo, la tristeza, la alegría y la frustración son sentimientos que están presentes en cualquier momento de la vida del ser humano.					
<b>PUNTAJE</b>					

La pauta para la puntuación de cada una de las aseveraciones de la escala de actitudes se presenta a continuación.

Cada aseveración de la escala tiene cinco (5) posibilidades de respuestas para escoger una. Los valores de las distintas posibilidades de respuesta escogida fluctúan entre 5 y 1.

### PUNTAJE

5. Actitud adecuada  
4. Parcialmente adecuada  
3. Ambivalente  
2. Parcialmente inadecuada  
1. Totalmente inadecuada



CUESTIONARIO	A	B	C	D	E
• La Salud de la madre durante el embarazo no tiene Consecuencias duraderas en el niño.	1	2	3	4	5
• La salud mental es la capacidad de establecer relaciones duraderas, significativas y profundas.	5	4	3	2	1
• Ocupar el tiempo libre en actividades sanas y agradables, no tiene relación alguna con la salud mental.	1	2	3	4	5
• En el transcurso de su vida, el ser humano está sujeto a cambios físicos, psicológicos que no debe aceptar.	1	2	3	4	5
• Aceptar y reconocer nuestros errores nos ayuda a crecer como seres humanos.	5	4	3	2	1
• La familia no tiene influencia en la salud mental de sus miembros.	1	2	3	4	5
• El medio ambiente en que se desenvuelve una persona, puede estimular o limitar su desarrollo personal.	5	4	3	2	1
• El enojo, la tristeza, la alegría y la frustración son sentimientos que están presentes en cualquier momento de la vida del ser humano.	5	4	3	2	1
<b>PUNTAJE</b>					

## CUANTIFICACIÓN

La Escala de actitudes se debe aplicar antes y después de la finalización del programa de capacitación. Se puede realizar un estudio comparativo tanto de cada uno de los participantes como del grupo en general.

El evaluador califica las respuestas obtenidas para cada persona teniendo en cuenta los valores suministrados en la planilla anterior.- posteriormente se procede a sumar dichos valores obteniendo el puntaje total de la escala de actitudes.

El porcentaje total obtenido por el sujeto se valora de acuerdo a los siguientes criterios:

CRITERIOS	PUNTAJE
BUENO	26 - 40
NECESITA MEJORAR	25 - 14
DEFICIENTE	13 - 0

De esta forma el facilitador puede obtener una visión particular del desempeño de cada estudiante en la escala



# LA SALUD MENTAL

---

El concepto mismo de salud mental es un concepto discutible, es un concepto que está muy marcado por el relativismo cultural; lo que se entiende hoy por salud mental no es lo mismo que lo que piensan en otras culturas, ni es lo mismo que se entendía años atrás. Es decir, el primer punto es que no hay una manera unívoca de expresar la condición de la salud mental, sino que el concepto en sí mismo está condicionado culturalmente tanto a lo largo del tiempo histórico como en cada situación cultural concreta. Probablemente en otras culturas o en otros momentos de la historia se pensaba este tema de la salud mental de manera muy distinta a como lo pensamos nosotros hoy.

Se presenta la definición de salud mental que propone la Organización Mundial de la Salud mental, se considera claramente, la mejor definición ya que surge por consenso de un grupo de expertos de distintos países del mundo:

**"La salud mental es aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social".**

De esta definición se destacan que se define la salud mental como "aquel estado sujeto a fluctuaciones", es decir, la salud mental nunca es una línea recta, sino más bien una línea ondulada, con crestas y valles, ondulaciones que se producen dentro de ciertos límites, hay un piso y un techo. Entonces, es un estado sujeto a fluctuaciones pero no cualquier fluctuación, son fluctuaciones que se dan dentro de ciertos límites, si esas fluctuaciones sobrepasan dichos límites entonces estamos en el terreno de lo patológico. Esto es claramente comprensible porque nosotros como seres humanos somos conscientes de las variaciones de nuestros estados de ánimo, hay días en que uno se levanta muy contento y no sabe por qué y otros en que uno se levanta muy mal y tampoco sabe por qué.

Otro punto que merece ser destacado es el hecho de considerar que estas fluctuaciones son provenientes de factores biológicos o sociales. Desde lo biológico un simple malestar digestivo, por ejemplo un dolor de estómago, es suficiente para que mi estado de ánimo cambie, no se está, y simplemente hablando de algo muy sencillo, de algo muy trivial, ni hablar de un padecimiento físico importante. Pero también, si pierdo el trabajo, si discuto, o si peleo, también esto provoca una alteración del estado de ánimo. Entonces, esto que llamamos salud mental está sujeto a fluctuaciones biológicas y sociales, en el sentido de nuestra relación con el mundo y con los otros. Quiero detenerme en este punto para aclarar que las alteraciones biológicas tienen una relativa estabilidad. Desde el punto de vista biológico el ser humano no ha cambiado mucho en los últimos miles de años, de modo que las alteraciones que tienen que ver con el cuerpo básicamente son las mismas. Lo que sí cambia profundamente es lo social.

## SALUD MENTAL ES LA CAPACIDAD

- Tener relaciones interpersonales duraderas, significativas y profundas.
- Desarrollar nuestra creatividad e ingenio.
- Tener sentido del humor y capacidad de gozo.
- Aceptar los cambios físicos y psicológicos por los que atraviesa el ser humano.
- Trabajar, estudiar, atender el hogar encontrando en su realización alegría y satisfacción.
- Asumir nuestros propios sentimientos cuando estamos tristes, alegres o enojados.
- Aceptar y conocer nuestros errores.
- Aceptar nuestras frustraciones y tratar de superarlas.
- Admitir nuestras limitaciones e identificar nuestros talentos.
- Amarnos a nosotros mismos, valorarnos y respetarnos como seres únicos y especiales que somos.

## TENDENCIAS DE LA SALUD MENTAL

Los cambios más importantes son el enfoque que se da a la salud mental y a la enfermedad mental, orientándola hacia la prevención y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y su reintegro a la comunidad (Declaración de Caracas).

La tendencia es no crear programas de expansión de hospitales grandes. La planeación se enfoca a unidades más pequeñas, más cercanas a los centros médicos y a parientes. Colombia ha dado auge a la salud mental creando unidades de ayuda solo para pacientes en crisis, hospitales día para reincorporarlos a su medio ambiente paulatinamente y sean personas productivas a la sociedad.

## LA SALUD MENTAL TIENDE A REDUCIR LOS SIGUIENTES FACTORES

- La frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales en cada tipo
- La duración de un número significativo de los trastornos que se presenten
- El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

## POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

El Ministerio de Salud de Colombia, (1998). En La Política Nacional de Salud Mental pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado, enmarcado legalmente en la Constitución nacional, la descentralización Institucional y la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, adaptados a los procesos coyunturales de desarrollo del talento humano, las particularidades territoriales, la problemática social vigente del país, considerando los recursos de inversión destinados para Salud Mental, los institucionales y la complementariedad intersectorial.

La formulación de una Política de Salud Mental en Colombia: Resolución número 2358 de 1998 (junio 18) se sustenta en la situación presentada y en la existencia de una clara voluntad política para incidir en el mejoramiento de la calidad de la población.

Las áreas que contempla son:

- Promoción de la salud mental.
- Prevención del trastorno mental.
- Adoptar estilos de vida saludable.
- Estimulo del desarrollo temprano en los niños.
- Reducción de conductas violentas.

## MARCO POLÍTICO

Según el Documento Compes de la Republica de Colombia en el plan nacional de desarrollo "CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ" 1998 - 2001 contiene políticas que buscan convertir a Colombia en un país con justicia social, propósitos comunes y valores sólidos. Por tal motivo se establecen dos estrategias fundamentales:

32

- Construir la paz en nuestra sociedad
- Fortalecer el tejido social, a través de la educación, salud y nutrición, atendiendo especialmente a niños y jóvenes.

Por otro lado, se contemplan políticas sobre la salud pública en las acciones de promoción y prevención:

- Busca orientar el quehacer del sector salud para evitar a toda costa los factores de riesgo.
- Priorizar servicios de atención, con el fin de minimizar la carga de la enfermedad.





Entre otros programas de prioridad para el sector salud, liderado por el Ministerio de Salud Nacional, este crea estrategias para el control de enfermedades emergentes y desarrollo enfático en promoción de salud y participación social incluyéndose el medio ambiente. Entre las estrategias relacionadas con salud mental están:

- Promover maternidad y paternidad responsables.
- Promover una salud sexual responsable.
- Promover la convivencia pacífica.
- Evitar la violencia especialmente intrafamiliar.
- Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Desarrollar acciones de cultura de integración social dándole mayor importancia a las personas con discapacidad y minusvalidez.

El documento COMPES de SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL N° 2756, contempla:

- El fortalecimiento de mecanismos protectores que impulsan la cultura de la Salud Mental, consecuentes con la heterogeneidad y especificidad territorial, para reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus efectos.
- Diseñar y desarrollar la Política Nacional de Salud Mental para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de implementar el Plan y los programas de salud mental en todos los entes territoriales.

## **REGLAMENTO DE LA SALUD MENTAL**

Los esfuerzos preventivos deben dirigirse hacia la remoción de aquellos factores considerados de riesgo, la promoción de los factores protectores y fundamentalmente, el entendimiento de los mecanismos de riesgos, entendidos estos como el producto del interjuego de factores de riesgo individual y ambiental.

Mediante Resolución N° 2358 del 18 de junio de 1998 el Ministerio de Salud adopta la Política Nacional de Salud Mental que pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado, enmarcado legalmente en la Constitución Nacional, la descentralización institucional y la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, adaptados a los procesos coyunturales de desarrollo del talento humano, las particularidades territoriales, la problemática social vigente del país, considerando los recursos de inversión destinados para Salud Mental, los institucionales y la complementariedad intersectorial.

La Política de salud mental contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación; estas dos últimas desarrolladas a través de las formulación, elaboración y seguimiento de las actividades del Plan Nacional de Salud Mental y de los programas que lo componen, los cuales ejercitan el posicionamiento del sector con respecto a la Salud Mental.

El Ministerio de Protección Social en la circular externa N° 18 de Febrero 18 de 2004 imparte los lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004 – 2007 en actividades de promoción de la salud mental, prevención de las alteraciones mentales y de los recursos asignados para salud pública. Teniendo en cuenta las acciones de salud Mental prioritarias para el País:

- Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

### **Actividades de promoción**

- Promoción de derechos de los afectados por enfermedad mental y del comportamiento, niños - niñas y mujeres, vulnerables y vulnerados por el conflicto armado interno –desplazados, víctimas y sobrevivientes de accidentes por minas antipersonales (MAP) o municiones sin explotar (MUSE).

- Desarrollar actividades de Información, Educación y Comunicación (I.E.C) con grupos de riesgo (niños, jóvenes, población rehabilitada, mujeres cabeza de familia, tercera edad, desplazados, menor infractor, discapacitados para fomentar factores protectores de la salud en aspectos como formación y construcción de valores, resolución de conflictos, equidad de género, pautas adecuadas de crianza y fortalecimiento de vínculos afectivos, manejo de la afectividad y la sexualidad y comunicación efectiva a nivel personal, familiar y social.
- Coordinar con el sector educativo la implementación de programas de promoción de la salud mental articulados a las estrategias, municipios y Escuelas Saludables, en asuntos como: La Estrategia "HABILIDADES PARA LA VIDA", proyectos de vida sin droga, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y establecimientos educativos sin humo.
- Identificar y convocar en el municipio los diferentes grupos, asociaciones, personas o instituciones que realizan actividades relacionadas con la promoción de la salud mental, la prevención y atención de la enfermedad mental y del comportamiento; así mismo, convocar a otros actores sociales (educación, iglesias, madres comunitarias, grupos y clubes juveniles, grupos de la tercera edad, sector productivo, personeros, y demás grupos organizados de la comunidad) para sensibilizar y fomentar la creación de redes de apoyo social para la realización de acciones de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental y del comportamiento, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas.

### Actividades de Prevención

- Realizar actividades orientadas a reducir factores de riesgo para la enfermedad mental y del comportamiento, la violencia intrafamiliar, manejo inadecuado del estrés, baja tolerancia a la frustración en grupos poblacionales con mayor riesgo y consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas (SPA), que incluya elementos como:
- Ausencia de un proyecto de vida saludable, que implique el cuidado y la protección responsables de sí mismo y de los otros.
- Incapacidad para enfrentar y solucionar problemas de manera constructiva.
- Comportamiento inasertivo (incapacidad de expresar ideas, opiniones y emociones pacíficamente).
- Baja capacidad de resistencia a la presión social (enfrentar el qué dirán),
- Inseguridad en si mismo
- Intolerancia ( incapacidad de aceptar al otro con sus particularidades y diferencias),
- Desconocimiento o no reconocimiento de los derechos humanos.

## MARCO LEGAL

La ley de salud mental se apoyada en la Constitución Nacional Colombia (1991) en sus artículos:

Artículo 42.: La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables.

Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes.

34

Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley.

Artículo 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.



Artículo 45. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

## GUÍA DE ESTUDIO N° 2

### LA SALUD MENTAL

La salud mental esta sujeta a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social. Se puede decir que la salud mental es la capacidad del individuo para aprovechar constructivamente sus recursos y los del medio a fin de lograr su satisfacción personal y sociofamiliar.

#### Logros

- Comprendera el concepto de salud mental y las políticas vigentes
- Reflexionara sobre la importancia de la salud mental llevando a los estudiantes al compromiso de fomentarla

#### Competencias a desarrollar

- Interpretativa: Describe la política de salud mental vigente en el país.
- Argumentativa: Plantea razones para implementar la Política de salud mental en una población.
- Propositiva: Desarrolla actividades en salud mental para el plan de atención Básica en Salud.
- Axiológica: Se compromete a implementar la Política de Salud Mental para el fomento de la salud integral de los seres humanos.

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos sobre la salud mental.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición las apreciaciones.
- c. Entregue al docente una propuesta para el Plan de Atención Básica de su Municipio bien presentado (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### Desarrollo

1. Consulte el concepto de salud mental sus tendencias y las políticas vigentes.
2. Interprete la Política de Salud Mental Resolución N° 2358 del Junio 18 de 1998.
3. Como interpreta la circular 18 de febrero 18 de 2004.
4. Elabore en grupo una propuesta para el Plan de Atención Básica en Salud en el área de salud mental para el Distrito de Santa Marta.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- NOVEL M Gloria; LLUCH C Teresa y RIGOI C, Asunción. Concepción Histórica de la Salud Mental. En: Revista Rol de Enfermería.. Vol. XI, No. 115 (Marzo, 1988); p. 33-36.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Fortalecimiento de la salud mental. Resolución del consejo ejecutivo de la OMS. Ginebra. 2004. EB 109. R8.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Documentos básicos de salud mental. Promoción y prevención. Bogota. D.C. 1998- 2005. [www.minproteccionsocial.gov.co/](http://www.minproteccionsocial.gov.co/)
- REBRAMA S Lousie, Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos. VI edición, Ed McGRAW- HILL, Interamericana. España 2005. p 1-75



# ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

---



Prácticas Formativas Salud Mental Programa Enfermería. 2006



# ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Las reformas Psiquiátricas han contribuido a que la Enfermería de Salud Mental saliera del ostracismo del manicomio y evolucionara acorde con las exigencias de su tiempo. A la vez, lo que ha determinado esa evolución ha sido: el avance que se ha producido en la profundización del conocimiento enfermero de la Enfermería a nivel mundial, lo que nos ha permitido tener una relevante intervención en los procesos de Reforma, junto con nuestra actitud y capacidad profesional para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados. Con este nuevo rol de la salud mental empieza la cuarta revolución de la psiquiatría, siendo más excitante, retardadora y gratificante para el trabajador en salud mental.

Como lo enuncia Borrilla Germán (2001) en el Foro Enfermero en España, que todos estos cambios en la salud han contribuido a que la transformación del rol profesional sea una realidad. Ya que el papel de la enfermera/o ha caminado de lo custodial a lo terapéutico, del manicomio a la comunidad, de la dependencia a la autonomía profesional y que, hoy en el quehacer enfermero lo importante no es el uso de la jeringa, sino el uso de la palabra como herramienta terapéutica.

Si es capaz de "pensar enfermería", como dice Orem, sabremos cuáles son los ámbitos y límites y el objeto de la Enfermería de Salud Mental, Lo cual permitirá esclarecer nuestra identidad profesional, y auto reconocimiento. Y si esto se produce, luego vendrá el reconocimiento del "otro", es decir, el del usuario del servicio enfermero y el del gestor o administrador sanitario, toda vez que la identidad también se construye en función de la alteridad, de la relación con el "otro".

El futuro será uno u otro, en función de que los profesionales de Enfermería de Salud mental se retoma o no el liderazgo profesional que nos corresponde, haciendo las aportaciones específicas que consideremos tanto en el diseño de los dispositivos como en la organización de los servicios enfermeros.

Así mismo, se debe profundizar en la consideración del ciudadano como eje de la atención y los cuidados, haciendo efectiva una interrelación personalizada e individualizada pero considerando la diversidad y una atención familiar que garantice el soporte necesario a los cuidadores dependientes, interaccionando más y mejor con las organizaciones y grupos de auto-ayuda.

La enfermera de salud mental, en su quehacer cotidiano, con los nuevos conocimientos enfermeros aprehendidos y habiendo modificado sus actitudes, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. Y en su intervención practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerciendo en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. En definitiva, se nombra y desea ser nombrada enfermera, en tanto que es prestadora de cuidados integrales a personas sanas y a las que padecen trastornos emocionales.

Por tanto, hay que poner de manifiesto que se ha producido una profunda transformación del rol profesional y hoy se puede decir que existe una nueva Enfermería de Salud Mental, que se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la filosofía humanística, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal están , destinados a satisfacer la necesidades de salud y auto cuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

La nueva Enfermería de Salud Mental, interactúa con otras disciplinas en el espacio interdisciplinar que supone el trabajo en equipo. Hoy la enfermera debe operar con un marco conceptual que le permita dar respuestas profesionales a las necesidades de cuidados que se le planteen. Cuidados que son las acciones intencionadas realizadas por el profesional de enfermería para ayudar a otros que presentan déficit en sus auto cuidados. Por eso el servicio enfermero es un servicio de ayuda.

En definitiva, los profesionales que ejercen esa nueva Enfermería de Salud Mental, tienen conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para dar respuestas a las necesidades y demandas de cuidados que plantea la comunidad a la

cual sirven. Y en un futuro inmediato el deseo es seguir avanzando y profundizando en el conocimiento enfermero para satisfacer las demandas de auto cuidado terapéutico requeridas. De no ser así, estaríamos anclados definitivamente en la vieja Enfermería Psiquiátrica y, por tanto, reproduciendo viejos manierismos y rutinas de antaño.

### **Nuevo contexto, nuevo sujeto/objeto de la atención enfermera**

Los cambios originados en el medio donde nos desenvolvemos profesionalmente, han dado lugar a nuevas formas de actuar del profesional de enfermería de salud mental, en tanto que también ha cambiado el sujeto-objeto de la atención.

En el contexto comunitario, cada vez son menos los individuos que precisan de un tutelaje permanente por parte de la Institución Sanitaria, toda vez que estamos propugnando la emancipación del sujeto, en el sentido de que no necesite de forma permanente y continuada el ir de la mano de la institución ni de los profesionales. Es imperante romper esa relación "paterno-filial", que genera dependencia e institucionalización.

El sujeto-objeto de nuestra atención es un ser social, que vive en una comunidad de referencia, que tiene unos valores y creencias, que tiene unos hábitos y costumbres, es libre pensante, tiene inquietudes, que tiene proyectos de futuro, que se organiza de determinada manera en lo familiar y en lo social (o grupal), y establece diversas formas de relación, y además está condicionado por el medio ambiente que le rodea; en definitiva, que vive en un medio sociocultural concreto. Pero ese medio sociocultural concreto sufre transformaciones constantes, de tal manera que el sujeto debe adaptarse a los cambios y transformar de manera continua sus hábitos al nuevo contexto, nuevo sujeto/objeto de la atención enfermera.

La Enfermera de Salud Mental debe formarse y conocer las claves culturales que hacen que los actores sociales se comporten de una manera determinada. Y no sólo eso, sino que además debe conocer las claves de su propia cultura, de sus propios valores y creencias para hacer efectivo que su actitud profesional debe ser abierta, tolerante y receptiva hacia los diferentes posicionamientos éticos y morales que profese cada uno de los usuarios a los que atiende. Deberá entonces, conocerse así misma para poder conocer y reconocer al otro, sin depositar en éste aspectos de su propia identidad o volcar en él prejuicios de tipo de alguno.

Las funciones de la enfermera/o en las actividades de salud mental requieren el dominio de aspectos relacionados con el desarrollo humano. Adicionalmente, se espera que supervise y dirija las acciones del personal técnico de manera tal que garantice en todo momento la calidad de la intervención. Es necesario, por consiguiente, otorgar especial importancia a la exploración tanto de sus actitudes y temores hacia el área como de su nivel de conocimientos.

Los postulados básicos de este movimiento declaran que:

- a. El proceso de la enfermedad mental se realiza dentro de un contexto social por lo tanto, el tratamiento debe ir dirigido al individuo y familia lo más cercano a su comunidad.
- b. El énfasis va dirigido hacia la prevención.
- c. El acercamiento debe ser ecléctico, utilizando todos los procedimientos conocidos según sea el caso.
- d. El compromiso es con toda la población y no sólo con los que buscan ayuda.
- e. La responsabilidad es de todos y no sólo del gobierno o un grupo de profesionales especializados.
- f. La salud mental nos compete a todos en cualquier actividad en que estemos comprometidos, porque es parte esencial en el proceso de ser humano productivo y responsable.
- g. La comunidad debe estar comprometida en este movimiento, si se pretende que tenga éxito.

En un programa de salud mental la atención primaria la puede prestar la comunidad fortaleciendo acciones de auto cuidado y aún puede intervenir en situaciones de crisis y conflicto remitiendo a especialistas todas aquellas situaciones más complejas que se escapan de la atención primaria.





# EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

¿Cuál es el papel de la Enfermera de salud mental comunitaria en la atención primaria?. La respuesta a esto no es uniforme porque los roles y sus funciones varían entre países y los diversos modelos de atención son un tema continuado para el debate. Los cuidados en salud mental en la comunidad, varían en sus opiniones de sus funciones (Corney 1999).

Mucho se ha escrito sobre el médico como facilitador, el modelo del supervisor, del asesor y del papel de las funciones del clínico (Bailey 1992, Darling 1985, Marson 1987). La clausura de las instituciones e introducción del cuidado en la comunidad se limita en alcance y calidad. Existe incluso un cuerpo más pequeño de la literatura que describe la opinión pública de los papeles de las enfermeras psiquiátricas dentro de tales nuevas estructuras (Barnett 1987, Loam y Egan 1990). Un ensayo controlado o seleccionado al azar conducido por Gournay y Brooking (1994) no encontró ninguna diferencia en resultados clínicos entre los pacientes que recibían el cuidado generalmente del cabecera para los desórdenes neuróticos y los pacientes llevados por el enfermero en salud mental comunitaria (ESMC). Sin embargo, un resultado constante de una variedad de encuestas es que el ESMC es el acceso más frecuente de las derivaciones por cabeceras, para los pacientes con desórdenes mentales comunes en cuidado primario (Badger y Nolan 1999).

Las necesidades en salud mental de los pacientes deben ser identificadas y ser evaluadas, pero la detección de desórdenes mentales comunes de las enfermeras de los generalistas y de su práctica es generalmente pobre. El Enfermero en Salud Mental comunitaria es el acceso más frecuente, para cualquier forma de desorden mental, pero el número de profesionales de enfermería es escaso para hacer frente a esto. Los pacientes deben tener tratamientos eficaces y/o la remisión apropiada.

El papel de la enfermera como educador es establecido en todos los campos de su oficio de enfermera, y el oficio de enfermera en salud mental de la comunidad no es ninguna excepción. Debe ser recordado que las enfermeras tienen una abundancia enorme de habilidades y que éstas necesitan ser identificadas, construidas y empezadas, y las nuevas habilidades desarrolladas. Después de la aplicación de la enfermería a la práctica, tiene que haber una toma de decisiones alrededor del problema que nos ocupe. Si esto es impráctico, la enfermera debe pedir que el paciente se vuelva para otra cita para una atención más amplia, o refiera al paciente a la cabecera.

Se necesita idealmente de un protocolo en las iniciativas locales y en las gestiones sanitarias y las guías de consulta, donde a menudo las políticas sanitarias gobiernan este quehacer. El protocolo para las remisiones a los servicios del especialista de los miembros del equipo primario del cuidado varía en prácticas generales. Sin embargo, las necesidades de la enfermera de anotar sucinto el problema y, en caso de necesidad, de hacer una remisión creíble y profesional hacia el profesional apropiado. La mayoría de enfermeras en el nivel primario podrán tratar de un paciente apenado y tomar una decisión sobre su cuidado inmediato. Las enfermeras y los equipos de enfermería primarios necesitan considerar el campo de acción por el cual están preparadas o entrenadas para ofrecer las intervenciones psicológicas que podrían extenderse de técnicas de resolución de problemas a terapia de tipo cognitivo conductual.

Ambas intervenciones han mostrado tener buenos resultados. Hay mucha discusión actualmente sobre el papel de las enfermeras en el cuidado de la depresión en el ámbito primario, con un número de estudios pequeños mostrando resultados positivos con intervenciones bien entrenadas (Morris et al 1999, Mynors-Wallis et al 2000). Sin embargo, los defectos del reconocimiento y de la necesidad de la detección y priorización de la atención es un tema que necesita implementarse y educarse entre los profesionales.

Un área donde las enfermeras comunitarias pueden tener un papel específico es la de la supervisión de la medicación. La adherencia a la medicación del antidepresivo es primordial y esta es baja por muchas diversas razones (Peveler et al 1999).

Las enfermeras comunitarias tienen un papel potencial como encargados del seguimiento de los pacientes que reciben el tratamiento farmacológico pero necesitan tener entrenamiento en la medicación y su manejo.

En el modelo comunitario de salud mental las respuestas que se producen estarán determinadas por factores y procesos del entorno sociocultural en el que está inmerso el individuo, y ya que es en la propia comunidad donde se producen los problemas, es allí donde se ha de intervenir para modificar los "sistemas disfuncionales sin privar a los sujetos de esos nutrientes emocionales, psicológicos y sociales cuya ausencia agravarían los problemas" (Sánchez Vidal, A. 1998), puesto que la salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud mental de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental (...) incluyendo la rehabilitación y readaptación social (...) todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad (San Martín y Pastor 1984)

Tanto es a partir de estos supuestos que justificamos la necesidad de formación en salud mental desde una perspectiva comunitaria, de las profesionales enfermeras de salud mental y con base en dos grandes marcos de referencia relacionados con su rol profesional: Primero, La necesidad de dotar a las personas de recursos psicológicos y de soporte para afrontar lo más exitosamente posible su ciclo vital (propia vida y la de sus seres queridos); Segundo, la necesidad de intervenir ante señales de alarma y factores de riesgo para cada grupo de edad desde el lugar donde se producen los problemas, es decir con y desde la propia comunidad de referencia.

La enfermera especialista en salud mental desde la propia definición profesional, ejerce su actividad desde la proximidad con la persona y su entorno y esta es la esencia de su quehacer, cuidar. Como señala Kerouac (1996), desde la aportación profesional propia, el cuidar es la función específica orientada a la promoción y mantenimiento de la salud, que refuerza y permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar el bienestar.

## **ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA A NIVEL PRIMARIO EN SALUD MENTAL**

La Organización Panamericana de la Salud (1992) en su material educativo sobre temas de salud mental en la comunidad da directrices en busca de la equidad de los servicios de salud mental comunitaria y ampliar la cobertura a grupos de la periferia urbana ha delimitado funciones para los diferentes profesionales del equipo multidisciplinario en salud; entre estas tenemos para el profesional de enfermería:

- Divulgar información sobre la prestación de servicios de salud mental a la comunidad y al personal a cargo.
- Orientar y motivar a las personas que reciben atención ambulatoria en salud mental y a los familiares a participar de las actividades, tratamiento y rehabilitación.
- Detectar problemas de salud mental en la comunidad, aplicación de cuestionario de síntomas por su personal colaborador como:
- Realizar intervención en crisis de primer orden en todos los programas del Sistema Nacional de Salud, y las detectadas en grupos de la comunidad.
- Atender por medio de la relación terapéutica de ayuda a las personas que presenten problemas de salud mental.
- Mantener actualizado el Sistema de Vigilancia Epidemiológico de sustancias psicoactivas de su área.
- Remitir a la consulta médica del organismo de salud a las personas que se les ha detectado probables alteraciones en la salud mental mediante la aplicación del cuestionario de síntomas SQR para adultos o RQC para niños.
- Participar en la programación y atención del seguimiento a personas que reciben atención psiquiátrica ambulatoria.
- Participar en la planeación y desarrollo del programa educativo de salud mental dirigido a la comunidad y personal a cargo.
- Participar en la organización y desarrollo de los grupos de trabajo y orientación en salud mental, dirigido a la comunidad.
- Registrar las actividades realizadas, en los formularios respectivos.
- Participar en la programación y evaluación de las actividades de salud mental en el organismo respectivo.
- Elaborar el Panorama de Riesgos y recursos de la comunidad.

- Impartir Educación sobre estilos de vida saludable hacia una convivencia pacífica e integrando los temas de Prevención en Salud mental.
- Implementar la técnica de remotivación como medio novedoso, atrayente para impartir educación en salud.

Según Ospino B. (1995) de la Universidad de Antioquia, la Enfermería se preocupa por los aspectos biológicos, espirituales, psicológicos y sociales de las personas, centrándose en las respuestas que se relacionan con el entorno, la situación social y dinámica familiar, lo cual implica que el profesional de enfermería debe dar un tratamiento integral en cualquier ámbito en que se desempeñe: comunitario, ocupacional, gerencial y clínico. De éste último escenario se ocupa este capítulo.

El profesional de enfermería es quien tiene en la clínica una gran responsabilidad en cuanto al cuidado del ser humano, incluyendo su propia calidad de vida en todos los aspectos: confort laboral, condiciones de trabajo, estado de ánimo, hábitos sanitarios, situación familiar y personal, entre otros. Lo anterior repercute no sólo en él, sino también en todas aquellas personas con las cuales comparte su trabajo y a las que atiende durante muchas horas al día; por ello requiere tener una adecuada salud mental.

En el desempeño laboral es importante tener en cuenta que la salud mental va integrada al rol profesional y que muchas de las personas necesitadas de cuidados tienen algún nivel de alteración en ella; sobre todo si se tiene en cuenta que las enfermedades tienen un origen multifactorial, es decir, pueden ser psicológicas, genéticas, hereditarias, familiares, neuroendocrinas o neurobioquímicas.

Muchas de las personas que acuden a los servicios de salud bien sea para que se les realice un diagnóstico y/o tratamiento o para ser rehabilitadas tienen padecimientos somáticos que van acompañados de alteraciones psicológicas y por ende de trastornos de la salud mental. Algunas de las enfermedades que más se asocian con alteraciones psicológicas son: 1) trastornos cardiovasculares como enfermedad coronaria e hipertensión arterial; 2) trastornos respiratorios como el síndrome de hiperventilación o el asma bronquial; 3) trastornos gastrointestinales, entre ellos úlcera péptica, colitis ulcerativa, enteritis, colon irritable; 4) trastornos endocrinos de la tiroides, amenorreas psicógenas, síndrome menopáusico, hipoglicemia y diabetes mellitus; y 5) otras enfermedades como trastornos dermatológicos o inmunológicos, cefaleas, artritis reumatoidea, obesidad, anorexia nerviosa, cáncer y propensión a accidentes.

Para dar un tratamiento integral el profesional de la salud puede apoyarse en los conceptos de psiquiatría de enlace, entendida como "El área que comprende actividades clínicas, de enseñanza e investigación y que atañe a todos los profesionales de la salud mental en las divisiones no psiquiátricas de un hospital general, clínicas de salud comunitaria, centros de rehabilitación, hospital de convalecencia, hogares de enfermeras y oficinas privadas de los médicos".<sup>2</sup> Estas actividades son de gran aplicabilidad en el desempeño del rol del profesional de enfermería en el área clínica; por tanto en su formación académica debe recibir elementos teóricos y prácticos que luego pueda desarrollar en el ejercicio de su profesión.

Para la aplicación del proceso de enfermería, el profesional de enfermería debe conocer y desarrollar las técnicas de comunicación terapéutica; entre ellas la entrevista, la cual le sirve para establecer la relación profesional de la salud-paciente, recoger datos y dar información.

Son varios los diagnósticos de la NANDA, derivados de riesgos y problemas de la salud mental que deben mantener alerta al profesional de enfermería para identificar en los pacientes y para poder planear las acciones de intervención.

Según el caso entre ellos están los siguientes:

- Deterioro de la comunicación relacionada con -R/C- barrera del lenguaje o inflamación bucal.
- Deterioro de la relación social R/C la enfermedad crónica.
- Aislamiento social R/C comportamientos o valores socialmente inaceptables.
- Riesgo o alteraciones en el desempeño del rol R/C el estado económico.
- Riesgo o alteración en el cuidado de los niños R/C falta de patrón del rol a desempeñar.
- Disfunción sexual R/C falta de intimidad u obesidad.
- Alteración en los procesos familiares R/C pérdida o ganancia de una persona allegada.

- Angustia espiritual R/C efecto de pérdida de personas allegadas. Creencias opuestas a la familia, al equipo de salud o a la interrupción de la actividad religiosa habitual.
- Alteración en el patrón del sueño R/C efecto del estrés o la separación.
- Trastorno de la imagen corporal R/C pérdida de una parte del cuerpo.
- Desesperanza R/C prolongada restricción de la actividad. No respuesta al tratamiento. No aceptación de algún miembro del equipo de salud.

Es interesante planear la atención y el cuidado teniendo en cuenta a la persona enferma más que a las actividades de la unidad de salud y considerando como objetivo que cada persona desarrolle sus potenciales individuales tanto como sea posible, para así alcanzar la madurez emocional y la integración de su personalidad

Se deben considerar otros posibles diagnósticos, especialmente en pacientes quirúrgicos:

- Alteración de los procesos mentales R/C administración de opiáceos y sedantes.
- Alteración de la percepción sensorial R/C efecto de los anestésicos.
- Alteración del estado de conciencia R/C sedación permanente.
- Alteración del sueño y el descanso R/C sobrecarga sensorial o presencia de dolor y ansiedad.
- Alteración en la comunicación verbal R/C intubación oro traqueal o efecto anestésico.
- Ansiedad R/C resultado del procedimiento quirúrgico.

El profesional de enfermería debe saber que todas las personas experimentan ansiedad y ésta sirve como mecanismo de defensa para mantener el bienestar. A medida que los niveles de ansiedad aumentan, la persona se afecta en su totalidad; es así como gasta más energía defendiéndose de ella misma, lo que la expone al desarrollo de procesos patológicos. Algunos síntomas de esta ansiedad, por ejemplo, ante un procedimiento quirúrgico, se manifiestan por incapacidad para relajarse, inquietud, miedos, síntomas somáticos como diarrea, visión borrosa, hormigueo; por la comunicación tensa, temblor en las manos, facies tensa y palidez facial.

Uno de los objetivos para que la salud mental deba integrarse al rol del profesional de enfermería en la clínica es brindar una atención adecuada, para así disminuir o calmar la ansiedad en las personas bajo su cuidado -tanto los enfermos como su familia-, desarrollando estrategias que al implementarlas cumplan este fin, entre éstas están: proveer un ambiente relajado y de calma; permitir compañía continua, aunque no lo reconozca por su estado de salud pues el sentimiento de aislamiento aumenta la soledad; permitirle llorar, ventilar sentimientos y pensamientos que experimenta en esos momentos; escuchar y entender para proveer un clima de aceptación y calma; usar frases cortas y simples -oraciones si es del caso- para minimizar los estímulos externos; proveer actividades motoras, esto ayuda a canalizar la ansiedad y liberar la tensión; administrar cuidadosamente el medicamento ordenado; estimular a la persona a reconocer los síntomas de su ansiedad; ayudarle a encontrar alternativas de vida; finalmente, emplear ejercicios de relajación y enseñarle a tolerar su ansiedad.

El profesional de enfermería es el que administra o gerencia la atención en una unidad de salud; al integrar la salud mental a su rol en la clínica debe tener en cuenta al personal de enfermería que conforma con él el equipo de trabajo que brinda dicha atención. Por ello es necesario emplear estrategias que le permitan reconocer el estado de salud mental de quienes están laborando en su grupo, con el fin de mantenerla o recuperarla con medidas a su alcance. Ejemplo de ello sería en la actividad de recibo y entrega de turno, identificar patrones comunes que puedan aumentar la ansiedad; en las reuniones clínicas y ronda de enfermería discutir y analizar casos concretos de la unidad hospitalaria para unificar conductas de cuidado; en las reuniones administrativas permitirle verbalizar situaciones estresantes con el personal en general; en caso necesario pedir la asesoría al psiquiatra, al psicólogo o al profesional de enfermería especialista en salud mental, como una estrategia de la psiquiatría de enlace.

Además, como dice Algasseeer "Debemos preocuparnos menos de establecer fronteras entre las diferentes categorías de agentes de salud y más de abrir canales de comunicación entre nosotros y la gente". Debe darse un cambio de actitud más que un cambio de conocimiento. necesitamos una mayor sensibilización de la sociedad en general.

Quienes comparten el trabajo en una unidad hospitalaria -bien sea de cuidado intensivo, quirúrgica, medicina interna,



urgencias, neurología u otras- deben mantener un mínimo de cohesión y una relación empática; cuando esto no se presenta, se observa un alto grado de ansiedad en el profesional de enfermería. El tipo de servicio influye mucho en la enfermera al igual que la toma de decisiones, la carga excesiva de trabajo en momentos concretos y la falta de coordinación entre el equipo interdisciplinario además, del sufrimiento físico y psíquico del enfermo.

Por todo lo anterior, es indispensable que el profesional de enfermería reconozca la salud mental como un eje integrador en su trabajo, bien a nivel personal, de equipo o de líder, con el enfermo y su familia.

## LA TÉCNICA DE REMOTIVACIÓN

La Remotivación es un método de interacción entre el Personal de Enfermería y Paciente y/o comunidad, intensifica y refuerza la interacción entre ambos. Es un Método accesible y adaptable a cualquier Organismo de Salud. Es un método que puede convertirse en un programa aceptado, aplicable al hospital en su conjunto, asequible a todos los profesionales de enfermería que se interesen por él y adaptable en cualquier sala psiquiátrica.

Es probable que el interés de la enfermera/o, anteriormente mencionado, sea el requisito más importante y necesario para su participación satisfactoria en un programa de remotivación.

## REQUISITOS IMPORTANTES

1. Interés del Personal de Enfermería.
2. Actitud afectuosa y comprensiva hacia las personas.
3. Ingeniosidad.
4. Desarrollo de facultades de expositor.
5. No contentarse con hacer lo estrictamente necesario.

## BENEFICIOS

1. Mayor contacto con las Personas, sin limitar en la rutina diaria.
2. Medio útil para ayudarlo a volver a la realidad.
3. Se es Miembro activo y positivo del Equipo de Salud.
4. Se estimula por las personas de su comunidad.
5. Se trabaja con mayor gusto.

## SELECCIÓN DEL GRUPO

El número ideal son 15 personas y hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Selección del grupo de acuerdo a la edad e interés.
2. Carácter afectuoso y pericia del Personal de Enfermería.
3. Motivar la expresión y participación del grupo.
4. Seleccionar el espacio físico adecuado.

La Técnica de la Remotivación se basa en cinco etapas esenciales, así es más estable y permanente dando mejores resultados, convirtiéndola en una técnica especial, la reunión durará 50 minutos y hay un tiempo para cada etapa.

1. **Establecimiento de un ambiente de aceptación que debe durar 5 minutos.** El dirigente agradece la asistencia al grupo, los participantes se presentan, se establece el contacto con las personas.
2. **Establecimiento de vínculos con la realidad, dura 15 minutos.** Se leen poesías, párrafos sencillos y adecuados al tema elegido, esto despierta entusiasmo en el grupo.

3. **Manera de compartir el mundo en que se vive, dura 15 minutos.** Se expone el tema escogido con preguntas cuidadosamente planeadas para evitar salirse del tema, se utiliza material audiovisual, tipo títeres, carteleras, disfraces.
4. **Apreciación del Trabajo, dura 15 minutos.** Las personas que tengan algo que ver con el tema seleccionado contarán sus experiencias, reforzándoles el autoestima. MUY BIEN.
5. **Ambiente de reconocimiento, dura 5 minutos.** El dirigente agradece al grupo su colaboración y asistencia, e informa sus planes para una próxima reunión, dándole así sensación de continuidad y algo que esperarán con ilusión.

### Ejemplo

- **Etapa 1.** Establecimiento de un ambiente de aceptación.
- **Etapa 2.** "¿Qué animales se encuentran en el África?" (Varias respuestas hasta que alguien diga "leones"). "¿Cómo es el león?". (Dé tiempo suficiente para que se presenten algunas descripciones y luego muestre fotografías o cuadros de dicho animal.) Poesía: "El León" ("Lion" Mary Britton Mille).
- **Etapa 3.** "¿Por qué temen los hombres a los leones?" "¿Qué otros animales salvajes son temibles?" "¿Por qué otro motivo es famosa el África?" (Incluya algunas otras preguntas afines.)
- **Etapa 4.** "¿Qué artículos son oriundos del África?" (Varias respuestas podrían conducir a un debate sobre la situación del trabajo y del empleo en ese continente. Utilice las fotografías de la revista Nacional Geographic para mostrar las minas de diamantes del África, el algodón y el petróleo de Egipto, etc.)
- **Etapa 5.** Agradezca a los pacientes el haber asistido a la sesión y exprese satisfacción por haber participado en ella. Dé a conocer los planes para la próxima reunión.

## TALLER N° 1

Elabora un tema de promoción de la salud mental o prevención de los trastornos mentales utilizando la técnica de la remotivación, mediante la metodología de títeres, el cual será presentado el último día de clases, con su respectivo folleto para repartir en la comunidad durante las prácticas formativas.

## GUÍA DE ESTUDIO N° 3

### ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

La profesión de enfermería en el área de salud mental ha ganado considerable importancia ya que es capaz de proporcionar una atención integral, que incluya tanto cuidados físicos como psicológicos al ser humano.

#### Logros

- Identificar el rol de la enfermera en el programa de salud mental, comunitario y hospitalario que le permita abordar integralmente al ser humano.
- Reconocer la importancia del cuidado de enfermería en el área de salud mental.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa: Describe los postulados del rol de la enfermera en salud mental.
2. Argumentativa: Plantea razones de aplicación del cuidado de enfermería en la salud mental.
3. Propositiva: Desarrolla guías del cuidado de enfermería en salud mental.
4. Axiológica: Se compromete a desarrollar el cuidado de enfermería para el fomento de la salud mental tanto a nivel comunitario como hospitalario.

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición .
- c. Entregue al docente la propuesta de un tema de promoción de la salud mental aplicando la técnica de remotivación bien presentado ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).



## Desarrollo

1. Consulte cual es el rol de la enfermera en salud mental y los diagnósticos derivados de riesgos y problemas de la salud mental que deben mantener alerta al profesional de enfermería.
2. Enumere actividades de la enfermera en salud mental comunitaria.
3. Enumere actividades de la enfermera en salud mental hospitalaria
4. En que consiste la técnica de la remotivación y cuales son sus requisitos para su aplicación.
5. Elabore un tema de promoción de la salud mental aplicando la técnica de remotivación.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. Temas de salud mental en la comunidad. Editor I. Levav, Washington, D.C. 1992. pág. 185 – 201.
- CHIMENT Carlos, ARANGO María Victoria De. Manual de salud mental y psiquiatría para trabajadores de atención primaria. , Organización Panamericana de la Salud.. Revista Colombia Medica Vol. 36 N° 4, 2005 (Octubre-Diciembre) pág. 25-55.
- OSPINA Bernarda de G. La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica. Revista Investigación y educación en enfermería. Vol XV N° 1, marzo de 1997. Universidad de Antioquia. Pág. 80-86.
- EVERLY Gs Jr. Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. Int J Emerg Ment Health. 2002 Summer;4 (3): 139-41
- PASSAMAR M, VILAMOT B. Nursing practice. Psychosocial emergencies and team work. Soins Psychiatr. 2002 Mar; (219): 18-20.
- DE CLERQ M, DUBOIS V. Crisis interventions models in the French-speaking countries. Crisis.2001; 22 (1): 32-4
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La técnica de Remotivación. Publicación científica N° 176.pág 1- 45 Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del American Journal of Nursing. El texto original, "Let's Be Patients", apareció en dicha revista, Volumen 67, No. 3, marzo de 1967, pág. 569-571.
- REBRAMA S Lousie, Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos. VI edición, Ed McGRAW- HILL, Interamericana. España 2005 p 1-75
- DE LAS HERAS Carmen Gloria. Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana Capítulos Estados de cambio, Principios de intervención, Resumen proceso de remotivación. Editado por Reencuentros Chile. 2004







# MODELOS DE ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL



Registro gráfico archivo



# GENERALIDADES

Enfermería depende de la existencia de un conocimiento teórico para todas las áreas. Usar un modelo Conceptual o Teoría de Enfermería en la atención, garantiza que los profesionales compartan igual concepción del metaparadigma y lenguaje en la orientación de los cuidados.

Las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos.

Es necesario lograr un punto de equilibrio entre el cuidado del paciente y el control administrativo de los servicios para asumir un verdadero liderazgo. Los profesionales de enfermería deben asumir el liderazgo del cuidado, para lo cual requieren de un marco de referencia que los centre en aquellos aspectos fundamentales del mismo y les dé una perspectiva global del servicio donde se desempeñan.

En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina; tales principios se ven reflejados en el quehacer profesional y, por lo tanto, en la actitud que éstos asumen frente a las situaciones de cuidado, al reconocer los beneficios de esta relación para el paciente, la familia y para su propio crecimiento personal, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes escenarios.

## CONCEPTOS-DEFINICIONES

**TEORÍA:** Es la base científica del conocimiento para realizar el trabajo práctico, fundamenta y da sentido al quehacer de enfermería.

**MODELO:** Es la representación simbólica y conceptual expresada en términos de una tendencia.

**TENDENCIA EN ENFERMERÍA:** Orientación que caracteriza a la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados.

### CLASIFICACIÓN DE LA TENDENCIAS

**Tendencia Naturalista:** o Ecologista, Florence Nightingale. Enfocar los Cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ofrece sobre los individuos enfermos.

### TENDENCIA DE SUPLENCIA O AYUDA

Las autoras Virginia Henderson y Dorotea Orem conciben el rol de la enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas.

## VIRGINIA HENDERSON

Enfermera Docente Su obra se considera una filosofía de la profesión de enfermería.

- **Bases Teóricas:** Necesidades básicas humanas.
- **Valores:** Logro de la independencia, la persona es un ser integral con necesidades básicas.
- **Función de la Enfermera:** Ayudar al sano o al enfermo en actividades que contribuyan a la salud.
- **Objetivo de este Modelo:** La independencia de la persona para cubrir sus necesidades básicas.

**Cuidados de Enfermería:** Plan de cuidados.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, los cuales son cubiertos por las personas cuando está sana y tienen suficientes conocimientos para hacerlo. Las necesidades básicas son las mismas para todas las personas, pero pueden ser modificadas por la situación en que se encuentre dicha persona. Los factores que inciden para que se modifiquen las necesidades son:

- **Permanentes:** Edad, capacidad física, nivel de inteligencia, medio social o cultural.
- **Variables:** Estados patológicos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir las necesidades son los que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de Enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

**Necesidades Básicas:** "Es todo aquello esencial de ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar". Considera catorce (14) necesidades:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar residuos corporales.
4. Moverse y mantener una postura convenientemente.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
7. Mantener la temperatura corporal, controlando la ropa y el ambiente.
8. Mantener limpieza e integridad en la piel.
9. Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresarle emociones, necesidades, temores.
11. Profesar su religión.
12. Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación al rendir provecho.
13. Jugar o participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Estas necesidades son satisfechas cuando la persona tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas Independientemente, pero cuando esto falta o falla en alguna persona, una o mas necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud Dependiente. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden desaparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a la falta de conocimientos.

#### **Factores permanentes que afectan las necesidades básicas:**

- Edad.
- Temperamento: Estado emocional o disposición de ánimo. Normal, eufórico, ansiedad, temor, agitación, histeria, deprimido, hipoactivo.
- Situación Social o Cultural.
- Capacidad Física o Intelectual

#### **Factores variables que afectan las necesidades básicas:**

- Estados de deshidratación: vómitos, diarreas,...
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción.
- Estados de inconsistencia: desmayos, coma, delirios,...
- Exposición al frío o al calor que producen temperaturas anormales.
- Estados febriles.
- Lesión local: herida o infección.
- Enfermedad transmisible.
- Estado pre-operatorio.
- Estado post-operatorio.
- Dolores persistentes.

#### **Niveles en la relación enfermera – paciente:**

- Enfermera como sustituta del paciente.

- Enfermera como ayuda del paciente.
- Enfermera como compañera del paciente.

## DOROTEA OREM

**El objetivo de la enfermería es:** Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

**Auto cuidado:** Son las acciones personales que emprende y realiza cada persona con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar, y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

### Tipos de auto cuidados:

- Los Derivados de las Necesidades Fundamentales de cada Persona: agua, alimento, oxígeno, reposo,...
- Los Derivados de las Necesidades Específicas que se Plantean en Determinados Momentos de Desarrollo Vital: niñez, embarazo, vejez.
- Los derivados de las desviaciones del estado de salud: es decir, cuando se produce una enfermedad que hace preciso que se realicen determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Los auto cuidados son acciones concientes que los individuos aprenden y que se realizan de acuerdo con los patrones socio-culturales de la comunidad a la que pertenecen. Las enfermeras actúan cuando la persona por algún motivo no puede auto cuidarse.

**Los métodos de asistencia** que plantea Dorotea Orem por parte de la Enfermería, se basan en la relación de ayuda o de suplencia de la enfermera hacia el paciente. Y son:

1. Actuar en lugar de la persona: Por ejemplo, en el caso de enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada: Por ejemplo, en las recomendaciones sanitarias de las mujeres embarazadas.
3. Ayudar Física y Psicológicamente a la Persona Ayudada: Por ejemplo aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal: Por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda: Por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado, en cuanto a las actividades de higiene que debe realizar.

## CONCEPTOS FUNDAMENTALES

**EL AUTOCUIDADO:** Las acciones que el hombre debe realizar para mantener su vida, su salud y su bienestar.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:** Es el núcleo central del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacita para el auto cuidado continuo, cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

El cuidado dependiente es el que es dado por un miembro de la familia a otro. Cuando el cuidado requerido es mayor a la capacidad del miembro de la familia se dice que existe un déficit de cuidado dependiente.

La existencia de un déficit de auto cuidado en la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. La enfermera establece que requisitos son los demandados por la persona a la que va a atender, selecciona las formas más adecuadas para cubrirlos y determina el curso apropiado de la acción, evalúa las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos, y el potencial del enfermo para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Los sistemas de enfermería son complejos métodos de acción, realizados por las enfermeras en diferentes contextos sociales e interpersonales, dependen de las capacidades del paciente para auto cuidarse.

**SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARCIAL:** Tanto el enfermo, como el profesional de enfermería participan en el auto cuidado, el grado de participación depende de las capacidades cognitivas y de las destrezas del enfermo, así mismo como de sus capacidades físicas.

**SISTEMA DE COMPENSACIÓN TOTAL:** El enfermo no tiene ningún papel activo en la realización del auto cuidado, por su estado de incapacidad o limitación. La enfermera actúa en lugar del paciente tomando las decisiones más adecuadas y ejecutando el auto cuidado.

**SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO:** La enfermera instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el auto cuidado necesario. El enfermero es capaz de aprender y firmar las decisiones necesarias en lo referente al auto cuidado, ya que no tienen limitaciones o incapacidades.

En los sistemas de enfermería, la enfermera pasa a ser agente de auto cuidado. La agencia de auto cuidado, es la combinación de conocimientos, habilidades, destrezas y motivaciones adquiridas a través de la formación y la experiencia, que la posibilitan para poder proporcionar los cuidados de enfermería. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional pensante. Como tal es afectado por el entorno. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para usar ideas, palabras, símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capaz de reflexionar sobre su propia experiencia, a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y de cuidado dependiente.

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

## TENDENCIAS DE INTERRELACIÓN (O DE LAS RELACIONES PERSONALES)

- Hildergarde Peplau.
- Callista Roy.

## HILDERGARDE PEPLAU

Aplicar el concepto de enfermería psicodinámica: la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de enfermería, el concepto de relación, bien sea las relaciones interpersonales (enfermera - paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

**Relación Enfermería/Paciente:** H. Peplau descubre cuatro fases de relación enfermería/paciente.

1. **Orientación:** Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y a entender su problema.
2. **Identificación:** La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobre llevar la enfermedad.
3. **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. **Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

## FUNCIONES O PAPELES DE LA ENFERMERÍA

1. **Papel de extraño:** Peplau afirma que, debido a que el enfermero(a) y el paciente no se conocen, no se debe prejuiciar al paciente, sino aceptarle tal como es.
2. **Papel de la persona recurso:** Es la función como persona a quien recurrir, la enfermera proporciona respuestas específicas a las preguntas especiales sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.



3. **Papel docente:** Es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información.
4. **Papel conductor:** El enfermero(a) ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.
5. **Papel de sustituto:** El paciente asigna el enfermero(a) un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero(a) crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.
6. **Papel de asesoramiento:** Es el papel más importante en la enfermería Psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros(a) respondan a las demandas del paciente.

## OTROS CONCEPTOS

1. **Enfermería:** Un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.
2. **Persona:** El hombre es un organismo que vive en equilibrio.
3. **Salud:** Palabra símbolo que indica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.
4. **Entorno:** Peplau define el entorno como las fuerzas que existen fuera del organismo y el contexto de las culturas, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias.

## CALLISTA ROY

Principales conceptos:

- Sistema.
- Nivel de Adaptación.
- Estimulo Focal, Contextual y Residual.
- Subsistemas Cognitivos y Regulador.
- Respuestas Adaptativas e ineficaces.
- Modos: Fisiológico, de Auto concepto, de Representación del Rol y de Interdependencia.

## ASPECTOS GENERALES

Considera **al hombre** un ser bio-físico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante.

**La salud:** es un proceso de adaptación para el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

Función de la **Enfermería:** la define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

**Objetivo del modelo:** que la persona llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

La persona en constante interacción con su entorno del que recibe constantes estímulos y a los que debe adaptarse para conservar la salud. El hombre, según C. Roy debe adaptarse a cuatro áreas que son:

1. **Las necesidades fisiológicas básicas:** Circulación, temperatura corporal, oxigenación sueños, actividad, alimentación, eliminación.
2. **La Autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
3. **El Dominio de un rol ó papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado y se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
4. **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno ejerciendo y recibiendo influencia. Este crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Roy establece que las enfermeras para cumplir su objetivo de promover la adaptación de la persona en las cuatro áreas enunciadas anteriormente deben realizar dos tipos de acciones.

- La Valoración: cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente ayudándole a responder adecuadamente

Al resumir el modelo de C. Roy, se centra en la adaptación del hombre y en la interrelación global de los conceptos: persona, salud, enfermería y entorno.

## MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Betty Neuman es una enfermera que trabajó en Salud Mental, siendo pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1.972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grad. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1.985.

### CRÍTICA INTERNA. METAPARADIGMA

**Metaparadigmas:** se basa en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas. Se centra en el estrés y la reducción del mismo.

**Persona:** Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo ó negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta. Mantener un equilibrio.

**Salud:** Se refiere a como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

**Entorno:** Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos ó de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno.

**Enfermería, rol del cuidado:** Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

### CRÍTICA EXTERNA

#### Epistemología

Betty Neuman. Utiliza el modelo de contenido abstracto y de ámbito general. Predice los efectos de un fenómeno sobre otro. (teoría predictivas o de relación de factores), mediante el análisis de la información del cliente; principalmente diagnóstico, tratamiento e intervención. Utiliza un sistema de prevención primaria, secundaria y terciario para reducir los agentes estresantes del paciente/cliente.

### JEAN WATSON

Watson Jean (1988) plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el "cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana

En la teoría de Jean Watson, la enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.





Generalmente, cuanto más discapacitada se vuelve una persona, más se la segrega de los residentes que presentan un estado físico y mental dentro de la normalidad. Watson (1977) ha señalado que un aislamiento a nivel social y un retraimiento progresivo de los demás puede ser tan pernicioso para la mente y las emociones de un paciente como el deterioro biológico irreversible lo es para el cuerpo. La voluntad de vivir es más importante que cualquier medicación. Por consiguiente, el grado de relación social que puede ser terapéutico para la persona que se está muriendo varía considerablemente a nivel individual.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 4

### MODELOS DE ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL

Las enfermeras han trabajado para desarrollar un cuerpo sustancial de conocimiento desde el siglo pasado, primero con el objetivo de convertirse en una profesión reconocida y después para proporcionar cuidados profesionales a los pacientes. La historia nos ofrece un contexto para la comprensión de las teorías de la enfermería y establece un fundamento acerca de por qué es esencial para la práctica profesional.

#### Logros

Reconocer los modelos de enfermería y su relación con la salud mental para que oriente el cuidado hacia el fomento de un estilo de vida saludable.

#### Competencias a desarrollar

- Interpretativa: Identifica los Modelos de enfermería y su relación con la salud mental
- Argumentativa: Compara los diferentes modelos de enfermería y su aplicación en el cuidado de la salud mental
- Propositiva: Formula propuestas con base en los modelos para cuidado de enfermería en salud mental
- Axiológica: Siente interés en la aplicación de los modelos de enfermería en el área de salud mental

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo sobre las tendencias de interrelación (Peplau y Roy) bien presentado ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía)

#### Desarrollo

1. Consulte los diferentes modelos de enfermería y su relación con la salud mental
2. De los modelos estudiados cual cree usted podría aplicar al cuidado en salud mental
3. Analice concienzudamente Los modelos de tendencias de interrelación

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- MARRINER Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Editorial: Elsevier España  
Edición: 6ª. ISBN: 84-8174-644-4 p : 688. 2003
- FAWCETT, J. Y DOUNS, F. Modelos conceptuales, teoría e investigación, en The Relationship of Theory and Research. Tr. por: Virginia López Casados, 2a. ed. Philadelphia: F.A. Davis



# SALUD MENTAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL

---



Registro gráfico archivo personal



# LA SALUD MENTAL EN LA FAMILIA

La Familia como grupo primario, es una Institución Humana fundamental, diferente de otros grupos humanos en cuanto a su duración, historia, calidad de las relaciones, intensidad y tipo de funciones y constituye el elemento más importante para el desarrollo psicológico, físico, social y material del individuo, en dónde se determina el comportamiento reproductivo, estructura de socialización, desarrollo emocional y relaciones de los individuos en la comunidad.

En los primeros años de vida, la familia es la principal fuente de afecto, cuidados y estímulos necesarios para el desarrollo físico, mental y social, y a medida que el niño crece, es compartida con la escuela, el grupo de amigos y vecinos.

A través del tiempo la conformación de las Familias ha cambiado, lo cual ha permitido distinguir diferentes formas de organización familiar.

## Las clases de familia

1. **Familia nucleada:** Conformada por Madre, Padre e hijos.
2. **Familia extensa:** Conformada por abuelos, tíos, primos, padre, Madre e hijos.
3. **Familias especiales:** Este grupo está compuesto por Familias Mixtas y de un solo Padre.
  - A. **Familia mixta:** Aquella que se forma de la nueva unión de padres divorciados, abandonados por la anterior pareja o viudos.
  - B. **Familia de un solo padre:** Aquella conformada por padres divorciados de su anterior pareja o viudos, cuando no establecen una nueva unión, o la conformada por el Padre o madre soltera (o) y sus Hijos.

## La comunicación familiar

Es un elemento básico de la Promoción humana, de ella depende el tipo de relación individual, intra familiar y sociocultural de la persona y su importancia se reconoce y valora la autoafirmación personal.

## Los niveles de la comunicación

1. **Afectiva:** Aprendemos a interactuar y acercarnos a los otros, reconociendo sus sentimientos y logrando que reconozcan los nuestros.
2. **Funcional:** Lo formal que establecemos con las personas.

## Las ventajas de la comunicación afectiva

1. Desarrollo del afecto interpersonal.
2. Confianza mutua y solidaridad.
3. Comprensión.
4. Conciliación y Negociación.

## El ciclo evolutivo de la familia

Son las fases o etapas que atraviesa una Familia durante su existencia.

## ETAPAS DEL CICLO EVOLUTIVO DE LA FAMILIA

### PRIMERA ETAPA: NOVIAZGO O ELECCIÓN DE PAREJA

#### Tareas:

- Creación de Lazos emocionales.
- Confrontación de ideales, expectativas, gustos, costumbres.
- Compromisos.

#### **Factores de riesgo:**

- Ver la pareja como sueño dorado.
- Creer que el amor lo puede cambiar.
- Pensar que si tienen un hijo la pareja se vuelve responsable.
- Resolverle todos sus problemas.
- Continuos conflictos preconyugales.

#### **Factores protectivos:**

- Manifestaciones de afecto, comprensión.
- Selección adecuada de la pareja.
- Identificación con intereses, ideales, modo de vida.
- Capacidad para compartir.
- Madurez emocional.
- Capacidad para negociar (fiestas, gustos y otros).

### **SEGUNDA ETAPA: FORMACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA PAREJA**

Comprende desde el inicio del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

#### **Tareas:**

- Decide la distribución de las responsabilidades.
- La relación con las familias de cada uno.
- Como resolverán los problemas de pareja.
- Cuántos hijos desean tener y en qué momento.
- Como se prepararán para ser padres.
- Acuerdos en el aspecto: Sexual, emocional, cultural, laboral, económico y otras.

#### **Factores de riesgo:**

- Solo uno de los dos toma las decisiones.
- Los dos pelean sin llegar a ningún acuerdo.
- Una parte calla por temor al otro.
- Cada uno sigue su propia decisión.
- Se guían por opiniones de terceras personas.
- Dificultades económicas.
- Temor para asumir responsabilidades.

#### **Factores protectivos:**

- Desprendimiento adecuado de la familia de origen.
- Capacidad para tomar decisiones.
- Comunicación positiva, directa y sincera.
- Manejo adecuado de la economía del hogar.
- Relaciones igualitarias, de apoyo y colaboración.
- Cada uno conserva su individualidad.

### **TERCERA ETAPA: NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO**

Esta dura hasta el ingreso del pequeño a la escuela.

#### **Tareas: Acuerdan:**

- Los valores que desean transmitir al hijo.
- Las normas que tendrán para la crianza.
- Reorganizar las nuevas responsabilidades afectivas, económicas y otras.
- Cómo darán espacio a su vida de pareja cuando esté el bebé.



### **Factores de riesgo:**

- La pareja continúa su vida y no incluye al bebé.
- La madre se dedica sólo al bebé y no tiene en cuenta al padre.
- El padre afronta sólo la crianza y excluye a la madre.
- Otros adultos asumen la crianza del niño: abuelos, tíos y otros.
- Sobreprotección al nuevo miembro de la familia.

### **Factores protectivos:**

- Preparación para asumir roles parentales.
- Reafirmación del amor, satisfacción por la convivencia.
- Acudir a abuelos o personas sustitutas que puedan colaborar con la crianza.
- Participación compartida de responsabilidades, logros y deberes.
- Brindar oportunidades y facilitar el adecuado crecimiento y desarrollo.

## **CUARTA ETAPA: MITAD DEL MATRIMONIO**

Esta etapa llega hasta cuando los hijos son adultos jóvenes y se disponen a abandonar el hogar, se dispone de tiempo para dedicarlo a las actividades que pospusieron durante mucho tiempo, hay doble responsabilidad de cuidar hijos jóvenes y padres ancianos produciendo estrés se inicia el nido vacío. Es una época de crecimiento personal.

## **QUINTA ETAPA: SALIDA DE LOS HIJOS DEL HOGAR**

La emancipación de los hijos de sus familias de orientación al contraer matrimonio y adquirir independencia ocupacional es la gradual disminución de la familia hasta que los ancianos padres quedan finalmente solos

## **SEXTA ETAPA: VEJEZ**

Los padres conservan una gran importancia dentro del grupo familiar, a pesar de las tendencias modernas de urbanismos y movilidad. El jefe de familia prolonga su vida laboral activa a pesar de la merma de sus capacidades. En algunos casos no queda nadie para respetarles, ni nadie en quien ellos puedan ejercer autoridad y aunque para muchos es un lastre, su autoridad y posición generalmente se conserva.

# **DESARROLLO Y CONSERVACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA FAMILIA**

**OBJETIVO:** Identificar los aspectos principales que contribuyen al fomento de la salud mental en el núcleo familiar, generando en el estudiante actitudes y prácticas saludables en su entorno.

**METODOLOGÍA:** La metodología empleada está orientada a la participación activa de los estudiantes en las actividades de diagnóstico, planteamiento de alternativas de solución e implementación de las acciones relacionadas con la problemática de la violencia intra familiar

El proceso se inicia a partir de la experiencia de los participantes, buscando que ellos mismos, a través de técnicas grupales, compartan sus sentimientos frente a situaciones de maltrato y violencia, característicos del medio familiar y comunitario, así como frente a los temas tratados. Se promueve la reflexión alrededor de la verbalización que los participantes hacen, con el fin de identificar las creencias, sentimientos, actitudes y valores sobre el tema propuesto. Posteriormente se realiza una conceptualización, con el objetivo de visualizar las conductas factibles de adoptar frente a la situación que se está analizando. Luego se interioriza, es decir, se fijan nuevos conocimientos y actitudes que puedan llevarse finalmente a la práctica y que favorezcan el cambio de las situaciones que generan conflicto o insatisfacción.

Antes de comenzar, se aplica un cuestionario, el cual permitirá observar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que los participantes tienen, y ayudarán a definir los temas en los cuales es necesario hacer un trabajo más profundo. Terminado el proceso, se vuelve a aplicar la misma prueba, y se comparan los resultados para observar si hubo cambios que indiquen la adquisición de conocimientos y de habilidades que les permitan en el futuro poder "vivir en armonía".

# 1. VIVIR EN ARMONIA

**TALLER 1:** Leamos un cuento (El Patito Feo)

**OBJETIVO:** Reflexionar alrededor de las verbalizaciones que los participantes hacen con el fin de identificar las creencias, sentimientos, actitudes y valores sobre el tema propuesto.

## EL PATITO FEO

Como sabes muy bien, el patito nació todo lo feo que su especie podía permitirle, sin tener que dejar de llamarle pato. Era menudo, peloncillo, patizambo y cobarde, hasta tal punto que la señora pata no recordaba cosa igual en su larga experiencia de maternidad. Ella había incubado más de setenta huevos. Alguien dijo que el patito nació de un huevo de cisne.

Y el señor pato y la señora pata se lo creyeron al principio. Luego se vio claro que no. El huevo era de pato y había sido un huevo normal como todos los huevos de pato.

El primero en desilusionarse fue el señor pato. Era un ejemplar de macho, que con su mal genio y sus poderosos graznidos tenía en jaque a todos los habitantes del corral. ¡Que vergüenza! Refunfuñaba a toda hora. ¡Con lo fuertes y hermosos que han sido todos sus hermanos!

Y el señor pato decidió acelerar el proceso de desarrollo y el fortalecimiento de su crianza. Vamos a poner a prueba tus pulmones "gritaba". Imítame con todas tus fuerzas. Y el señor pato lanzaba un poderoso Cúa – Cúa terrorífico que dejaba el corral en estado cataléptico. El patito procuraba imitarlo, pero su grito no era más sonoro que el chillido de un conejo. ¡Otra vez! Vociferaba encolerizado el celoso educador. ¡Otra vez mil veces hasta que te salga un vozarrón como la trompeta del juicio! El patito intentaba inútilmente obedecer y su fracaso adquiría entonces carácter de tragedia; los insultos y palmetazos llovían sobre su cuerpo y las pocas plumas de su cabeza volaban por el aire.

¡Al agua patos! Ordenaba el señor pato. Y le recua se zambullía en la presa del molino. Era una escuadra de barquitos amarillos. El señor pato marcaba el tiempo del «crawl» y todos debían someterse a su ritmo sin desfallecer. Pero el patito, a los pocos minutos, sentía tremendos calambres en las patas. ¿Pues te aguantas los calambres y sigues nadando hasta que yo lo ordene! Gritaba furiosamente el «manager». A punto estuvo el pequeño palmípedo de ser arrastrado por la corriente y fue necesaria la intervención de toda la familia para arrancarle de las garras del remolino.

Cuando empezó el colegio, el señor pato tuvo especial interés en presentar personalmente a sus hijos al profesor. Quiero que el día de mañana sean unos patos de provecho. En cuanto a éste y señalaba al patito, no nos hacemos muchas ilusiones. Es el más tonto de todos los hermanos. Se lo pongo en sus manos para ver si lo despabila. En todo caso no le vendrán mal unos palmetazos cuando lo crea oportuno. El maestro no se hizo repetir la orden y consideró oportuno propinarle una ración diaria de palmetazos, amén de ponerle en ridículo delante de toda la clase bajo cualquier pretexto.

Un día, el patito se contempló en un trozo de espejo. Verdaderamente todos tenían razón: era feo y más raquítico de lo que él había imaginado y pensó que una criatura tan horrible no tenía derecho a estropear el mundo de los demás. Antes de tomar una decisión, arranco una plumita de su ala y escribió en una hoja de plátano: «Querido padre: yo no tengo la culpa de que un huevo de pato te haya hecho concebir tantas ilusiones. Verdaderamente el hijo debería ponerse sobre aviso cuando la madre pata se pone a encubar. Luego ocurre lo irremediable».

64

«Yo no podía pedirte que me llamaras guapo o inteligente. Me bastaba que fueras capaz de perdonar mi debilidad». «Si esto te consuela, estoy arrepentido de haber sido tan feo, tan débil y tan tonto». Y el patito dejó la carta en el corral. Y luego se fue a bañar a la presa del molino, donde, de cuando en cuando se formaba aquel extraño remolino.

**ACTIVIDAD:** Una vez realizada la lectura "EL PATITO FEO"; los alumnos responden las siguientes preguntas:

1. ¿Que frase le impactó más y por qué?
2. Escriba la frase más frecuente del señor pato y que también utilizan los padres en la vida diaria.
3. ¿Por qué crees que el padre actúa así con el patito?





4. ¿Cuál es la moraleja de la fábula?
5. ¿Habrá una posibilidad de cambio, cuál? Escríbela.
6. Escriba dos formas concretas para evitar las críticas negativas en la familia.

**Situaciones que impiden vivir en armonía:**

- Peleas entre padres y familiares.
- Golpizas y castigos para los hijos.
- La separación de los padres o el abandono.
- Las ofensas verbales.
- El consumo de alcohol.
- Los disgustos entre amigos.
- El irrespeto de las normas.
- El que no se tenga en cuenta la propia opinión.

Vivir en armonía no es otra cosa que disfrutar de todo lo que nos ofrece la vida; lo bueno, e incluso lo malo. Lo bueno porque somos afortunados de contar con una serie de beneficios que tal vez otros no tienen. ¿Podrían mencionar qué cosas buenas les ha ofrecido la vida a ustedes?. No todo es bueno ni fácil de conseguir. De la actitud hacia nosotros mismos y hacia los demás dependerá qué tan fácil o difícil sea vivir en armonía.

Vivir en armonía con nosotros mismos significa estar satisfechos de lo que se es, se hace y se ha logrado. Es un sentimiento íntimo de satisfacción personal, de amor hacia nosotros mismos, a través del cual nos sentimos capaces, importantes, únicos, pero a la vez, se reconoce que tenemos limitaciones que podemos mejorar.

Vivir en armonía con otros implica estar en capacidad de compartir, de dar lo mejor de nosotros para que los demás, ya sea nuestra familia, nuestros vecinos e incluso los extraños, se sientan a gusto con nuestra compañía y puedan a su vez dar todo lo mejor de sí para que nuestro mundo sea cada vez más agradable.

Por tanto, **Vivir en Armonía** implica:

- Respeto por sí mismo y por los otros.
- Confianza en sí mismo y en los otros.
- Dialogar.
- Aceptarme y aceptar a los demás.
- Dar y recibir afecto.
- Establecer objetivos y luchar por alcanzarlos.
- Solucionar adecuadamente los conflictos.
- Tomar decisiones responsablemente.
- Amar y ser amado.

**TALLER 2:**

Se divide al grupo en subgrupos, y cada uno analizará las situaciones que nos impiden vivir en armonía a nivel familiar, en el contexto educativo, a nivel comunitario y a nivel personal. Cada grupo escogerá una de las situaciones y la dramatizará frente a los demás. Al finalizar se realizará en plenaria una discusión de cada situación a partir de lo visto anteriormente, tratando de identificar alternativas de solución.

Si queremos vivir en armonía, debemos poner en práctica lo visto en esta sesión. Sugírase que revisen su vida, identifiquen las situaciones que deben comenzar a cambiar y que las escriban en un cuaderno para que luego puedan revisar qué tanto han progresado, cuáles son las dificultades que se les han presentado y cómo las han afrontado.



## 2. COMUNICACIÓN EFECTIVA

### TALLER 3:

Nos vamos de paseo

**OBJETIVO:** Identificar las diferentes formas de comunicación

La comunicación es el proceso por el cual las personas expresamos lo que queremos, sentimos, deseamos, vivimos, creemos, etc. Esto incluye diferentes medios: Conversación, cartas, libros, televisión, radio, acciones personales, lenguaje corporal y gestual, signos y otras señales. De manera que la comunicación puede ser verbal y no verbal, o las dos al tiempo. Y hay factores que favorecen y/o dificultan la comunicación.

### TALLER 4:

Sabemos comunicarnos. Analicemos la siguiente canción.

No basta traerlos al mundo porque es obligatorio. Porque son la base del matrimonio o porque te equivocaste en la cuenta. No basta, con llevarlos a la escuela a que aprendan, porque la vida cada vez es más dura, ser lo que tu padre no pudo ser.

No basta, que de afecto tú le has dado bien poco, todo por culpa del maldito trabajo y del tiempo.

No basta porque cuando quiso hablar de un problema tú le dijiste niño será mañana es muy tarde, estoy cansado.

No basta comprarle todo lo que quiso comprarse el auto nuevo antes de graduarse que viviera lo que tú no has vivido.

No basta, con creer ser un padre excelente porque eso te dice la gente a tus hijos nunca les falta nada.

No basta, porque cuando quiso hablarte de sexo se te subieron los colores al rostro y te fuiste.

No basta porque de haber tenido un problema, lo habría resuelto comprando en la esquina, lo que había, lo que había.

No basta, con comprarle curiosos objetos, no basta cuando lo que necesita es afecto. Aprender a dar valor a las cosas porque tú no le serás eterno.

No basta, castigarlo por haber llegado tarde, si no has caído, ya tu chico es un hombre ahora más alto y más fuerte que tú.

### ACTIVIDAD:

1. En grupos analizar la anterior canción y compartir sus conclusiones
2. Escribir dos propósitos para mejorar la comunicación en su hogar
3. Elaborar en una hoja de block un símbolo que represente el objetivo del taller y explicarlo al resto del grupo.

## 3. APRENDER A ESCUCHAR

### TALLER 5:

Escuchar y observar

Una de las principales reglas de la comunicación es escuchar mientras el otro habla y hablar mientras el otro escucha. Escuchar al otro y tener la paciencia de interesarse en lo que está diciendo, es la llave que abre la puerta al diálogo. Escuchar activamente permite, tanto al transmisor como al receptor, compartir experiencias, percepciones, ideas, opiniones, confrontar información, reconocer y expresar los propios sentimientos. La forma activa de escuchar transmite confianza y seguridad y significa mantener una actitud de interés, de deseo de entender y ayudar al otro. Esta actitud la mantenemos cuando:

- Miramos a la otra persona directamente
- Demostramos interés en lo que dice
- Hacemos preguntas sobre el tema

- Expresamos ideas y sentimiento sobre lo que se está escuchando
- Repetimos lo que nos han dicho utilizando nuestras propias palabras

"Si te puedo decir que significado doy a una imagen determinada, evitando introducir mi criterio al respecto, y te digo lo que siento, y tú haces lo mismo conmigo, evitaremos al menos confusiones" **CONFUCIO.**

"La comunicación es para la relación entre los seres humanos como la respiración lo es para mantenernos con vida"

La comunicación puede darse a dos niveles: consciente e inconsciente. Cuando no se escucha lo que se dice somos conscientes de cómo es nuestra forma de comunicación, ni tenemos claros nuestros sentimientos. En ocasiones, lo que las personas tienen en su interior no siempre lo demuestran exteriormente. Otras veces no reconocemos nuestros sentimientos cuando una determinada situación nos duele, nos pone tristes o felices, nos da rabia, nos produce miedo, cansancio o satisfacción; sin embargo, estos sentimientos afectan nuestro desempeño y el nivel de comunicación. No estamos acostumbrados a reconocer nuestras emociones y sentimientos, y a expresarlos adecuadamente; generalmente los guardamos o los expresamos sólo cuando nos encontramos en una situación de conflicto. Todos tenemos necesidad de tener poder, de ser aceptados dentro del grupo social, pero las normas sociales tienden a frenar la manifestación abierta de estas necesidades. Interiorizamos de tal manera las normas, que muchas veces ni siquiera somos conscientes de nuestras emociones. Esto significa que nos es difícil establecer contacto con lo que sentimos. Esas necesidades fundamentales del ser humano viven en cada uno de nosotros. Entonces, ¿cómo aprender a reconocer y a expresar nuestros sentimientos positivamente?

Para lograr el éxito en cualquier relación, sintiéndonos bien con nosotros mismos, tenemos que conocernos y comprendernos.

¿Qué estoy sintiendo? ¿Celos? ¿Rabia? ¿Por qué? ¿Qué es lo que me duele? ¿Por qué me siento triste?

Hacernos este tipo de preguntas nos ayuda a conocernos mejor. Aprender a reconocer nuestros sentimientos es largo, pero no imposible. Se puede aprender a identificarlos, pensando qué hay detrás de nuestro comportamiento: un asunto de poder, de justicia, de identidad, de aprobación, de afecto, etc.

"El que aprende y aprende y no practica lo que sabe, es como el que ara y ara y no siembra" **PLATON.**

## 4. RECONOCIENDO SENTIMIENTOS

Resulta difícil para la mayoría de las personas, en determinados momentos, identificar lo que están sintiendo, por lo que a veces reaccionan de tal forma que generan conflictos consigo mismo, o con los demás. Por tanto resulta importante saber cuáles son las razones por las cuales nos cuesta trabajo reconocer lo que sentimos y conocer alternativas para lograrlo.

### TALLER 6:

Mis sentimientos

**OBJETIVO:** Reconocer sentimientos y emociones

Lectura de un poema o una historia real

## 5. EXPRESANDO SENTIMIENTOS

Para expresar de manera positiva nuestros sentimientos y emociones, debemos conocer y comprender las emociones que se agitan en nuestro interior, los deseos y necesidades que nos impulsan, y los temores con los cuales nos enfrentamos.

La expresión positiva de sentimientos implica que tenemos que hacer cambios en nuestra autoestima, en nuestra comunicación y en nuestra responsabilidad. Cada cambio tiene infinitas posibilidades, una vez que se comienza el proceso de cambio, si seguimos alimentándolo, llegaremos a armonizar más y más con nosotros mismos y con las personas que

nos rodean. Todos podemos cambiar nuestra actitud y aprender nuevas habilidades: lo importante es familiarizarse con ellas y practicarlas. Nuestra autoestima aumenta cuando estamos dispuestos a abrir nuevas posibilidades, para empezar el proceso. Las cinco libertades según Virginia Satir:

- La libertad de ser y escuchar lo que está aquí, en lugar de lo que debería ser, fue o será.
- La libertad de decir lo que uno siente y piensa, en lugar de lo que uno debería sentir y pensar
- La libertad de sentir lo que uno siente, en lugar de lo que uno debería sentir.
- La libertad de pedir lo que uno quiere, en lugar de esperar el permiso para hacerlo.
- La libertad de correr riesgos por mi propia cuenta, en lugar de elegir sólo lo que es seguro y no arriesgarse.

En general la expresión efectiva y positiva de sentimientos implica poner en práctica los elementos y las reglas de la comunicación efectiva.

#### **TALLER 7:**

Nos expresamos así.

**OBJETIVO:** Reconocer cómo se expresan los sentimientos cotidianamente. Realice una Lista de sentimientos:

#### **TALLER 8:**

Contar una historia

**OBJETIVO:** Racionalizar la emoción y encontrar formas positivas para expresar emociones y sentimientos.

## **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA FAMILIA**

El principio que rige para la prevención de accidentes es que, para que se presente un accidente se requiere la presencia de factores que condicionan el accidente. Veamos ejemplos de algunos factores condicionantes: edad, visión o audición deficiente, obstáculos en el entorno, desinformación, fatiga, tipo de actividad que se realiza y comportamientos inseguros.

Se ha encontrado que no hay relación entre un factor condicionante de accidente y el accidente. Generalmente se suman varios de ellos para que éste pueda ocurrir. Son como eslabones de una cadena, entre más factores condicionantes estén presentes mayor es la probabilidad de que ocurra un accidente.

Todos podemos evitar accidentes si controlamos por lo menos uno de los factores condicionantes.

Los accidentes no ocurren por casualidad o por mala suerte, ocurren por:

- Descuido.
- Exceso de confianza.
- Imprudencia.
- Apresuramiento.
- Irresponsabilidad.
- Falta de conocimiento.

68

Es así como se presentan entre los más comunes:

- Quemaduras.
- Intoxicaciones.
- Asfixia.
- Golpes y caídas.
- Heridas.
- Cuerpos extraños.



Para mantener un ambiente de seguridad ya sea en la casa, en la calle, en la escuela u otro lugar, debemos, poner en práctica las siguientes reglas:

1. Detectar e identificar los riesgos posibles a los cuales puedan estar expuestos los niños de acuerdo al medio.
2. Identificar y valorar las consecuencias que puede tener el no atender las señales que identifican riesgos o peligros.
3. Corregir de inmediato los riesgos o peligros que nos rodean cuando esté a nuestro alcance hacerlo.
4. Crear en todas las personas conciencia de seguridad para la prevención de accidentes, desarrollando un proceso de aprendizaje en cuanto a las situaciones de riesgo y sus consecuencias.

**Para lograr poner estas reglas en práctica sigamos estas sugerencias.**

1. Los niños deben ser instruidos objetivamente sobre las señales que les indican un riesgo de accidente: Un juguete en la escalera, un cable conectado, carros en movimiento.
2. Se debe ayudar al niño a comprender el proceso de ver una señal de peligro y atenderla; sus efectos y sus consecuencias si no lo hace, aprovechando experiencias personales y de otras personas, y utilizando medios apropiados como títeres, películas u otros.
3. Hacer que el niño identifique comportamientos que previenen accidentes y copie el modelo de acción que los padres y otras personas le brinden, ejemplo: Detenerse antes de cruzar la calle.
4. Felicitarle, abrazarlo, besarlo cuando muestre comportamientos seguros. Resaltar verbalmente este comportamiento. "Te felicito, te detuviste y miraste hacia los lados antes de atravesar la calle" (abrácelo).
5. Sugiera a los adultos que su comportamiento sea coherente con lo que se le dice al niño, tenga conciencia de seguridad, prevenga accidentes y controle riesgos.

**NO OLVIDEMOS QUE COMO FUNCIONARIOS DE SALUD, DEBEMOS ORIENTAR A LOS ADULTOS RESPONSABLES DE LOS MENORES Y A LOS NIÑOS, SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES Y DE ESTA MANERA APRENDER A SER SEGUROS.**

#### **DONDE Y PORQUE OCURREN LOS ACCIDENTES EN LOS NIÑOS**

Generalmente los accidentes de los niños ocurren en la casa, en la calle o en la escuela. Se mira algunas situaciones peligrosas que se presentan en estos lugares:

LUGAR	SITUACIÓN PELIGROSA
2. CASA DORMITORIO O HABITACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumadores en la casa.</li> <li>• Lámparas de mesa con combillos de alto voltaje.</li> <li>• Armas de fuego.</li> <li>• Medicamentos en mesa de noche.</li> <li>• Cobijas muy pesadas.</li> <li>• Elementos corto punzantes ( tijeras, agujas, ganchos).</li> <li>• Tomas eléctricas muy recargadas.</li> <li>• Elementos inflamables.</li> <li>• Sustancias tóxicas.</li> <li>• Velas encendidas, fósforos.</li> <li>• Ventanas inseguras.</li> <li>• Bolsas plásticas.</li> <li>• Baules o clóset herméticos.</li> </ul>
BAÑOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envases de vidrio.</li> <li>• Repisas sobrecargadas de elementos.</li> <li>• Bordes de los espejos o vidrios.</li> <li>• Cuchillas de afeitar.</li> <li>• Aparatos eléctricos sin polo a tierra.</li> <li>• Tomas eléctricas dentro de la ducha.</li> <li>• Agua muy caliente.</li> <li>• Piso liso ( agua más jabón).</li> <li>• Agua más jabón más piso liso.</li> </ul>



ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de pasamanos o de apoyo.</li> <li>• Poca iluminación.</li> <li>• Escalones en mal estado.</li> <li>• Juguetes o basuras en los escalones.</li> <li>• Tapetes y limpia pies sin asegurar bien.</li> <li>• Huecos en los escalones.</li> <li>• Zapatos con cordones sueltos.</li> </ul>
COCINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escape de gas.</li> <li>• Cuchillos.</li> <li>• Pisos húmedos.</li> <li>• Estufas prendidas.</li> <li>• Ollas a presión en malas condiciones.</li> <li>• Almacenamiento y mal manejo de gasolina o cocinol.</li> <li>• Ollas con manijas por fuera del fogón.</li> <li>• Líquidos calientes o hirviendo.</li> <li>• Plancha caliente.</li> <li>• Albercas o tanques.</li> </ul>
ASOTEAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de protección.</li> <li>• Cables de alta tensión.</li> </ul>
CALLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cruzar por la mitad de la cuadra.</li> <li>• Pasar la calle corriendo, sin mirar o mirando a un solo lado si es doble vía.</li> <li>• Cruzar por entre los vehículos.</li> <li>• No respetar las señales de tránsito.</li> <li>• Colgarse de los vehículos.</li> <li>• Jugar en la calle.</li> <li>• Montar en bicicleta, triciclo, patines en calles con tránsito vehicular.</li> <li>• Dejar solo a los niños en parques o lugares públicos o muy congestionados.</li> <li>• Caminar por la calle y no utilizar la acera</li> <li>• En zona de carretera caminar fuera del espacio permitido para ciclas y peatones.</li> <li>• Si va en bicicleta no utilizar señales apropiadas de mano.</li> <li>• Conducir por la noche en bicicleta sin luz delantera y stop trasero.</li> <li>• Jugar con animales de los que no se conoce el dueño o la procedencia.</li> <li>• Caminar sin precaución en calles peatonales o aceras ocupadas por vehículos.</li> <li>• No utilizar puentes peatonales.</li> </ul>
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jugar en sitios peligrosos.</li> <li>• Jugar bruscamente.</li> <li>• Subirse a los árboles, muros, etc.</li> <li>• Correr comiendo.</li> <li>• Mobiliario en malas condiciones.</li> <li>• Correr por los corredores.</li> <li>• Cables eléctricos pelados o al descubierto.</li> <li>• Pisos húmedos.</li> <li>• Vidrios rotos.</li> <li>• Albercas o tanques destapados.</li> <li>• Basuras en el piso.</li> <li>• Deslizarse por pasamanos.</li> </ul>



## QUIENES SON LOS RESPONSABLES DE LA PREVENCIÓN

Como trabajadores de la salud, debemos asumir un papel bien importante aprovechando al máximo el contacto directo tanto con los menores, la familia y la comunidad, transmitiendo mensajes relacionados con la prevención de accidentes.

Recuerde a los padres que son ellos los directamente responsables de la seguridad de sus hijos, deben por lo tanto, informar, motivar, estimular y darles ejemplo en el cumplimiento de las medidas de prevención; por supuesto todo depende de la actitud responsable que adopten.

Junto a los padres están los maestros, los cuales deben reforzar estas conductas en el ámbito escolar con el fin de garantizar la integridad física del niño durante la permanencia de éste en la escuela.

En general, todos debemos conocer sobre prevención de accidentes para que de esta forma podamos identificar los riesgos y tomar las medidas correctivas oportunas para la eliminación de los mismos.

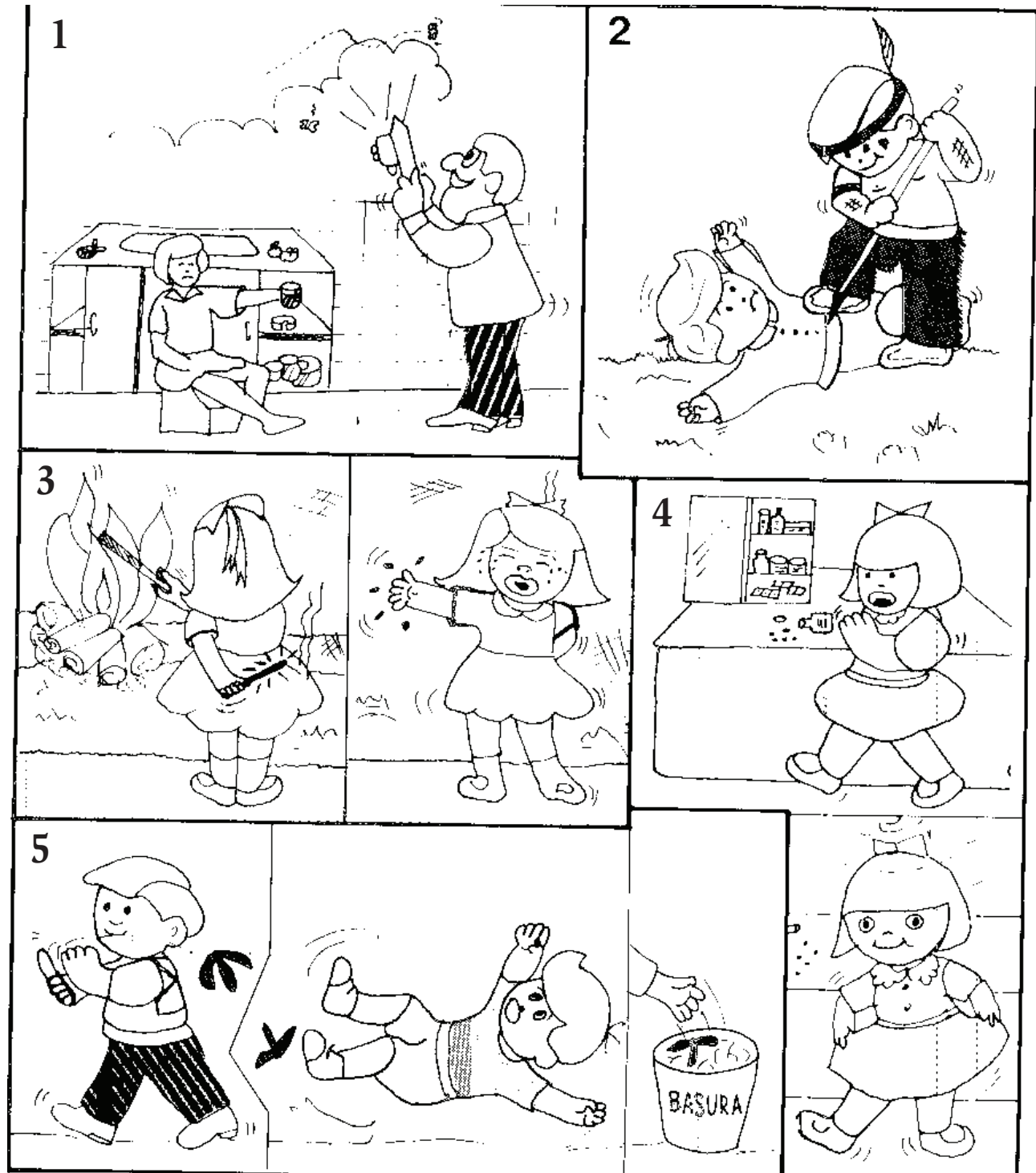
Todo accidente representa una situación de urgencia, por tanto lo más importante es actuar de inmediato en el sitio del accidente con el fin de salvar la vida y evitar complicaciones. Es esta la actitud que debe tomarse en lugar de pensar en establecer culpas o responsabilidades de lo ocurrido.

### TALLER N° 9

En los siguientes dibujos identifique cinco (5) condiciones peligrosas y analícelas en cuanto a sus consecuencias y formas de prevenirlas. Responda en la hoja, con el esquema establecido.

SENTIDO	ACCION	RAZON
HABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunte el nombre.</li> <li>• ¿Qué le paso?.</li> <li>• ¿Qué siente?.</li> <li>• ¿Dónde Esta?.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el estado de conciencia</li> <li>• Identificar causas del accidente.</li> </ul>
OIGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los quejidos.</li> <li>• Si contesta cuando lo llaman.</li> <li>• Si contesta las preguntas que le hacen.</li> <li>• Lo que dicen en cuanto al accidente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el estado de conciencia</li> <li>• Conocer aspectos del accidente.</li> </ul>
PERCIBA O SIENTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloque su mano en el cuello o muñeca.</li> <li>• Coloque su mano en la parte anterior de la nariz, en el pecho o abdomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpar y saber si el corazón está trabajando.</li> <li>• Detectar la respiración.</li> </ul>
OBSERVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado general.</li> <li>• Posición en que quedó.</li> <li>• Coloración de la piel.</li> <li>• Salidas de sangre.</li> <li>• Deformidades de los miembros superiores o inferiores.</li> <li>• Movimientos del tórax.</li> <li>• Sensibilidad y movimiento en extremidades superiores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber si hay hemorragia.</li> <li>• Ver si hay fracturas.</li> <li>• Ver si respira.</li> <li>• Ver si hay problemas en la columna.</li> </ul>
HUELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huela el ambiente.</li> <li>• Huela el aliento del accidentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el tipo de accidente.</li> <li>• Identificar la posible causa del accidente.</li> </ul>

### PREVENCIÓN DE ACCIDENTES





## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

N°	CONDICIÓN PELIGROSA	CONSECUENCIAS	PREVENCIÓN
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

### TALLER N° 9

### RESPUESTAS AL TALLER DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

N°	CONDICIÓN PELIGROSA	CONSECUENCIAS	PREVENCIÓN
1°	Fumigando en presencia de menores	Intoxicación por inhalación	Nunca fumigar cuando los menores estén presentes
2°	Juegos con objetos peligrosos	Heridas	No dejar al alcance, ni proporcionar, ni permitir juegos con objetos peligrosos
3°	Niños en hogueras y quemando pólvora	Quemaduras	No dejar los niños soplos cuando hay posibilidades o presencia de fuego
4°	Acceso a medicamentos o sustancias peligrosas	Intoxicación por ingestión	No dejar al alcance de los niños los medicamentos o sustancias peligrosas
5°	Cáscara o desperdicio en el suelo	Caída , golpe	Educar a los niños en cuanto a disposición de basura.

## PONGA EN JUEGO SUS SENTIDOS

### GUÍA DE ESTUDIO N° 5

### LA SALUD MENTAL EN LA FAMILIA

La familia es una institución humana fundamental diferente de otros grupos humanos en cuanto a su duración, historia, calidad de las relaciones, intensidad y tipo de función, no es estática, esta en permanente cambio. El sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución.

#### Logros

Identificara las diferentes etapas por los que atraviesa la familia durante su ciclo vital que les permita abordar las dificultades generando procesos de comunicación proactiva entre sus miembros.

#### Competencias a desarrollar

- Interpretativa: Describe la importancia del fomento de la salud mental en la familia
- Argumentativa: Sustenta razones que expliquen la importancia de la salud mental en la familia

- Propositiva: Desarrolla talleres para el fomento de la salud mental en la familia
- Axiológica: Comparte su experiencia en el fomento de estrategias de salud mental en su familia.

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente Las estrategias para el fomento de un estilo de vida saludable en la familia bien presentado (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte los diferentes conceptos de familia que se han desarrollado en la historia.
2. Reseñe las ventajas de la comunicación en la familia.
3. Enumere las etapas del ciclo evolutivo de la familia.
4. Exprese su opinión respecto al aprender a escuchar, reconocer sentimientos y expresarlos en la familia.
5. Elabore estrategias para el fomento de un estilo de vida saludable en la familia.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ESTRADA, L. El ciclo vital de la familia. Grijalbo: México. 2003. pág. 131
- PAPALIA, D. Desarrollo Humano. Mc Graw Hill: México. 2004.
- El Ciclo Vital de la Familia <http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx/alliance/2.1.htm>
- VELASCO ALVA, Félix. Parejas en conflicto, conflictos de pareja. México. Editorial Textos Mexicanos. 2004. p. 199
- ZAPATA, B. Intervención profesional con grupos familiares: de la distinción de prácticas a la conexión estética. Revista de trabajo Social N°. Univ. Nacional de Colombia. 2000. Bogotá.
- JACKSON, Don. Comunicación, Familia y Matrimonio. Ed Nueva Visión, Buenos Aires. 1999
- JARAMILLO Martha, Prevención, control y atención de accidentes. UNICEF. 1996
- Lévi, Jean Confucio. Traducción Albert Galvany Larrouquere. Madrid: Editorial Trotta. ISBN 978-84-8164-794-5. 2005.

# SALUD MENTAL EN LA GESTANTE

---



Registro grafico archivo personal



## GENERALIDADES

El ejercicio de la maternidad empieza desde la más temprana edad. Desde niñas ejercitamos nuestra capacidad maternal jugando con muñecas o cuidando niños. Las niñas quieren parecerse a su mamá. Vivimos fantasías, aún más quieren ser mejores que su propia madre, y con estas experiencias, se va configurando la aceptación o rechazo a la maternidad. Es muy frecuente escuchar. Cuando me case, o cuando sea independiente, solo quiero tener hijas mujeres, o hijos varones o la parejita o no quiero tener hijos. **"Desde la infancia preparamos nuestro cuerpo y nuestro espíritu para traer un ser feliz al mundo".**

Se hace necesario entonces planificar la gestación, tomar conscientemente la decisión de la concepción. Cuantas veces se ha escuchado, que la gestación no era esperada. Cuantos niños deseados, cuantos niños no deseados.

Poema Gestante de Gioconda Bell

*"Te estas poniendo gorda  
cogiendo la forma de tu hijo  
redondeándote como la tierra  
protegiendo con tu cuerpo la semilla  
Vas cogiendo la cara contenta  
De mujer preñada  
Haciéndote madre todos los días  
A través de tu sangre mientras esperas  
Mientras el mundo espera contigo el milagro"*

Confirmada, esta etapa es muy significativa, es el primer momento en que se acepta o se rechaza la gestación. Aceptarlo, al igual que muchos eventos de la vida, la gestación genera sentimientos de ambivalencia en la pareja. Vivirla, reafirmarla con las primeras molestias inevitables. Sentirlo deseado, esta etapa es la consecuencia de las anteriores. Aceptar los cambios físicos y emocionales, disfrutar del crecimiento del feto y sus movimientos, alimentar a ese ser, consentir ese embrión espiritual, que percibe y comparte con la madre las angustias, sufrimientos y las alegrías.

Evitar el maltrato in útero, no tabaco, no alcohol, no usar sustancias psicoactivas, pues estas pasan a la placenta y pueden causar reacciones adversas sobre el feto, como intoxicaciones, dependencia y malformaciones.

Cuidar su salud mental, porque un niño o niña que no hay tenido la seguridad de este amor básico de ser aceptado, nacerá probablemente con emotividad muy particular; percibirá su entorno hostil y necesitará pruebas continuas de atención cariñosa para estabilizar sus sentimientos.

Iniciar las caricias, la comunicación es muy importante, en el mismo vientre de la madre, "adentro", con sensaciones muy importantes. Durante los nueve meses que el feto crece en el vientre, su piel es estimulada de manera constante por los movimientos rítmicos transmitidos y ampliados por el líquido amniótico. Esta es desde antes de nacer su primer estímulo táctil, en su espacio limitado, en un ambiente de afecto, seguridad y armonía.

Por ser la gestación un proceso largo de nueve meses de espera, no deja de ser un periodo lleno de inquietudes para los padres, con muchas expectativas e incertidumbres, con relación a la crianza. Por todo lo anterior, necesitamos que las futuras madres vivan gestaciones con alegría, que si una gestante es abandonada por su pareja, sea apoyada por su familia y por la sociedad.

Es necesario que los padres, especialmente la madre, procesen el perdón, la reconciliación, con su hijo, si éste fue rechazado inicialmente, para que lleguen al parto en paz interior y procuren un nacimiento sin violencia, para que el recién nacido niño o niña, llegue al mundo en las mejores condiciones; el perdón da fuerza.

Estar acompañada en el trabajo de parto y parto, es un derecho, toda mujer debe conocer sus ventajas para exigirlo **"El parto es una actividad emocional y social y no una enfermedad"**. Debemos permitir que el padre esté presente en esta única experiencia de vida. Este es el momento más maravilloso de los seres humanos. No perdamos esta dimensión, cada nacimiento es irreplicable, es único, así nazcan uno, dos, o veinte, o cien diariamente. No debe ser sólo parte de la agenda de la enfermera.

Las experiencias de la Infancia y de la Pubertad son definitivas en las actitudes positivas o negativas que posteriormente asumirá el adulto ante su sexualidad y la gestación. Cuando los temores y sentimientos de culpa, la inseguridad o la duda acompañan a las experiencias tempranas, es probable que la vida sexual se torne conflictiva y la gestación sea vivida como un verdadero problema.

Por otro lado las circunstancias de la vida en Pareja condicionan en mucho las actitudes de la Madre ante un proceso de Gestación.

Cuando la tolerancia, comprensión y cariño son los ingredientes de la relación, éstas se tornan componentes favorables de la forma como la mujer afronta su gestación.

Los cambios en la Imagen corporal que se originan en la gestación pueden significar para algunas gestantes limitaciones serias de su vida personal, social o laboral, produciéndose reacciones negativas de ansiedad. Pueden aparecer aquí igualmente, temores por perder la silueta inicial o al presentar cambios físicos deformantes debido a flacidez o lactancia.

En efecto, muchas reacciones o síntomas molestos durante la gestación se asocian a respuestas emocionales ante la nueva situación como son: Trastornos del apetito, antojos, náuseas, vómitos, sueño y otros. Cuando una gestación es no deseada, rechazada u oculta a los ojos de familiares y conocidos, es normal que aparezcan reacciones depresivas.

Las expectativas sobre la salud, el sexo, el color de la piel y aún el temperamento, son comunes no solamente en la madre, sino en los familiares más cercanos. El deseo o temor de que el niño se parezca a alguien, el miedo a que herede algún defecto o tara son observadas siempre.

Cuando en la vida de Pareja, han aparecido problemas serios de relación, la gestación no se vive de la misma manera por la Mujer. En estos casos puede haber temor sobre la disolución del vínculo y la gestación se convierte en un medio para lograr la unidad perdida. Es frecuente que las madres ansiosas recurran a los fármacos o al alcohol para mejorar su estado anímico. Esto es especialmente perjudicial durante el primer trimestre de la gestación, teniendo efectos duraderos en el niño.

Algunas gestantes presentan temores asociados a la fecha del parto, a las contracciones, a la anestesia o a una posible cirugía; esto la convierte en aprehensiva y demandante continua del cuidado médico.

Por ello, lo más conveniente es proporcionarle a la madre, la mejor información posible sobre las condiciones normales de la gestación y parto. Un buen control Prenatal, con el apoyo emocional es suficiente para liberar a la mujer de sus temores emocionales.

78

La Relajación, con imaginación de un Parto normal y sin sobresaltos, así como la implementación de alguna estrategia grupal con la Familia resultan excelentes ayudas para conseguir una gestación y Parto tranquilo vivido como una experiencia extraordinaria.

Debe tener en cuenta los siguientes cuidados:

- Asistir al control médico antes del tercer mes de gestación
- La alimentación debe ser variada y suficiente, se recomienda: leche, queso, carne, frijoles, arroz, frutas, zanahoria,



ahuyama, harinas y grasas; aumentar la ingesta de líquidos. Tomar suplemento de hierro formulado por el médico.

- No debe tomar ninguna droga sin autorización del médico, pues algunas pueden deformar al niño.
- Aséese diariamente, sobre todo los senos y los genitales para evitar infecciones.
- Prepare los pezones para la lactancia, hágase un masaje diario, girándolo con los dedos.
- No levantar objetos pesados.
- Evite el cigarrillo y el alcohol pues son muy dañinos para el bebé.
- Evite ligas, fajas y faldas estrechas. Use tacón bajo.
- Haga ejercicio diariamente, sin llegar al cansancio.
- Duerma ocho (8) horas diarias.
- Hágase vacunar contra el tétanos.

Cuando el niño o niña se prepara para su viaje fatigoso, con una serie de hormonas de estrés, que le facilitan estar en alerta, para alcanzar el mayor aprendizaje posible apenas llegue al mundo exterior. Con el nacimiento, experiencia inmensamente fuerte, casi abrumadora, apretujado por fuertes contracciones uterinas, pasa por el estrecho canal del nacimiento, recibiendo un masaje completo que activa fuertemente la sensibilidad de su piel, es su experiencia táctil en el parto, y el recién nacido, sale del útero, al mundo. Cambia el calor interior por la frialdad y la soledad "afuera" en la cuna, aislado, para iniciar ese descubrir.

Tan pronto nace, es muy importante tener presente que el recién nacido es un ser vivo que siente, ve, oye, es capaz de oler, de saborear, que tiene memoria y es capaz de aprender. Por eso se recomienda y es muy importante colocar al recién nacido suavemente sobre el pecho o el vientre de la madre antes de cortar el cordón umbilical. Allí continúa escuchando los latidos del corazón para él ya conocidos desde hace nueve meses, sólo que ahora ese sonido es diferente. Al mismo tiempo escucha la voz de la madre que también es conocida, pero ahora le llega desde afuera. Percibe su rostro. Sus ojos, son una verdadera pantalla. Siente la caricia sobre su piel.

Cumplidas estas señales, el cordón umbilical deja de pulsar, la etapa crítica ha terminado y sólo cuando el cordón deja de pulsar, debe ser cortado de modo que esta transición del vientre al mundo sea lo más suave posible. Este es el momento sublime. Implica permitir a la madre y al recién nacido, hacer la transición a otra forma de comunicación, con el tacto, con la mirada, piel a piel, respetando los procesos. En este momento la producción de las hormonas del estrés es descontinuada.

## **ESTIMULACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN**

La madre que realiza acciones de estimulación a su bebé durante la gestación, obtiene la respuesta al percibir el aumento de sus movimientos. Estas acciones de estimulación durante la gestación sirven al bebé para lograr una fácil adaptación a la vida extrauterina, es decir, después del nacimiento.

Las acciones de estimulación que la madre y demás miembros de la familia deben realizar durante la gestación son:

- La mamá mientras realiza las actividades diarias debe contar y hablar para que el bebé la escuche desde su vientre.
- El papá y los demás miembros de la familia deben acariciar suavemente el vientre materno, a la vez hacer sonar diferentes instrumentos cerca de él, como sonajeros, cascabeles, cajitas de música. Primero deben hacerlo al lado derecho luego al centro y después al lado izquierdo.
- Es muy importante que todos en el hogar contribuyan para que el ambiente familiar sea estable y agradable, es decir darle mucho afecto y apoyo a la madre porque su estado emocional influye en la salud y desarrollo normal del bebé.

### **TALLER N° 10**

Realizar relajación con visualización del Bebé, (música Suave Vivaldi). (Beethoven)

## TALLER N° 11

Tocado del vientre y diálogo con el bebé.

Cada participante confeccionará una máscara en cartulina blanca y un caucho; vivenciará el momento en que estaba en el vientre de su mamá.

## AUTOESTIMA EN LA GESTANTE

La gestación remueve en la mujer sentimientos y emociones en relación consigo misma, con otras personas, en especial con su propia madre y con el mundo a que se enfrenta.

La gestación cuestiona la capacidad física de ser madre, sus condiciones psicológicas para responder el nuevo rol social como madre, esposa y mujer; es todo un reto donde se ponen a prueba las fortalezas psicológicas para enfrentar nuevas exigencias.

Convertirse en madre implica ciertas pérdidas de autonomía. Es este un conflicto sin solución, la embarazada teme la pérdida de su libertad, verse atada al bebé, cargada de responsabilidades. La mujer que llega a la gestación con una Autoestima disminuida puede considerarse de alto riesgo psicosocial; la aceptación de su preñez, de los trastornos, molestias, cambios en su figura, le exigen mucha seguridad personal y auto confianza.

Durante el primer trimestre la mujer se preocupa por los cambios en su cuerpo, en su estado de ánimo; se siente sola y única, aumentan sus necesidades de dependencia y el deseo de que la cuiden y atiendan. Tiene que ver con sus experiencias y vivencias como mujer y la relación que tuvo con sus padres, la forma en que se abordan los conflictos. Durante el primer trimestre es la etapa en que con mayor frecuencia la gestante evoca su infancia.

En el segundo trimestre es a menudo un período de deleite y de realización; la mujer percibe las manifestaciones de la vida del feto como un ser con existencia propia y las preocupaciones se dan por la pérdida de atractivo sexual y su belleza física como inconveniente en su realización de pareja.

Durante el tercer trimestre, el cuerpo de la mujer se va tornando muy incómodo, los movimientos del afecto son percibidos amenazantes, molestos, dolorosos. Aumentan los temores ante la proximidad y los riesgos del parto y la ansiedad por la separación del bebé que ha sido parte de su cuerpo durante nueve meses.

Estos nueve meses de vida intrauterina parecen ejercer un efecto decisivo sobre la futura forma de ser y de estar del niño en el mundo. Si el bebé siente ese primer entorno como acogedor y cálido, su percepción del mundo podrá ser más positiva y tendrá una mayor confianza en la vida y seguridad en sí mismo.

Hay necesidad de fomentar la Autoestima en la mujer gestante como garantía mínima del éxito para su bienestar en relación consigo misma, con la familia, con su pareja y con su hijo al cual va a entregar todo su amor, su estima y los valores de la crianza en forma y balanceada. Por lo tanto, hay que brindar oportunidad de revisar con la mujer gestante, las ideas, opiniones, creencias, sentimientos, emociones, prácticas y comportamientos en relación con la auto imagen, autocapacidad y autoestima para aclarar dudas, fomentar la valoración personal y ofrecer herramientas para enfrentar nuevos problemas.

## FORTALECIMIENTO DEL AUTOESTIMA EN LA GESTANTE

- Yo soy valiosa e importante.
- Hago cosas que me hacen sentir bien.
- Merezco lo mejor de la vida.
- Imagino cosas buenas y hermosas.
- Busco amigos que me acompañen y valoren Aprendo a esperar y tener paciencia.

Los pensamientos positivos producen una sensación de calma en el bebe y aumentan la autoestima.



## TALLER N° 12:

¿Cómo me siento?

**Propósito:** Identificar sentimientos asociados al embarazo, en ella misma, en su pareja y su familia.

**Tiempo:** 30 minutos.

### Procedimientos

- Reúna las gestantes en grupos pequeños.
- Presentar al grupo las preguntas que sirven para la discusión
- Una persona del grupo recoge las respuestas y las comparte con el grupo en general.

### Preguntas:

- ¿Qué sintió cuando se dio cuenta que estaba gestación?
- ¿Cómo reaccionó su compañero cuando se dio cuenta que usted estaba en gestación?
- ¿Cómo reaccionó su familia cuando se dieron cuenta que usted estaba en gestación?

### Guía Para El Facilitador

- Recuerde, los sentimientos asociados al embarazo son propios de cada persona, por lo tanto usted no debe juzgar, ni aconsejar, tampoco los minimice.
- Fomente que sea alguien del grupo la que de apoyo y conteste algunos interrogantes.

## TALLER N° 13

Reafirmando nuestra autoestima

**Propósito:** Reforzar la autoestima en la gestante, mediante la identificación de afirmaciones significativas y positivas.

**Tiempo:** de 45 minutos.

**Materiales:** Papelógrafo, hojas de papel periódico, marcadores, listado de afirmaciones.

### Procedimiento

- Reúna a las gestantes en círculos pequeños.
- Dé a cada participante la lista de afirmaciones.
- Cada miembro del grupo escogerá y leerá en voz alta por turnos la afirmación que prefiera y expresará los sentimientos que esta afirmación le ha provocado; incluyendo su nombre. Ej.: Yo Isabel soy capaz de dar amor.
- Se permite modificar o crear nuevas afirmaciones.
- Trace una raya vertical en la hoja del papelógrafo para dividirla en 2. En el lado izquierdo se escriben las afirmaciones escogidas y en el derecho las reacciones y opiniones que les provocan.
- Permita la expresión libre de reacciones, sentimientos, temores, culpas.

En caso de encontrar afirmaciones no verdaderas o cuestionadas por el grupo detenerse en ellas y explorar con el grupo las alternativas necesarias para modificarla, tranquilizarla, evaluar y construir opciones positivas.

### LISTADO DE AFIRMACIONES

- Me sentiré cómoda con mi apariencia, a medida que mi embarazo avance.
- Soy capaz de expresar mis sentimientos.
- Soy capaz de dar amor.
- Yo me gusto.
- Soy una persona con opiniones propias, y pienso que los demás también tienen derecho a tener la suya.
- Yo me siento segura de mi misma.
- Puedo pensar con claridad en momentos de tensión.
- Mi gestación me llena de alegría.

## TALLER N° 14

Ya nació mi bebé.

**Propósito:** Ayudar a la gestante a entender lo que implica ser madre y proporcionar una experiencia directa con la maternidad.

**Tiempo:** De una hora y de un día para otro para cuidar al bebé

**Materiales:** Un cascarón de huevo por cada participante, papel cometa diversos colores, marcadores, encajes, cintas etc. copia hoja de trabajo.

### Procedimiento

- Dé a cada una un huevo, explicando que ese huevo representa un bebé recién nacido.
- Asegúrese de que cada gestante le asigne el género al bebe huevo, tirando una moneda al aire, si es cara niña y sello para niño.
- Dígales a las madres que pueden vestir o decorar a su bebé.
- Entréguele la hoja de trabajo para cuidado del bebé
- Después de que el tiempo de cuidado se cumpla, provoque una discusión por 30 minutos.

### Puntos de discusión

- ¿Cómo cambia el bebé tu rutina?
- ¿Tienes sentimientos positivos o negativos en relación a la experiencia?
- ¿Fue fácil encontrar quien cuidara al bebé?
- ¿Has pensado en la forma en que el bebé afecta tu familia?
- ¿Cómo tendrás que ajustar tu vida?

## HOJA DE TRABAJO

### Reglas para el cuidado del bebé

- Cada una de ustedes acaba de recibir su propio "bebé huevo".
- Le asignarán un nombre de acuerdo al género que le correspondió.
- Durante las siguientes horas, ustedes serán responsables de su bebé.
- Esto significa que tendrán que mantenerlos abrigados, secos y protegidos.
- Esto significa que siempre tendrán que saber donde esta.
- Tienen que tratar al "bebé huevo" como si fuera un bebé de verdad. Esto será mucho más fácil que tener un bebé real, porque no tendrán que mantenerlo, cambiarlo, o despertarlo durante la noche para alimentarlo.
- Deberán llevarlo a donde vayan a menos que estén dispuestas a encontrar quien lo cuide.

### CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA GESTANTE

Si una mujer en gestación toma bebidas alcohólicas, le está dando alcohol a su hijo. El alcohol pasa a la sangre del bebé a través del cordón umbilical, llegando a todos los tejidos y órganos que se encuentran en formación; se ha comprobado que los hijos de madres alcohólicas o de mujeres que han ingerido licor o consumido otros tóxicos durante la gestación tienen una alta posibilidad de nacer con anormalidades físicas o psicológicas.

Estos defectos de nacimiento, tanto físicos como mentales, resultado directo del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación, son conocidos con el nombre de Síndrome alcohólico fetal y sus características son:

- Malformaciones en la cabeza.
- Cara reducida, oídos pequeños, pliegues en la comisura de los párpados.
- Anormalidades en las manos y los pies. Alteración del número, posición y movimiento de los dedos.
- Anomalías del corazón.
- Anomalías en los órganos sexuales.
- Retardo del desarrollo intelectual y/o deficiencia mental.

- Incapacidad para lograr atención.
- Extremo nerviosismo.

## GUÍA DE ESTUDIO N° 6

### LA SALUD MENTAL EN LA GESTANTE

La gestación es la etapa de formación de una nueva vida, su piel es estimulada de manera por los movimientos rítmicos transmitidos y ampliados por el líquido amniótico siendo este su primer estímulo táctil en su espacio limitado, en un ambiente de afecto seguridad y armonía.

#### Logros

- Hará uso de la información para el manejo emocional de las gestantes que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.
- Construirá estrategias para el cuidado de la salud mental en la gestante.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa: Describe la importancia del fomento de la salud mental en la gestante.
2. Argumentativa: Demuestra la importancia del fomento de la salud mental en la gestante.
3. Propositiva: Difunde talleres para el fomento de lazos afectivos entre madre hijo.
4. Axiológica: Muestra interés en la realización de estrategias que promuevan la salud mental en la gestante.

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de su gestación y nacimiento ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### Desarrollo

1. Como fomentaría la salud mental en la gestante.
2. Como fortalecería la autoestima en la gestante.
3. Consulte que consecuencias puede tener en el feto del consumo de alcohol en la gestante.
4. Plantee estrategias para el fomento de los lazos afectivos madre-hijo.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- FRANCO ZAFRA Ana Sofía y col. Lo invisible en las mujeres gestantes. AUPEC Revista ciencia al día. Universidad del Valle. Cali 2001. glacanav@univalle.edu.co.
- GÓMEZ A. S. El síndrome alcohólico fetal: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento. Universidad de Alcalá de Henares; Clínica Médico Forense de Alcalá de Henares (Madrid) Dic 2003. Revista Esp. Vol 3 pág. 4.
- KIMELMAN M, LEOZ M. Conociendo su Bebé. Video R.P.I 91633 Santiago 1994.
- KIMELMAN M, NUÑEZ C, HERNÁNDEZ G, CASTILLO N, PÁEZ J, BUSTOS S y cols. "Construcción y evaluación de pauta de riesgo relacional madre recién nacido. Revista Médica Chile 1995; 123: 707-12.
- KIMELMAN Mónica. Niños felices desde su concepción, Facultad de medicina. Universidad de Chile, Boletín Tomo V / Edición mensual N° 50 / Agosto 2005.
- MOLINA R, MONTECINOS N, MUÑOZ H. Período Perinatal en Meneghello y cols. Pediatría Santiago, Editores. Mediterráneo 1991 Vol 1; Cap 41: 292-6.



# ETAPA PRENATAL CONCEPCIÓN Y NACIMIENTO

---



Registro gráfico archivo personal



# GENERALIDADES

El comienzo de la vida humana, tiene lugar en una fracción de segundo cuando un solo espermatozoide se unió a un óvulo. Desde el momento de la concepción el nuevo ser humano ya posee toda la información genética que determina sus características físicas, tales como el color del pelo, el sexo, la estructura ósea y es afectado por influencias hereditarias y ambientales, las cuales perturban de manera directa el periodo prenatal, el cual ocurre de acuerdo con las instrucciones genéticas y va desde una simple célula hasta un organismo complejo. Sólo necesitará tiempo, alimentación y un ambiente adecuado para su crecimiento y desarrollo. Su corazón comienza a latir entre los 18 y los 25 días, la base del sistema nervioso se establece alrededor de los 20 días, a los 42 días el esqueleto está completo y hay actividad cerebral.

*"Si hubiera podido verte crecer como podría hacerlo una madre mágica, si hubiera podido mirar a través de mi vientre, habría estado tan preparada".*

Anne Sexton, 1996

## Concepción de una nueva vida

Hasta que sea posible clonar a un ser humano, la formación de una nueva vida continuará precisando la fertilización, la unión de un óvulo y un espermatozoide; la fertilización ocasiona la formación de un cigoto unicelular que posteriormente se duplica mediante división celular.

## Causa de los embarazos múltiples

Los embarazos gemelares pueden ocurrir por la fertilización de dos óvulos (o de uno que sea dividido) o por la división de un óvulo fertilizado. Los otros embarazos múltiples son resultados de uno de estos procesos o de la combinación de ambos.

Los gemelos heterocigóticos (dos óvulos) (comúnmente denominados gemelos fraternos) poseen diferentes constitución genética y pueden ser de distinto sexo; los gemelos homocigóticos (un óvulo) (conocidos como gemelos idénticos) poseen igual composición genética. Debido a las diferencias en la experiencia prenatal y postnatal, los gemelos "idénticos" pueden diferir en algún aspecto como el temperamento.

## Mecanismos hereditarios

La unidad básica de la herencia es el gen, el cual está compuesto por ácido desoxirribonucleico (ADN). El ADN porta las instrucciones bioquímicas que dirigen las funciones corporales y determinan las características hereditarias. Aparentemente, según su función cada gen se encuentra ubicado en una posición definida en un cromosoma.

En la concepción, cada ser humano normal recibe 23 cromosomas de la madre y 23 del padre. Éstos forman 23 pares de cromosomas: 22 de autosomas y uno de cromosomas sexuales. El bebé que recibe un cromosoma X de cada progenitor será de sexo femenino. Si recibe del padre un cromosoma Y, será varón.

Los patrones más sencillos de transmisión genética son la herencia dominante y herencia recesiva. Cuando un par de alelos son iguales, el individuo es homocigoto para el rasgo; cuando son diferentes, es heterocigoto. La mayoría de características humanas normales son resultados de los efectos del locus de rasgos cuantitativos (LRC) o de la transmisión multifactorial. Con excepción de los gemelos homocigóticos, cada niño hereda un único genotipo o combinación de genes. La herencia dominante y la transmisión multifactorial explican por qué el fenotipo no siempre expresa el genotipo subyacente.

Los defectos y las enfermedades congénitas generalmente se transmiten a través de la herencia dominante simple, recesiva, ligada al sexo o mediante impresión genómica. Las alteraciones cromosómicas también pueden ocasionar defectos congénitos; el síndrome de Down es el más frecuente.

Por medio de la consejería genética, los futuros padres pueden recibir información sobre las probabilidades matemáticas de procrear hijos con determinados defectos congénitos. Es posible que el uso de la prueba genética para identificar a las personas con probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades se extiendan a medida que los científicos completan la identificación y localización de la totalidad de genes humanos; sin embargo, tal prueba implica riesgos y beneficios.

### **Naturaleza y educación: influencias de la herencia y el entorno**

La investigación de la genética del comportamiento se basa en la suposición de que si la herencia constituye una influencia importante en un rasgo, las personas con mayor proximidad genética serán más similares en ese rasgo. Los estudios familiares, de adopción y de gemelos permiten a los investigadores medir la transmisibilidad de rasgos específicos. Los gemelos homocigóticos tienden a ser más concordantes que los heterocigóticos para los rasgos genéticamente influenciados.

Los conceptos de esfera de reacción, canalización, interacción genotipo-entorno, correlación genotipo-entorno (o covariación genotipo-entorno) y elección del nicho describen las formas en las cuales la herencia y el entorno trabajan juntos.

Entre humanos existe mayor tendencia a ser diferentes que similares en cuanto a la inteligencia y la personalidad. De la herencia depende la mayor parte de la similitud; los efectos ambientales no compartidos son los principales responsables de la diferencia.

### **La herencia y el entorno en la salud física, la inteligencia y la personalidad**

La obesidad, la longevidad, la inteligencia, el temperamento y la timidez son ejemplos de características influenciadas tanto por la herencia como por el entorno. Las influencias relativas de ambos pueden variar en el ciclo vital.

La esquizofrenia, el autismo, el alcoholismo y la depresión son ejemplos de trastornos psicopatológicos influenciados por la herencia y el entorno.

Algunos aspectos específicos de la personalidad parecen ser heredados, al menos en parte, como: la extroversión, nerviosismo, escrupulosidad, conformismo y disposición a experimentar. Puede definirse como las actitudes y comportamientos relativamente uniformes que caracterizan a una persona.

La transmisibilidad de la inteligencia está influida por los genes, más la experiencia. También cuenta un entorno enriquecido o empobrecido que puede afectar en forma sustancial el desarrollo y la expresión de la capacidad innata.

El temperamento es innato y se afirma con el paso de los años aunque puede responder a experiencias especiales o al manejo de los padres.

### **Desarrollo prenatal**

El desarrollo prenatal es un proceso genéticamente orientado que ocurre en tres etapas gestacionales: germinal, embrionaria y fetal. El crecimiento y el desarrollo antes y después del nacimiento obedecen el principio céfalo caudal (de la cabeza a la cola) y el proximodistal (del centro hacia la periferia). Cerca de la tercera parte de todas las concepciones terminan en aborto espontáneo, generalmente en el primer trimestre del embarazo.

### **Actividad fetal**

La actividad fetal puede ser observada mediante ultrasonido y otros medios. A medida que los fetos crecen, se mueven menos aunque más vigorosamente. La deglución del líquido amniótico que contiene sustancias del cuerpo de la madre, estimula el gusto y el olfato. Aparentemente, los fetos pueden oír, ejercitar la discriminación sensorial, aprender y recordar.

### **Influencias ambientales que pueden afectar el desarrollo fetal**

El organismo en desarrollo puede ser considerablemente afectado por su entorno prenatal. Algunos factores ambientales son teratogénicos; la probabilidad de defectos congénitos puede depender del momento y de la intensidad del evento ambiental e igualmente de su interacción con los factores genéticos.

Las principales influencias ambientales que involucran a la madre incluyen su nutrición, actividad física, tabaquismo, ingestión de alcohol (el cual puede producir el síndrome del alcoholismo fetal [FAS]), consumo de otras drogas legales o ilegales, transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), otras enfermedades o infecciones maternas, edad de la madre, incompatibilidad sanguínea y riesgos ambientales externos como los químicos y la radiación. Las influencias externas también pueden afectar el esperma paterno.





### **Técnicas que permiten valorar la salud y el bienestar de un feto e importancia de la atención prenatal**

El ultrasonido o ecografía, la amniocentesis, la muestra de vellosidades coriónicas, la embrioscopia, el diagnóstico genético preimplantación, la muestra del cordón umbilical y las pruebas sanguíneas maternas se utilizan para establecer si un bebé por nacer se está desarrollando normalmente. Algunas condiciones anormales pueden corregirse mediante terapia fetal.

La atención prenatal temprana y de alta calidad es esencial para un desarrollo sano. Ésta puede conducir a la detección de defectos trastornos y, especialmente si se inicia temprano y está dirigida a las necesidades de las mujeres en riesgo, puede ayudar a reducir las muertes maternas e infantiles, el bajo peso al nacer y otras complicaciones del nacimiento.

## **EL PROCESO DEL NACIMIENTO**

### **Las cuatro etapas del parto**

El nacimiento ocurre después de un periodo preparatorio de trabajo de parto y consta de cuatro etapas: 1) dilatación del cuello del útero; 2) Descenso y salida del bebé; 3) Expulsión del cordón umbilical y la placenta; 4) Contracción del útero y recuperación de la madre.

El monitoreo electrónico fetal se utiliza ampliamente (y quizá en exceso) durante el parto y el nacimiento. Tiene por objeto detectar signos de sufrimiento fetal, especialmente en los partos de alto riesgo.

### **Métodos y escenarios alternos para el parto disponibles hoy en día**

Aproximadamente 21 % de los nacimientos en Estados Unidos ocurren por cesárea. Los críticos argumentan que muchas cesáreas, que implican riesgos especiales para la madre y el bebé, son innecesarias.

Existe desacuerdo sobre los efectos que la anestesia administrada a una madre durante el parto produce sobre el recién nacido. El parto natural o el parto preparado pueden minimizar la necesidad de analgésicos y optimizar la participación activa de los padres. La moderna anestesia epidural permite brindar un eficaz alivio del dolor utilizando dosis más bajas de medicamentos que en el pasado.

Para las mujeres con embarazos normales de bajo riesgo que desean incluir a los miembros de la familia y hacer que la experiencia sea más íntima y personal, el parto en el hogar o en un centro obstétrico, atendido por una partera es una alternativa al parto hospitalario atendido por un médico. La presencia de una matrona puede brindar beneficios físicos y apoyo emocional.

## **GUÍA DE ESTUDIO N° 7**

### **ETAPA PRENATAL, CONCEPCIÓN Y NACIMIENTO**

El comienzo biológico de cada individuo seguirá siendo un evento de una fracción de segundo, en el cual un único espermatozoide entre millones provenientes del padre biológico, se une a un óvulo de los varios cientos de miles producidos por el cuerpo de la madre biológica.

#### **Logros**

Identificar las células a partir de las cuales se genera la vida del ser humano y su inferencia en el desarrollo físico, intelectual y emocional.

#### **Competencias a desarrollar.**

1. Interpretativa: Identifica las células que intervienen en el proceso de la concepción y Diferencia las etapas del parto
2. Argumentativa : Articula concepciones en lo referente a genética del desarrollo del embrión.
3. Propositiva: Confronta diversas interpretaciones acerca del desarrollo de la inteligencia, personalidad y temperamento en el ser humano.

4. Axiológica: Establece diálogos y participa con ideas claras y con fundamento científico acerca de la concepción y la interacción del ambiente en el desarrollo del embrión.

### **Instructivo**

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.
- c. Entregue al docente la guía bien desarrollada ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### **Desarrollo**

1. Consulte en que consiste la concepción, gestación y nacimiento del ser humano.
2. Identifique la interacción entre la herencia y el medio ambiente.
3. Consulte diferentes conceptos acerca del desarrollo de la inteligencia, personalidad y temperamento en el ser humano.
4. ¿Cómo se da el proceso de parto?.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BEST, J. Psicología Cognoscitiva Thomson Editores S.A., México. 2000
- HAINES Aduane. Principios de Neurociencia, 2da edición, Editor. Elsevier, Madrid 2004.
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997.
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997
- VILLARRAGA Liliana. Maternidad Viva. Universidad Nacional de Colombia. 1995
- WERTSCH, J.V. VYGOTSKY y la Formación de la mente, Barcelona, Paidos, 1.988.
- WINNICOTT, D.W. Exploraciones Psicoanalíticas I, Buenos Aires, Paidos, 1.991.
- ZAPATA, O., La Psicomotricidad y el Niño Etapa Materna y Preescolar, México, Trillas, 1991



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA INFANCIA Y PRIMEROS PASOS EN EL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS



Registro gráfico archivo personal



## EL BEBÉ RECIÉN NACIDO

### Adaptación de los recién nacidos a la vida fuera del útero

El periodo neonatal es un tiempo de transición entre la vida dentro y fuera del útero. Durante los primeros días, el neonato pierde peso y posteriormente lo recupera; el lanugo (vello prenatal) se cae y el revestimiento protector de la vermix gaseosa se seca. Las fontanelas (puntos blandos) del cráneo se cierran en el transcurso de los 18 primeros meses.

Al nacer, los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal y de regulación de la temperatura se independizan de la madre. Si un recién nacido no puede comenzar a respirar antes de 5 minutos, es posible que se produzca una lesión cerebral debido a la anoxia.

Los neonatos tienen un fuerte reflejo de succión y secretan meconio del tracto gastrointestinal. Generalmente sufren ictericia neonatal debido a la inmadurez del hígado.

El estado de vigilia del recién nacido está gobernado por ciclos periódicos de vigilia, sueño y actividad, los cuales parecen congénitos. El sueño ocupa la mayor parte del tiempo de un neonato. Los niveles de actividad de los recién nacidos pueden ser indicadores tempranos de su temperamento.

### Supervivencia y salud

Entre uno y cinco minutos después de nacer, el neonato es valorado utilizando la escala de Apgar para establecer cómo se adapta a la vida extrauterina. También puede evaluarse para descartar uno o más condiciones médicas. Puede aplicarse la escala de valoración del comportamiento neonatal de Brazelton para valorar las respuestas ante el entorno y pronosticar su desarrollo futuro.

Escala de APGAR: Un minuto después de nacer y nuevamente 5 minutos más tarde la mayoría de los bebés son valorados utilizando la escala de APGAR. El puntaje global es de 10 un puntaje menor de 7 señala que el bebé necesita ayuda para comenzar a respirar, un puntaje menor de 4 advierte que el bebé requiere tratamiento inmediato para salvar su vida. Si la reanimación tiene éxito y el puntaje del bebé asciende a 4 o más, es probable que no se produzca daño a largo plazo.

Cada signo se califica de 0 a 2 dependiendo de su ausencia o presencia mayor puntaje global. 10

### LA ESCALA DE APGAR (Virginia Apgar)

Signo	0	1	2
Aspecto (color)	Cianótico, pálido	Cuerpo rosado, extremidades cianóticas	Completamente rosado
Pulso (frecuencia Cardíaca)	Ausente	Lento (menor de 100)	Rápido (mayor de 100)
Gesto (Irritabilidad refleja)	Sin respuesta	Muecas	Tose, estornuda, llora
Actividad (Tono muscular)	Flácido	Débil, inactivo	Fuerte, activo
Respiración	Ausente	Irregular, lenta	Adecuada, llanto

### Complicaciones del nacimiento pueden poner en peligro la adaptación e incluso la vida de un bebé recién nacido

- Una pequeña minoría de bebés sufre efectos del trauma obstétrico a largo plazo. Otras complicaciones incluyen el bajo peso al nacer y la posmadurez.
- Los bebés con bajo peso al nacer pueden ser pretérmino (prematuros) o pequeños para la fecha (pequeños para la edad gestacional). El bajo peso al nacer es un factor que incide en la mortalidad infantil y puede causar problemas físicos y cognitivos a largo plazo.



### Supervivencia y salud de los bebés

- A menudo, un entorno postnatal propicio así como otros factores de protección pueden mejorar el progreso en los bebés que sufren complicaciones al nacer. Pese a ello, los bebés con muy bajo peso al nacer (aquellos que pesan 1.600 gramos o menos) tienen un pronóstico menos prometedor que los nacidos con mayor peso.
- Aunque la tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos ha mejorado, continúa siendo alarmantemente alta, en especial entre los bebés afroamericanos. Los defectos congénitos son la principal causa de muerte en el primer año; en los bebés negros, ésta corresponde al bajo peso al nacer.
- La mortalidad infantil en Colombia disminuyó en un **50** por ciento en las dos últimas décadas. De **44** muertes por cada mil nacimientos, hace **20** años, se pasó a **21** muertes por cada mil nacimientos en el quinquenio anterior (**1995-2000**).
- Los lugares del país donde más niños mueren, menores de un año, son las zonas rurales (**31 por mil**), principalmente en el área de la Guajira, Cesar y Magdalena, con **36** muertes por cada mil nacimientos. La menor mortalidad infantil se presenta en Medellín, con **12** muertes por cada mil nacimientos.
- El síndrome de muerte infantil súbita (SMIS) es la tercera causa de muerte de los bebés en Estados Unidos. La exposición al cigarrillo y dormir en posición prono son importantes factores de riesgo.
- Las tasas de inmunización han mejorado en todo el mundo y han alcanzado niveles máximos en Estados Unidos, aunque muchos preescolares no se encuentran completamente protegidos.
- En Colombia la información de la vacunación contra enfermedades que presentan mayores cuadros de morbilidad infantil como: la tuberculosis (BCG), la difteria (DPT), hepatitis B, la gripe, sarampión, la triple viral y la anti polio. Los resultados mostraron que en los últimos cinco años el número de niños que ha recibido todas sus vacunas disminuyó con relación a 1995. En ese año el 66% de los infantes habían recibido todas las vacunas, mientras que en los últimos cinco años sólo el 52 por ciento. Las zonas del país que mayor índice de vacunación registraron son Bogotá, Cali y Medellín. Y el menor número se presenta en la Costa Atlántica.
- Si hablamos de vacunas específicas en **1995** el **33** por ciento de los niños fueron vacunados contra la polio al nacer, aumentando esta cifra al doble, es decir al 66 por ciento. Las tres dosis de polio pasaron de **78** por ciento en 1995 a **71** por ciento en el 2000. En 1995 el **84** por ciento de los niños fueron vacunados contra el sarampión y en el 2000 el **71** por ciento.
- La Encuesta expuso cifras relacionadas con el tratamiento de fiebres y diarreas. Si comparamos los resultados de esta Encuesta y la anterior, nos damos cuenta que se presentó una pequeña disminución en los niños que sufrieron de fiebres; para el período **1990-1995** el resultado fue del **28%** y para la fase **1995-2000** del **26%**. Los más afectados fueron los niños de 6 a 35 meses. Al 93 por ciento se les suministró acetaminofén; el **37** por ciento fue llevado a hospitales; el **8** por ciento fue atendido por médicos y el **43** por ciento no recibió ninguna clase de atención.
- En **1995** el **95** por ciento de las madres conocían sobre el uso de sales de rehidratación oral (SRO), mientras que para la **ENDS 2000** esta cifra disminuyó a un **92** por ciento. Comparando las dos encuestas, el número de niños menores de **5** años que sufrieron de diarreas pasó de un **17** por ciento a un **14** por ciento. La mayor proporción de infantes afectados se presenta en las zonas rurales, con madres de bajo nivel de educación, en la región Pacífica, Central y Oriental el índice alcanza el **22** por ciento. La terapia de rehidratación oral tuvo un descenso, pasó del **68** por ciento en **1995** a **61** por ciento en el **2000**.

### Desarrollo físico temprano

- El crecimiento físico y el desarrollo motor normales avanzan siguiendo los principios céfalo caudal y proximodistal.
- El cuerpo de un niño crece en forma considerablemente mayor durante el primer año de vida; el crecimiento avanza rápidamente pero a una velocidad cada vez menor durante los primeros 3 años de vida.
- La lactancia materna ofrece muchos beneficios. Sin embargo, la calidad de la relación entre los padres y el bebé puede ser más importante que el método de alimentación para promover un sano desarrollo. Los bebés no deben recibir leche de vaca antes del año de edad ni alimentos sólidos o jugos de frutas hasta los 6 meses.
- Los patrones de sueño cambian notablemente. Durante la segunda mitad del primer año, los bebés duermen principalmente en la noche.
- El sistema nervioso central controla la función sensorial y motora. El crecimiento cerebral repentino coincide con los cambios en el comportamiento cognitivo. La lateralización permite a cada hemisferio cerebral especializarse en diferentes funciones.



- El cerebro crece con mayor rapidez durante los meses anteriores e inmediatamente posteriores al nacimiento, mientras las neuronas migran a sus ubicaciones asignadas, establecen conexiones sinápticas y sometidas a los procesos de integración y diferenciación. La muerte celular y la mielinización mejoran la eficiencia del sistema nervioso.
- Los comportamientos reflejos (primitivos, locomotores y posturales) son indicadores de la condición neurológica. La mayoría de los reflejos iniciales desaparecen durante el primer año a medida que se desarrolla el control cortical, voluntario.
- Debido a la plasticidad del cerebro, especialmente durante el periodo inicial de rápido crecimiento, la experiencia ambiental puede influir positiva o negativamente sobre el desarrollo cerebral.

### **Desarrollo de los sentidos durante los primeros años**

Las capacidades sensoriales, presentes desde el nacimiento e incluso en el útero, se desarrollan rápidamente en los primeros meses de vida. Los niños más pequeños muestran capacidades marcadas para discriminar los estímulos.

El tacto parece ser el primer sentido en desarrollarse y madurar. Los recién nacidos son sensibles al dolor. El olfato, el gusto y el oído también comienzan a desarrollarse dentro del útero.

La visión es el sentido menos desarrollado en el momento de nacer. La visión periférica, la percepción del color, la precisión del enfoque, la visión binocular y la capacidad para seguir con los ojos un objeto en movimiento se desarrollan en el transcurso de los primeros meses.

### **Desarrollo motor y algunas de las influencias que lo afectan**

- Las habilidades motoras se desarrollan siguiendo cierta secuencia, la cual puede depender no solo de la maduración sino también del contexto, la experiencia y la motivación. Las habilidades sencillas se combinan en sistemas de acción cada vez más complejos.
- El test de tamizaje del desarrollo de Denver se utiliza ampliamente para valorar las habilidades motoras gruesas y finas, además del desarrollo lingüístico, de la personalidad y social.
- La auto locomoción parece ser un "evento preparador" que ocasiona cambios en todos los terrenos del desarrollo.
- Los estudios con un precipicio visual sugieren que la percepción de la profundidad está presente a una edad muy temprana y se relaciona con el desarrollo motor.
- Los factores ambientales, incluyendo las prácticas culturales, pueden afectar el ritmo del desarrollo motor inicial.
- El entrenamiento o la práctica pueden acelerar en los bebés la adquisición de habilidades motoras específicas.

### **Estudio del desarrollo cognitivo: Enfoques clásicos**

#### **¿Cómo aprenden los bebés y durante cuánto tiempo pueden recordar?**

- El enfoque conductista del estudio del comportamiento inteligente está relacionado con la mecánica del aprendizaje. Dos tipos simples de aprendizaje estudiados por los conductistas son el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.
- La investigación que emplea el condicionamiento operante a descubierto que la capacidad de la memoria de los bebés aumenta con la edad. El recuerdo que los bebés tienen de una acción está estrechamente ligado con los datos contextuales. Esta nueva información puede añadirse durante un estrecho periodo ventana.

### **Medición de la inteligencia de los menores de 3 años**

- El enfoque psicométrico busca establecer y medir cuantitativamente los factores que contribuyen a la inteligencia, generalmente mediante las pruebas de cociente intelectual (CI), basadas en normas estandarizadas. Para ser útiles, las pruebas psicométricas deben tener validez y confiabilidad.
- Una prueba de desarrollo ampliamente utilizada en los bebés y niños pequeños es Escalas de Desarrollo Infantil de Bayley. En los bebés normales, las pruebas psicométricas pueden indicar la función actual pero generalmente son pobres indicadores de la inteligencia futura.

### **Escala de desarrollo infantil de Bayley**

- La condición socio-económica, las prácticas de los progenitores y el entorno domiciliario pueden afectar la medición

Edad en meses	Escala mental	Escala motora
1	Los ojos siguen a una persona en movimiento	Levanta la cabeza mientras es sostenido en el hombro
3	Intenta alcanzar un aro suspendido	Gira desde atrás sobre un costado
6	Manipula el sonajero, mostrando interés por los detalles	Gira desde atrás sobre su abdomen
9	Parlotea expresivamente	Se pone de pie por sí mismo
12	Acaricia los juguetes en imitación	Camina solo
14 - 16	Emplea adecuadamente dos palabras diferentes	Sube escaleras con ayuda
20 - 22	Nombra tres objetos	Salta sobre ambos pies
26 - 28	Reconoce cuatro colores	Imita los movimientos de la mano
32 - 34	Conjuga el tiempo pasado	Sube escaleras, alternando los pies
38 - 42	Cuenta	Baja escalera, alternando los pies.

de la inteligencia. De acuerdo con la investigación que emplea la Escala Medición del Entorno a través de observación en el hogar (HOME), la sensibilidad de los progenitores y su capacidad para crear un entorno domiciliario estimulante son factores importantes en el desarrollo cognitivo.

- Si están ausentes los mecanismos iniciadores del desarrollo necesarios para el desarrollo normal, puede requerirse una intervención temprana.

### El desarrollo cognitivo de los bebés y niños pequeños según Piaget

- El enfoque piagetiano se refiere a las etapas cualitativas del desarrollo cognitivo. Durante la etapa sensoriomotora, comprendida aproximadamente entre el nacimiento y los 2 años, los esquemas cognitivos y del comportamiento de los bebés se tornan más elaborados. Ellos avanzan progresivamente de las reacciones circulares primarias, secundarias y terciarias, finalmente hasta el desarrollo de la capacidad de representación, la cual posibilita la imitación diferida, la actuación y la solución de problemas.

De acuerdo con Piaget, la auto locomoción promueve el desarrollo del concepto del objeto. La permanencia del objeto

SUBETAPA	DESCRIPCIÓN
<b>Subetapa 1</b> (Desde el nacimiento hasta el primer mes) <b>Uso de reflejos</b>	Los bebés practican sus reflejos innatos y logran cierto control sobre ellos. No coordinan la información que proviene de sus sentidos. No sujetan el objeto que observan.
<b>Subetapa 2</b> (1 a 4 meses) <b>Reacciones circulares Primarias</b>	Los bebés repiten los comportamientos placenteros que ocurren inicialmente por casualidad (como succionar el pulgar). Las actividades se enfocan en el cuerpo del bebé más que en los efectos del comportamiento sobre el entorno. Los bebés realizan sus primeras adaptaciones adquiridas; es decir, succionan distintos objetos de modo diferente. Comienzan a coordinar la información sensorial y a sujetar los objetos.
<b>Subetapa 3</b> (4 a 8 meses) <b>Reacciones circulares secundarias</b>	Los bebés demuestran mayor interés por el entorno, repiten las acciones que producen resultados llamativos (como agitar un sonajero) y prolongan las experiencias interesantes. Las acciones son intencionadas pero originalmente no están dirigidas hacia un objetivo.
<b>Subetapa 4</b> (8 a 12 meses) <b>Coordinación de esquemas secundarios</b>	El comportamiento es más deliberado e intencional (tiene un propósito) ahora que los niños coordinan los esquemas aprendidos previamente (como mirar un sonajero y sujetarlo) y emplean los comportamientos aprendidos con anterioridad para alcanzar sus objetivos (gatear a través de la habitación para llegar hasta un juguete deseado.) Pueden anticipar los eventos.
<b>Subetapa 5</b> (12 a 18 meses) <b>Reacciones circulares terciarias</b>	Los niños demuestran curiosidad y experimentación; modifican intencionalmente sus acciones para observar los resultados (Ej.: sacuden diferentes sonajeros para escuchar sus sonidos) Exploran activamente su mundo para establecer lo novedoso de un objeto, evento o situación, intentan nuevas actividades y utilizan el ensayo y error para solucionar los problemas.
<b>Subetapa 6</b> (18 a 24 meses) <b>Combinaciones mentales</b>	Dado que los niños pueden representar mentalmente los eventos, ya no están confinados al ensayo y error para solucionar los problemas. El pensamiento simbólico les permite comenzar a pensar sobre los eventos y anticipar sus consecuencias sin recurrir siempre a la acción. Comienzan a demostrar una percepción interna. Pueden usar símbolos como señas o palabras y pueden hacer juegos de papeles.



se desarrolla gradualmente a lo largo de la etapa sensorio motora. Piaget consideró el error A, no B como un signo de conocimiento incompleto del objeto y de la persistencia del pensamiento egocéntrico.

La investigación sugiere que varias capacidades se desarrollan antes de lo descrito por Piaget. Por ejemplo, es posible que él haya subestimado la permanencia del objeto en los bebés debido a que sus métodos de prueba requerían una coordinación motora compleja. En los recién nacidos se ha reportado la imitación invisible –la cual según Piaget se desarrolla alrededor de los 9 meses, luego de la imitación visible-, aunque se discute este hallazgo. La imitación diferida, ubicada por Piaget en la última mitad del segundo año, se ha reportado incluso a las 6 semanas de edad.

## **ESTUDIO DEL DESARROLLO COGNITIVO:**

### **Nuevos enfoques**

¿Cómo podemos medir la capacidad de los bebés para procesar la información? ¿Cómo se relaciona esta capacidad con la inteligencia futura?

- El enfoque de procesamiento de información está relacionado con los procesos mentales, es decir, aquello que las personas hacen con la información que perciben. Al contrario de Piaget, la investigación del procesamiento de información sugiere que la capacidad para formar y recordar las representaciones mentales está presente prácticamente desde el nacimiento.
- Los indicadores de la eficiencia del procesamiento de la información en los bebés incluyen la velocidad de habituación y deshabituación, la preferencia visual y la transferencia intermodal. Éstas y otras capacidades de procesamiento, como la memoria de reconocimiento visual, tienden a pronosticar la inteligencia posterior.

### **Los bebés y el pensamiento acerca de las características del mundo físico**

La investigación de la violación de las expectativas sugiere que los bebés incluso de 3 y medio a 5 meses de edad pueden tener una noción rudimentaria de la permanencia del objeto, un sentido del número, una incipiente comprensión de la causalidad y una capacidad para razonar acerca de otras características del mundo físico. Algunos investigadores sugieren que los bebés pueden poseer mecanismos innatos de aprendizaje para adquirir tal conocimiento. Sin embargo, se cuestiona el significado de estos hallazgos.

### **La investigación del cerebro respecto al desarrollo de las habilidades cognitivas**

El enfoque de la neurociencia cognitiva es el estudio de las estructuras cerebrales que rigen el pensamiento y la memoria. Tales estudios han descubierto que durante los primeros meses de vida se desarrollan algunas formas de memoria implícita. La memoria explícita y la memoria de trabajo aparecen entre los 6 y los 12 meses de edad. Los desarrollos neurológicos ayudan a explicar el surgimiento de las habilidades piagetianas y de las capacidades para el procesamiento de la información.

### **Interacción social con los adultos la competencia cognitiva**

El enfoque social-contextual tiene en cuenta las interacciones sociales con los adultos y la forma en la cual contribuyen a la competencia cognitiva. Por medio de la participación guiada en el juego y otras actividades cotidianas compartidas, los padres o cuidadores ayudan a los niños a aprender las habilidades, los conocimientos y los valores importantes para su cultura.

### **Desarrollo del lenguaje**

- La adquisición del lenguaje es un aspecto importante del desarrollo cognitivo.
- El habla prelingüística incluye el llanto, el balbuceo, el parloteo y la imitación de los sonidos del lenguaje. Los recién nacidos pueden diferenciar los sonidos del habla; a los 6 meses, los bebés han aprendido los sonidos básicos de su lenguaje y comienzan a percatarse de sus reglas fonológicas e igualmente a asociar el sonido con un significado.
- Antes de pronunciar su primera palabra, los bebés utilizan gestos que incluyen el señalar, gestos sociales convencionales, de representación y simbólicos.
- La primera palabra característicamente aparece en algún momento entre los 10 y los 14 meses, dando inicio al habla lingüística; a menudo se trata de una holofrase. El vocabulario pasivo crece más rápidamente que el activo. Generalmente ocurre una "explosión de vocabulario" entre los 16 y 24 meses de edad.

- Las primeras frases breves o habla telegráfica, usualmente son emitidas entre los 18 y 24 meses. A la edad de 3 años, la sintaxis y las capacidades de comunicación se encuentran bastante bien desarrolladas.
- El habla temprana está caracterizada por la simplificación, la subextensión y la sobre extensión del significado de las palabras así como por la sobrerregularización de las reglas.
- Tradicionalmente, las dos perspectivas opuestas acerca de cómo los niños adquieren el lenguaje eran la teoría del aprendizaje, la cual enfatiza el papel del reforzamiento y la imitación, y el innatismo de Chomsky, el cual sostiene que los niños poseen desde el nacimiento un dispositivo para la adquisición del lenguaje innato. Actualmente, la mayoría de quienes adoptan teorías evolutivas sostienen que la capacidad innata para aprender un lenguaje puede ser activada o limitada por la experiencia.

### **Influencias que contribuyen al progreso lingüístico**

- Las influencias sobre el desarrollo del lenguaje incluyen la maduración cerebral y la interacción social. La comunicación con los padres o los cuidadores desempeña un papel vital en cada etapa del desarrollo del lenguaje.
- Las características familiares, como la condición socioeconómica, afectan la interacción verbal y el aprendizaje del lenguaje. En los niños que habitan hogares bilingües existen tendencias a la mezcla de códigos y al cambio de códigos.
- El habla dirigida a los niños parece tener beneficios cognitivos, emocionales y sociales y los bebés demuestran su preferencia por ella. No obstante, algunos investigadores cuestionan su valor.
- Leer en voz alta a los niños desde temprana edad ayuda a preparar el camino para la alfabetización.

## **FUNDAMENTOS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL**

### **Desarrollo de emociones y como las demuestran los bebés**

- El desarrollo y la expresión de las diversas emociones parecen estar ligados a la maduración cerebral y al desarrollo cognitivo.
- El llanto, la sonrisa y la risa son señales tempranas de emoción. Otros indicadores son las expresiones faciales, la actividad motora, el lenguaje corporal y los cambios fisiológicos.
- El repertorio de las emociones básicas parece ser universal, aunque existen variaciones culturales en cuanto a su expresión.
- Las emociones complejas aparentemente se desarrollan a partir de otras previas más simples. La conciencia de sí mismo y las emociones evaluativas surgen después del desarrollo de la conciencia de sí.
- Regiones independientes pero interactuantes del cerebro pueden ser las responsables de diversos estados emocionales.

### **Los bebés y las diferencias de temperamento**

- Los niños parecen pertenecer a tres categorías de temperamento: niños dóciles, difíciles e indecisos. Estos patrones del temperamento, así como un aspecto del mismo denominado inhibición de lo no familiar, son aparentemente innatos y por lo general estables aunque pueden ser modificados por la experiencia.
- La conformidad del ajuste entre el temperamento del niño y las exigencias ambientales ayuda a su adaptación.
- Las diferencias transculturales del temperamento pueden reflejar variaciones genéticas, la experiencia prenatal o las prácticas para la crianza de los niños influenciadas culturalmente.

### **Papel de las madres y de los padres en el desarrollo temprano de la personalidad**

- Las prácticas para la crianza de los hijos y los papeles de los cuidadores varían alrededor del mundo.
- A diferencia del fenómeno del troquelado en los animales, no parece existir un periodo crítico para la formación del vínculo entre la madre y el bebé. Sin embargo, los bebés tienen gran necesidad de proximidad y de calor materno además del cuidado físico.
- En la mayoría de culturas, las madres se encargan más del cuidado de los bebés que los padres, incluso cuando laboran fuera del hogar. En algunas culturas, las madres y los padres tienen diferentes estilos para jugar con los bebés.
- Las diferencias significativas en cuanto al género no aparecen sino hasta después de los primeros meses. No obstante, los progenitores comienzan la tipificación del género en los niños y en las niñas casi desde su nacimiento.

### **Aspectos del desarrollo de los bebés y los apegos**



- De acuerdo con Erikson, en sus primeros 18 meses de vida los bebés experimentan la primera crisis del desarrollo de la personalidad, confianza básica frente a desconfianza básica. Un cuidado sensible, dedicado y constante es la clave para la exitosa solución de esta crisis.
- Gran parte de la investigación sobre el apego está basada en la situación extraña. Se han encontrado tres patrones principales: apego seguro y dos tipos de apego inseguro, el evitativo y el ambivalente (resistente). Un cuarto patrón, el apego desorganizado-desorientado, puede ser el menos seguro.
- Se han desarrollado nuevos instrumentos para medir el apego en escenarios naturales y en la investigación transcultural. La entrevista sobre apegos para adultos (AAI) permite pronosticar la seguridad del apego con base en el recuerdo que los progenitores tienen de su propio apego cuando eran niños.
- Los patrones de apego pueden depender del temperamento del bebé como también de la calidad de la actitud paterna y la materna y pueden tener implicaciones sobre el desarrollo a largo plazo.
- La ansiedad por la separación y ante un extraño pueden surgir durante la segunda mitad del primer año. Aunque previamente se consideró una señal de apego, en apariencia está relacionada con el temperamento y las circunstancias.
- ¿Cómo "interpretan" los bebés y los cuidadores las señales no verbales del otro?
- La regulación mutua permite a los bebés tomar parte activa en el control de sus estados emocionales mediante el envío y la recepción de señales emocionales. Los investigadores miden la regulación mutua a través del paradigma del "rostro inexpresivo".
- La depresión de la madre, especialmente si es severa o crónica, puede tener serias consecuencias sobre el desarrollo del bebé.
- Se debate la creencia según la cual los bebés muestran un referenciamiento social aproximadamente desde los 6 meses de edad.

#### **Aspectos del desarrollo en los niños pequeños**

- El auto concepto comienza a surgir obedeciendo la siguiente secuencia, aproximadamente a partir de los 18 meses: 1) Autorreconocimiento físico y conciencia de sí mismo, 2) Auto descripción y auto evaluación y 3) Respuesta emocional al actuar erróneamente.
- ¿Cómo desarrollan los niños pequeños la autonomía y los estándares del comportamiento socialmente aceptables?
- La segunda crisis de Erikson (entre los 18 meses y los 3 años) se relaciona con la autonomía frente a la vergüenza y la duda. El negativismo es una manifestación normal del cambio desde el control externo hacia el autocontrol.
- La socialización, que depende de la internalización de los estándares aprobados socialmente, comienza con el desarrollo de la autorregulación. Un precursor de la conciencia es la condescendencia obligada a las exigencias de un cuidador; los niños pequeños que presentan una condescendencia obligada tienden a internalizar las reglas adultas más pronto que aquellos que simplemente muestran una condescendencia situacional.
- Las prácticas de los progenitores, el temperamento del niño y la calidad de la relación entre los padres y el hijo pueden ser factores en la facilidad y el éxito de la socialización.

#### **Contactos con otros pequeños**

- Los hermanos influyen uno sobre otro tanto positiva como negativamente desde temprana edad. Las acciones y las actitudes de los progenitores afectan las relaciones entre los hermanos.
- El contacto con otros niños, especialmente durante los primeros años, afecta el desarrollo cognitivo y psicosocial.

#### **Hijos de padres trabajadores**

- La participación de las madres en la fuerza laboral durante los últimos tres años del niño parece tener poco o ningún impacto sobre su desarrollo.
- El cuidado sustituto de los niños varía ampliamente en cuanto al tipo y calidad. El elemento más importante en la calidad del cuidado es la persona encargada de éste.
- Aunque la calidad, estabilidad y tipo de cuidado tienen una cierta influencia sobre el desarrollo psicosocial y cognitivo, la influencia de las características de la familia es aparentemente mayor.
- Los niños pertenecientes a hogares de bajos ingresos resultan especialmente beneficiados por un adecuado cuidado infantil.

## **GUÍA DE ESTUDIO Nº 8**

## INFANCIA Y PRIMEROS PASOS (0 – 3 AÑOS)

El lactante depende por completo de la madre para sobrevivir; durante esta etapa deben satisfacerse las necesidades biológicas así como las psicológicas. A medida que pasa el tiempo algunas de las satisfacciones producidas por los impulsos instintivos del niño deben desaparecer como respuesta a las demandas de otras personas.

### Logros

- Se capacitará a los estudiantes para que identifique la etapa del desarrollo de la infancia y primeros pasos según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.
- El estudiante construirá programas de estimulación del área cognitiva, psicomotriz y psicosocial para el fomento de la salud mental en la niñez.

### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa: Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo, cognitivo, psicosexual, psicosocial del recién nacido
2. Argumentativa: Compara las diferentes etapas sensorio motriz por las que pasa el recién nacido
3. Propositiva: Confronta diversas interpretaciones acerca del desarrollo de la personalidad.
4. Axiológica; Lidera procesos de reflexión y concientización en torno a el papel de la familia en el desarrollo de la personalidad del recién nacido.

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de su primeros pasos ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía)

### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo cognitivo, psicosexual y psicosocial del recién nacido.
2. Reseñe las diferentes etapas: sensorio motriz por las que pasa el recién nacido.
3. Consulte los factores que influyen en el desarrollo de la personalidad en el recién nacido.
4. Como entiende usted el papel de la familia en el desarrollo de la personalidad?

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- APGAR V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg.* 1953; 32: 260-267.
- APGAR V. The newborn (Apgar) scoring system. *Pediat Clin N Am* 1966, 13: 645-650.
- BAYLEY N. Manual for the Bayley scales of infant development. California, 1969.
- BERGER, I; ESTERLIZI, R. & MARÍN, F Instrumentos de evaluación del desarrollo EE.UU.: The Psychological Corporation. 1996.
- GOLDSON E. Desarrollo y comportamiento del niño en, Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Hay W y cols. 12 ed. Manual moderno; 2002, 63-93.
- ONU. Boletín de Información Naciones Unidas. Las tasas de mortalidad infantil y de fecundidad.. correo electrónico [dpisantiago@cepal.org](mailto:dpisantiago@cepal.org)
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997
- PÉREZ E, BARRÓN C. Crecimiento y desarrollo I,II y III en Palacios J. Gámez J: *introducc. A la pediatría*, 6ta. Editores. Méndez e, 1997. p 49-98.
- ROBERT DN, crecimiento y desarrollo en Nelson tratado de pediatría, Saunders 17 ed. 2004, 23- 66. FPP/JADM 36
- TORNIMBENI, S.; PÉREZ, E. & BALDO, M. Introducción a los test psicológicos. Córdoba. Argentina: Brujas. 2000
- TORRALVA, T.; CUGNASCO, I.; MANSO, M.; SAUTON, F., FERRERO, M.; ODONELL, A.; DURAN, P.& CARMUEGA, E. Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico 1999. Recuperado el 15/03/05 de: [www.sap.org.ar-archivos-1999-arch99\\_5-99\\_](http://www.sap.org.ar-archivos-1999-arch99_5-99_). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

100

### DIRECCIONES WEB

- Neonatología. Disponible en: < [www.hospitalgeral.com.br](http://www.hospitalgeral.com.br) > Acceso em 25/08/06.
- Neonatología. Disponible en: < [www.uff.br/mmi/neonatologia](http://www.uff.br/mmi/neonatologia) > Acceso em 26/08/06.



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA (3-6 AÑOS)



Registro gráfico archivo personal



## DESARROLLO FÍSICO

- El cuerpo crece entre los 3 y los 6 años de edad, aunque más lentamente que en los años anteriores. En general, los niños son más altos, pesados y musculosos que las niñas. Los sistemas corporales internos están madurando y todos los dientes primarios se encuentran presentes.
- Con relación a su peso, los niños preescolares comen menos que antes aunque la prevalencia de la obesidad se ha incrementado.

### Patrones y trastornos del sueño tienden a desarrollarse durante la niñez temprana

- Igual que ocurre a lo largo de la vida, los patrones del sueño cambian durante la niñez temprana y son afectados por las expectativas culturales.
- Es normal que los niños preescolares desarrollen rituales al acostarse para retardar la hora de irse a la cama y confíen en objetos de transición. Los prolongados conflictos a la hora de dormir o los terrores nocturnos o pesadillas persistentes pueden indicar trastornos emocionales que precisan atención.
- La enuresis es frecuente y generalmente se supera sin ayuda especial.

### Principales logros motores a esta edad

- Los niños progresan rápidamente en las habilidades motrices gruesas, motrices finas y la coordinación óculomanual, desarrollando sistemas de acción más complejos.
- La preferencia manual usualmente es evidente alrededor de los tres años de edad y refleja la dominancia de un hemisferio cerebral.
- Las etapas de la producción artística que parece reflejar el desarrollo del cerebro corresponden al garabateo, las formas, el diseño y la pictórica.

### Salud y Seguridad

- Muchas de las principales enfermedades contagiosas son infrecuentes hoy día en los países industrializados debido a la amplia inmunización y las tasas de mortalidad se han reducido. Las enfermedades prevenibles continúan siendo un problema importante en el mundo en desarrollo.
- Las enfermedades leves como los resfriados y otras condiciones respiratorias, son frecuentes durante la niñez temprana y ayudan a construir la inmunidad contra las mismas.
- Los accidentes, principalmente las lesiones en vehículos de motor, constituyen la principal causa de muerte en la niñez en los Estados Unidos aunque han disminuido. Las mayorías de accidentes fatales no vehiculares ocurren el hogar.
- Los factores ambientales como la exposición al estrés, el cigarrillo, la pobreza y la indigencia aumentan los riesgos de enfermedades o lesiones. La intoxicación por plomo pueden causar serios efectos físicos, cognitivos y sobre el comportamiento.

## DESARROLLO COGNITIVO

### Enfoque Piagetiano: Etapa Preoperacional

- Los niños en la etapa preoperacional del desarrollo cognitivo, aproximadamente entre los 2 y los 7 años de edad, presentan varios progresos importantes, así como algunos aspectos inmaduros del pensamiento.
- La función simbólica permite a los niños pensar acerca de eventos, personas u objetos que no están físicamente presentes. Esto se demuestra por la imitación diferida, el juego de simulación y lenguaje.
- Los niños preoperacionales pueden comprender el concepto de la inteligencia. Al no estar limitados por la hipótesis de la representación dual, pueden realizar juicios más precisos respecto a las relaciones espaciales. Ellos son cada vez más competentes en la clasificación y pueden comprender los principios de la cantidad y de la acción de contar.
- Aunque Piaget sostuvo los niños preoperacionales razonan por transducción, la investigación más reciente sugiere que ellos pueden pensar lógicamente acerca de las causas de los eventos físicos familiares. Su capacidad para clasificar las cosas vivas e inanimadas cuestiona la atribución de animismo a los niños de esta edad por parte de Piaget.

- La centración o incapacidad para descentrar, impide que los niños preoperacionales comprendan los principios de la conservación. Su lógica también está limitada por su irreversibilidad y un mayor enfoque en los estados que en las transformaciones.
- Aunque los niños preoperacionales muestran un egocentrismo, parece que éste es menor que lo que pensó Piaget, por ejemplo, incluso los niños más pequeños, son capaces de sentir empatía.
- La teoría de la mente, la cual parece tener un desarrollo considerable entre los 3 y los 5 años de edad, incluye la percepción de los propios procesos del pensamiento, el comprender que las personas pueden tener creencias falsas y la capacidad tanto para distinguir la fantasía y la apariencia de la realidad como para el engaño.

#### **Otros aspectos del desarrollo cognitivo: Mejoramiento del lenguaje**

- Durante la niñez temprana, el vocabulario aumenta considerablemente al parecer a través de la representación rápida, la gramática y la sintaxis adquieren cierta sofisticación. Los niños se tornan más competentes en pragmática a medida que participan en el habla social.
- El habla privada es normal y frecuente. Puede ayudar en el paso hacia la autorregulación y generalmente desaparece alrededor de los 10 años.
- Las causas del retardo del desarrollo del lenguaje no son claras. Sin tratamiento, éste puede tener serias consecuencias cognitivas, sociales y emocionales.
- La interacción con los adultos pueden promover la capacidad lecto-escritura emergente.
- ¿Cuáles propiedades de la memoria aumentan durante la niñez temprana?
- En todas las edades, el reconocimiento es superior a la evolución aunque ambos mejoran durante la madurez temprana.
- La memoria episódica es sólo temporal; desaparece o se transfiere a la memoria genérica, la cual elabora un guión de las rutinas familiares para orientar en comportamiento. La memoria autobiográfica comienza aproximadamente a los 4 años y puede estar relacionada con el desarrollo del lenguaje. De acuerdo con el modelo de interacción social, los niños y los adultos constituyen recuerdos autobiográficos hablando acerca de las experiencias compartidas.
- Los niños tienen mayor probabilidad de recordar las actividades extraordinarias en las cuales participan activamente. La forma en la cual los adultos hablan con ellos sobre los eventos influye en la formación de la memoria. Como también lo hace la teoría de la mente del niño.
- Los recuerdos implícitos pueden afectar inconscientemente el comportamiento.

#### **Medición de la inteligencia de los preescolares y aspectos que influyen en ella**

- Las dos pruebas psicométricas de inteligencia más comúnmente utilizada en los niños menores son la Stanford Binet y la Weschler.
- Los puntajes de las pruebas de inteligencia pueden estar influenciados por el funcionamiento social y emocional, como también por la interacción entre padres e hijos y por factores socioeconómicos. El entorno familiar parece producir su mayor impacto en la niñez temprana.
- Las pruebas más novedosas basadas en el concepto de la zona de desarrollo proximal (ZDP) de Vygotsky son indicadores de potencial inmediato para los logros. Tales pruebas combinadas con el andamiaje pueden ayudar a padres y profesores a orientar el progreso de los niños

#### **Educación en la niñez temprana**

- Los objetivos de educación preescolar varían en las diferentes culturas. Desde la década de 1970, el contenido académico de los programas educativo para la niñez temprana de los Estados Unidos ha aumentado, causando preocupación respecto a los efectos de la presión académica en los niños pequeños. Una tendencia similar ha ocurrido preescolares japoneses. Para los niños estadounidenses de bajos ingresos, los programas orientados académicamente son en apariencia menos eficaces que los centrados en el niño.
- Los programas preescolares compensatorios como el proyecto de Head Start han arrojado resultados positivo, aunque sus participantes generalmente no han igualado el desempeño de los niños de clase media.
- La adaptación al kinder pueden depender entre la interacción entre las características del niño y la de su entorno domiciliario, escolar y de su vecindario.



### El yo en el desarrollo

- El auto concepto sufre un cambio importante en la niñez temprana. Según los neopiagetianos, la autodefinición pasa de las presentaciones únicas a las relaciones de representación. Los niños pequeños no pueden reconocer la diferencia entre el yo real y el yo ideal.
- La comprensión de las emociones dirigidas hacia el yo y de las emociones simultánea se desarrolla gradualmente durante la niñez temprana.

## DESARROLLO PSICOSOCIAL: ERIKSON

### Tercera crisis: la iniciativa y la autoestima

- De acuerdo con Erikson, la principal crisis del desarrollo de la niñez temprana es la iniciativa frente a la culpa. La resolución exitosa de este conflicto da como resultado la "virtud" del propósito.
- La autoestima en la niñez temprana tiende a ser global e ilusoria, reflejando la aprobación de los adultos. Si la autoestima depende del éxito, los niños pueden desarrollar un patrón de "indefensión" en su pensamiento y comportamiento.

### Los niños y las niñas y el significado de género

- La identidad de género es un aspecto importante del concepto del yo en desarrollo.
- La principal diferencia del género en la niñez temprana es la mayor agresividad de los varones. Algunas diferencias cognitivas aparecen temprano; otras sólo lo hacen hasta la adolescencia o posteriormente.
- Los niños aprenden los papeles del género a edad temprana por medio de la tipificación de género. Los estereotipos de género son los enfoques biológicos, psicoanalíticos, cognitivo y de socialización.
- La evidencia de desigualdad en el tamaño cerebral y la actividad hormonal prenatal sugieren que ciertas diferencias de género pueden tener una base biológica.
- En la teoría freudiana, el niño desarrolla la identidad de género a través de la identificación con el progenitor del mismo sexo tras abandonar el deseo de poseer el otro.
- La teoría del desarrollo cognitivo sostiene que la identidad de género se desarrolla pensando en la experiencia. Según Kohlberg, la constancia del género conduce a la adquisición de los papeles sexuales.
- La teoría del esquema del género sostiene que los niños organizan su concepto del género y del comportamiento relacionado con este a partir de la información sobre como son y qué hacen los hombres y las mujeres de su cultura.
- De acuerdo con la teoría social cognitiva, los niños aprenden los papeles de género por medio de la socialización, la cual incluye la observación de modelos, el reforzamiento del comportamiento adecuado para el género y la internalización de los estándares. Los progenitores, los pares y los medios de comunicación influyen en su tipificación.

### El Juego: La actividad de la niñez temprana

- El juego produce muchos beneficios físicos, cognitivos y psicosociales. Los cambios en las clases de juegos en los que participan los niños reflejan un desarrollo cognitivo y social.
- De acuerdo con Piaget y Smilansky, los niños progresan cognitivamente desde el juego funcional al constructivo, el juego de simulación y posteriormente a juegos formales con reglas. El juego de las simulaciones cada vez más común durante la niñez temprana y ayuda a los niños a desarrollar habilidades sociales y cognitivas. El juego rudo también comienza durante esta etapa.
- De acuerdo con Parten, el juego se torna más social en la niñez temprana. Sin embargo, la investigación posterior ha descubierto que el juego no social no necesariamente es inmaduro, dependiendo de que los niños hacen cuando juegan.
- Los niños prefieren jugar con otros de su mismo sexo (y lo hacen más socialmente).
- Tanto el aspecto cognitivo como social del juego están influenciados por los ambientes culturalmente aprobados que los adultos crean para los niños.

### Estilos de crianza

- La disciplina puede ser una poderosa herramienta para la socialización.
- Tanto el refuerzo positivo como el castigo prudentemente administrado pueden ser adecuados instrumentos de disciplina dentro del contexto de una relación positiva entre padre e hijo.

- La afirmación del poder, las técnicas inductivas y la privación del amor pueden resultar eficaces en ciertas situaciones. La disciplina basada en la inducción generalmente constituye la manera más conveniente mientras que la afirmación del poder es la menos eficaz para promover la internalización de los estándares de los progenitores. Las palizas pueden contener consecuencias negativas.
- Baumrind identificó tres estilos en la crianza de los niños: autoritario, permisivo y democrático. De acuerdo con gran parte de la investigación, los progenitores democráticos suelen criar hijos más competentes. Estas categorías y resultados pueden ser engañosos cuando se aplican ciertas culturas o grupos socioeconómicos.
- El conflicto familiar puede utilizarse para ayudar a los niños a aprender las reglas y estándares del comportamiento y negociar las habilidades.

#### **Promoción del altruismo y manejo de la agresión y el temor**

- Las raíces del altruismo o comportamiento prosocial aparecen pronto y pueden cultivarse siguiendo el ejemplo de los progenitores y su estímulo.
- La agresión instrumental –primero física y luego verbal- contribuye la forma más común de agresión en la niñez temprana. La mayoría de los niños se tornan menos agresivos después de los 6 o 7 años de edad. Sin embargo, la proporción de la agresión hostil aumenta. Los niños suelen practicar la agresión declarada mientras que las niñas recurren a la agresión relacional.
- Los niños preescolares presentan temores temporales a objetos y eventos reales e imaginarios; los temores de los niños mayores tienden a ser más realistas. Algunos miedos pueden ser superados mediante la desensibilización sistemática.

#### **Maltrato abuso y negligencia**

- La incidencia del maltrato infantil ha aumentado considerablemente a partir de 1970 y el número real de casos puede ser mucho mayor que el reportado.
- El maltrato incluye abuso físico, negligencia, abuso sexual y maltrato emocional. Puede tener graves efectos a largo plazo.
- Las características del abusador, la víctima, la familia, la comunidad y la cultura en general contribuyen todas al abuso y al descuido de los niños.
- El maltrato puede interferir con el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social y sus efectos pueden persistir hasta la edad adulta. No obstante, muchos niños maltratados muestran una considerable flexibilidad.

#### **Relaciones con otros niños**

- Las relaciones con los hermanos y los pares contribuyen a la auto eficiencia.
- Gran parte de las interacciones con los hermanos son positivas. Los mayores en general inician las actividades y los menores las imitan. Los hermanos del mismo sexo, en especial las niñas, se relacionan mejor. Todos suelen resolver sus disputas basados en principios morales, aunque estos no necesariamente corresponden a los utilizados por los adultos.
- La clase de relación que los niños tienen con sus hermanos a menudo se preservan en las relaciones con otros pares.
- Los hijos únicos parecen desarrollarse cuando menos de manera tan aceptable como quienes tienen hermanos.

#### **Compañeros de juegos y amigos**

- Los preescolares escogen compañeros y amigos similares a ellos. Los niños agresivos gozan de menor popularidad que los prosociales.
- Los amigos tienen más interacciones positivas y negativas que otros compañeros de juego.
- Las actitudes de los progenitores pueden afectar la competencia social de los niños con sus pares.

Es la etapa de las preguntas, la curiosidad y los cuentos fantásticos, los niños(as) se acercan a la edad escolar pueden experimentar la ambivalencia de querer, por un lado, que sus madres los acompañen a la escuela y , por otro, esperar con ansia, a veces con un poco de temor, la independencia de ser estudiantes. Cuando el niño(a) aprende que puede confiar en su madre, esta crisis de la primera infancia queda resuelta fácilmente.



## Logros

Se capacitará al estudiante para que identifique la etapa del desarrollo de la primera infancia según diferentes teóricos que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

## Competencias a desarrollar

1. Interpretativa: Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del niño(a) en la primera infancia (3 – 6 años).
2. Argumentativa; Explica las diferentes etapas cognitivas y sexuales según Piaget y Freud por las que pasa el niño(a) en su primera infancia (3 -6 años). Y plantea explicaciones acerca de la tercera crisis que según Ericsson se sufre en esta edad
3. Propositiva. Plantea posiciones personales acerca del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del niño en la primera infancia (3-6 años).
4. Axiológica. Lidera procesos de reflexión y concientización en torno al desarrollo motor, comunicativo, artístico e intelectual en la primera infancia (3-6 años).

## Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de su primera infancia (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

## Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la primera infancia (3-6 años).
2. Reseñe las diferentes etapas: cognitivas y sexuales por las que pasa el niño en su primera infancia.
3. Consulte en que consiste la tercera crisis según Erickson en la primera infancia.
4. Como piensa usted que puede fomentar como enfermera(o) el desarrollo integral del niño (a) en la primera infancia (3-6 años).

# REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ERIKSON Erik, Infancia y Sociedad, Buenos Aires, Editorial Paidós. 1950
- ERIKSON Erik, "Identidad, Juventud y Crisis, Buenos Aires, Editorial Paidós. Buenos Aires, 1968
- GOLDSON E. Desarrollo y comportamiento del niño en, diagnóstico y tratamiento pediátricos. Hay W y cols. Edición XII. Manual moderno; 2002, pag 63-93.
- KOLHBERG, L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Biblioteca de Psicología. 1992.
- KOLHBERG, L.; Power, F.C. y Higgins, A. La educación moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa. 1997.
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997
- PÉREZ E, BARRÓN C crecimiento y desarrollo I,II y III en Palacios J. Gámez J: introducción a la pediatría, 6ta. Ed. Méndez e, 1997. pag 49-98.
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997
- ROBERT DN, crecimiento y desarrollo en Nelson tratado de pediatría, Saunders 17 Ed. 2004, pag 23- 66. FPP/JADM 36



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO PSICOSOCIAL EN LA NIÑEZ INTERMEDIA (6-12 AÑOS)

---



Registro grafico archivo personal



## DESARROLLO FÍSICO

- El desarrollo físico es menos rápido en la niñez intermedia que en los años previos. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comenzar este periodo pero ellas experimentan primero el crecimiento repentino de la adolescencia y por tanto suelen ser más grandes que los niños al finalizar la niñez intermedia.
- En promedio, los niños necesitan 2400 calorías diarias para su salud y crecimiento normal.
- Los dientes permanentes hacen su aparición en la niñez intermedia. La salud dental ha mejorado principalmente debido al uso del flúor y una mejor atención odontológica.
- La obesidad es cada vez más común entre los niños estadounidenses. Está influenciada por factores genéticos y ambientales. La preocupación por la imagen corporal, especialmente en las niñas, pueden conducir a trastornos de la alimentación.
- La desnutrición puede afectar todos los aspectos del desarrollo.
- Debido al mayor desarrollo motor, a esta edad los niños y niñas pueden participar en una mayor variedad de actividades motoras que los preescolares.
- Aproximadamente 10% del juego libre de los escolares corresponden a juego rudo. Éste es más común entre los niños que entre las niñas.
- Las diferencias en la capacidad motora de unos y otra aumentan a medida que se aproxima la pubertad, en parte al tamaño y la fuerza cada vez mayores en los varones y en parte como resultado de las expectativas culturales y la experiencia.

### Salud y seguridad

- La edad intermedia es un periodo relativamente sano, la mayoría de niños son inmunizados contra las principales enfermedades y la tasa de muerte es la más baja de todo el ciclo vital. Sin embargo, muchos escolares especialmente niñas, no se ajustan a los estándares correspondientes a la condición física.
- Las infecciones respiratorias y otras condiciones médicas agudas son frecuentes a esta edad. Las condiciones médicas crónicas como el asma tiene mayor prevalencia entre los niños pobres y pertenecientes a minorías. La comprensión de la salud y la enfermedad en los escolares se relaciona con su nivel cognitivo.
- La visión se torna más aguda durante la niñez intermedia, aunque una minoría de niños presentan defectos auditivos y visuales.
- Los niños positivos para el VIH o con sida pueden sufrir como consecuencia del estigma social y presentar problemas cognitivos, lingüísticos y emocionales.
- Los accidentes constituyen la principal causa de muerte en la niñez intermedia. Usar cascos para ciclismo y evitar las camas elásticas pueden reducir considerablemente las lesiones.

## DESARROLLO COGNITIVO: ENFOQUE PIAGETIANO: OPERACIONES CONCRETAS

- Aproximadamente entre los 7 y los 10 años de edad el niño se encuentra en la etapa de las operaciones concretas de Piaget. Los niños son menos egocéntricos que antes y más competentes en las tareas que requieren razonamiento lógico como pensamiento espacial, comprensión de la causalidad, categorización (incluyendo seriación, inferencia transitiva e inducción de clase), razonamiento inductivo, razonamientos deductivos, concentración y trabajos con números. No obstante, su razonamiento está bastante limitado al aquí y el ahora. Esta concreción del pensamiento origina el desfase horizontal.
- La experiencia cultural parece contribuir a la velocidad del desarrollo de las habilidades Piagetianas.
- De acuerdo con Piaget, el desarrollo moral está ligado a la maduración cognitiva y ocurre en dos etapas: moral de sumisión, la cual corresponde de grosso modo a la etapa preoperacional, y la moral de cooperación, que corresponde a las etapas de las operaciones concretas y formales.

### Otros enfoques del desarrollo cognitivo

- Los modelos del procesamiento de la información describen tres pasos de la memoria: codificación, almacenamiento y recuperación.
- Aunque la memoria sensorial presenta poco cambio con la edad, la capacidad de la memoria de trabajo aumenta considerablemente durante la niñez intermedia. El ejecutivo central, que regula el flujo de la información hacia y

desde la memoria a largo plazo, parece madurar entre las edades de 8 y 10 años. También mejoran el tiempo de reacción, la velocidad del procesamiento, la atención selectiva y la concentración. Estas ganancias en las capacidades para el procesamiento de la información puede ayudar a explicar los avances descritos por Piaget.

- La metamemoria y la atención selectiva mejoran durante estos años y los niños se tornan más aficionados al uso de las estrategias nemotécnicas, como las ayudas externas para la memoria, el ensayo, la organización y la elaboración.

### **Medición la inteligencia de los niños en esta edad**

- La inteligencia de los niños en edad escolar puede valorarse mediante pruebas de grupo como prueba de habilidades escolares Otis-Lennon o pruebas individuales como la escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC-III) y la de Stanford-Binet. Aunque estas corresponden a pruebas de actitud y no a pruebas de logros, ellas son validadas contra las mediciones de los logros.
- Las pruebas de CI son buenos predictores del éxito escolar pero pueden ser injustas con algunos niños. No han tenido éxito los intentos por crear pruebas libres de cultura o culturales generales con el fin de evitar la parcialidad cultural.
- Las pruebas de CI convencionales pueden pasar por alto importantes aspectos del comportamiento inteligente. Las pruebas de CI atañen únicamente a tres de las "inteligencias" de las teorías de las inteligencias múltiples de Howard Gardner. De acuerdo con la teoría triárquica de la inteligencia de Robert Sternberg, las pruebas de CI miden principalmente el elemento componencial, no el elemento experiencial con el contextual.
- Las nuevas direcciones de las pruebas de inteligencia incluyen herramientas como batería de evaluación infantil de Kaufman (K-ABC) y test de habilidades de Sternberg (STAT).
- Las diferencias de CI entre los grupos étnicos parecen derivarse al menos parcialmente de las desigualdades socioeconómicas y otras diferencias ambientales. La educación parece aumentar la inteligencia evaluada.

### **Lenguaje y alfabetización**

- El uso del vocabulario, la gramática y la sintaxis es cada vez más sofisticado pero el área de mayor crecimiento lingüístico es la pragmática.
- La metacognición contribuye al progreso de la lectura. El entrenamiento fónico temprano es clave para la capacidad de decodificar las palabras.
- La interacción con los pares favorece el desarrollo de las habilidades para la escritura.

### **El niño en el colegio**

- Dado que la educación es acumulativa, la base establecida en primer grado es muy importante.
- Los progenitores influyen en el aprendizaje de los niños al participar en su educación, motivarlos para los logros y transmitirles actitudes hacia el aprendizaje. La condición socioeconómica puede afectar el comportamiento y las actitudes de los padres.
- Aunque el poder de la profecía de la autorrealización puede no ser tan grande como se pensó con anterioridad, los conceptos y expectativas de los profesores pueden tener una firme influencia, especialmente en quienes obtienen logros insuficientes.
- Los cambios en la filosofía educativa afectan aspectos como la cantidad de deberes asignados y la promoción automática. El conocimiento de computadores está convirtiéndose en un requisito universal.
- Los superiores logros de los niños de origen oriental parecen derivarse de factores culturales. Algunos niños pertenecientes a minorías pueden beneficiarse de programas educativos adaptados a sus estilos culturales.

### **Educación de una segunda lengua**

- Muchos distritos escolares han implementado programas de educación en una segunda lengua. Algunos programas adoptan un enfoque de inmersión al inglés, aunque aparentemente son más eficaces los programas de educación bilingüe de alta calidad, los cuales permiten que los niños sean bilingües y se sientan orgullosos de su identidad cultural. El más eficaz de todos es un enfoque menos utilizado: el aprendizaje en dos sentidos (lenguaje dual).
- Tres causas frecuentes de problemas del aprendizaje son el retardo mental, las discapacidades para el aprendizaje y el trastorno de falta de atención e hiperactividad. Se cree que la dislexia, la más frecuente discapacidad para el aprendizaje, se deriva de un defecto en el procesamiento fonológico.
- En Estados Unidos, todos los niños con discapacidades tienen derecho a educación gratuita adecuada. Ellos deben ser educados en el entorno menos restrictivo posible, a menudo en el salón de clase habitual.



- En Colombia dos de cada tres centros educativos que tienen alumnos con limitaciones no cuentan con profesores especializados ni material didáctico para ellos. La atención y educación a los niños discapacitados no parecen ser las mejores, uno de cada tres establecimientos educativos oficiales que integra a alumnos con limitaciones, no dispone de docentes especializados para su aprendizaje. Además, en la mayoría de las instituciones estos pequeños permanecen aislados, casi estigmatizados y vistos por sus compañeros de aula como seres extraños. El olvido de las personas con discapacidad es tan marcado, que incluso pueden generarse guetos al interior de las escuelas, según concluyó un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo sobre 'La integración educativa de los niños y las niñas con discapacidad en el Distrito de Bogotá
- La Defensoría evaluó 81 planteles que integran niños con discapacidad, durante el segundo semestre del 2003. El informe registró que en el Distrito Capital había 7.313 discapacitados matriculados en instituciones integradoras. El estudio identificó que dos de cada tres establecimientos no disponen de las estrategias pedagógicas ni didácticas mínimas para integrar en condiciones adecuadas a los niños con discapacidad. Estableció que en el 66 por ciento de los casos, los planteles no contaban con aulas especiales para los limitados. En relación con la valoración médica, 14 de las 81 instituciones reportaron que tenían menores matriculados con problemas de aprendizaje asociados con la discapacidad, sin que los hubieran valorado en términos médicos y psicológicos. La Defensoría recomendó que la Secretaría de Educación Distrital (SED) no solo debe atender esas deficiencias educativas, sino que debería incorporar la enseñanza del lenguaje de señas para toda la comunidad educativa, con el fin de tanto escolares discapacitados como estudiantes regulares se puedan comunicar sin discriminación.

### **Niños con talentos especiales**

- Un CI de 130 o mayor constituye un estándar común para identificar a los niños talentosos que califican para programas especiales. Las definiciones más amplias del talento incluyen la creatividad, el talento artístico y otros atributos y dependen de múltiples criterios para su identificación. Las minorías están insuficientemente representadas en los programas para los niños talentosos.
- En el clásico estudio longitudinal de Terman sobre los niños genio, la mayoría creció para adaptarse bien y tener éxito aunque sin sobresalir.
- La creatividad y el CI no están estrechamente vinculados. Las pruebas de creatividad intentan medir el pensamiento divergente en lugar del pensamiento convergente, pero su validez a sido cuestionada.
- Los programas educativos especiales para los niños creativos y talentosos destacan el enriquecimiento y la aceleración. Los críticos consideran que tales programas son elitistas, aunque benefician a los niños participantes.

### **El yo en el desarrollo**

- El autoconcepto se torna más realista durante la niñez intermedia. Según la Teoría Neopiagetiana, el desarrollo cognitivo permite a los niños alrededor de los 7 u 8 años formar sistemas de representación, imágenes del yo que son más amplias y equilibradas que antes.
- De acuerdo con Erikson, la principal fuente de autoestima es la visión que tienen los niños de su competencia productiva. Ésta es la "virtud" que se desarrolla mediante la resolución de la crisis de la niñez intermedia, suficiencia frente a inferioridad. Según la investigación de Susan Harter, la autoestima o valor propio global, se deriva principalmente del respaldo social como también de la autoevaluación del niño.

## **DESARROLLO PSICOSOCIAL**

### **Crecimiento emocional**

- Los niños en edad escolar han internalizado la vergüenza y el orgullo y pueden comprender y controlar mejor sus emociones negativas.
- Aumentan la empatía y el comportamiento prosocial.

### **El niño en la familia**

- Los escolares pasan menos tiempo con sus progenitores y son menos cercanos a ellos que antes; sin embargo, las relaciones con sus padres continúan siendo importantes. La cultura influencia las relaciones y los papeles familiares.
- La correulación es una etapa intermedia en la transferencia del control del comportamiento del padre al hijo. Puede afectar la forma en que las familias manejan los conflictos y los progenitores, la disciplina.

### **Atmósfera familiar**

- El entorno familiar posee dos componentes principales: la estructura y la atmósfera familiar. Esta última incluye tanto el tono emocional como el bienestar económico.
- El impacto del empleo de las madres depende de factores como la edad del niño, su sexo, temperamento y personalidad; de si la madre trabaja jornada completa o media jornada; de cómo se siente ella respecto a su trabajo; si cuenta con el apoyo de su compañero; la condición socioeconómica de la familia y la clase de cuidado que el niño recibe. Los hogares con madres que laboran suelen ser más estructurados e igualitarios que aquellos en los cuales la madre permanece en la casa. El empleo materno ejerce una influencia positiva en el éxito escolar en las familias de bajos ingresos, aunque los niños de las familias de clase media tienden a desempeñarse menos convenientemente.
- Los progenitores que viven en persistente pobreza pueden tener dificultades tanto para aplicar una disciplina y control eficaces como para brindar apoyo emocional.

### **La estructura familiar en el desarrollo de los niños**

- Muchos niños crecen actualmente en estructuras familiares no tradicionales: familias monoparentales, políticas, homosexuales y encabezadas por abuelos u otros parientes. Los niños suelen desenvolverse mejor en las familias tradicionales (intactas). La estructura de la familia es menos importante en sí misma que en sus efectos sobre la atmósfera familiar.
- Aunque los niños adoptados afrontan retos especiales, por lo general se adaptan convenientemente. La adopción abierta no parece afectar la adaptación de los niños ni la satisfacción de los progenitores.
- La adaptación de los niños al divorcio depende de factores como la edad, su sexo, temperamento y ajuste social; la forma como los padres manejan la situación; la custodia y los acuerdos para las visitas; las circunstancias económicas; el contacto con el progenitor que no obtiene la custodia (usualmente el padre) y las circunstancias que rodean el nuevo matrimonio del progenitor. La cantidad de conflicto en un matrimonio y la probabilidad de su continuidad después del divorcio puede influir en si los niños serán mejor si sus padres permanecen juntos o se separan.
- Existe mayor número de familias monoparentales como resultado de la soltería materna que del divorcio. Los niños que viven con un único progenitor tienen mayor riesgo de presentar problemas académicos y del comportamiento.
- Existe mayor probabilidad de fracaso en los nuevos matrimonios que en los primeros. Los niños suelen tener mayor dificultad que las niñas para adaptarse al divorcio y a la convivencia con un único progenitor pero tienden a adaptarse mejor al nuevo matrimonio de la madre.
- Pese a la preocupación pública respecto a los niños que viven con progenitores homosexuales, los estudios no han encontrado efectos perjudiciales.

### **Relaciones con los abuelos por situaciones como el divorcio y el empleo de la madre**

El divorcio puede debilitar los lazos entre los abuelos (generalmente los paternos) y los nietos. Muchos abuelos se encargan del cuidado de los hijos de padres trabajadores o llevan a sus hogares a los padres solteros y sus hijos. Un número cada vez mayor de niños está siendo cuidado por los abuelos u otros parientes.

### **Relaciones entre los hermanos**

- Los papeles y las responsabilidades de los hermanos en las sociedades no industrializadas son más estructurados que en las industrializadas.
- Los hermanos aprenden a solucionar los conflictos gracias a sus relaciones entre sí. Las relaciones con los padres afectan las existentes entre los hermanos.

### **El niño en el grupo de pares**

- El grupo de pares es cada vez más importante durante la niñez intermedia. Los grupos de pares generalmente están compuestos por niños similares en edad, sexo, etnicidad y condición socioeconómica y que residen cerca unos de otros o asisten al mismo colegio.
- El grupo de pares ayuda a los niños a desarrollar las habilidades sociales, les permite probar y adoptar valores independientemente de sus progenitores, les concede un sentido de pertenencia y les ayuda a desarrollar su autoconcepto. Un efecto negativo es que favorecen la conformidad; otro es el reforzamiento del prejuicio hacia los extraños.

- La popularidad influye sobre la autoestima y la adaptación futura. Los niños populares suelen tener buenas capacidades cognitivas y habilidades sociales. Los comportamientos que afectan la popularidad pueden derivarse de las relaciones familiares y los valores culturales.
- La intimidad y la estabilidad de las relaciones aumentan durante la niñez intermedia. Los niños generalmente tienen más amigos mientras las niñas entablan amistades más estrechas.

### **Agresión e Intimidación**

- Durante la niñez intermedia, la agresión característicamente disminuye. La agresión relacional se torna más común que la declarada, en especial entre las niñas. Además, la agresión instrumental da paso a la hostil. Los niños excesivamente agresivos suelen ser impopulares y estar mal adaptados.
- La agresión puede ser provocada por un procesamiento defectuoso de la información social (una inclinación hostil). La agresividad promovida por la exposición a la violencia televisada en la niñez intermedia puede extenderse hasta la edad adulta.
- La niñez intermedia es un tiempo perfecto para la intimidación, cuyos patrones pueden establecerse incluso desde el kinder. Las víctimas tienden a ser débiles y sumisas o pendencieras y provocadoras. Generalmente poseen escasas habilidades atléticas y baja autoestima. La probabilidad de ser intimidado disminuye durante la niñez intermedia y la adolescencia.

### **Perturbaciones emocionales comunes**

- Los trastornos emocionales y del comportamiento más frecuentes entre los niños en edad escolar incluyen el trastorno de oposición desafiante, el trastorno de la conducta, la fobia a la escuela (una forma de trastorno de ansiedad por la separación) y la depresión infantil.
- Las técnicas de tratamiento incluyen psicoterapia individual, terapia familiar, terapia comportamental y terapia farmacológica.

### **Estrés y Flexibilidad**

- Como resultado de las presiones de la vida moderna, muchos niños están experimentando una niñez breve y angustiada. Ellos suelen preocuparse por el colegio, la salud y su seguridad personal.
- Los niños flexibles son más capaces que otros de soportar el estrés. Los factores de protección relacionados con la capacidad cognitiva, las relaciones familiares, la personalidad, el grado de riesgo y las experiencias de compensación se asocian con la flexibilidad.

## **GUÍA DE ESTUDIO N°10**

### **INFANCIA INTERMEDIA (6-12 AÑOS)**

Un paso importante de esta etapa es aprender a compartir, adaptando los deseos y preferencias propias de acuerdo con las de los demás. La energía se canaliza en el trabajo escolar y en las actividades de grupo. Se establece amistad con niños del mismo sexo. El sexo opuesto se convierte en objetos a los que hay que ignorar y menospreciar. Las actividades en grupo y el comportamiento se vuelven importantes.

#### **Logros**

Se capacitará a los estudiantes para que identifique la etapa de la infancia intermedia según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

#### **Competencias a desarrollar**

1. Interpretativa: Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del niño(a) en la infancia intermedia (6-12 años).
2. Argumentativa: Explica las diferentes etapas cognitivas y sexuales según Piaget y Freud por las que pasa el niño(a) en su infancia intermedia (6-12 años). Y plantea explicaciones acerca de la cuarta crisis que según Ericsson se sufre

en esta edad.

3. Propositiva: Plantea posiciones personales acerca del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del niño(a) en la infancia intermedia (6-12 años).
4. Axiológica: Lidera procesos de reflexión y concientización en torno al desarrollo integral del niño (a) en la infancia intermedia (6-12 años).

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de infancia intermedia (6 – 12 años) ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la infancia intermedia (6-12 años).
2. Consulte en que consiste la tercera crisis según Erickson en la primera infancia.
3. Reseñe la importancia del crecimiento emocional y de amistad en esta edad.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Durán, E. Niños y jóvenes en la Colombia de hoy. Bogotá. PRIAC. 1995
- ERIKSON Erik, "Identidad, Juventud y Crisis, Buenos Aires, Editorial Paidós. Buenos Aires, 1968
- ERIKSON Erik, Infancia y Sociedad, Buenos Aires, Editorial Paidós. 1950
- GOLDSON E. Desarrollo y comportamiento del niño en, diagnóstico y tratamiento pediátricos. Hay W y cols. Edición XII. Manual moderno; 2002, pag 63-93.
- KOLHBERG, L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Biblioteca de Psicología. 1992.
- KOLHBERG, L.; Power, F.C. y Higgins, A. La educación moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa. 1997.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL COLOMBIA. Discapitados, Sin Maestros Ni Aulas
- [http://menweb.mineducacion.gov.co/infoprensa/info\\_lista\\_tema.asp?id\\_tema=23](http://menweb.mineducacion.gov.co/infoprensa/info_lista_tema.asp?id_tema=23)
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Estudio piloto sobre discapacidad. Bogotá. 1993.
- MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Encuesta CAPS sobre salud materno-infantil 1986-1989. Bogotá. 1990.
- MINISTERIO DE SALUD. La salud en Colombia. 10 años de información. Bogotá. 1994.
- MINISTERIO DE SALUD-INS. Informe Epidemiológico Nacional. Vol 2. No 1. 1997.
- MINISTERIO DE SALUD-INS. Informe Epidemiológico Nacional. Vol 3. No 1. 1998.
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997.
- PÉREZ E, BARRÓN C. Crecimiento y desarrollo I,II y III en Palacios J. Gámez J: introducción a la pediatría, 6ta. Ed. Méndez e, 1997 49-98.
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997
- ROBERT DN, crecimiento y desarrollo en Nelson tratado de pediatría, Saunders 17 Ed. 2004, pag 23- 66. FPP/JADM 36
- VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. La discapacidad un problema de todos. Plan Nacional de Atención a los Discapitados. Bogotá. 1995.



# SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ 0-12 AÑOS

---



Registro gráfico archivo personal



# GENERALIDADES

La salud mental del niño inicia su proceso de formación desde la concepción, dándose las bases de su personalidad antes del nacimiento, no existe duda alguna que la calidad del cuidado que recibe un niño en sus primeros años de vida son esenciales para su futuro.

Es de vital importancia asegurar que los niños reciban el cuidado, afecto y estimulación necesaria para su sano desarrollo por lo tanto las orientaciones que se dan a las personas encargadas de la atención a los niños son fundamentales en su formación.

El niño nace sin sentido del propio valor. El desarrollo del amor propio se produce por la interacción dinámica entre el temperamento innato del niño y las fuerzas ambientales que reaccionan a éste. La auto evaluación se aprende fundamentalmente en la familia; posteriormente intervienen otras influencias como la de la escuela, pero estas tienden a reforzar los sentimientos de valor o falta del mismo que el niño trae desde el hogar.

Todo niño para su crecimiento y desarrollo armónico, requiere un ambiente adecuado, es simple, pero no es fácil, debe ser un ambiente relajado, libre de peligros y de condicionamientos pero con límites claros y estos se cumplen solamente cuando el niño se siente querido. Su comportamiento es la mejor manera de responder al ambiente que le rodea y por eso los invito a analizar, y si es necesario a cambiar el medio, para que los niños tengan experiencias mas adecuadas y así puedan cumplir más plenamente, su proyecto de vida. Tenemos la responsabilidad de trabajar el ambiente y acompañarlos en su crecimiento.

El niño que no se siente querido, cae en una serie de comportamientos para decirnos una y otra vez, que él no se siente querido. Cualquiera día abre la puerta y se va. Los niños perciben todo estado de tensión, de estrés que traemos a del trabajo, como pareja o si vivimos separados u otros problemas no resueltos ya sean económicos o familiares. Cuando los niños regresan a casa y apenas abren la puerta, es como que el aire fuera espeso y les oprimiera la respiración. Los adultos repiten muchas veces que los niños son la causa de todos los conflictos.

Si con las caricias podemos fortalecer el buen trato y disminuir la tendencia de niños que crecen sintiéndose no queridos en sus propios hogares, esto repercutirá positivamente en el ambiente familiar y en la sociedad.

## **Bases teóricas para facilitar la tarea educativa**

- Formación del núcleo afectivo.
- Manera de identificar riesgos, situaciones que lo determinan y acciones preventivas a seguir.
- Características del desarrollo psicosocial del niño.
- La importancia del juego en el desarrollo del niño.
- Importancia de la familia.

Existe una guía a nivel nacional para valorar el desarrollo psicoafectivo para dar orientación a la comunidad acerca de las medidas para prevenir la deprivación, psicoafectiva para, con su aplicación en los hogares colombianos se espera que se inicie un cambio de actitudes hacia la niñez favoreciendo su desarrollo integral, dando a los niños la prioridad que deben tener.

## **Formación del vínculo afectivo**

La necesidad de todo niño, la de estar con sus padres o con las personas que le protegen y dan amor, se llama vínculo afectivo. A través de éste se garantiza la vida del bebé, dado que durante los primeros años de vida su bienestar dependerá de la madre y demás personas que lo rodean; este vínculo le permite al niño sentirse seguro, confiado y amado, estimulando su desarrollo físico y social.

En el desarrollo de este vínculo, el niño busca a través de algunos de sus comportamientos estar cerca de sus padres o sustitutos utilizando conductas como chupar, llorar, sonreír, abrazar, mover el cuerpo, cambiar de ritmo de respiración, hipar, estornudar, eructar, mirar a los ojos e incluso mojar los pañales.

Los besos, caricias, arrullos, miradas, abrazos, palabras, cantos, la satisfacción de necesidades de alimento, sueño, conservación de la temperatura, aseo, atención, el contacto corporal constituyen expresiones de afecto que le nutrirá tanto física como psicológicamente. Estas conductas que inicialmente el niño utiliza para buscar la cercanía de su madre denominadas conductas de apego posteriormente se van desplazando al padre y otros miembros de la familia, producen reacciones que le van dando al niño sentido de consecuencia para sus propias acciones, es decir, su comportamiento desencadena reacciones en su medio inmediato, lo que le da sentimiento de poder y confianza en su capacidad de producir resultados.

Es importante recordar que la conducta de apego responde a la necesidad de sentir seguridad y por lo tanto, su ausencia o la posibilidad de perderla le causan angustia y dolor o en ambos casos intensos sentimientos de rabia y frustración que afectarán su relación consigo mismo y con los demás.

### **Deprivación psicoafectiva**

El amor es la base sobre la cual se forma la personalidad del niño y que le permite madurar armónicamente. Debe ser proporcionado por todos los miembros de la familia; cuando no cuentan con los estímulos suficientes no podrá alcanzar un desarrollo físico-mental ni social adecuado.

Como consecuencias de las carencias afectivas y maltratos, el niño desarrollara ciertos problemas o dificultades tales como:

- Miedos exagerados, pánico a la oscuridad, a desconocidos, a situaciones nuevas a monstruos u otras fantasías generadores de agitación y zozobra.
- Timidez: no se atreve a experimentar y hacer las cosas que le solicitan, Es inseguro y prefiere mantenerse aislado.
- Agresividad, violentas manifestaciones de enojo y reacción hostil hacia la figura de apego en el momento de reencontrarse.
- Excesivas demandas para con su madre o padre.
- Regresión: retorno a comportamientos propios de etapas anteriores en su desarrollo.
- Engaño, hurto, y dificultades para aceptar y reparar las consecuencias de sus actos.
- Trastornos de la alimentación, inapetencia: se niega a comer o come muy poco o come desmedidamente.
- Trastornos del sueño: temor para ir a acostarse, pesadillas frecuentes, terrores nocturnos.
- Trastornos del aprendizaje: falta de concentración en los trabajos que emprende, dificultades en el manejo de noción del tiempo, bajo rendimiento académico, pereza o negligencia para estudiar, dificultad para leer y escribir.

### **Todos los niños y niñas son cazadores de Cariño**

Cuando la esfera del afecto no es colmada en el niño, queda un vacío experimentado como miedo y manifestado como agresividad. La privación del cariño, especialmente en la infancia, genera un miedo que nos vuelve peligrosos.

El aislamiento perturba gravemente la maduración cerebral, desequilibrando la afectividad. Como dice Paúl Chauchard.

"la falta de afecto no es la única fuente de desequilibrio, también lo son todos los errores de educación, el exceso o falta de autoridad, los choques afectivos y de manera especial, los sexuales".

El niño que crece con deficiencias afectivas, y en especial, carente de amor maternal, queda marcado por ello para el resto de su vida; corre el riesgo de ser neurótico y de no poder dominar sus impulsos. Nadie aguanta la indiferencia de los padres. Un beso es mejor que una palmada, pero una palmada es mejor que la indiferencia. Y el niño adopta conductas para llamar la atención hasta lograr que le funcione. Recordemos que todos los niños y niñas son más emocionales que cognoscitivos. Por eso, todos nosotros recordamos mejor como nos sentimos en la clase de cierto profesor que lo que aprendimos con este profesor.

Freud afirmó: "Toda la actividad de nuestra vida cotidiana, normal, patológica, criminal, delictiva, es orientada por toda la vida afectiva de nuestra infancia. La vida afectiva es más importante que la inteligencia en nuestra vida intelectual y social, como el medio de la información en las tendencias que organizan las reacciones del individuo.



## MANERA DE IDENTIFICAR RIESGOS. SITUACIONES QUE LO DETERMINAN Y ACCIONES PREVENTIVAS A SEGUIR

Son diferentes las situaciones que representan una privación psicoafectiva, no es solamente la ausencia de la madre sino la ausencia de una relajación que le proporcione afecto necesario para su desarrollo natural.

Para efectos de la determinación de factores de riesgo, tenemos 3 grandes situaciones:

1. Niños separados de sus padres por largo tiempo
2. Niños que muestran falta de atención por sus padres, desnutridos, niños maltratados física y psicológicamente.
3. Niños que permanecen solos mucho tiempo. Ejemplo: Hospitalizados, Hijos de padres que no permiten el juego.

### - RIESGO

Es la probabilidad que tiene toda persona de sufrir un daño, especialmente un niño en su desarrollo psicoafectivo y altera su funcionamiento; físico - mental y social sino son evitados a tiempo.

### - RIESGO ALTO BIOLÓGICO

Son consecuencias de condiciones preconceptionales, prenatales y peri natales de la madre, ejemplo: Enfermedades como consecuencias de condiciones del niño: Peso al nacer, malformaciones congénitas y estado nutricional.

### - RIESGO AMBIENTAL

Está asociado a condiciones socioeconómicas y de salud baja, sus principales componentes son: Desnutrición, enfermedad, privación de estímulos.

Situaciones de riesgos que dependen de los padres: Embarazo no deseado, madres solteras y rechazo de su familia, padres con antecedentes de maltrato físico y emocional, gestantes que no asisten al control prenatal, padres alcohólicos fármaco dependiente, niño rechazados por nuevos cónyuges.

### - SITUACIONES PROPIAS DEL NIÑO

Niño prematuro, niño de bajo peso al nacer, niños con apgar menor de 6 a los 5 minutos, niños separados de sus padres en los primeros tres (3) años por largo tiempo, niños con defectos físicos, maltrato físico y psicológico, abandonados, desnutridos, que han sido objeto de abuso sexual.

Los niños de alto riesgo se podrán identificar a través de:

- Entrevista de inscripción y controles siguientes.
- Control de crecimiento y desarrollo.
- Visita domiciliaria, externa; urgencias.
- Entrevista de miembros del equipo de salud.

### - PREVENCIÓN

- Inscripción al Programa Control Prenatal.
- Inscripción al niño programa Crecimiento y Desarrollo menor de cinco (5) años.
- Formaciones de grupos comunitarios que influyan gestantes y desarrolla programas educativos.
- Orientar y educar a la familia sobre cuidados integral al menor.
- Remitir a instituciones de salud de nivel superior las cosas graves que necesiten atención especializada.
- Insistir a todo nivel, individual, familiar y comunidad en la necesidad de cuidados, estímulos y juegos que favorezcan su desarrollo.
- Alimentación maternal, estimulación adecuada, formación vínculo afectivo o apego.

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Existen determinados aspectos del desarrollo del niño que deben ser valorados durante su crecimiento, ya que están influyendo a través de todo su proceso evolutivo en forma positiva o negativa en su desarrollo psicosocial.

Estos factores son:

- El llanto
- El sueño
- La alimentación
- El control de esfínteres
- Las relaciones familiares
- La actividad del niño
- El desarrollo motor
- El desarrollo del lenguaje
- La presentación personal del niño
- Desarrollo psicosexual.

Es importante realizar con el niño actividades que estimulen adecuadamente el desarrollo de habilidades y aptitudes intelectuales que faciliten su relación con las demás personas y el mundo que los rodea. Estos estímulos deben darse de acuerdo a su edad. El desarrollo hace referencia a un proceso gradual y progresivo de cambios en el cuerpo y en el comportamiento del ser humano durante toda su vida. Es un proceso complejo, producto de la interacción de una gran variedad de factores de orden biopsicosocial. La conducta humana tiene origen en remotas herencias biológicas, también se suman a ella la influencia del ambiente y la cultura.

### **El llanto**

A través del llanto el niño busca atención, garantía de que no quedara abandonado por mucho tiempo, El llanto expresa sufrimiento, malestar interno, inconformidad o presencia de alguien extraño para él. Lloro porque tiene hambre o sed, frío o calor, porqué haya ruido. Algunos adultos y especialmente las madres, tienen mucha sensibilidad al llanto del niño, son capaces de interpretar la causa y atenderla con lo cual el niño se tranquiliza de inmediato. A medida que el niño crece, avanza en el desarrollo y aprende a controlar sus emociones, pero es importante aclarar que ese instinto agresivo lo acompaña toda la vida puesto que es una respuesta que el ser humano da a sus frustraciones.

### **El sueño**

Los niños necesitan dormir para reponer el desgaste de energía que les produce el crecer y desarrollar actividades como el pateo, gateo, juegos. Dependiendo de la edad, las horas necesarias para el sueño van disminuyendo a medida que crecen. Los recién nacidos duermen comúnmente de 16 a 20 horas diarias, hacia los tres o cuatro años disminuyen a 12 horas y 10 horas aproximadamente hacia los seis, lo cual debe ser tenido en cuenta por los adultos para ayudarlos en la creación de hábitos relacionados con el sueño.

### **La alimentación**

Dentro del útero materno, el bebé recibe el suministro alimenticio suficiente para vivir. Una vez nacido, aparece el reflejo de chupeteo, indispensable para continuar recibiendo alimento pues tendrá hambre y sed necesidades que si no se satisfacen oportunamente aumentan, provocando mucha actividad corporal como pateo y lloriqueo.

Dar el pecho al bebé o alimentarlo con biberón, debe ser tanto para la madre como, para el hijo una situación placentera, que fortalezca sus vínculos afectivos.

Los bebés difieren su ritmo de aparición del hambre. Inicialmente toma de ocho a diez comidas diarias, las cuales van disminuyendo su frecuencia pero aumentando en cantidad de alimento ingerido.

122

A medida que el niño crece, su alimentación debe ser variada y equilibrada de manera que le suministre los nutrientes necesarios para su adecuado crecimiento.

### **Sexualidad**

La actitud que los adultos tengan en relación con la sexualidad, su conocimiento y trato respecto a la misma, influyen notablemente en el desarrollo psicosexual del niño.



Los padres algunas veces se preguntan que hacer cuando se encuentran a sus hijos jugando con los genitales o masturbándose. Deben conservar la tranquilidad y no recriminarles. Este es un momento que debe ser aprovechado para dar información adecuada, sin malicia y de acuerdo con la edad del niño. Los niños exploran sus genitales como explorar su ombligo y otras partes del cuerpo. Dicha exploración les permitirá conocer su cuerpo y familiarizarse con las diferentes sensaciones que en él se producen.

Muchas veces las reacciones de hostilidad de los padres ante los pasatiempos sexuales de los niños, las puede generar traumas psicológicos. Si bien es conveniente que los padres eduquen a sus hijos dentro de las pautas socialmente aceptables, por ejemplo decir al niño que no debe exhibir o manipular sus genitales en público, hay algunos que reaccionan con sombríos vaticinios, juicios o amenazas como: "eso es indecente, sucio", exponiéndose a que el chiquillo o chiquilla adopte una actitud maliciosa hacia el sexo, sobreestimando o reprimiendo la importancia del mismo.

Educar a los niños en materia de sexualidad, no tiene que ser diferente de enseñarle muchas otras cosas.

Dos procesos básicos van íntimamente unidos al concepto de desarrollo humano: Maduración y Aprendizaje.

**Maduración:** Fenómenos mediante los cuales la conducta aparece como resultado en el tiempo del desarrollo la base neurofisiológica humana.

**Aprendizaje:** Entendemos los procesos mediante los cuales la conducta es el resultado de la experiencia, es decir, de la interacción del organismo con su ambiente sociocultural.

Según la Teoría Epigenética de E. Erikson el proyecto humano obedece a un plan básico en donde con el tiempo y por etapas aparecen repertorios conductuales concretas. En el hombre su desarrollo opera en fases o etapas que pasan por periodos críticos o sensibles.

## **SALUD MENTAL EN EL RECIÉN NACIDO**

En esta etapa es importante expresar afecto al bebé acariciándolo, abrazándolo, sonriendo, arrullándolo en todas las oportunidades, acaricie sus manos, permita que el niño tome sus manos; coloque sonajeros, objetos llamativos o móviles, muévalos, hablele, cántele para que escuche sonidos de su ambiente. De las respuestas respiratorias y de succión, así como de las restantes conductas adaptativas, depende la supervivencia del Recién Nacido.

### **NIÑO DE UNO A TRES MESES**

Ofrezca objetos llamativos estando el niño acostado boca abajo para que los mire, hablele, déle paseos cortos por la casa y cuénteles cosas sobre el sitio donde se encuentra. Facilite que otras personas, familiares o amigos estén en contacto con el niño.

### **NIÑO DE CUATRO A SEIS MESES**

Estimule las carcajadas a través de juegos como las escondidas, acercarse y retirarse, hacerle cosquillas y otras más.

### **NIÑO DE SIETE A NUEVE MESES**

- Acercarse al niño, hágale una caricia; observe como responde con sonrisas y expresiones de alegría y de comunicación interpersonal a la seguridad que le brindan; coloque al niño frente a un espejo que refleje su imagen completa; colóquese detrás de el niño para que se de cuenta que es su imagen la que está reflejada en el espejo y trate de tocarla.
- Aplauda con sus manos, si el niño no la imita tómelos de las manos y haga que la imite.
- El juego es una actividad vital para el niño, ayuda a su crecimiento, maduración mental, social y afectiva. No es mero pasar tiempo, sino parte fundamental de su desarrollo.

### **EL NIÑO DE DIEZ A DOCE MESES**

- Juguemos a las escondidas con el niño ocultándonos u ocultando un objeto haciendo que el niño lo busque. Con este juego le brindamos seguridad emocional.

### **EL NIÑO DE TRECE A DIEZ Y OCHO MESES**

- Póngale música, baile y cante con él, que juegue con agua, arena, barro, plastilina, ya que son experiencias valiosas que se deben favorecer.
- Enséñele la utilización de la bacinilla sin obligarlo a sentarse por tiempos prolongados, no lo deje sólo.
- El niño juega sólo, con su cuerpo, con los objetos que le facilite el adulto.
- Recordemos que todos los objetos son juguetes para el niño.
- Ante todo se debe tener gran paciencia y darle confianza y cariño.

### **EL NIÑO DE DIEZ Y NUEVE A VENTI CUATRO MESES**

- Léale cuentos y móvELO para que participe haciéndole preguntas; enséñele canciones infantiles acompañándolas de gestos.
- Responda con atención a todas las preguntas que el niño haga, no le diga mentiras y explíquele sencillamente las cosas; asegúrese que las entienda.
- Permita y facilite el contacto con otros niños y adultos. Es la edad de ingresar al jardín a compartir y competir con sus iguales, móvELO a participar en la organización de los juguetes.

### **EL NIÑO DE VEINTICINCO A TREINTA Y SEIS MESES**

- Déle ordenes sencillas que impliquen dos (2) acciones, ejemplo: "Recoge tus zapatos y déjalos en tu pieza ", permítele desvestirse y comer solo aun cuando se equivoque, corrijalo con cariño.
- Los berrinches, esta es una conducta en el niño que debemos considerar normal, que le permite expresar su enojo, su necesidad de atención, ayuda o comprensión. No debemos asustarnos los niños al igual que los adultos también se enojan.
- Existen situaciones que favorecen el berrinche :
- Cuando esta enfermo o convaleciente, o un hermano esta enfermo y los padres le prestan a este excesiva atención.
- Cuando no se le presta suficiente atención.
- Cuando nace un hermanito, los hermanos mayores se sienten inseguros y celosos.
- Los berrinches siempre tienen un motivo, que debemos encontrar y explicar al niño.
- Con agresividad solo se agrava la situación.

### **NIÑO DE TREINTA Y SIETE A CUARENTA Y OCHO MESES**

- Anime al niño a jugar con otros niños; fíjELE horarios de rutina para cumplir actividades como almorzar, acostarse. EnséñELE a pelar un banano, a partir el pan e inicie el manejo del tenedor. Insista en incluir formas de cortesía como: "Buenos días, por favor ". Percibe la diferencia sexual entre niño y niña. En ocasiones cuando está fatigado chupa dedo, aparece el miedo, son temores irracionales a la oscuridad, a las plumas, animales entre otros. Es decidido en sus deseos; a veces se muestra autoritario.
- Debemos estimularlo a que aprenda nuevos juegos imitando el papel de la mamá o el papá; a esta edad desaparece el juego paralelo se relaciona y coopera con otros niños en el juego, cuando hace esto no está perdiendo el tiempo, esta aprendiendo y descubriendo el mundo que lo rodea déjELO jugar libre y juegue con sus hijos.

### **NIÑO DE CUARENTA Y NUEVE A SESENTA MESES**

- El organiza su propio juego, invita a sus amigos a jugar al papá y mamá y el es quien designa que papel va a tener cada uno.
- Comienza a definir su individualidad, diferenciándose de los demás.
- Se amplía su contacto social de manera extraordinaria, con asistencia al jardín y al preescolar y tiene grandes deseos de agradar, obedece y aparece un alto sentido de responsabilidad. Puede disfrutar de actividades como recortar figuras, pegarlas y colorear.

### **NIÑO DE SESENTA Y UNO A SETENTA Y DOS MESES**

- Motívelos con juegos didácticos como loterías, para buscar parejas, clasificar dibujos, hacer secuencias de láminas. Ayude en situaciones de tristeza y cuando las cosas no le salgan bien, apóyELO, tratando de tranquilizarlo, permítALE llevar amigos a la casa a jugar o déjELO visitarlos en su casa. Permita que el niño decida sobre sus juguetes y juegos, apóyELO a imaginar, transformar y elaborar el mismo su juguete.

## **NIÑO DE SETENTA Y TRES A NOVENTA Y SEIS MESES**

- Permítale expresar sus ideas y escúchelo.
- Es importante que sepa el nombre de sus padres, familiares, barrio, lugar que ocupa dentro de la familia (mayor - menor) que conozca su pasado contándole anécdotas de cuando era bebé y explicarle el parentesco que lo une a sus familiares; donde puede encontrar a sus padres, donde queda su colegio.

El primer conjunto de vivencias de apego a la vida y a otro ser humano están construidas por el contacto del niño con su madre, en forma de arrullo, caricias, canciones, palabras, lactancia y cuidados diarios. Es el punto de todas las relaciones de un ser con el mundo y entre ellos muy particularmente su relación de pareja.

La sexualidad del ser humano pasa por diversas etapas, cada una es importante, pues determina forma de aprendizaje, modelos de relación personal, procesos de identificación y formas de sentir placer. Durante el primer año de vida el recién nacido aprende a conocer el mundo y se relaciona a través de la boca. La alimentación materna cumple un papel importante al permitirle crecer sano y en relación con lo que lo rodea.

**RECOMENDACION:** Para el adecuado manejo de la sexualidad, es importante que revisemos nuestra propia actividad hacia la sexualidad de los niños. Ej. "Como nacen los niños ", "Como entran en la barriga de mamá?, y otros aspectos de la sexualidad. Enseñamos al niño" Como se llaman las partes del cuerpo incluyendo los órganos genitales?.

## **NIÑO DE NOVENTA Y SIETE A CIENTO VEINTE MESES ( 8-10 AÑOS)**

Esta edad se caracteriza por los logros de la inteligencia y personalidad del niño, va consolidando las bases para las etapas posteriores; desarrolla y perfecciona otras funciones ya aparecidas. El niño escolar se caracteriza por ser sumamente receptivo, moldeable en su personalidad, de allí la importancia que tiene la actuación de padres y maestros durante este periodo.

## **SALUD MENTAL EN EL DESARROLLO PSÍQUICO**

### **AFECTIVIDAD**

Los niños se caracterizan por ser exigentes con los demás y con ellos mismos, pierden fácilmente el sentido del humor, se muestran buenos y malos, dulces y crueles sin etapas de transición que los hace aparecer como rebeldes, sentimentales.

Al cumplir 10 años alcanzan una etapa de equilibrio, con comportamientos menos explosivos y son capaces de criticar sus propios actos. Nunca propine castigos físicos ni golpes que envilecen, crean resentimientos hacia sus padres y mayores. Trátelos con bondad y firmeza, régimen preventivo no represivo.

### **IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO**

El juego es una necesidad en cada una de las etapas del ser humano, es una actividad vital en el desarrollo del niño, es una necesidad como el hambre, la sed, por este motivo ofrece oportunidad para el desarrollo: físico, intelectual, de lenguaje, social y afectivo.

Con el juego aprende más porque está comprometido de una manera personal y aprende por medio de la experiencia, jugando se descubre el niño así mismo y al medio que lo rodea. Desarrolla su cuerpo y sus sentidos; es curioso, se divierte y explora todo lo que tiene en su medio ambiente. No es un simple pasa tiempo es un aprendizaje activo. Cuando está sano juega más que cuando está enfermo. Con el juego se comunica más fácil y con entusiasmo, en el juego descubre la amistad se consolida la capacidad para compartir.

Los juegos cambian con la edad; en la primera etapa de su vida juega sólo con su cuerpo, con objetos que le dan los adultos; luego aparece el juego simbólico, los objetos se transforman en una acción imitadora, luego el juego con otros denominado paralelo y luego el juego con reglas

## RECOMENDACIONES

- Juegue con el bebé desde que está en el vientre materno.
- Sea expresivo con él, cante, ría, cambie de tono de voz.
- Aproveche toda oportunidad para acariciarlo y expresarle amor.
- Juegue a las escondidas, es una de las primeras manifestaciones del juego: aparezca y desaparezca con sabanas, etc.
- Siga el juego cuando bote algo al suelo, es una experiencia placentera.
- Permita que juegue con: Agua, Barro, Arena, son experiencias valiosas.
- Disfrute de las novedades que el descubre Ej.: Un pájaro que se ve, un animal que come, una hormiga.
- Improvise acciones con su hijo, un tambor, etc. Dramatice acciones de la vida diaria.
- Evitemos juegos con objetos pequeños que pueda introducir en boca u oídos.
- Juegue a leer con el niño pasando hoja por hoja de un libro.
- Los padres deben ser niños para jugar con sus hijos.
- Haga juguetes con la participación del niño, esto le dejara una huella imborrable.
- Los juguetes no es necesario comprarlos, utilice creatividad e iniciativa para crearlos.

## IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL

La función principal de la familia es educar, atender, cuidar y amar al niño y proporcionarle las experiencias que le permitan desarrollarse y enfrentar el mundo.

El niño nace indefenso y es la familia que lo rodea quienes deben satisfacer sus necesidades, de esto depende su normal desarrollo futuro. Ambos padres deben apoyarse y tienen igual responsabilidad en la educación del niño. El clima afectivo que se vive en el hogar es definitivo en el desarrollo del niño, ya que este percibe todas las variaciones emocionales que ocurren en el medio familiar, el niño aprende más por lo que ve y siente que por lo que le dicen; observa constantemente y vive la forma de actuar de sus padres y demás miembros de la familia, las reacciones que toman ante las diferentes situaciones lo hacen que adquiera valores, ideas, patrones de conducta a través del ejemplo diario que recibe de ellos.

El niño que tiene aceptación crece seguro y confiado. El feto recibe todas las reacciones emocionales, para que el feto se sienta aceptado; además de la estimulación del feto y de la aceptación por parte del grupo familiar, la madre debe cuidar su propia salud, con sus controles médicos, buena alimentación y las normas de higiene.

*"Expresa amor a tu hijo, no solo diciéndole te quiero, los besos, abrazos y caricias son también necesarias al igual que la tolerancia y la aceptación de sus diferencias"*

## DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

La declaración de Ginebra, en 1924, fue la primera manifestación de la comunidad en torno a los problemas de la infancia. Esta surgió dada la difícil situación de niños y niñas víctimas de la Primera Guerra Mundial.

El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea general de la Naciones Unidas proclamó la declaración de los derechos del Niño, en la que se consignaron diez principios a favor de la niñez. Igualmente se proclama 1985 como el año internacional de la juventud.

El año internacional del niño fue declarado en 1979. Es entonces cuando la comisión de derechos Humanos de Naciones Unidas prepara un proyecto de convención que se aprobó en 1989. Su ratificación por el estado se hizo a través de la Ley 12 de 1990. Su objetivo primordial es que las naciones reconozcan, promuevan y protejan el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas. Abre nuevos caminos en áreas claves como la adopción, la supervivencia y el desarrollo y la protección de su identidad; presenta garantías contra la explotación sexual, el abandono y el uso de drogas.

Independientemente de la raza, color, sexo, idioma, religión, creencias, origen nacional, social o económico, impedimentos físicos o cualquier otra condición, los niños y las niñas tienen derecho a la totalidad de las prerrogativas y garantías consagradas en la constitución.

## LEGISLACIÓN COLOMBIANA

**Código del menor:** Es un instrumento jurídico propio para defender los derechos de niños y niñas, el cual en estrecha relación con la Convención Internacional, establece los derechos fundamentales y los principios generales, en los que ha de primar la protección de la infancia. Fue expedido en noviembre de 1989, según decreto 2737.

### Derechos de los niños

#### Derechos del desarrollo

- A no ser separados de sus padres.
- A mantener relación y contacto directo con ambos padres cuando estos residen en países diferentes.
- El acceso a información y material que promueva su bienestar social espiritual y moral y su salud física y mental.
- A que ambos padres asuman la responsabilidad de su crianza y desarrollo.
- A la educación primaria gratuita y a facilidades de acceso a la educación secundaria.
- A una educación que desarrolle todas sus potencialidades.
- A tener su propia vida cultural, religión e idioma, APRA los niños que pertenezcan a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas.
- A descansar, jugar y tener acceso a la cultura.

#### Derechos de supervivencia

- A la vida y a la supervivencia.
- Al mas alto nivel de salud y nutrición.
- Un examen periódico si el niño se encuentra en establecimientos de protección.
- A un nivel de vida adecuada para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
- A la seguridad social.

#### Derechos de protección

- A no ser discriminado
- A que el interés del niño sea lo primero en todas las medidas concernientes a ellos.
- A que no se hagan efectivos todos los derechos reconocidos en la convención.
- A ejercer los derechos reconocidos en la convención.
- A un nombre, una nacionalidad, el registro y a conocer a sus padres.
- A preservar su identidad, nacionalidad, nombre y relaciones familiares.
- A permanecer en su país.
- A que se le respete su vida privada.
- A protección contra abuso físico, mental o sexual, descuido o trato negligente, maltrato o explotación.
- A protección cuando el niño es privado de su medio laboral.
- A que en caso de adopción, el interés superior del niño sea la consideración primordial
- A obtener el estatuto de refugiado.
- A que el niño mental o físicamente impedido disfrute de una vida plena.
- A ser protegidos contra la explotación económica y trabajos peligrosos.
- A protección contra el uso ilícito de drogas.
- A protección contra toda forma de explotación y abuso sexual
- A protección contra el secuestro, la trata o venta de niños.
- A protección contra toda forma de explotación.
- A no ser sometido a torturas, pena capital, prisión perpetua y a no ser privado de su libertad ilegalmente.
- A recibir protección cuando ha sido victima de conflictos armados
- A recuperación física y psicológica cuando ha sido victima de abandono, explotación o abusos.
- A recibir tratamiento y garantías especiales si ha infringido la ley.
- A la aplicación de disposiciones nacionales e internacionales mas favorables a las de la convención.

### Derechos de Participación

- A expresar su opinión en los asuntos que lo afectan y a que se le tenga en cuenta.
- A la libertad de expresión y a buscar, recibir y difundir información.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- A la libertad de asociación y a celebrar reuniones pacíficas.

## TALLER N° 15

### OBJETIVO

Clarificar la posición personal en torno a algunas creencias o mitos sobre el afecto.

### PROCEDIMIENTO

Divida el grupo en varios subgrupos, indicándoles que cada uno recibirá una guía en la cual encontrarán algunos mitos con relación a la expresión de afecto. Cada integrante dará su opinión respecto a cada uno de ellos y en grupo definirán su posición frente a los mismos.

En plenaria se analizan las respuestas del grupo sobre cada una de las afirmaciones y el facilitador debe estar atento a hacer el refuerzo teórico que sea necesario.

### DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD

30 minutos

## MITOS O CREENCIAS CON RELACIÓN AL AFECTO (TALLER N° 15)

1. Brindar afecto y ternura al niño es negativo porque se criará un ser débil y blando	Falso__ verdadero__
2. Brindar afecto es dejar que el niño haga lo que quiera y todo se le tolera aún las conductas inadecuadas e incorrectas	Falso__ verdadero__
3. El bebé no entiende, ni siente porque es muy pequeño	Falso__ verdadero__
4. El niño necesita afecto únicamente en los primeros meses y después él se defiende solo	Falso__ verdadero__
5. A las niñas se les puede hacer más demostraciones de afecto, tales como: caricias, besos y abrazos, mientras que los niños deben ser tratados más fríamente	Falso__ verdadero__
6. Castigar un hijo es perjudicial para el niño.	Falso__ verdadero__
7. El castigo no debe tener correspondencia con la falta cometida	Falso__ verdadero__

### RESPUESTAS

1. Falso: Porque el afecto fortalece y posibilita el equilibrio de la personalidad del niño.
2. Falso: Porque dar afecto no es ser complaciente en exceso o sobre protector; no se trata de alcahueterías sino estimular su sano desarrollo, promoviendo el respeto a sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.
3. Falso: Porque el bebé se da cuenta afectivamente de muchas palabras y acciones de los mayores. Aún siendo pequeño e incapaz de verbalizar sus emociones, percibe la manera como es tratado y de alguna manera se manifiesta frente a esto.
4. Falso: La necesidad de afecto va creciendo en la medida en que él se vincula al mundo que lo rodea y su actividad aumenta en calidad y cantidad. Necesita que lo atiendan, dialoguen le aprueben sus esfuerzos, le toleren sus expresiones naturales, lo acaricien, le hagan sentir que es deseado y bienvenido a este mundo y que sus errores o faltas son tolerados y comprendidos.
5. Falso: Las expresiones de amor a través de palabras y el contacto físico, son tan necesarios tanto en niños como en niñas, dependiendo de las preferencias o la necesidad expresada por cada uno.



6. Falso: Esto no es estrictamente cierto porque dar afecto es premiar, reprender y corregir, pero esa represión debe ser adecuada y justa. Aprende según la ocasión, a ser firme cuando sea necesario y suave cuando se justifique.
7. Falso: El castigo debe ser proporcional tanto en intensidad como en duración con relación a la falta cometida. Castigar no significa violentar los derechos del niño mediante golpes, manipularlos psicológicamente, expresiones verbales inadecuadas. El castigo debe darse a través de la supresión de privilegios, tales como: compartir con amiguitos, ver televisión, salir al parque. Este no debe tener correspondencia a la falta.

## GUÍA DE ESTUDIO N° 11

### LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ DE 0-12 AÑOS

La salud mental del niño inicia desde la concepción dando las bases de su personalidad antes del nacimiento siendo esencial para su vida futura, el niño debe recibir cuidado, afecto y estimulación para su sano desarrollo.

#### LOGROS

El estudiante comprenderá la importancia de realizar programas para la prevención de la privación psicoafectiva en la niñez a fin de fomentar un estilo de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

#### COMPETENCIAS A DESARROLLAR

1. Interpretativa: Describe estrategias para el fomento de la salud mental en la niñez de 0 a 12 años
2. Argumentativa: Desarrolla un criterio personal para la realización de talleres con los niños de 0 a 12 años
3. Propositiva: Formula talleres para el fomento de la salud mental en la niñez de 0 a 12 años
4. Axiológica: Comparte con el grupo de compañeros sus experiencias en el trabajo con niños(as) de 0 a 12 años

#### INSTRUCTIVO

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de su infancia (0 - 12 años) ( se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### DESARROLLO

1. Consulte diferentes estudios que aborden la importancia del fomento de la salud mental y el vínculo afectivo en la niñez (0 -12 años).
2. Consulte en que consiste la privación psicoafectiva.
3. Reseñe la importancia del desarrollo psicológico del niño (a) de 0 a 12 años
4. Bosqueje la importancia de la familia en el desarrollo de la salud mental del niño de 0 a 12 años.
5. Consulte a que hace referencia los derechos de la niñez.
6. Elabore un pequeño plan de actividades de enfermería que favorezca de promoción de la salud mental en niños de 0 a 12 años.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ABAD, Miguel. Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relación entre la convivencia ciudadana y la nueva condición juvenil en Colombia. Santiago de Chile, CIDPA, 2003.
- BASU, Kaushik y TZANNATOS Zafiris "The Global Child Labor Problem: What Do We Know and What Can We Do?", CAE Working Paper #03-06. 2003
- CIFUENTES, E., Informe Sobre los Derechos Humanos de la Niñez en Colombia durante el año 2001, Bogotá: Defensoría del Pueblo. 2001
- CINDE - Programa Presidencial Colombia Joven - Universidad de Manizales - GTZ - UNICEF. Construcción de Políticas de Juventud. Bogotá, 2004.
- GUTREIMAN Ana M. LORENZETTI Silvana, BORGESI Gabriela. "Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar" 3 Congreso de atención primaria de la salud, ciudad de Buenos Aires 2005.
- MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997. Bogotá. 1999.
- ONU. Organización De Naciones Unidas, Derechos humanos 1993.



- ONU. Los Derechos Del Niño, Convención aprobada por unanimidad en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. (www.uniceflac.org)
- RAMÍREZ, H. Situación en salud del niño colombiano y latinoamericano. En: Correa, J. A. y cols. Fundamentos de pediatría. Tomo I. Publicaciones CIB. Medellín. 1994.
- ROJAS, María Cristina: "Modelizaciones en psicoanálisis familiar: aproximación teórico-clínica de la familia de hoy". En Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo XXIII. N° 2. Año 2000.
- SÁNCHEZ Ricardo, impacto del desplazamiento sobre la salud mental, Universitas Humanísticas, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de ciencias sociales. Fundación ITO , enero - junio 1999, n 47, año XXVIII. Santafe de Bogota, D.C. Colombia, p 87- 101.
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997.
- PÉREZ E, BARRÓN C. Crecimiento y desarrollo I,II y III en Palacios J. Gámez J: introducción a la pediatría, 6ta. Ed. Méndez e, 1997 49-98.
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997
- ROBERT DN, crecimiento y desarrollo en Nelson tratado de pediatría, Saunders 17 Ed. 2004, pag 23- 66. FPP/JADM 36



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

---



Registro gráfico archivo personal



## ADOLESCENCIA: UNA TRANSICIÓN HACIA EL DESARROLLO

- La adolescencia es la transición de la niñez a la edad adulta. El comienzo y el fin no están marcados con exactitud en las sociedades occidentales; dura cerca de una década entre los 11 ó 12 años y finales de los 19 o comienzos de los 20. las definiciones legales, sociológicas y psicológicas del inicio de la edad adulta varían. En algunas culturas distintas de las occidentales, la llegada a la "mayoría de edad" está marcada por ritos especiales.
- La adolescencia entraña riesgos para un desarrollo saludable así como oportunidades para el crecimiento físico, cognitivo y psicosocial. Los patrones de comportamiento de riesgo, como el consumo de alcohol, el abuso de drogas, la actividad delictiva y sexual, y el empleo de armas de fuego tienden a ser establecidos muy temprano en la adolescencia. No obstante, 4 de cada 5 personas no experimentan problemas graves.

## DESARROLLO FÍSICO

### CAMBIOS FÍSICOS

**Pubescencia:** Aceleración del ritmo del crecimiento físico, cambios en las proporciones faciales y corporales, maduración de los caracteres sexuales.

**Pubertad:** Es el período culminante de la curva del ritmo del crecimiento, se manifiesta la madurez sexual, en las niñas por el flujo menstrual y en los varones por eyaculación, polución nocturna.

**Adolescencia:** Cambios psicológicos y sociales que se manifiestan en la personalidad del adolescente.

**La Pubertad:** Fin de la niñez

- La pubertad se origina en cambios hormonales que pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento. La pubertad dura aproximadamente cuatro años, y por lo general se presenta más temprano en las niñas que en los niños, y termina cuando la persona puede reproducirse.
- Durante la pubertad, niños y niñas experimentan el crecimiento adolescente repentino. Hace casi cien años comenzó la tendencia secular al lograr la estura y la madurez sexual del adulto debido quizás al mejoramiento de los estándares de vida.
- **Las características sexuales primarias** (los órganos reproductores) **crecen y maduran** durante la pubertad, en las mujeres los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina, en los hombres, los testículos, el pene, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática. Así mismo, aparecen las características sexuales secundarias.
- **Las características sexuales secundarias** son señales fisiológicas de madurez sexual que no involucran directamente los órganos sexuales. En la mujer: crecimiento de los senos, coloramiento de la aureola, en los hombres los hombros anchos, cambio de la voz, la textura de la piel, el desarrollo muscular, el crecimiento del vello corporal, axilar, facial y público.
- Son señales principales de madurez sexual la producción de semen (en varones) y la menstruación (en mujeres). La espermarca, primera eyaculación de un joven, se presenta en promedio entre los 12 y los 13 años.
- Los adolescentes en especial las jóvenes, tienden a ser sensibles a su apariencia física. Las jóvenes que maduran temprano tienden a adaptarse con menor facilidad que los jóvenes que maduran temprano.

NIVELES	ETAPA DE RAZONAMIENTO
<p><b>Nivel 1: Moral Preconvencional</b> (Entre 4 y 10 años de edad) El énfasis en este nivel está en el control externo. Las normas son las que imponen los demás y se cumplen para evitar el castigo, para alcanzar recompensas o por egoísmo</p>	<p><b>Etapa 1. Orientación hacia el castigo y la obediencia</b> ¿Qué me ocurrirá? Los niños obedecen las reglas de los demás para evitar el castigo. Desconocen los motivos de un acto y se centran en su forma física( como el tamaño de una mentira) o sus consecuencias (la cantidad de daño físicos)</p> <p><b>Etapa 2. Propósito instrumental e intercambio.</b> "Tu rascas mi espalda y yo rascare la tuya". Los niños se adaptan a reglas por egoísmo y en consideración a lo que los demás pueden hacer por ellos a su vez. Miran un acto en términos de las necesidades humanas que satisface y diferencian este valor de la forma física y de las consecuencias del acto.</p>



<p><b>Nivel 2: Moral Convencional</b> (10 a 13 años de edad o más)</p> <p>En esta etapa los niños desean agradar a otras personas. Aún observan las reglas de los demás, pero las han interiorizado de algún modo. Desean que los consideren "buenos" aquellas personas cuyas opiniones son importantes para ellos. Son capaces de asumir suficientemente bien los papeles de las figuras de autoridad para decidir si una acción es buena con base en sus propias normas.</p>	<p><b>Etapa 3. Mantenimiento de relaciones mutuas, aprobación de los demás. La regla dorada.</b> ¿Soy un buen chico o una buena chica?. Los niños desean agradar y ayudara los demás, pueden juzgar las intenciones de los demás y desarrollar sus propias ideas sobre qué tan bien se comporta una persona. Evalúan un acto según el motivo que se esconde detrás de éste o el desempeño de la persona y tienen en cuenta las circunstancias.</p> <p><b>Etapa 4: preocupación y conciencia social.</b> ¿Que ocurriría si todos hicieran eso? Las personas están preocupadas por cumplir sus deberes, mostrando respeto por las máximas autoridades y manteniendo el orden social. Consideran equivocado violar una regla y dañar a los demás, a menos que haya motivo o así lo exijan las circunstancias.</p>
<p><b>Nivel 3: Moral Posconvencional</b> (Adolescencia temprana, en la edad adulta temprana o nunca)</p> <p>Este nivel marca el logro de la verdadera moral. Por primera vez la persona conoce la posibilidad de que exista conflicto entre dos normas aceptadas socialmente o intente decidir entre ellas. El control de la conducta rd interno en este momento, tanto en las normas observadas y en el razonamiento acerca del bien y el mal. Las etapas 5 y 6 pueden ser expresiones alternativas de los más altos niveles de razonamiento moral.</p>	<p><b>Etapa 5: Moral de contrato de derechos individuales y de leyes aceptadas democráticamente.</b> Las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Generalmente creen que estos valores están mejor apoyados si se ciñen a la ley. Aunque reconocen que hay momentos en que se presentan conflictos entre la necesidad humana y la ley, creen que obedecerla es mejor para la sociedad a largo plazo.</p> <p><b>Etapa 6. Moral de principios éticos universales.</b> Las personas llevan a cabo lo que creen correcto como individuos, sin tener en cuenta las restricciones legales ni las opiniones de los demás. Actúan de acuerdo con las normas interiorizadas, sabiendo que se condenarían a si mismos si no actuaran así.</p>

## SALUD FÍSICA

- Para la mayoría, los años adolescentes son relativamente saludables. Los problemas de salud son producto de la pobreza o un estilo de vida que implique peligros. Es probable que los adolescentes tengan menos asistencia médica regular que los niños más jóvenes.
- La mayoría de los estudiantes de secundaria, en especial las mujeres, no se comprometen en actividades físicas vigorosas regulares.
- Muchos adolescentes no duermen tiempo suficiente porque el horario de la escuela secundaria no está sincronizado con su sistema de ritmo circadiano.
- En la adolescencia se presentan tres trastornos alimentarios: la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que pueden producir efectos a largo plazo. Las dos últimas afectan más a las jóvenes. Las consecuencias de la bulimia tienden a ser menos severa que la de la anorexia.
- El abuso de fármacos, que pueden conducir a la fármaco dependencia, es menos común en los adolescentes de hoy que en los de las última década, a pesar del auge del consumo de drogas en la mayor parte de los años noventa. El consumo de drogas empieza con frecuencia cuando los jóvenes están en la mitad de la escuela secundaria, la marihuana, el alcohol y el tabaco, denominadas drogas de entrada, son las populares entre los adolescentes. Todas implican riesgos graves.
- Las tres causas principales de muerte entre los adolescentes son los accidentes, el homicidio y el suicidio. El porte libre de armas es un factor importante en los homicidios y suicidios.

## DESARROLLO COGNITIVO

Aspecto de la madurez cognitiva

- Las personas que se hallan en las etapas de las operaciones formales propuesta por Piaget pueden emplear el razonamiento hipotético-deductivo, pensar en términos de posibilidades, tratar de manera flexible los problemas y probar hipótesis. Puesto que la experiencia es un componente importante para llegar a esta etapa, no todas las personas son capaces de realizar operaciones formales. El desarrollo incompleto del cerebro de los adolescentes quizás permitan liberar emociones que interfieren en el pensamiento racional.
- Las etapas de la operaciones formales propuestas por Piaget no tienen en cuenta desarrollo como la acumulación de conocimiento de dominio específico y experiencia, incremento en la capacidad de procesamiento de la información y aumento de la metacognición. Piaget también presto poca atención a las diferencias individuales, variaciones entre tareas y el papel de la situación al influenciar al pensamiento.

- Según Elkind, los patrones de pensamiento inmaduro característicos de los adolescentes incluyen búsquedas de falta en las figuras de autoridad, tendencia a discutir, inducción, hipocresía evidente, conciencia de sí mismo (a la que denomina audiencia imaginaria) y suposición de ser únicos e invulnerables (a lo que llama fábula personal). Sin embargo, la investigación ha puesto en duda el predominio especial de los dos últimos patrones durante la adolescencia.

### **JUICIOS MORALES**

- Según Kohlberg, el razonamiento moral se origina en el sentido de justicia y ocurre en tres niveles principales: moral preconventional, moral convencional (o de conformidad con el papel convencional) y moral posconvencional (o de principios morales autónomos).
- La teoría de Kohlberg ha experimentado varias críticas incluida la de que desconoce la influencia de los padres. También se ha cuestionado la aplicabilidad del sistema de Kohlberg a las mujeres adultas, las jóvenes y las personas de culturas no occidentales.

Las seis etapas del razonamiento moral de Kohlberg son:

### **ASPECTOS EDUCATIVOS Y PROFESIONALES**

- La motivación académica, los estilos de crianza, los factores étnicos, el estatus socioeconómico y la calidad de instrucción influyen en los logros educativos. Las creencias de la auto eficacia así como las actitudes de los pares pueden influir en la motivación para conseguirlos. Las familias pobres cuyos hijos tienen buen desempeño escolar tienden a tener mayor capital social que las familias pobre cuyos hijos no se desempeñan bien.
- Aunque la mayoría de los estadounidenses culminan la escuela secundaria, las tasa de deserción es bastante elevada entre estudiantes pobres, hispanos y afroamericanos, a como entre quienes no viven con ambos padres. El compromiso con el estudio es un factor importante para mantener a los adolescentes en la escuela.

### **LA PLANEACIÓN PROFESIONAL Y EDUCATIVA**

- Varios factores influyen en las aspiraciones profesionales y educativas, incluidos el estímulo de los padres y los estereotipos de género. Cerca de 33% de los estudiantes que culminan la secundaria no entran de inmediato a la universidad.
- El trabajo externo parece tener efectos positivos y negativos en el desarrollo social, educativo y ocupacional.

### **BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD**

- una de las preocupaciones principales durante a adolescencia es la búsqueda de la identidad, que tienen componentes ocupacionales, sexuales y de valores. Eric Erikson describió la crisis psicosocial de la adolescencia como el conflicto de identidad frente a la confusión. La "virtud" que debe seguir de esta crisis es la fidelidad.
- James Marcia, apoyo en la teoría de Erikson, describió cuatro estados de identidad que combinan de manera diferente crisis y compromiso: logro de identidad (crisis que conduce al compromiso), aceptación sin raciocinio (compromiso sin crisis), moratorias (crisis y no compromiso) y difusión de identidad (ni compromiso ni crisis).
- Los investigadores difieren en si las mujeres y los varones siguen caminos diferentes para construir la identidad. Algunas investigaciones señalan que la autoestima de las mujeres tiende a decaer en la adolescencia, aunque las últimas investigaciones no apoyan esos resultados.
- Los factores étnicos son una parte importante de la identidad, en especial entre los adolescentes de las minorías.
- Según David Elkind, el desarrollo de una identidad estable y saludable se logra mediante un lento proceso de diferenciación e integración. En vez de esta, en la actualidad muchos jóvenes desarrollan un yo fragmentado muy vulnerable al estrés y las influencias externas.

### **SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

- La orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual) parece influenciada por una interacción de factores biológicos y ambientales y, por lo menos parcialmente, genéticos.

### **EL ADOLESCENTE EXPERIMENTA:**

- Sensaciones Sexuales y Sentimientos Románticos.

- Intensidad del Impulso Sexual.
- Impulso Sexual estimulado y desencadenado a través de los Sentidos y de la Fantasía.
- Angustias por la aparición de acné, grasa, vello y otros.
- Narcisismo en la Adolescencia Temprana.
- Relaciones Heterosexuales auténtica.

### **ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SEXUAL**

- Las actitudes y los comportamientos sexuales son más liberados que en el pasado. Existe más aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales y la homosexualidad, y ha disminuido la doble moral.
- La actividad sexual en la adolescencia implica riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes que corren mayores riesgos son aquellos que comienzan temprano la actividad sexual, tienen varios compañeros y no usan anticonceptivos y están mal informados acerca del sexo.

### **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)**

- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han sido muy comunes desde los años 1960. Las tasas más elevadas de los países industrializados las tienen los Estados Unidos. De cada tres casos, uno ocurre entre adolescentes. Es probable que en las mujeres estas enfermedades se desarrollen sin detectarse más que en los hombres, así como en los adolescentes comparados con los adultos.
- Durante los años de 1990 el embarazo en la adolescencia y las tasas de mortalidad han disminuido en los Estados Unidos. Muchos de los nacimientos ocurren entre madres solteras. Con frecuencia, el embarazo y el parto en la adolescencia tienen consecuencias negativas en la salud. Las madres adolescentes y sus familiares tienden a experimentar dificultades económicas, y a menudo la crianza de los hijos no es adecuada.
- Según la encuesta nacional de demografía El 21% de las adolescentes colombianas entre 15 y 19 años hoy están embarazadas, lo estuvieron en algún momento o ya son madres. De igual modo, 54 de cada 100 niños que nacen en Colombia no eran esperados en ese momento por sus madres o eran francamente indeseados.

### **RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS PARES Y LA SOCIEDAD ADULTA**

- Aunque las relaciones entre los adolescentes y sus padres no siempre son tranquilas, la rebeldía adolescente no parece ser usual, y con frecuencia los padres y sus hijos adolescentes comparten los mismos valores.
- Los adolescentes pasan una gran cantidad creciente de tiempo con sus pares, aunque mantienen relaciones estrechas con los padres quienes influyen en ellos.
- Los conflictos con los padres tienden a ser más frecuentes en la adolescencia temprana y se intensifican en la adolescencia tardía. La crianza democrática se asocia con resultados positivos.
- El efecto que el empleo de las madres tiene en el desarrollo de los adolescentes depende de factores como calidez de las madres y satisfacción con el papel materno, estrés en el hogar y el trabajo, y de si el empleo es de tiempo parcial o completo. Los efectos del divorcio y de la crianza con un solo padre puede ser menos severo de lo que se ha creído y quizás dependan de las circunstancias individuales. El estrés económico afecta tanto a las familias monoparentales como a las biparentales.
- Las relaciones con los hermanos deben ser más igualitarias y distintas durante la adolescencia.
- El grupo de pares puede influir negativa o positivamente. Los jóvenes rechazados por los pares tienden a tener mayores problemas de adaptación.
- Las amistades, en especial entre mujeres, son más íntimas y de más apoyo durante a la adolescencia.

### **COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL Y LA DELINCUENCIA JUVENIL**

- La mayoría de los delincuentes juveniles crece cumpliendo la ley. La delincuencia crónica se asocia a múltiples factores de riesgo que interactúan, incluidos la crianza inadecuada, la deserción escolar, la influencia de los pares y la baja condición socioeconómica. Los problemas que atacan esos factores a temprana edad han tenido éxito.

### **¿EXISTE EL ADOLESCENTE UNIVERSAL?**

- La investigación transcultural ha encontrado rasgos comunes sorprendentes en la autoimagen, las actitudes y la capacidad para enfrentar dificultades de los adolescentes. En las áreas culturales y psicológicas, las semejanzas son menos. En todas las culturas existe la diferencia de edad y de género.





## GUÍA DE ESTUDIO Nº 12

### DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia temprana el crecimiento corporal rápido y la aparición de impulsos sexuales pueden ser inquietantes. La lucha por desarrollar un sentimiento de suficiencia y auto confianza, con frecuencia ocasiona tensión o incomodidad. La relación con los miembros de la familia proporciona un modelo para resolver las que se llevan a cabo con las figuras de autoridades. El adolescente debe aceptar más responsabilidad y mostrar más independencia y madurez. Las características de la personalidad que surgen durante esta etapa constituyen la imagen mental que tiene de si mismo.

#### Logros

Se capacitará a los estudiantes para que identifique la etapa de la adolescencia según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

#### COMPETENCIAS A DESARROLLAR

1. Interpretativa
  - Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del adolescente
2. Argumentativa
  - Explica los diferentes cambios fisiológicos e impacto psicológico que se presenta en los adolescentes
  - Plantea explicaciones acerca del desarrollo de la moralidad y búsqueda de la identidad en esta etapa.
3. Propositiva
  - Plantea posiciones personales acerca del desarrollo de la personalidad, identidad sexual y comportamiento antisocial en la adolescencia.
4. Axiológica
  - Establece diálogos y participa con ideas claras y con fundamento científico acerca de esta etapa evolutiva.

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de la adolescencia (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la adolescencia
2. Consulte acerca del desarrollo moral y búsqueda de identidad del adolescente
3. Reseñe cuales son los problemas mas frecuentes en la adolescencia y las causas del comportamiento antisocial.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- BERK, L.E. Desarrollo del niño y del adolescente. Madrid, Prentice Hall Iberica. 4ª ed. \*159.922 BER .1999
- COLES Robert, La Inteligencia Moral de los Niños: Cómo Criar a un Niño Moral Nueva York: Penguin Putnam, 1998, el pp. 177-178.
- CORRAL, A. GUTIERREZ, F. Y HERRANZ, M.P. Psicología evolutiva, vol I. Madrid, UNED, \*159/92. 1997
- Durán, E. Niños y jóvenes en la Colombia de hoy. Bogotá. PRIAC. 1995
- ELKIND, D. The Power of Play: How Spontaneous, Imaginative Activities Lead to Happier and Healthier Children Boletin electronico CAMP American Association. 2000. <http://www.campparents.org/giftcamp.php>.
- ELKIND, D., "La educación en el siglo 21: hacia la renovación del pensamiento", Nueva Nueva York: Teachers College, Columbia University del 10-11 de febrero de 1994.
- ERIKSON Erik, "Identidad, Juventud y Crisis, Buenos Aires, Editorial Paidos. Buenos Aires, 1968
- ERIKSON Erik, Infancia y Sociedad, Buenos Aires, Editorial Paidos. 1950
- ERIKSON, E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós, 2ª edición. 1974.
- FERNÁNDEZ, Carlos Fernando Encuesta Nacional de Demografía y Salud, titulo del articulo País de madres adolescentes Periódico EL TIEMPO, ciudad de Bogota edición del día martes 22 de noviembre del 2005, Pg. 1-2 Primer plano.4 columnas.
- FREUD, S.: (1915) Lo Inconsciente. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- FREUD, S.: (1916-7) Lecciones Introdutorias al Psicoanálisis. Amorrortu, Bs. Aires, 1987.
- FREUD, S.: (1923) El Yo y el Ello. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

- FREUD, S.: (1921) Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- GARCIA MADRUGA, J.A. Y Pardo De León. P. Psicología evolutiva, vol II. Madrid, UNED. \*159/92. 1997
- GOLDSON E. Desarrollo y comportamiento del niño en, diagnóstico y tratamiento pediátricos. Hay W y cols. Edición XII. Manual moderno; 2002, pag 63-93.
- KOLHBERG, L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Biblioteca de Psicología. 1992.
- KOLHBERG, L.; POWER, F.C. Y HIGGINS, A. La educación moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa. 1997
- LEVI, G. Historia de los jóvenes. Capítulo. 9, pp. 419-453. Madrid: Taurus. 1996
- MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997. Bogotá. 1999.
- MORENO, A. y DEL BARRIO, C. La experiencia adolescente: A la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique. 2000
- PALACIOS, J., MARCHESI, A. T COLL, C. Desarrollo psicológico y educación. Madrid, Alianza. \*14/405-1/3.- vol 1. 1999
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Iberoamerica. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997.
- RADELL P.L. y GOTTLIEB G., "Interferencia Intersensorial del desarrollo, en Developmental Psychology, 28 1992, el pp. 794 803.
- SILVESTRE, M. y SOLE, M.R. Psicología evolutiva. Infancia y preadolescencia. Barcelona, CEAC. \*14/353.1993



# SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

---



Registro gráfico archivo personal



# GENERALIDADES

La adolescencia representa un continuo desarrollo entre la Infancia y la Edad Adulta.

Todos los Adolescentes deben resolver en algún momento situaciones relacionadas con:

- La Propia Imagen, la Identidad y deseo de Autoestima.
- La Aceptación del cambio en sí mismos.
- La Lucha para lograr independencia.
- La Relación con los individuos de su edad.
- La relación con el sexo opuesto.
- Sus logros intelectuales y profesionales.
- La Capacidad para controlar los estados de presión y deseos de acción.

El Adolescente está en constante búsqueda de sí mismo, de saber que es, trata de competir con grupos de su edad, tiene una gran necesidad interna de fantasear y de poner todas las cosas en el plano intelectual.

No debemos olvidar que el Adolescente debe ser capaz de alternar sus actividades con distracciones y recreaciones diversas.

Si se establece una relación positiva entre el adolescente y sus padres, los maestros y otros adultos, éste puede recibir confianza y promover una imagen positiva de sí mismo y lograr una sana identidad.

## LA AUTOESTIMA

Toda persona tiene una opinión sobre sí misma, que constituye el auto concepto o ideas referentes al valor personal. En situaciones normales, el hombre es consciente de sus características tanto positivas como negativas y comienza a apreciarse o despreciarse a sí mismo. Este sentimiento que acompaña al auto concepto, se denomina autoestima.

La autoestima de un individuo nace del concepto que se forma a partir de los comentarios (comunicación verbal) y actitudes (comunicación no verbal) de las demás personas hacia él, al igual que de la forma como el individuo perciba dichos niveles de comunicaciones. Si una niña, por ejemplo, escucha de su madre comentarios como: "Ella no es bonita pero sí es simpática" o "No se puede comparar con la hermana, ya que la última tiene una cara linda". Si la niña se va mirar en el espejo y escucha que sus hermanas mayores le dicen "Usted no tiene arreglo", y se acerca a su padre y le pregunta: "¿yo soy bonita?, y él responde verbalmente "SI" y le envía simultáneamente mensajes no verbales incongruentes, etc., es probable que la niña adquiera un auto concepto sobre su belleza no favorable, diciéndose así misma: "Yo soy fea". Ella puede sentirse mal, inadecuada y triste con este concepto, lo que significa que sobre su belleza tiene un bajo nivel de autoestima.

Algunas veces el auto concepto que tenemos de nosotros mismos depende más de nuestra interpretación de la vida que de la realidad. Por ejemplo, algunas personas no creen que son inteligentes, cuando en realidad solucionan bien sus problemas y son buenos profesionales. En este caso se dice que el individuo tiene un auto concepto errado. También es errado el auto concepto de una persona que se asigna una cualidad, cuando tampoco coincide con la realidad. Maria elige, por ejemplo, Ingeniería Mecánica como presesión porque siente que es maravillosa para las matemáticas, pero resulta que fracasa en sus estudios por falta de habilidad para dicha área. Sin duda posee un auto concepto errada sobre sus habilidades.

Stanly Coopersmith, filósofo y psicólogo, citado por Frank Goble ( 1977), define la autoestima como una "auto evaluación que por lo común el individuo mantiene; la autoestima expresa una actitud de aprobación o reprobación e indica el grado ñeque aquel se cree capaz, significativo, afortunado y digno". Este autor realizó una investigación durante seis años con niños entre 10 y 12 años de edad, encontrando que los niños con una elevada autoestima son más independientes,

creativos, confiados en el juicio e ideas personales, valerosos, socialmente autónomos, psicológicamente estables, ansiosos y eficientes en sus actividades cotidianas.

A los niños con baja autoestima les falta confianza en sí mismos, son renuentes a expresarse en grupos, especialmente, si sus ideas son nuevas o creativas, se centran más en sus problemas logrando menos relaciones interpersonales afortunadas. Se sienten incapaces, faltos de valor, ansiosos, temen ser rechazados y constantemente viven acosados por las dudas acerca de su capacidad.

Virginia Satir en su libro "Relaciones humanas en el núcleo familiar" firma que en las personas con una alta autovaloración confluyen la integridad, la honestidad, responsabilidad, amor y compasión. Anota que los individuos con una alta autoestima sienten que son importantes, que el mundo es un lugar mejor porque ellos están allí, tienen fe en su propia competencia y decisiones, irradian confianza y esperanza y se aceptan totalmente como seres humanos. Cuando estas personas tienen momentos difíciles y enfrentan problemas, toman estas situaciones, y los sentimientos que las acompañan, como algo pasajero, como una crisis momentánea de la que saldrán adelante. Los individuos con baja autoestima, según esta autora, piensan que valen poco, esperan ser engañados, pisoteados, menospreciados por los demás y como se anticipan a lo peor, generalmente eso peor les llega. Como defensa, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en un terrible estado de soledad, temor y aislamiento; se vuelven apáticos, indiferentes consigo mismos y con las personas que los rodean; los rodean; les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad y por consiguiente, tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros.

Cuando viven momentos difíciles y enfrentan problemas, se sienten desesperados y pueden recurrir a las drogas, alcohol, suicidio o asesinato. Cuando tienen éxitos no los disfrutan porque siguen sintiendo una duda constante respecto a su propio valor. Básicamente sentir una baja autoestima significa experimentar sentimientos indeseables hacia sí mismo.

Nadie llega al mundo con un sentido de valor propio, esto se aprende en el núcleo familiar. El niño cuando nace no tiene una experiencia de comportamiento y carece de una escala de valoración con la cual compararse. Esto lo aprende de la experiencia que adquiere con las personas que lo rodean y de los mensajes que ellos le comunican respecto a su valor como persona. Durante los primeros años el niño aprende la autovaloración en la familia. Posteriormente intervienen otras influencias, pero éstas tienden a reforzar los sentimientos de valor o falta de él, que se hayan adquiridos en el hogar.

Cada palabra, expresión facial, gesto o acción por parte de los padres, profesores y adultos transmite mensajes al niño en cuanto a su valor, aunque la mayoría de las veces la gente que rodea al niño, no se percata ni de los mensajes que envía ni de los efectos que éstos tienen sobre el niño.

Cooper Smith encontró que los niños con un alto grado de autoestima tienen por lo común, el mismo nivel de autoestima que tienen sus padres. Encontró también que los padres promedio de muchachos con un alto nivel de autoestima, son más amantes y atentos con sus hijos que otros padres y, al mismo tiempo, más exigentes y específicos en cuanto a reglas de conducta. Progenitores de tal índole establecen elevadas demandas de ejecución académica para sus hijos y aunque fijan reglas determinadas y límites, se comportan de modo tolerante al respecto.

Los padres con bajo nivel de autoestima, establecen muy poca o débiles reglas fijas, pero sus métodos de control tienden a ser rudos, autocráticos, hostiles y fríos; desapruaban al niño observándolo como un intruso sin méritos y aún como un objeto negativo. No esperan mucho de sus hijos y sus expectativas de índole negativa a menudo se hacen realidad. Estos progenitores, por lo general, son dominantes y su propensión a castigar da por resultado hijos con bajo nivel de autoestima.

Si crecemos sintiéndonos amados y seguros (confiados), son mayores las probabilidades de que poseamos un alto sentido de la autoestima y desarrollemos un verdadero sentido de identidad personal. Aprenderemos a confiar en las reacciones que tenemos hacia el mundo exterior y nuestra imagen será justa. Estos sentimientos positivos sólo pueden florecer en un ambiente donde los padres tengan una alta autoestima, donde se tengan en cuenta las diferencias individuales, se toleren, los errores, la comunicación sea abierta y las reglas flexibles. Satir afirma que el primer paso seguro para

mejorar toda situación familiar, es comenzar por tratar de subir la autoestima de los padres y comenta que el sentido de valor puede cambiarse sin importar la edad. Gran parte del sufrimiento, los problemas y desastres de la vida, hasta las guerras, son el resultado de la baja autoestima de alguien que no puede expresar su estado de ánimo abiertamente. Dado que la autoestima se aprende y proviene de los mensajes que hemos recibido, es importante conocer algo acerca de nuestros sentimientos y de la forma como aprendemos a buscar la estima o reconocimiento de los demás.

Desde el nacimiento, el bebé depende de los demás para sobrevivir, necesita alimento, protección, amor y reconocimiento, que se expresa generalmente mediante el contacto físico (besos, caricias, abrazos o cosquillas) y mediante expresiones verbales (decirle "Te quiero o cantarle). Si los adultos no prestamos la atención debida al niño, este puede enfermar por carencia afectiva.

Cualquier forma de reconocimiento físico, verbal, positivo, negativo, etc., es denominado "caricia". Una caricia es una manera positiva o negativa (pellizco) de comunicar " se que estas ahí"; tal reconocimiento es necesario para la vida, y para sentir que está bien o simplemente que está vivo.

Cuando tenemos la capacidad de reconocer nuestras habilidades y limitaciones, nuestras necesidades y capacidades, nuestros sentimientos ante las diferentes situaciones que se nos presentan en la vida y el papel que en ella jugamos, entonces es cuando se puede decir que nos conocemos. Analicemos los siguientes conceptos:

**AUTOCONOCIMIENTO:** Es la formación de idea de lo que somos, sentimos y esperamos de nosotros mismos.

**AUTOCONCEPTO:** Es nuestro comportamiento diario, se refleja en los actos que realizamos.

**AUTOEVALUACIÓN:** Discriminación entre las cosas que nos agradan o desagradan.

**AUTORESPEO:** Coherencia de nuestra conducta con las necesidades, valores, sentimientos y emociones propias, sin olvidar la integridad de los demás.

**AUTOESTIMA:** Es la forma como nos sentimos con respecto a nosotros mismos y se refleja en todos los aspectos de nuestra vida.

La Autoestima constituye el Amor, la Valoración y el Respeto por uno mismo, incluye la aceptación de errores, limitaciones e imperfecciones sin que se vea disminuido el Afecto o el Aprecio por uno mismo.

### **SI TENGO AUTOESTIMA**

- Reconozco y acepto mis errores y lucho por corregirlos.
- Me acepto a mí mismo como soy.
- Puedo tomar mis propias decisiones.
- Acepto los retos.
- Tengo confianza en mis capacidades y talentos.
- Estoy orgullosos de mis logros.
- Creo en mí mismo y en los demás.
- Me siento amado y aceptado.
- Soy capaz de dar y recibir Amor.
- Soy alegre y Amistoso.
- Cuido mi cuerpo y lo Respeto.
- Establezco Metas y Lucho por Alcanzarlas.

### **SI TENGO UNA BAJA AUTOESTIMA**

- Dependo de los demás.
- Me percibo como incapaz.
- Siento que no valgo nada.

- Me asusta asumir responsabilidades.
- Me dejo presionar fácilmente.
- Con frecuencia estoy malgeniado.
- No me gusta mi cuerpo.
- Me siento rechazado.
- No puedo conseguir lo que quiero.

### COMO PUEDE LA FAMILIA FOMENTAR LA AUTOESTIMA

- Elogiar a los hijos cuando consiguen éxitos.
- Ayudar a los hijos a fijarse Metas alcanzables.
- Asignar responsabilidades.
- Cuando corrija critique el acto y no al ser.
- Muestre interés en lo que el niño hace.
- Ayúdelo a tomar decisiones y respete las mismas.
- Tenga Fe en sus hijos.
- Evite calificativos hirientes, irónicos y sarcásticos.

## TALLER N° 16

### Objetivo:

Analizar con los participantes la influencia que la cultura ejerce en el ser humano al señalar nuestras cualidades y defectos.

**Procedimiento:** Cada alumno tendrá un memo, dónde escribirá su nombre, una cualidad y un defecto. Recoger los memos y se repartirán nuevamente cuidando que a cada persona le corresponda uno distinto y se le dirá que cada persona lea el papel así: Nombre (xxx) del ombligo hacia arriba es \_\_\_\_\_ (cualidad) y del ombligo hacia abajo es \_\_\_\_\_ (defecto).

## GUÍA DE TRABAJO No 1

- Qué dificultades o facilidades tuvieron para escribir las cualidades y- defectos?.
- Por qué nos sentimos cohibidos al reconocer nuestras cualidades.
- Por qué es más fácil reconocer nuestros defectos?
- Qué influencia tiene la cultura en el reconocimiento de cualidades y defectos?
- Por qué se nos enseña el respeto al Ser Humano, la Solidaridad. La Expresión del amor a los demás y nos olvidamos del amor hacia nosotros mismo.

FACTOR DE RIESGO	FACTOR PROTECTIVO
Rechazo a su propio cuerpo	Integración a grupos recreativos, deportivos
Uso inadecuado del tiempo libre.	El abrazo, la caricia. El elogio son expresiones que ayudan a sentirse amado.
Factores Biológicos y Hereditarios	Fortalecer autoestima, reconociendo talentos, cualidades y limitaciones físicas y psíquicas.
Falta de expresiones y demostraciones de cariño.	Conocimiento de la predisposición y efectos del consumo de alcohol y drogas.
Pérdida de Identidad Cultural	Desarrollar habilidad para tomar decisiones y enfrentar presión de grupo.
Curiosidad por aventuras peligrosas.	Promover actividades , concursos, difundir las tradiciones.





Presión de grupo.	Buscar orientación, respetar diferencias, comunicarse con la familia.
Conflicto Familiares.	Estimular la toma de decisiones.

## FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTIVOS

Señale con una línea el Factor de Riesgo que le corresponda al Factor Protectivo.

### TALLER N° 17:

#### CONOCIÉNDOME, ESTE SOY YO

El autoconocimiento es la base del auto concepto y de la auto aceptación. Al conocerme puedo saber cómo soy, con qué fortalezas y debilidades cuento, qué siento, qué pienso, qué necesito, qué creo, y de esta manera puedo definir "quién soy yo" lo cual nos da seguridad, nos hace sentir alguien importante, único y valioso. Cuando no sabemos quiénes somos, andamos a la deriva, buscando respuestas a nuestras necesidades, sentimientos y creencias, pero sin tener una meta cierta, porque no sabemos realmente qué es lo que queremos o necesitamos. A veces es difícil vernos nosotros mismos por diferentes razones. Algunas de ellas podrían ser:

- Tendemos a reconocer en otros, cualidades y defectos, o a criticarlos por ser de determinada manera.
- Nos han enseñado que uno no debe hablar de uno mismo, y mucho menos, si es para hablar bien: "tienes que ser modesto".
- La gente que nos rodea nos recalca más lo negativo que lo positivo.
- Son pocas las oportunidades que tenemos para hablar de nosotros mismos.

Al conocernos a nosotros mismos comenzamos a sentir seguridad y orgullo por las cosas positivas que tenemos y a sentirnos capaces de lograr nuestras metas pues contamos con una serie de habilidades, aptitudes, valores y conocimientos y a sentir la necesidad de cambiar y mejorar aquellas limitaciones para ser cada vez mejores. Saber quiénes somos y cómo somos nos permite crecer cada día más.

### TALLER N° 18:

#### ME ACEPTO

El auto concepto es el conjunto de creencias que una persona tiene acerca de lo que ella es. El concepto que cada uno tiene de sí mismo se va formando a lo largo de la vida a partir de:

- La manera en que la persona se percibe a sí misma, física, mental, emocional y socialmente.
- La manera en que la persona es percibida por los demás y cómo él o ella responde a esos juicios.
- La manera como desearía ser y en qué desearía convertirse.

El auto concepto es la base de la auto aceptación. Es importante no identificarnos con un auto concepto que sea limitante y produzca malestar o sea negativo. El auto concepto es algo que se va formando, es decir, es aprendido a partir de las experiencias del pasado, por tanto, también es susceptible de ser modificado o cambiado a través de:

- Ponerse metas
- Hacer compromisos con uno mismo

- Modificar actitudes y actividades
- Controlar y manejar conductas negativas; por ejemplo, la agresividad, la timidez, la impaciencia, etc.
- Rodearse de personas que brinden confianza, afecto, respeto y aceptación.

## RESUMEN

Un proceso grupal generalmente nos aporta nuevos puntos de vista para lograr cambios en diferentes áreas de la vida. Con la serie de talleres anteriores se pretendió promover la expresión de experiencias, valores, creencias, sentimientos y deseos importantes para poder establecer posibles alternativas de solución, diferentes para cada uno. Algunos podrán tener la oportunidad de ensayar en su vivencia diaria estas opciones, y en esa medida podrán reconocer qué tan efectivas son para lograr vivir en armonía. El cambio requiere un tiempo mucho más largo del esperado, dado que no todos, en los diferentes contextos, estamos preparados para responder a alguien que está en capacidad de respetarse y respetar a los demás, comunicarse afectivamente, resolver conflictos, planear y decidir su vida.

A pesar de todos los obstáculos que se puedan encontrar, vale la pena continuar esforzándonos por poner en práctica estas nuevas habilidades, para que hagamos realidad el sueño de un país en armonía.

Cada estudiante debe escribir en forma individual, tres compromisos consigo mismo, en términos concretos y realistas, para aplicar lo aprendido a lo largo del proceso de formación.

## DIAGNÓSTICO DE LA AUTOESTIMA

### ESCALA DE AUTOESTIMA

**Orden:** Lea con atención las instrucciones y responda el siguiente cuestionario.

### INSTRUCCIONES

No hay respuestas correctas e incorrectas

No existe tiempo limitado para contestar ésta escala, pero es conveniente que no utilice mucho tiempo reflexionando sobre la misma pregunta.

No marque más de una opción para cada pregunta y no debes dejar sin contestar ninguna pregunta, ya que en ambos casos quedará sin validez su prueba.

Lea cada una de las siguientes frases e indica la respuesta que se apega más a usted, marcando con una "X" en la letra que corresponda utilizando la siguiente escala de valores.

### ESCALA DE AUTOESTIMA

Escala de valores	A	B	C	D	E
1. Siento que tengo éxito en mis estudios.					
2. Me siento satisfecho con mi desempeño escolar actual					
3. Considero que soy una persona que asume riesgos					
4. Siento que es importante continuar mi educación					
5. Busco conscientemente lo bueno en los demás					
6. Puedo hacer casi todo lo que me propongo.					
7. Me siento cómodo (a) en situaciones sociales nuevas.					
8. Reconozco y agradezco los cumplidos de los demás					

9. Me siento cómodo (a) al hablar ante otras personas					
10. Disfruto contándoles a los demás mis éxitos.					
11. Soy una persona optimista					
12. Soy una persona orientada a las metas.					
13. Me siento cómodo (a) al tratar de tomar la mayor parte de las decisiones					
14. Estoy en buena condición física.					
15. Siento que los demás me respetan.					
16. Proyecto una imagen positiva					
17. Escucho activamente.					
18. Me gusta ser responsable de proyectos y personas					
19. Disfruto las discusiones de controversia					
20. Considero que los obstáculos son un reto.					
21. Puedo pedir ayuda sin sentirme culpable.					
22. Puedo aceptar mis errores					
23. Soy responsable de mis pensamientos y acciones.					
24. Soy directo al hablar de mis sentimientos					
25. Llevo una vida equilibrada.					
26. Soy una persona entusiasta.					
27. Uso contacto visual directo al hablar con los demás.					
28. Me agrada genuinamente ser quien soy.					
29. Hago ejercicios físicos					
30. Considero que es importante la imagen que doy.					

### PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA

ITEM	A	B	C	D	E		ITEM	A	B	C	D	E
1	5	4	3	2	1		21	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1		22	5	4	3	2	1
3	5	4	3	2	1		23	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1		24	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1		25	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1		26	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1		27	5	4	3	2	1
8	5	4	3	2	1		28	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1		29	5	4	3	2	1
10	5	4	3	2	1		30	5	4	3	2	1
11	5	4	3	2	1		31	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1		32	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1		33	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1		34	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1		35	5	4	3	2	1
16	5	4	3	2	1		36	5	4	3	2	1
17	5	4	3	2	1		37	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1		38	5	4	3	2	1
19	5	4	3	2	1		39	5	4	3	2	1
20	5	4	3	2	1		40	5	4	3	2	1



## INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA

PUNTUACIÓN	RANGO	INTERPRETACIÓN
120-150	I	Autoestima muy elevada
90-119	II	Autoestima moderadamente elevada
89-60	III	Autoestima media
31-59	IV	Autoestima moderadamente baja
5-30	V	Autoestima baja

- A. Siempre                      B. Frecuentemente                      C. Algunas veces  
D. Casi nunca                      E. Nunca

### TERAPIA PENSAMIENTO GENERATIVO CON AUTOIMAGEN CENTRAL

La auto - imagen central sirve como guía porque literalmente provoca conducta motora y afectiva asociadas, como lo hacen las imágenes residuales. En esta etapa es importante hacer una elaboración extensa con todos los sistemas representativos, comprobar las anclas utilizadas y comprobar la congruencia, dejando que la persona entre periódicamente a la escena para experimentar el elemento kinético. Veamos este proceso.

#### A. PRIMERA FASE DEL TRABAJO DEL PENSAMIENTO GENERATIVO CON AUTO IMAGEN

La creación de la auto imagen central tiene los siguientes objetivos:

1. **El desarrollo de conexiones motoras:** La auto imagen central representa, simboliza y asocia a la persona con las conductas y emociones deseadas mientras provee un camino de asociación para que experimente de nuevo las emociones.
2. **Interpersonal:** La inclusión del compañero evita el narcisismo y facilita que el individuo escoja y logre las metas mientras mantiene los valores.

#### TÉCNICA AUTO IMAGEN CENTRAL

Se solicita que nos diga sus cualidades, sus fortalezas, logros, etc. Se induce la relajación y después se le comunica: Ahora quiero que hagas un ejercicio mental.. Sobre la pantalla de ese televisor que tu tienes dentro de tu mente, y no tienes que mantener los ojos abiertos, quiero que te observes a ti misma como lo haría otra persona u observador, con todas las cualidades y características mostradas. Y quiero que comiences viendo como se forma el cuerpo de esa Tú, su cara, ojos, nariz, boca, cuello, cuerpo, brazos, manos, piernas y pies. Tienes en tu mano derecha una varita mágica, con la cual le vas a colocar el vestido que más te guste, vamos hazlo, ahora colócale todas las cualidades que quisieras ver en esa tú. (se dicen todas las cualidades que ella ha manifestado que tiene). Ahora, mientras esta imagen de ti queda sobre la pantalla quiero que pienses en una persona en tu vida, una persona real con quien te sientes o te has sentido muy bien, que te respeta como persona. Entonces, quiero que mires cuidadosamente al diálogo entre las dos, poniendo atención especialmente a como tu acompañante esta tan contento mientras tu le hablas tan segura de ti misma, ¡ahora! Quiero que entres en el cuerpo de esa tú y sientas la felicidad, tranquilidad de lograr todo lo que quieres en la vida. ¡MUY BIEN! Ahora quiero que salgas del cuerpo de esa tú sintiéndote, tranquila, y segura de lograr éxito en lo que emprendas. Se desaparece la barita, el televisor y se saca de la relajación común y corriente.

#### B. SEGUNDA FASE: LOS ESCENARIOS ASOCIADOS A LA AUTO IMAGEN CENTRAL

Los escenarios se crean cambiando el fondo o situación mientras se mantiene la auto imagen central, para permitir el desenlace de varias escenas.

Se induce la relajación normalmente se crea la autoimagen central y se colocan los escenarios que previamente ella teme enfrentar. Una vez damos el espacio para que ella entre en el cuerpo de esa tú y solucione la situación problema. Ahora quiero que compartas, la satisfacción y la sensación de placer que siente esa tú decidida...etc.... (calificativo bueno). Y puedes hacerlo metiéndote en el cuerpo de esa **TÚ** por unos segundos, ya eres y puedes sentir en tu cuerpo y en tu mente la satisfacción de haber resuelto ese problema en forma satisfactoria.

### **C. TERCERA FASE: ESTABLECER PATRONES HABITUALES BASADOS EN LA AUTO IMAGEN CORPORAL**

Esta etapa consiste en aprender a usar el más mínimo indicio de estrés como señal para el engranaje de escenarios derivados de la auto – imagen central, para lograr algo específico, después de establecer con el participante los indicadores corporales de estrés se elaboran los escenarios reales o imaginarios futuros con aumentada dificultad usando el indicador de estrés como señal para enganchar la auto imagen central. Esto se lleva a cabo convirtiéndolo en ancla.

Ahora quiero que veas y oigas sobre la pantalla del televisor, una escena del futuro que te angustia mucho. Puedes verte y oírte al principio de la escena teniendo control de la situación y resolviéndola muy satisfactoriamente, como lo hizo en la escenas anteriores.

¿Cómo te sientes habiendo resuelto o logrado de forma tan aceptable lo que querías conseguir?.

En esta fase, se sigue con más escenarios de proyección al futuro esperadas y plausibles, La clave del éxito en esta fase depende de la habilidad del terapeuta para disparar las anclas en el preciso momento en que perciba el acceso a la auto imagen residual por las manifestaciones cinéticas anteriormente establecidas con la paciente. Esta etapa ocurre cuando el participante entra en su creación por un momento para tener una fantasía dentro de la fantasía. El objetivo es saber como se verá, oírá y sentirá el mundo cuando el participante llega a la meta.

Esto moldea la disponibilidad perceptual, alista las destrezas y recursos necesarios para lograr el objetivo de largo plazo, comparados con el de simplemente usar la auto imagen central. Con la auto imagen central, se construyen los escenarios. Ahora, la persona se une con su auto imagen central dentro del escenario e imagina que el futuro que ella imaginó y su meta deseada, ya han llegado. Desde adentro de esta fantasía, produce otra: piensa en retrospecto y reflexiona sobre aquello que ella hizo para llegar. Los pasos son los siguientes:

3. Formar la imagen visual de la auto imagen central (como quieres ser?) en el contexto de un escenario futuro.
4. Entrar en la escena futura y vivirla.
5. Una vez adentro, Recordar los pasos que la trajeron (escenarios de preparación).

Hemos encontrado que esta técnica o porciones de ella son muy poderosas y útiles en otros contextos como psicoterapia grupal, conyugal, familiar, educación, cursos profesionales, etc.

Si el terapeuta no ha establecido la suficiente empatía y rapport, mediante el pacing y el reempoderamiento respetando y respondiendo a toda la comunicación del individuo, esta técnica tendrá pocos resultados positivos.

### **PRESIÓN DE GRUPO**

Entre las necesidades psicológicas más esenciales del ser humano se encuentra la búsqueda de aceptación y reconocimiento por parte de un determinado grupo social. El formar parte de él, le facilita su crecimiento y desarrollo psicosocial, la adquisición de un sentido de pertenencia, su identificación y la determinación de su propio sistema de normas y valores.

La constitución de todo grupo se hace en función de unas metas u objetivos, la manera como se interactúa, concilian demandas o expectativas del grupo con los intereses propios dependerá del nivel de autonomía alcanzado, el

grado de responsabilidad desarrollado por cada uno, la identificación con el grupo, la autoestima y el sistema de valores de los individuos.

Dada esta condición humana, el individuo se verá influenciado por lo que el grupo con el que interactúa valora como bueno o malo, "correcto o incorrecto", "apropiado e inapropiado", "deseable e indeseable". Dicha influencia del grupo como un todo sobre quienes le integran se denomina **presión de grupo**.

Será **positiva** si impulsa el desarrollo y crecimiento personal de sus integrantes como el estímulo a superar las dificultades, la búsqueda de mejores opciones de vida, et. Por el contrario, será **negativa**, si induce a los miembros a involucrarse en conductas autodestructivas como consumir sustancias psicoactivas, tener relaciones sexuales riesgosas o asociarse con grupos que atentan contra la integridad personal o realizan acciones delictivas.

Sea **positiva** o **negativa**, la **Presión de Grupo** actúa en el ser humano para que este se comporte de acuerdo con lo que los otros esperan de él. Se hace más evidente en la adolescencia, etapa del ciclo vital en la cual la influencia de la familia pasa a segundo plano y gana particular importancia las relaciones sociales que el joven establece con su grupo de pares o coetáneos.

Si bien es cierto que la **Presión de Grupo** tiene especial importancia en la adolescencia, es necesario tener presente que personas de ambos sexo, de todos los grupos de edad y niveles sociales son objeto de la misma. De tal manera que, toda persona al integrarse a un grupo aprende a hacer lo que le dará aprobación social, es decir, lo que mantendrá una actitud favorable del grupo hacia ella. Si bien es cierto que la **Presión de Grupo** puede constituirse en un motor del desarrollo personal y la autorrealización, también lo es el hecho de que ésta puede limitar o coaccionar el desempeño de las personas. Por lo tanto, es necesario que cada quien establezca un equilibrio entre los intereses personales y aquellos que se comparten como integrantes de un grupo dado.

#### **NECESIDADES DEL SER HUMANO QUE DETERMINAN SU PARTICIPACIÓN EN GRUPO**

- Reconocimiento social
- Aceptación grupal
- Ser tenido en cuenta
- Formar parte de un grupo
- Contar con modelos de identificación
- Identificación con iguales o pares.

#### **SITUACIONES QUE FACILITAN LA PRESIÓN DE GRUPO NEGATIVA**

- La dependencia o falta de autonomía
- La baja autoestima
- Dificultad para tomar decisiones
- Limitaciones cognoscitivas
- Desconocimiento de las consecuencias de un acto
- Falta de asertividad
- Falta de claridad frente a la propia escala de valores
- Temor a contrariar personas que son significativas y ostentan cierta autoridad
- Temor al conflicto
- Temor al aislamiento o abandono
- Temor a la pérdida de privilegios y estatus
- Temor a la pérdida de identidad

150

Si aceptas la presión de grupo negativa, estás permitiendo que sean otras personas las que decidan y controlen tu vida, a la vez tu eres quien tendrá que asumir las consecuencias de ello.



## -COMO SE DA LA PRESIÓN DE GRUPO

- Persuaciones
- Amenazas
- Invitaciones
- Mentiras
- Chantajes
- Imposiciones

## -PAUTAS PARA REDUCIR LA PRESIÓN DE GRUPO

Resistir la presión de grupo negativa implica aprender a ejercer el derecho de tomar nuestras propias decisiones.

Tomar una decisión frente a las diferentes presiones que una persona o grupo ejerce, no es fácil, se necesita desarrollar algunas destrezas como:

- **Haga preguntas que le permitan identificar la acción:** Ej. ¿Qué vamos a hacer?, ¿Porque lo vamos a hacer?
- **Analice las consecuencias:** Ej. ¿¿Qué puedo perder?, ¿Qué puedo ganar?, ¿Qué me puede ocurrir si lo hago?
- **Defina otras alternativas frente a la situación:** Ej. ¿Con que otras opciones cuento?
- **Analice ventajas y desventajas de la decisión:** Ej. ¿Qué gano y que pierdo al decidirme por una determinada opción?.
- **Tome una decisión e invite a la otra persona para que le acompañe:** ¿Qué te parece si nos vamos a cine? Si te decides llámame. Escoger una opción con base en el análisis y de manera respetuosa presentarla al resto del grupo.

## Nuestros derechos y la presión de grupo

Disminuir la presión de grupo implica reconocer nuestros derechos. Si no lo hacemos, serán otras personas las que decidan por nosotros.

- Quien conoce sus derechos... se quiere y respeta a sí mismo
- Acepta y expresa claramente sus propios pensamientos, sentimientos y creencias, demostrando igualmente respeto por los derechos de los demás.
- Dice **no** o **si** cuando quiere decirlo y cuando resulte necesario para proteger su integridad y defender sus derechos sin sentirse avergonzado, culpable o arrepentido por ello.
- Puede ser juez de sus propias acciones, pensamientos y emociones.
- Admite que puede cometer errores y asume la responsabilidad de ellos.
- Identifica claramente su escala de valores e intenta comportarse de manera consecuente con ella.
- Admite que no tiene por que sentirse culpable ante los problemas de los demás.
- Permite que los demás asuman sus propias responsabilidades
- Puede decir **NO**, "**no puedo**", "**no gracias**", sin el temor a que la otra persona sea tan frágil, que no pueda aceptar una negativa.

Reconocer y ejercer nuestros derechos nos permite contar con las condiciones necesarias para la satisfacción de nuestras propias necesidades, el establecimiento de relaciones constructivas, enriquecedoras y productivas en el medio grupal en el que nos desenvolvemos.

## TALLER N° 19

### LA CAJA DE SORPRESAS

#### Objetivo:

Desarrollar en el joven, habilidades sociales que le permitan enfrentar debidamente las presiones negativas ejercidas en él por el grupo.



### **Materiales:**

Una mesa, con una caja de cartón forrada muy bonita con un orificio en la parte superior, por la cual solo pueda introducirse una mano.. Los objetos que deben estar dentro de la caja son. Algodón, o tela húmeda, varias plumas de aves, hielo en un recipiente pequeño, alfileres, espinas, engrudo, etc.

### **Procedimiento:**

1. Pedir el favor a seis voluntarios que se presten para desempeñar diferentes roles, asignándole a cada uno por escrito las instrucciones sobre el papel que deben asumir. Estas instrucciones no deben ser comentadas entre ellos, ni con los demás integrantes del grupo.
2. Enumerar los voluntarios del 1 al 6.
3. Se presionan a los personajes uno por uno para que introduzcan la mano por el espacio pequeño que tiene la caja en su parte superior. Los compañeros que están observando la presentación pueden aumentar la presión, aplaudiendo, y diciéndole "métela, métela" "bobo" "apúrate".
4. Terminado el juego el facilitador deberá formular las siguientes preguntas.
  - a. ¿Como se sintieron al ser presionados para hacer algo?
  - b. ¿Como se sintieron cuando se negaron a meter la mano?
  - c. ¿Como se sintieron al ceder?

### **Roles de la obra:**

1. **Voluntario:** Introduzca la mano lentamente en la caja y mientras lo hace exprese sólo con gestos lo que siente, Después sin hablar sobre la sensación que experimento, trate de convencer a los demás de que metan la mano dentro de la caja.
2. **Voluntario:** Le invitarán a introducir la mano en la caja. Aunque usted se demore un poco diciendo que prefiere evitar riesgos frente a lo que se puede encontrar, acepte. Tómese su tiempo para meter la mano en la caja. Exprese sólo con gestos lo que siente y al sacar la mano, no hable sobre lo que experimento. Lo que tiene que hacer es tratar de convencer a los demás de que metan la mano dentro de la caja.
3. **Voluntario:** Los demás tratarán de convencerlo para que introduzca la mano en la caja. Resístase por un rato y luego ceda. Cuando tenga la mano en el interior de la caja exprese con gestos lo que siente, no puede hablar.
4. **Voluntario:** Los demás tratarán de convencerlo para que introduzca la mano en la caja, Resístase por un rato y luego ceda. Cuando tenga la mano en el interior de la caja exprese lo que siente.
5. **Voluntario:** No importa lo que pase, no meta la mano en la caja.
6. **Voluntario:** No importa lo que pase no meta la mano en la caja

## **TOMA DE DECISIONES**

A diarios todos tomamos decisiones de manera consciente o mecánica, algunas son trascendentales y otras de carácter rutinario; decisiones como a qué hora levantarse? qué ropa ponerse? , pueden implicar respuestas simples pero existen otras situaciones en las que nos vemos obligados a tomar decisiones determinantes para nuestra vida.

Tomar tales decisiones siempre resulta difícil; sin embargo, al entrenarnos en el proceso de Toma de Decisiones e involucrarnos activamente en él aumentamos de manera significativa el dominio sobre nuestra vida, los sentimientos de satisfacción personal y de compromiso con nuestras decisiones teniendo la certeza de que llevamos la rienda de nuestra existencia hasta donde nos es posible.

## **152 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES**

Hay varios factores que influyen el proceso para tomar decisiones, los cuales se pueden agrupar de la siguiente manera:

- a. **La información:** Para tomar una decisión, se debe reunir información suficiente que permita analizar los pro y contras de ésta.
- b. **Experiencia propia:** El medio familiar, educativo, social y cultural en el que se desarrolla cada persona, genera una serie de costumbres, expectativas y experiencias que en cada quien van moldeando las personalidad y es con





base en tales vivencias formativas que las personas aprenden a tomar sus decisiones.

En ese sentido, una de las características más importantes de la personalidad del individuo es conocida con el nombre de "**locus de control**". Se refiere a aquel aspecto que ejerce mayor influencia en la decisión que un individuo dado tome, es decir, si el control sobre sus decisiones está puesto en el entorno (medio externo, amigos, sociedad) o en su fuero interno (propios valores necesidades, puntos de vista).

El **Locus de control** que es **interno** constituye el grado de control que una persona tiene por sí misma frente a lo que le sucede. El otro extremo es el "**Locus de control externo**", que se refiere a la creencia de que el destino, la suerte u otras cosas "externas" a la persona, son las que determinan lo que le sucede.

Si los núcleos familiares, escolar y social estimulan la responsabilidad, la autonomía, el derecho a expresarse libremente, a la diferencia, al discernir o al estar de acuerdo con otros, es más probable que las personas tomen decisiones con base en su propio criterio y desarrollen la capacidad necesaria para responder por lo que decidan.

- c. **Influencia de otras personas:** Cada uno de nosotros se ha desarrollado en un medio social de interacción con otras personas entre las que se encuentran familiares, amigos y maestros. Es frecuente que estas personas ejerzan cierta influencia sobre nosotros buscando afectar nuestras decisiones con la mejor intención; sin embargo, para quedar bien, y que no nos dejen de querer o por que no sabemos que opción nos queda, o como expresar nuestro desacuerdo, accedemos y actuamos de acuerdo con lo que esas personas esperan de nosotros. Esta es una forma conformista e inmadura de actuar ajustando nuestro comportamiento en función de los deseos y expectativas de otros, poniendo en riesgo nuestra autonomía y capacidad para decidir según nuestros propios criterios y necesidades.

## ESTILOS EN LA TOMA DE DECISIONES

Existen diferentes estilos en la toma de decisiones de las personas, algunos de estos son:

- **De manera impulsiva:** Actuando irreflexivamente sin sopesar las consecuencias de los actos.
- **Por Postergación:** Aplazando o posponiendo el tomar una decisión
- **Por omisión:** No ofreciendo una respuesta ya sea positiva o negativa frente a la decisión que hay que tomar.
- **Por delegación:** Dejando que otros tomen la decisión por nosotros, esto es asumiendo una actitud pasiva y conformista.
- **Evaluación cuidadosa:** Examinando todas las alternativas y escogiendo alguna.

Es importante tener claro que todas las decisiones que asume el ser humano, incluyendo "no tomar una decisión" tienen consecuencias. No obstante pensar sobre la variedad de oportunidades y tener suficiente información para ponderar riesgos y beneficios, conlleva mayores posibilidades de optar por una situación de una buena decisión.

Las mejores decisiones resultan del uso de un proceso consciente de Toma de Decisiones que examine alternativas y sea congruente con la escala de valores y necesidades de cada persona.

## LOS VALORES

Los valores se definen como guías que orientan la conducta de los seres humanos y les indican sobre como comportarse; también implica que tan buena o mala, correcta o incorrecta, es una situación. Constituyen el conjunto de opciones que le dan sentido a la vida: orientan y desarrollan el potencial de la persona y la preparan para vivir en sociedad de manera armónica e integrada.

Cuando se habla de valores, se habla de sesgos, es decir, de maneras preferenciales de ver, de interpretar, de juzgar cualquier situación o persona con la que interactuamos. Estos sesgos valorativos son parte esencial de la vida personal y social; están presentes siempre en todas las dimensiones de la vida aunque no se nombren e incluso aunque no se tenga conciencia de ellos. Tenemos sesgos en la esfera de lo estético, de lo político, de lo cultural, de lo intelectual, de lo afectivo, en fin de todos los aspectos de nuestra vida.

Es necesario establecer la diferencia entre los valores por un lado y las normas o preceptos de la conducta; los primeros se toman libremente, las segundas se imponen desde fuera.

### **CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VALORES**

Para identificar si se trata de un valor, este debe cumplir los siguientes criterios:

1. Se adoptan libremente. "Nada nos fuerza o nos presiona a hacerlo".
2. Se defienden: "Es algo en que creemos y estamos lo suficientemente orgullosos como para compartir con otras personas".
3. Se incorporan a nuestro comportamiento y forma de vida. "Actuamos de acuerdo con nuestros valores y practicamos lo que se predica"

Un claro reconocimiento de los valores que poseemos contribuye a tomar decisiones consecuentes con lo que creemos; nos ayuda a resistir la presión de otros para que cambiemos de parecer y evita los sentimientos de culpa y frustración al actuar en función de los valores de los demás.

Los valores que un individuo posee reflejan los valores dominantes de una sociedad. Están directamente relacionados con las necesidades cambiantes de las organizaciones sociales, por lo cual varían históricamente y tienen expresiones distintas en los diversos contextos y clases sociales.

Cada persona estructura su propia escala de valores dentro de un modelo familiar que es parte celular de una sociedad más amplia. En la infancia son determinantes los patrones de los padres, fuentes de la identidad primera, estructuradores de la personalidad y de la primera modalidad de la relación humana. El comportamiento de los padres y lo que ellos aprueban o desaprueban, es asimilada en forma casi automática por los hijos.

Otros agentes sociales van a influir posteriormente en la formación de los valores: parientes, maestros y amigos. Estos últimos son especialmente importantes en la adolescencia ya que a través de ellos se cuestionan los valores adquiridos para dar paso a otros, los propios.

Dentro de los agentes sociales cabe resaltar la influencia de los medios masivos de comunicación: la radio, la prensa, etc., como mecanismos transmisores de una ideología determinada.

Frente a los múltiples agentes transmisores de valores, es necesario fomentar en el niño, el joven y el adulto, una actitud crítica que le permita reflexionar y determinar su propia escala de valores, coherente con su visión del mundo y de sí mismo.

Entre los valores humanos encontramos:

- La responsabilidad
- El amor
- La justicia
- La sociabilidad
- La autonomía
- El orden
- La tenacidad
- La honestidad
- La dignidad
- El respeto
- La tolerancia

Todos ellos requeridos para una convivencia pacífica y armónica entre las personas.

## TALLER N° 20

### ORDENA TUS VALORES

**Desarrollo:** Explique al grupo que una forma de averiguar lo que se valora, es verse obligado a decidir entre ciertas alternativas y seleccionar las más importantes según nuestro propio criterio o del grupo, reparta a cada participante una guía Ordena tus valores; pida que las lean cuidadosamente y que elijan cinco de las frases que para cada uno de ellos son más importantes y desearan realizar en el futuro cuando cuenten con quince años más de la edad actual. Enumera cada frase del número uno al cinco de acuerdo con la importancia asignada a cada una de ellas, el número 5 indicará la frase más importante y el número 1 indicará la menos importante. Indique al grupo sobre la importancia de la reflexión cuidadosa de cada frase puesto que el orden que se le asigne a cada una reflejará lo que realmente se piensa sobre cada una de estas afirmaciones.

**Plenaria:** Invite a los asistentes a que compartan la forma como ordenaron sus valores. Oriente la discusión basada en los siguientes puntos.

- ¿Qué grado de dificultad tuvo para elegir el valor más importante o el menos importante?
- ¿Por qué?
- ¿Hay valores en la lista en los que nunca había pensado?
- Si hubo alguna sorpresa por los sentimientos asociados con algún valor especial, ¿Con cuál fue?

**Nota:** El facilitador no juzgará el orden de los valores, a cada quien se le respetará su escala de valores. No habrá valores buenos ni valores malos.

Termine el ejercicio haciendo énfasis en que elegir entre diversas opciones implica poner en juego nuestra escala de valores y es muy probable que, transcurrido un tiempo considerable, ordenemos nuestros valores de una manera distinta a como lo realizamos en el día de hoy.

### GUÍA DE TRABAJO TALLER N° 20

#### ORDENA TUS VALORES

Ordena de mayor a menor señalando con el número 5 la frase que considere más importante y con el número 1, la que consideres menos importante de lograr cuando tengas 15 años más.

1. Ser independiente de mis padres ( )
2. Tener muchos amigos ( )
3. Disfrutar de una buena posición social ( )
4. Liderar una organización comunitaria que ( )
5. Ayude a los más necesitados. ( )
6. Sentirme en paz conmigo mismo (a) ( )
7. Haber terminado mis estudios ( )
8. Tener relaciones sexuales con alguien a ( )  
quien realmente ame.
9. Disponer de una estabilidad laboral ( )
10. Lucir como un/una modelo ( )
11. Mantener una relación estable con mi pareja ( )
12. Ser una persona respetable en el desempeño ( )  
de mis deberes como padre o madre.
13. Imponer mis puntos de vista a los demás ( )
14. Ganar mucho dinero ( )
15. Tener mi casa propia ( )

## USO DEL TIEMPO LIBRE

Es la parte del tiempo fuera del trabajo destinada al desarrollo físico e intelectual del hombre. Es aquel que se dedica al descanso, la recreación la compensación y la creación.

### SECTORES DE ACTIVIDAD DEL SER HUMANO

**Familia:** Interacción con parientes, relaciones espontáneas, se comparte, orientación, afecto y apoyo.

**Comunidad:** Participación voluntaria en acciones de desarrollo social.

**Trabajo:** Implica obligación y compromiso. Da origen a retribución o sanción.

**Recreación:** Actividades para desarrollar o mejorar capacidades, Actividades espontáneas y diversas.

**Descanso:** Propósito: recuperar energías y disminuir tensiones. Implica cierto distanciamiento con las actividades cotidianas.

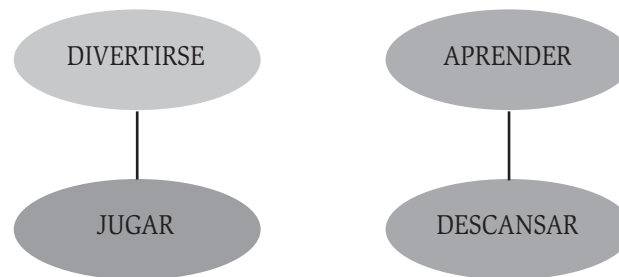
El tiempo libre sólo puede entenderse en relación al tiempo dedicado a actividades productivas. Ambos son indispensables en la protección de la salud y en la promoción de la misma.

Esta relación adquiere especial importancia en el campo de la prevención del alcoholismo y la fármaco dependencia.

El uso adecuado del tiempo libre a través de la recreación y de otras prácticas no competitivas, fortalece la salud mental.

En la sociedad actual, se han ido imponiendo algunas formas inapropiadas de liberación de tensiones que desencadenan procesos patológicos individuales y sociales, como son la drogadicción, alcoholismo, la vagancia y la pornografía.

De aquí que, cada vez que piense en salud, es prioritario fomentar practicas positivas para el empleo del tiempo libre.



## TALLER Nº 21

### ANÁLISIS INDIVIDUAL DEL TIEMPO LIBRE

#### Objetivo

Los asistentes estarán en condiciones de comprender la importancia del buen uso del tiempo libre en el proceso de prevención de la fármaco dependencia y el alcoholismo y de enunciar verbalmente por lo menos dos alternativas que puedan implementarse en su medio social para que los jóvenes utilicen el tiempo libre en acciones que beneficien su salud.

156

### PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA

#### FARMACODEPENDENCIA

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos, síquicos y a veces físicos, para evitar el malestar producido por la privación.



## DEPENDENCIA FÍSICA

Estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga.

## DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

Uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también, un grave peligro para el individuo, sintiendo un impulso irreprimible.

## DROGAS LEGALES

Aceptadas socialmente, algunas son medicinales y sirven para:

- Corregir desequilibrios
- Proteger de enfermedades
- Aliviar dolor y tensión.

## DROGAS ILEGALES

No aceptadas Socialmente.

- Son tóxicas
- Crean dependencia (necesidad de consumir)
- Crean Tolerancia (necesidad de aumentar el consumo).

## CAUSAS DE LA FÁRMACODEPENDENCIA

- Droga
- Tipo
- Efectos
- Vías de administración
- Cantidad

INDIVIDUO	SOCIEDAD
Personalidad	Aceptación de las drogas
Experiencias Previas	Disponibilidad de las drogas Falta de alternativas y posibilidades

## LA FÁRMACO DEPENDENCIA ES UN PROBLEMA MULTICAUSAL

### MOTIVOS

- Curiosidad
- Evadir problemas
- Mejorar experiencia sexual
- Reducir tensión
- Ser aceptado por el grupo
- Tener experiencias nuevas
- Aumentar Creatividad
- Divertirse.

TIPOS DE DROGAS	EFFECTOS Y PELIGROS
<b>DEPRESORAS</b>	<b>DEPRESORAS</b>
Disminuyen el ritmo del sistema nervioso. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Opiáceos</li> <li>• Barbitúricos</li> <li>• Hipnóticos</li> <li>• Tranquilizantes</li> </ul>	• Disminución de los latidos del corazón y de la respiración.
	• Reacciones lentas.
	• Disminución de la atención
	• Distorsión de la realidad
	• Tolerancia, dependencia física y Psíquica, sobredosis: coma, paro respiratorio, convulsión , muerte
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>ESTIMULANTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceleran el sistema nervioso</li> <li>• Anfetaminas</li> <li>• Cocaína</li> <li>• Bazuco</li> </ul>	• Aumento de los latidos del corazón y de la presión sanguínea
	• Alucinaciones, paranoia
	• Incremento de la actividad
	• Agotamiento dañino
	• Tolerancia y dependencia psicológica

## PROBLEMAS SOCIALES

En América Latina el término "marginación sociocultural" es utilizado fundamentalmente en el estudio de los procesos de urbanización, como aceptación geográfica de los ubicados en la periferia, y ha pasado a indicar una condición de vida. La condición más amplia de marginación implica "inadaptación a una sociedad dada y en una determinada época, que además genera de esa sociedad formas o rechazo o represión que la potencian.

En la adolescencia se origina además un tipo de marginado socioeconómico que accede precozmente al trabajo, con las consiguientes desventajas por la explotación de la que es objeto, la inestabilidad, los bajos salarios, el trabajo a destajo, etc. Por otro lado, en la mayoría de los centros urbanos surge también el fenómeno de las subculturas juveniles.

El adolescente económica y socialmente marginado posiblemente transcurra toda su vida sin cambios sustanciales dentro de esa situación de marginación. El de las subculturas juveniles urbanas, en cambio, podrá salir en la medida que se integre a la sociedad adulta.

Se diferencian ciertos tipos de marginación patológica en la adolescencia:

### EL MARGINADO INDIVIDUAL

Procede de una familia normal y sufre alteraciones en el manejo de la hostilidad sin poder poner límites a los impulsos y ansiedades que lo inundan. Generalmente esto se traduce en ataques al código social, robos, vagancia, incendios, prostitución. De allí que si la familia ve con desconfianza esa marginación inicial (y esto no es lo más común), entra en crisis y estructura una dinámica que fija el síntoma, que de banal podrá convertirse en grave. Es así que la mayor necesidad del adolescente rebelde, inmaduro, desafiante, sea la presencia de un adulto para enmarcarlo (autoridad continente).

### EL MARGINADO DENTRO DE UNA COMUNIDAD DELICTIVA

Desde que se ataca a una sociedad que no ha podido estructurarse, adecuadamente, alterándose por ello el fenómeno de maduración del adolescente. Así, los grupos de pares marginados surgen como compensadores de una familia que no presta apoyo y que generó perturbaciones en la identidad; con la aparición del Yo capaz de agredir de cualquier manera a la sociedad.



Las comunidades delictivas, si bien tratan de justificarse por el bajo nivel socioeconómico, aunque no es el único factor, parecen presentar un trasfondo donde aparece además una situación tipo clan en la comunidad de origen, que le permite transgredir las normas vigentes en la sociedad más amplia, por sentimientos de rechazo.

Estos individuos son muy difíciles de rehabilitar, en la medida en que el medio en el que han ido creciendo es normalmente "lacunar" con respecto a las actitudes de la gran sociedad a la que pertenecen. Es en estos pacientes donde se aplica, y por esas razones, tratamiento familiar y no psicoterapia individual.

Para poder ayudar al marginado es indispensable entender el pedido que lleva implícita cualquier conducta asocial; siendo imprescindible el diagnóstico del medio para poder utilizar técnicas que tienden a la reestructuración del ambiente.

## LOS NIÑOS DE LA CALLE

Estos Niños comparten características especiales, ya que vive, trabaja, come y duerme en la calle, sus edades oscilan entre los 7 y los 17 años. Estos niños están desamparados de la protección familiar y de la comunidad, por ello se tornan vulnerables a la protección de terceros, y a una variedad de peligros físicos y morales. Son un grupo numeroso en varias ciudades del continente.

Las características más comunes a estos niños son:

- Son prematuramente adultos y buscan para sobrevivir la calle como consecuencia de un sistema social que los marginaliza.
- Adoptan permanentemente una actitud defensiva frente a las personas, como respuestas al maltrato físico de que son objeto por parte del medio social que los rodea.
- Satisfacen sus necesidades básicas y reales en la propia calle, donde duermen, comen, y trabajan.
- Enfrentan crecientes dificultades escolares que los llevan a repetición de cursos y al abandono de los estudios.
- Desarrollan habilidades especiales, a menudo delictivas, que les permiten sobrevivir.
- Son producto de la carencia de afecto y social, que influye negativamente en su crecimiento armónico e integral.
- Los niños de la calle son fuertes y astutos dentro de su propio medio.

Si bien los varones y las mujeres enfrentan los mismos problemas, las niñas están además expuestas a sufrir las consecuencias de una maternidad prematura y a entrar en la prostitución.

Los niños de la calle traen una historia de privaciones, desnutrición y falta de protección de su salud. Han sufrido a lo largo de sus vidas un permanente maltrato físico y psicológico que comienza en la familia, sigue con los adultos que se hacen cargo de ellos, el personal de las instituciones donde la sociedad trata de protegerlos, y finalmente la policía.

Sufren generalmente de desnutrición crónica, infecciones respiratorias agudas, infecciones de la piel, poli parasitismo y ectoparásitos, enfermedades de transmisión sexual y frecuentes accidentes de tránsito. Incluso corren el riesgo de ser exterminados por escuadrones de la muerte.

Frente al niño de la calle, **El personal de atención primaria debería ser capaz de:**

- Diagnosticar y tratar las afecciones más corrientes de este grupo.
- Coordinar actividades con organismos o instituciones que estén realizando programas de atención a los niños de la calle, sin olvidar que estos niños han desarrollado este sistema de vida como una estrategia para sobrevivir y que institucionalizarlos no es una situación favorecedora excepto para la propia tranquilidad de la sociedad.
- Entregar apoyo social Incondicional, sin juzgar su conducta.
- No olvidar la importancia de la prevención en niños expuestos al riesgo de iniciar este tipo de sobre vivencia.

## DELINCUENCIA JUVENIL, VIOLENCIA Y HOMICIDIO

### AGRESIÓN Y VIOLENCIA

Es necesario entender y reconocer que el mundo externo es violento. El problema de la delincuencia adolescente debe ser colocado en un contexto psico-bio-social, que resulte más adecuado para los agentes de salud que trabajan con adolescentes.

La violencia es la agresión destructiva, la que procura aniquilar, destruir, desintegrar. No toda agresividad es violencia, pero si toda violencia es agresividad.

## **HOMICIDIO**

La manifestación más brutal de la violencia es el homicidio, donde lo que se busca es la aniquilación total, la muerte de la persona ajena a sí mismo.

En la adolescencia, el homicidio está aconteciendo con una frecuencia creciente y alarmante.

Un importante problema considerar en este tema es el de la falta de estadísticas confiables en nuestros medios.

En un estudio de adolescentes parricidas, se verificó que era la actitud brutal y violenta de los padres la que llevaba a los adolescentes a esa violencia tan extrema.

En adolescentes con extrema carencia económica, social y/o familiar, dependencia en el proceso evolutivo, predominio de aspectos confusos o ambiguos de la personalidad, la delincuencia, la violencia y hasta el homicidio pueden aparecer como la única posibilidad adaptativa. Estos adolescentes antisociales encuentran en la sociedad y la familia el medio propicio para su agresividad, su violencia, su envidia y su posibilidad de sobrevivir. Por supuesto que estas consideraciones no excluyen que se tome en cuenta desde el punto de vista de la salud, los aspectos patológicos concomitantes.

## **VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL DE ADOLESCENTES**

Los casos de abuso sexual infantil habitualmente se relacionan con un miembro de la familia o alguien conocido por el niño o niña. En cambio los casos de violación de adolescentes a menudo tienen un perpetrador totalmente desconocido (violación por extraños), un miembro de la familia (incesto) o alguien conocido por la víctima (violación durante una cita). La mayoría de los casos de violación incluyen violencia física o amenaza de violencia física o de abandono. Los varones víctimas de un ataque sexual a menudo han sido severamente lastimados, y a pesar de ello, raramente notifican a las autoridades de su violación. Se debe tener en cuenta para la investigación los siguientes puntos:

### **La historia clínica**

Es importante obtener una historia detallada del ataque recibido para tratar de obtener una evaluación médica completa. También deben estudiarse con cuidado las áreas anatómicas envueltas en el ataque.

### **El examen físico**

Es mejor que sea inmediatamente para una mejor evaluación forense. Las ropas deben guardarse en una bolsa para el examen policiaco. Toda descripción del cuerpo (hematomas, rasguños, abrasiones) debe ser anotada con prolijidad en la historia clínica.

Las heridas habitualmente se producen mientras el perpetrador está sujetando a la víctima. La cabeza la cara puede ser traumatizada por puñetazos o cachetadas para tratar de llevar a la víctima a la sumisión. Puede haber heridas en la vía oral, producidas al tratar de prevenir los gritos de la víctima. Puede haber hematomas y lastimaduras de cuello, cuando se ha intentado la estrangulación. Es común que en la lucha se produzcan lesiones en la espalda y en los hombros, así como lastimaduras y mordeduras en el área de los pechos. Las extremidades a menudo muestran evidencia de trauma de los tejidos blandos. Los hematomas de los muslos pueden ser bastante extensos en las adolescentes. Siempre debe hacerse una evaluación de la posible extensión de las heridas. La mejor documentación médico – legal de las heridas es sin duda la fotografía de la víctima. Aquellas adolescentes que son víctimas de incesto o que han sido violadas por conocidos. Habitualmente no presentan evidencias físicas de un ataque: Los atacantes usan amenazas psicológicas poderosas de vergüenza, abandono y miedo para mantener a la víctima bajo su control.

### **El examen de los genitales externos**

Es necesario un examen prolijo de la región genital para documentar los efectos del ataque sexual y para evaluar médicamente las consecuencias del ataque. La adolescente víctima de violación a menudo tendrá lesiones de los tejidos blandos de los labios mayores y los labios menores. La horquilla vulvar y el introito pueden mostrar edema, eritema y congestión. En la adolescente virgen la penetración puede producir rasgado y laceración del anillo himeneal. Por ende, un examen cuidadoso del anillo himeneal o de sus remanentes es necesario.





### **El examen ginecológico**

En toda adolescente es importante hacer una evaluación completa de las consecuencias ginecológicas de la violación. Por lo que debe examinarse la vagina con un espejito humedecido en agua. Debe visualizarse el área vaginal en su totalidad con una buena iluminación. La mayoría de las abrasiones curan en forma espontánea, pero algunas laceraciones pueden requerir sutura.

### **El examen anal y rectal**

En el caso de que la víctima se varón, es imposible examinar el área ano-genital, buscando trauma de los tejidos blandos, el pene y el escroto. Mordeduras, hematomas, edema del escroto o del pene (edema venéreo) pueden ser el resultado de fellatio. Ocasionalmente puede haber un trauma más serio que requiera tratamiento urológico. El examen del área rectal es esencial, tanto en el varón como en la mujer. La evidencia de trauma agudo, como el sangramiento, hematoma y la hinchazón del esfínter anal pueden ser claramente visibles. Se pueden encontrar enfermedades de transmisión sexual como la clamidia y las muestras para el laboratorio se deben obtener antes de usar cualquier lubricante.

### **El examen de la mucosa oral**

- La sodomía oral rara vez deja evidencia física. Puede a veces encontrarse abrasiones en el paladar a consecuencia de sodomía oral forzada. Las enfermedades de transmisión sexual también pueden presentarse en la mucosa oral: chancro sifilítico primario, gonorrea faríngea.

## **GUÍA DE ESTUDIO No 13**

### **SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia representa un continuo desarrollo entre la infancia y la edad adulta, esta en constante búsqueda de sí mismo, de saber quien es, trata de competir con grupos de su edad, tiene gran necesidad de fantasear y de poner todas las cosas en el plano intelectual.

#### **Logros**

- El estudiante determinara la importancia de elaborar programas de fomento de la salud mental en la adolescencia.
- El estudiante propondrá alternativas para el fomento de la salud mental en el adolescente.

#### **Competencias a desarrollar**

1. Interpretativa
  - Describe la importancia de una buena salud mental en el adolescente.
2. Argumentativa
  - Construye alternativas para el fomento de la salud mental en el adolescente.
3. Propositiva
  - Utiliza talleres para el fomento de la salud mental en el adolescente.
4. Axiológica
  - Asume actitudes empáticas para el fomento de la salud mental en el adolescente.

#### **Instructivo**

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de su adolescencia (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### **Desarrollo**

1. Indague como se forma el autoestima, autoconcepto, la autoevaluación y el autorespeto en el adolescente.
2. Enumere cinco factores protectivos y cinco factores de riesgo de la autoestima.

3. Reseñe por que el adolescentes es mas vulnerable a la presión de grupo .
4. Identifique cinco valores que usted profese.
5. Consulte porque el adolescentes esta mas expuesto a ingresar al mundo de la fármacodependencia.
6. Analice cuales son los problemas sociales que deben enfrentar nuestros adolescentes.
7. Consulte a que se debe la marginalidad y como la identificaría.
8. Investigue porque se presenta el comportamiento delincuente en el adolescente.
9. Piense como abordaría usted como enfermera(o) un caso de violación o abuso sexual en el adolescente.
10. Elabore un pequeño plan para el fomento de la salud mental en el adolescente.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ANDRÉ CH, LELORD F. La autoestima. Editorial Kairós. Barcelona, 1999.
- Burns RB. El autoconcepto. Ediciones EGA. Bilbao, 1990.
- GAJA Jaumeandreu R. Bienestar, autoestima y felicidad. Plaza & Janés Editores. Barcelona, 1999.
- GARAIGORDOBIL Landazabal M. Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos. Ediciones Pirámide. Madrid, 2000.
- MELILLO A, SUÁREZ Ojeda EB (compiladores). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Ediciones Paidós Ibérica. Buenos Aires, 2001
- MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997. Bogotá. 1999.
- MINISTERIO DE SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos. Bogotá. 2000.
- MINISTERIO DE SALUD-INS. Informe Epidemiológico Nacional. Vol 3. No 1. 1998.
- MOJICA, R. Y QUINTERO M.Y. Niñez y violencia el caso de Colombia. CINDE. Bogotá. 1993.
- MUNIST M, SANTOS H, KOTLIARENCO MA, SUÁREZ OJEDA EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg y Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ed.) Washington, 1998.
- RAMÍREZ, H. Situación en salud del niño colombiano y latinoamericano. En: Correa, J. A. y cols. Fundamentos de pediatría. Tomo I. Publicaciones CIB. Medellín. 1994.
- RUIZ Lázaro PM, Ruiz Lázaro PJ. El Tiempo libre y sus posibilidades en educación para la salud. Revista Psiquiatria Infantil y Juvenil 1997; p 107-112. 126.
- SÁNCHEZ Ricardo, impacto del desplazamiento sobre la salud mental, Universitat Humanística, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de ciencias sociales. Fundación ITO, enero - junio 1999, n 47, año XXVIII. Santa fe de Bogota, D.C. Colombia, pp. 87- 101.
- SUÁREZ, G. y Hernández, W. Lesiones fatales en menores de edad. Colombia. 1996. Boletín Instituto de Medicina Legal. 2: 37-38. 1997.



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA (20-40 AÑOS)

---



Registro gráfico archivo personal



## DESARROLLO FÍSICO

### Aspectos del desarrollo físico y la salud

- El típico adulto joven está en buena condición física; las capacidades sensoriales y físicas son excelentes en general.
- Los accidentes son la principal causa de muerte en personas de 25 a 44 años, seguidos por cáncer, enfermedades cardiovasculares, suicidios, sida y homicidios.
- Factores del estilo de vida como dieta, obesidad, ejercicio, hábito de fumar y consumo o abuso de fármacos pueden afectar la salud. El alcoholismo es un problema muy importante para la salud.
- La buena salud está relacionada con altos ingresos y buena educación.
- Las mujeres tienden a vivir más que los hombres, en parte por razones biológicas pero también quizá porque ellas son más concientes de la salud.
- Las relaciones sociales, en especial el matrimonio, tienden a estar asociadas a salud mental y física.

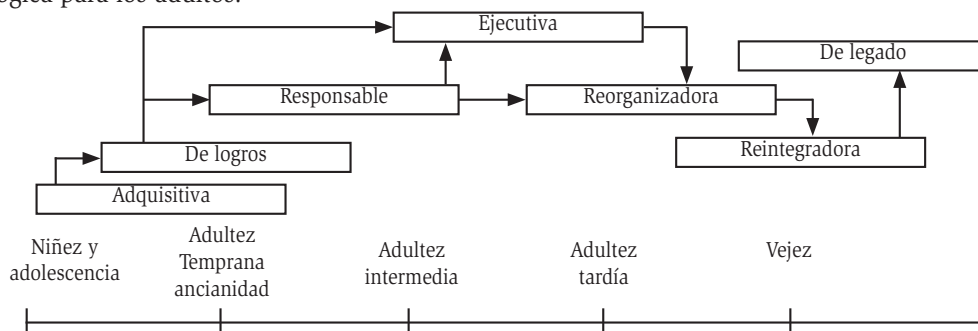
### EL SEXO Y LA REPRODUCCIÓN EN ESTA ÉPOCA DE LA VIDA

- La disfunción sexual, las enfermedades de transmisión sexual, los problemas menstruales y la infertilidad pueden ser algunas de las preocupaciones de la edad adulta temprana.
- La disfunción sexual es muy común entre las mujeres jóvenes.
- La epidemia de sida está siendo controlada en los Estados Unidos, pero la transmisión heterosexual se ha incrementado, en especial entre las mujeres de las minorías. La prueba voluntaria es un importante elemento de control de la ETS.
- Las hormonas del ciclo menstrual tienen efectos protectores pero también pueden causar problemas de salud, en especial el síndrome premenstrual.
- La causa más común de infertilidad en los hombres es la baja cantidad de espermatozoides; la causa más común en las mujeres es el bloqueo de las trompas de Falopio. En la actualidad, las parejas infértiles tienen varias opciones de reproducción asistida, pero estas técnicas pueden implicar aspectos prácticos y éticos complejos.

## DESARROLLO COGNITIVO

### Perspectivas en la cognición adulta

- Algunos investigadores proponen una etapa de cognición adulta distintiva que va más allá de las operaciones formales, llamada pensamiento posformal (que es un tipo de pensamiento maduro basado en la experiencia subjetiva, la intuición y la lógica; es útil para enfrentar la ambigüedad, la incertidumbre, la incoherencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso). En general, se aplica a relaciones sociales e implica a la capacidad de moverse entre el razonamiento abstracto y las consideraciones prácticas, conciencia de que los problemas pueden tener múltiples causas y soluciones, pragmatismo al elegir soluciones y conciencia del conflicto inherente.
- Schaie propuso siete etapas del desarrollo cognitivo relacionadas con la edad, basado en los papeles sociales y los objetivos de aprendizaje: etapa adquisitiva (niñez y adolescencia), etapa de logros (edad adulta temprana), etapa responsable y etapa ejecutiva (edad adulta intermedia) y etapas reorganizadora, reintegradora y de legado (edad adulta tardía). Este modelo sugiere la necesidad de desarrollar nuevos tipos de pruebas de inteligencia que tengan validez ecológica para los adultos.



**Etapas adquisitiva:** Primera de las siete etapas cognitivas de Schaie, en la cual los niños y los adolescentes aprenden información y habilidades que les serán de utilidad o preparación para participar en sociedad.

**Etapas de logros:** Segunda de las siete etapas, en la que los adultos jóvenes (18 a 21 años y los 30) emplean el conocimiento para ganar competencia e independencia.

**Etapas responsable:** Tercera etapa, en la cual las personas de edad mediana (30 a 60 años) están preocupadas por metas a largo plazo y problemas prácticos relacionados con su responsabilidad frente a los demás.

**Etapas ejecutiva:** Cuarta etapa, en la que las personas de edad mediana (30 a 40 años) responsables y de logros de los sistemas de la sociedad enfrentan relaciones complejas en varios niveles.

**Etapas Reorganizadora:** Quinta etapa (fin de la edad adulta intermedia, comienzo de la edad adulta tardía) Las personas que se jubilan reorganizan sus vidas y las energías intelectuales alrededor de las actividades significativas no relacionadas con el trabajo.

**Etapas reintegradora:** Sexta etapa (edad adulta tardía) En la cual los adultos mayores enfocan sus limitadas energías en tareas significativas para ellos.

**Etapas de legado:** Séptima etapa (vejez avanzada), en la cual las personas muy ancianas se preparan para morir, registran las historias de sus vidas, distribuyen sus bienes.

- Según la Teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg, los elementos experienciales (creativos) y los contextuales (prácticos) son especialmente importantes durante la edad adulta. Las pruebas que miden el conocimiento tácito, un aspecto de la inteligencia práctica, son complementos útiles a las pruebas de inteligencia tradicionales.
- La inteligencia emocional puede cumplir un papel importante en el comportamiento inteligente y el éxito en la vida. No obstante, la inteligencia emocional como constructo distinto es controversial y difícil de medir.

## DESARROLLO MORAL

- Según Lawrence Kohlberg, el desarrollo moral en la edad adulta depende principalmente de la experiencia, aunque no puede exceder los límites establecidos por el desarrollo cognitivo. La experiencia puede interpretarse de manera diferente en varios contextos culturales.
- Kohlberg, poco antes de su muerte, propuso una séptima etapa de desarrollo moral que implica abordar los temas morales desde una perspectiva cósmica. Esta etapa es semejante a la etapa de fe más elevada propuesta por James Fowler.
- Carol Gilligan inicialmente planteó que las mujeres tenían preocupaciones y perspectivas morales que no estaban comprendidas en la teoría y en la investigación de Kohlberg. Sin embargo, la investigación posterior (incluida la suya propia) no encontró diferencia alguna en el desarrollo moral de hombres y mujeres.

## EDUCACIÓN Y TRABAJO

- Dependiendo de su campo de estudio, los estudiantes universitarios con frecuencia muestran tipos específicos de progreso en la capacidad de razonamiento.
- Según Perry, el pensamiento de los estudiantes universitarios tiende a desarrollarse de la rigidez a la flexibilidad y a la elección libre de compromisos.
- La investigación ha encontrado una relación entre complejidad sustantiva del trabajo y crecimiento cognitivo. Según la hipótesis de rebose, las personas que realizan trabajos más complejos tienden a comprometerse en actividades de tiempo libre intelectualmente más exigentes.

## EL DESEMPEÑO LABORAL Y EN LAS ACTITUDES HACIA EL TRABAJO

- En general, el desempeño laboral mejora con la edad y la experiencia; sin embargo, los trabajadores más jóvenes quizá se desempeñan mejor en trabajos que requieren respuestas rápidas. Los trabajadores más jóvenes tienden a estar menos comprometidos con sus trabajos actuales que los trabajadores mayores.

### La educación continuada de los adultos

- La educación en el sitio de trabajo puede ayudar a los adultos a desarrollar habilidades básicas del trabajo, de las cuales muchos carecen.
- Los adultos que tienen pocas habilidades de alfabetización están en gran desventaja en la economía moderna. En los países desarrollados, la alfabetización está directamente asociada al estatus y el ingreso ocupacionales. En los países en desarrollo, el analfabetismo es más común entre las mujeres que entre los hombres.

### El género y los factores étnicos en los logros educativos y profesionales

- A pesar de las leyes de igualdad de oportunidades y el progreso en los logros educativos de afroamericanos e hispanoamericanos, todavía es muy probable que estén desempleados y tiendan a ganar menos que los estadounidenses blancos. El sitio de trabajo variable presenta retos especiales para los adultos que carecen de educación superior.
- Aunque más mujeres que hombres van en la actualidad a la universidad, los campos que hombres y mujeres escogen para estudiar difieren radicalmente. Sin embargo, un creciente número de mujeres cursan carreras en campos tradicionalmente dominados por los varones, y están ocupando puestos gerenciales y profesionales.
- En todo el mundo, las mujeres tienden a ganar menos que los hombres y a realizar trabajo de menor estatus y menor remuneración.

### DESARROLLO PSICOSOCIAL: CUATRO ENFOQUES

- Si la personalidad cambia y como cambia durante la edad adulta es un tema de estudio importante entre los teóricos del desarrollo. Los modelos del rasgo, los modelos tipológicos, los modelos de crisis normativa y los modelos de ocurrencia oportuna de eventos ofrecen cuatro enfoques importantes sobre la personalidad adulta.
- El modelo e los cinco factores de Costa y McCrae esta organizado alrededor de cinco grupos de rasgos relacionados: neurosis, extraversión, apertura a experiencias, rectitud y afabilidad. Los estudios descubren que las personas cambian muy poco en estos factores después de los 30 años.
- La investigación tipológica, iniciada por Jack Block, ha identificado por tipos de personalidad que difieren en capacidad de adaptación y capacidad de control. Estos tipos parecen permanecer desde la niñez hasta la edad adulta.
- Los modelos de crisis normativa sostienen que los cambios emocionales y sociales relacionados con la edad surgen en periodos sucesivos marcados por crisis. En la teoría de Erikson, la crisis de la edad adulta temprana es la **intimidad frente al aislamiento**. En la teoría de Levinson, las transiciones o crisis conducen a replantear o modificar la estructura vital. En el Grant Study, los mecanismos de adaptación maduros se asociaron a mayor bienestar.
- El modelo de ocurrencia oportuna de eventos, defendido por Neugarten, propone que el desarrollo psicosocial del adulto esta influenciado por la ocurrencia oportuna de eventos vitales normativo. Sin embargo, a medida que la sociedad es menos consciente de la edad, este reloj social tiene menos sentido.
- Recientemente se ha hecho intentos por sintetizar varios de los enfoques sobre el desarrollo psicosocial adulto.

### BASES DE LAS RELACIONES ÍNTIMAS (SEXUALIDAD)

- La autorrevelación y un sentido de pertenencia son importantes aspectos de la intimidad. Las relaciones íntimas se asocian con la salud mental y física.
- La mayoría de los adultos jóvenes tienen amigos, aunque cada vez es aun más limitado el tiempo que les dedican. Las amistades de las mujeres tienden a ser más íntimas que la de los hombres.
- Según la teoría triangular del amor de Sternberg, este sentimiento consta de tres aspectos: intimidad, pasión y compromiso, los cuales se combinan en ocho tipos de relaciones amorosas.
- Las personas tienden a elegir compañeros semejantes a ellos. Según la psicología evolutiva, hombres y mujeres escogen compañeros que probablemente les ayude a perpetuar su legado genético.
- Aunque las actividades hacia las relaciones sexuales prematrimoniales se han liberalizado mucho, la desaprobación de la homosexualidad y las relaciones sexuales extramatrimoniales todavía están muy arraigadas.

### ESTILOS DE VIDA MATRIMONIAL Y NO MATRIMONIAL

- En la actualidad, muchos adultos posponen el matrimonio o nunca se casan. Las razones para permanecer soltero incluyen oportunidades de estudiar una carrera, viajar, libertad sexual y de estilo de vida, deseo de

autorrealizarse, autosuficiencia de las mujeres, poca presión social para casarse, temor al divorcio y dificultad para hallar un compañero adecuado.

### **RELACIONES GAY Y LESBIANAS**

Para los homosexuales, el proceso de revelación puede durar hasta la edad adulta, y la apertura completa hacia su orientación sexual puede no lograrse nunca. Hombres y mujeres homosexuales establecen relaciones románticas y sexuales duraderas. En los Estados Unidos, los homosexuales luchan por el derecho a contraer matrimonio.

### **LA UNIÓN LIBRE**

La unión libre es muy común y es la norma de muchos países. La unión libre puede ser un "ensayo de matrimonio" o una manera de relación íntima de parejas que no están listas para contraer matrimonio. Las parejas que cohabitan antes de contraer matrimonio tienden a tener matrimonios poco estables.

### **EL MATRIMONIO**

- El matrimonio (en sus diversas formas) es universal y satisface necesidades básicas económicas, emocionales, sexuales, sociales y de crianza.
- La selección de un compañero y la edad para contraer matrimonio varían según las diversas culturas. En los países industrializados, las personas tardan más en contraer matrimonio que las generaciones pasadas.
- La frecuencia de las relaciones sexuales en el matrimonio disminuyen con la edad y la pérdida de la novedad. Menos personas parecen tener relaciones sexuales extramatrimoniales que en el pasado.
- El éxito del matrimonio puede depender de la fuerza del compromiso y los patrones de interacción establecidos en la edad adulta temprana. En el matrimonio, la edad es un predictor importante de si el matrimonio durará. La capacidad para enfrentar dificultades económicas, compatibilidad, apoyo emocional y expectativa diferente de hombres y mujeres pueden ser factores importantes.

### **VIDA FAMILIAR**

- Los patrones familiares varían en las diversas culturas y han cambiado mucho en las sociedades occidentales. En la actualidad las mujeres, en especial las que tienen mejor educación, tienen muchos niños y dan a luz a una edad mayor.
- Los hombres tienden a desear hijos más que las mujeres, pero habitualmente los padres se involucran menos que las madres en la crianza de los hijos.
- Es característico que la satisfacción matrimonial disminuya durante los años de crianza. Las expectativas de compartir tareas pueden contribuir al deterioro del matrimonio o a su mejoramiento.

### **PAREJAS SIN HIJOS**

Cada vez más parejas permanecen sin hijos por decisión propia. Entre las razones para que se presente esta situación están el deseo de concentrarse en la carrera o el estilo de vida adulto, tener mayor intimidad matrimonial, sentimientos de no estar preparados para la paternidad o no estar dispuestos a asumir otra carga financiera.

### **LAS PAREJAS QUE TIENEN DOBLE INGRESO Y LOS CONFLICTOS DEL ROL**

- El estrés producido por el estilo de vida de las parejas de doble ingreso afecta por igual a mujeres y hombres, aunque puede afectarlos de diferentes maneras.
- En la mayoría de los casos, las cargas del estilo de vida de las parejas de doble ingreso recaen más pesadamente en la mujer. Si la división desigual del trabajo contribuye a la tensión matrimonial, puede ser producto de cómo perciben sus papeles los cónyuges.
- La política de establecer sitios de trabajos amistosos y familiares puede ayudar a aliviar el estrés en las familias de doble ingreso.

### **CUANDO EL MATRIMONIO TERMINA**

- Los Estados Unidos tienen una de las tasas de divorcio más elevadas en el mundo. Entre las razones para que aumente el divorcio están la mayor independencia financiera de las mujeres, el rechazo a exponer los hijos a los conflictos de los padres y la mayor "probabilidad" de divorcio. En general, el divorcio implica un periodo de ajuste doloroso.





- El ajuste puede depender de cómo se maneje el divorcio, los sentimientos de las personas sobre sí mismos y sus antiguos esposos, la desvinculación emocional del antiguo cónyuge, el apoyo social y los recursos personales.
- La mayoría de las personas divorciadas vuelven a contraer matrimonio, pero los nuevos matrimonios tienden a ser menos estables que los primeros.
- En las familias recompuestas las madrastras, que en general están más involucradas que los padrastros en la crianza de los hijastros, tienden a tener más dificultades con su nueva condición.

## GUIA DE ESTUDIO N° 14

### DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA (20-40 años)

Durante esta etapa, el potencial de intimidad y aislamiento es de gran importancia. El alcanzar el éxito en las tareas previas del desarrollo conduce a la madurez adulta. Un adulto joven disfruta de recompensas por los logros obtenidos y del lugar que le reconoce la sociedad.

#### Logros

Se capacitará a los estudiantes para que identifique la edad adulta temprana según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del adulto temprano (20 -40 años).
2. Argumentativa
  - Explica las diferentes enfoques sobre la personalidad del adulto temprano
  - Plantea posiciones personales acerca de la amistad, sexualidad y el amor.
3. Propositiva
  - Plantea posiciones personales acerca del divorcio en el adulto temprano.
4. Axiológica
  - Establece diálogos y participa con ideas claras y con fundamento científico acerca de esta etapa evolutiva.

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.
- c. Entregue al docente un ensayo acerca del adulto temprano (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

#### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en el adulto temprano
2. Consulte acerca de los diferentes enfoques sobre la personalidad del adulto temprano
3. Reseñe sobre la importancia de la amistad, sexualidad y el amor en esta etapa.
4. Investigue sobre las causas y consecuencias del divorcio en esta etapa.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- CARRETERO, M. Palacios, J. Marchesi, A. Psicología Evolutiva. Tomo 3. Adolescencia, Madurez y Senectud. Compilación. Editorial Alianza – Psicología. Madrid. 1986 155.5 p974v3 e1
- ECHEVERRY, A. Ligia. Familia y Vejez: Realidad y Perspectiva en Colombia. Tercer Mundo Editores. Santa Fé de Bogotá. 1994
- PIAGET Jean y KOHLBERG Lawrence. en: PÉREZ-DELGADO, E./ GARCÍA-ROS, R. (eds.), La psicología del desarrollo moral. Siglo XXI. Madrid, 1991, pp. 51-70.
- KOHLBERG. Lawrence Psicología y psicología moral en la actualidad. en: Revista de Historia de la Psicología. Vol. IX 1988, pp. 173-209.
- KRIEGER, Nancy. Glosario de epidemiología social. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.



- MUÑOZ M. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Demus 1997.
- PROFAMILIA - Encuesta Nacional de Demografía y salud. 1995
- PALACIOS, Jesús. (Compilador). Psicología del Desarrollo: Teorías y Métodos. Alianza Editorial. España 1984 155.401P974 V1 e3
- PAPALIA D, Olds S. Desarrollo humano. 4ª ed. McGraw-Hill, Interamericana S.A. 1992, pp: 411-13.
- PÉREZ, P. Miguel. Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo: Un enfoque histórico crítico. Editorial Alianza. España. 1995. 155.P438n el General
- RICE, Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Prentice Hall Hispanoamericana. 1997. 155R495d e1,
- SCHAE, K W.: Psicología de la edad adulta y vejez. Prentice-hall, Madrid, 2003.
- MINISTERIO DE SALUD Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1997, , 1999.
- UMAÑA E. y cols. Situación de la Juventud del País, Universidad Nacional de Colombia, 1995.



# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA (40-65 AÑOS)

---



Registro gráfico archivo personal



# GENERALIDADES

## Edad adulta intermedia: un constructo cultural

- El concepto de edad adulta intermedia es un constructo social que se puso en marcha debido a que el alargamiento de la vida condujo al desempeño de nuevos papeles en la adultez intermedia.
- La duración de la edad adulta intermedia puede definirse cronológica, contextual o biológicamente.
- La mayoría de las personas de edad madura está en buena condición física, cognitiva y emocional, tiene grandes responsabilidades y múltiples papeles y se siente competente para manejarlos.
- La edad adulta intermedia es una época para ver lo que se ha hecho y tomar decisiones sobre los años por venir.

## DESARROLLO FÍSICO

### Cambios físicos

- Aunque algunos cambios fisiológicos son productos del envejecimiento y la constitución genética, el comportamiento y el estilo de vida pueden afectar la época en que éstos aparecen y su alcance.
- La mayoría de personas de edad adulta intermedia compensa bien las disminuciones leves y graduales de la capacidad sensorial y psicomotriz, incluidas enfermedades relacionadas con la edad como presbicia y presbiacusia, incrementos en la miopía y pérdida de resistencia debido al funcionamiento más lento del metabolismo basal. Las pérdidas de la densidad ósea y la capacidad vital son normales.
- En promedio, la menopausia ocurre a los 51 años, después de los cambios fisiológicos de la perimenopausia. Las actitudes hacia la menopausia y los síntomas experimentados pueden depender de las características personales, las experiencias vividas y las actitudes culturales.
- Aunque los hombres pueden procrear hasta edades muy avanzadas, muchos hombres de edad adulta intermedia experimentan disminución de la fertilidad y la frecuencia del orgasmo, e incremento de la disfunción eréctil.
- La actividad sexual disminuye sólo ligera y gradualmente; la calidad de las relaciones sexuales puede mejorar.
- El "doble criterio de envejecimiento" conduce a que las mujeres parezcan menos deseables a medida que pierden su apariencia juvenil. Ambos sexos experimentan el aumento de la ansiedad por el envejecimiento en una sociedad que da mucha importancia a la juventud.

### Salud

- La mayoría de las personas de edad adulta intermedia son saludables y no tienen limitaciones funcionales.
- La hipertensión es un problema de salud importante que comienza en la edad adulta intermedia. El sida tiende a ser más severo en personas mayores debido al debilitamiento del sistema inmune.
- Los bajos ingresos se asocian a deficiencias de salud. Las tasas de mortalidad son más elevadas para los hombres que para las mujeres, y más elevadas para las personas negras que para las personas blancas.
- En la época de la posmenopausia, las mujeres son más susceptibles a enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, y pueden recibir terapia de reemplazo hormonal o un tratamiento alternativo.
- Los riesgos elevados que corre la salud de los afroamericanos quizá se deban a una combinación de factores hereditarios, de estilo de vida, pobreza y estrés causados por prejuicios raciales.
- La dieta, el consumo de alcohol y el tabaquismo afectan la salud actual y futura.
- El estrés está relacionado con una variedad de problemas físicos y Psicológicos. La acumulación diaria de factores leves de estrés puede ser más nociva que los cambios importantes de la vida.
- Entre las causas del estrés ocupacional se incluyen la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales, el acoso sexual y una combinación de presión arterial alta y bajo control. El estrés continuo puede conducir al agotamiento.
- El desempleo produce estrés. Los efectos físicos y psicológicos pueden depender de los recursos para enfrentarlo.

## DESARROLLO COGNITIVO

### Medición de las habilidades cognitivas en la edad adulta intermedia

El estudio longitudinal de Seattle reveló que las capacidades mentales básicas alcanzan el máximo durante la edad adulta intermedia. La inteligencia fluida disminuye más temprano que la inteligencia cristalizada.



### Características distintivas de la cognición adulta

- Algunos partidarios de la teoría del desarrollo sostienen que la cognición asume formas particulares en la edad adulta intermedia. Según Hoyer y sus colegas, la experiencia o conocimiento especializado se explica por el encapsulamiento de habilidades fluidas en el campo elegido por una persona.
- El pensamiento posformal parece especialmente útil en situaciones que exigen pensamiento integrador.
- La capacidad de resolver problemas prácticos es grande, y puede alcanzar el máximo durante la edad adulta intermedia.

### Creatividad

- El desempeño creativo depende de los atributos personales y las fuerzas ambientales, así como de las habilidades cognitivas.
- Según Sternberg, la perspicacia y los aspectos analíticos y prácticos de la inteligencia cumplen un papel importante en el desempeño creativo.
- En las pruebas psicométricas de pensamiento divergente y rendimiento creativo real aparece una disminución relacionada con la edad, pero las edades máximas para lograr el rendimiento varían según la ocupación.

### Trabajo y educación

- En la actualidad, los papeles diferenciados por la edad están siendo reemplazados por papeles integrados por la edad en respuesta al alargamiento del ciclo vital y los cambios sociales.
- Las primeras teorías de desarrollo profesional, como las de Super, describen una progresión de etapas a lo largo de un único camino. La Teoría de Ginzberg, basada en los más recientes cambios de la vida laboral, describe dos trayectorias profesionales básicas: estabilidad y cambio.
- El trabajo complejo ayuda a mantener el funcionamiento cognitivo. Los cambios en el lugar de trabajo pueden convertir el trabajo en una actividad significativa y exigente para muchas personas desde el punto de vista cognitivo.

### La educación para los aprendices maduros

- Muchos adultos van a la universidad a una edad no tradicional o participan en educación continuada a través de clases regulares o educación a distancia. Los adultos van a la escuela a mejorar las habilidades relacionadas con el trabajo y el conocimiento o prepararse para cambiar de carrera.
- Muchas instituciones educativas no están estructuradas para satisfacer las necesidades de los adultos maduros.

## DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA

- Los científicos partidarios del desarrollo ven con objetividad el desarrollo psicosocial de la edad adulta intermedia en términos de trayectoria o camino y, subjetivamente, en términos del sentido que las personas tienen de sí mismas y la manera de construir sus vidas.

### Cambios en la edad adulta intermedia: enfoques teóricos clásicos

- Aunque algunos teóricos como Freud, Costa y McCrae sostienen que la esencia de la personalidad está formada para la época de la edad adulta intermedia, existe un consenso creciente de que, en esta edad, el desarrollo muestra tantos cambios como estabilidad.
- Carl Jung sostuvo que, en la edad adulta intermedia, hombres y mujeres experimentan un proceso de individualización que les permite expresar aspectos de la personalidad antes reprimidos. Dos tareas necesarias son dejar a un lado la imagen juvenil y reconocer el carácter mortal del ser humano, lo cual indica retrospectión y cuestionamiento, o lo que Neugarten llamó interioridad.
- La séptima crisis psicosocial de Erikson es la **generatividad frente a estancamiento**. La generatividad puede expresarse a través de la crianza de los padres y la crianza de los abuelos, la enseñanza o la acción de un mentor, la productividad o creatividad y "autogeneración" o autodesarrollo. La "virtud" de este periodo es el cuidado.
- Vaillant y Levinson encuentran cambios importantes durante la edad adulta intermedia en la vida de los hombres. De cierta manera, estos descubrimientos son ecos de las teorías de Jung y Erikson.

- A pesar de la mayor fluidez del ciclo de vida actual, las personas todavía tienden a utilizar el "reloj social" para esperar y evaluar eventos importantes de su vida.

### **El yo en la edad adulta intermedia: aspectos y temas**

- Los aspectos y temas psicosociales clave durante esta edad están relacionados con la crisis de la edad adulta intermedia o crisis de los 40, el desarrollo de la identidad, el bienestar psicológico y la identidad de género.
- La investigación no apoya la existencia de una crisis normativa de la edad adulta intermedia. Es más preciso referirse a una transición que con frecuencia involucra la revisión en la edad adulta intermedia.
- Según el modelo de desarrollo de la identidad de Whitbourne, las personas confirman o revisan sus autoconcepciones a través de la asimilación de la identidad o acomodación de la identidad. El estilo de identidad puede predecir la adaptación al comienzo del envejecimiento.
- Según la psicología narrativa, el desarrollo de la identidad es un proceso continuo de construcción de una historia de vida.
- La generatividad se relaciona con el bienestar psicológico en la edad adulta intermedia.
- La investigación basada en el modelo de Ryff ha descubierto que la edad adulta intermedia es generalmente un periodo de salud y bienestar mental positivos.
- Mucha de la investigación señala que, para las mujeres, tener 50 años es estar en la "flor de la vida".

### **El desarrollo masculino y el femenino durante la edad adulta intermedia**

La investigación ha descubierto una creciente "masculinización" de las mujeres y "feminización" de los hombres en la edad adulta intermedia, pero esto puede ser un efecto de cohorte y puede reflejar los tipos de medidas utilizadas. En general, la investigación no apoya la inversión de papeles de género propuesto por Gutmann.

### **Cambios en las relaciones durante la edad adulta intermedia**

- La importancia variable de las relaciones han sido estudiadas por la teoría de la caravana social de Kahn y Antonucci y la teoría de selectividad socioemocional de Laura Carstensen. Según estas teorías, el apoyo socioemocional es un elemento importante en la interacción social durante la edad adulta intermedia y después.
- Las relaciones en la edad adulta intermedia son importantes para la salud mental y física, aunque también pueden representar exigencias estresantes.

### **Relaciones consensuales**

La investigación sobre la calidad del matrimonio indica una caída en la satisfacción matrimonial durante los años de crianza de los hijos, seguida por un mejoramiento de la relación cuando ellos abandonan el hogar.

### **El divorcio en esta época de la vida**

El divorcio en la edad adulta intermedia es poco frecuente, quizás debido en parte a la acumulación de capital matrimonial. Sin embargo, el divorcio en la edad adulta intermedia está incrementándose. La condición socioeconómica, así como la ocurrencia y efectos del nido vacío, desempeñan un papel importante.

### **Relaciones gay y lesbianas**

- Debido a que muchos homosexuales tardan en reconocer su situación, con frecuencia establecen sus relaciones en la edad adulta intermedia.
- Las parejas gay y lesbianas tienden a ser más igualitarias que las parejas heterosexuales, pero experimentan problemas semejantes para equilibrar sus compromisos familiares y profesionales.

### **Las amistades durante la edad adulta intermedia**

Las personas de edad madura tienden a dedicar menos tiempo y energía a las amistades que los jóvenes adultos, pero dependen de los amigos para el apoyo emocional y la vida práctica.

### **Relaciones con hijos en proceso de llegar a la madurez**

- Los padres de adolescentes tienen que adaptarse a la pérdida de control sobre la vida de sus hijos.
- Con frecuencia, los años siguientes a la partida de los hijos se cuentan entre los más felices. Sin embargo, el

"vaciamiento del nido" puede ser estresante para los padres que no se han involucrado en la crianza de los hijos, las madres que no se han preparado para el acontecimiento y para los padres cuyos hijos no son independientes cuando lo esperaban.

- En la actualidad, muchos adultos jóvenes retornan a vivir con sus padres (síndrome de regreso al hogar o de la puerta giratoria). Esta situación es menos tensa si los padres ven que el hijo adulto busca la autonomía.
- Los padres de edad adulta intermedia tienden a permanecer comprometidos con los hijos adultos y la mayoría se pone feliz cuando los hijos retornan. Los conflictos pueden surgir ante la necesidad de tratar a los hijos crecidos como adultos y la preocupación continua de los padres por ellos.

### Otros vínculos de parentesco

- Las relaciones entre personas de edad adulta intermedia y sus padres se caracterizan generalmente por un fuerte vínculo afectivo. Las dos generaciones mantienen contacto frecuente y ofrecen y reciben asistencia.
- A medida que la vida se alarga, cada vez más padres ancianos dependen de sus hijos de edad adulta intermedia. La aceptación de estas necesidades de dependencia es marco de la madurez filial y puede ser el resultado de una crisis filial. Las oportunidades de ser el cuidador de un padre anciano se incrementan, en especial para las mujeres, a medida que aumenta el índice de apoyo al padre en la sociedad. Cuidar a los padres ancianos puede ser una fuente considerable de estrés para la generación sándwich, en parte porque no lo previeron. El apoyo de programas comunitarios puede ayudar a evitar el agotamiento del cuidador.
- La mayoría de las personas de edad adulta intermedia permanecen en contacto con los hermanos, y las relaciones fraternales son importantes para el bienestar.

### El papel de los abuelos

- Aunque en la actualidad la mayoría de los abuelos estadounidenses están menos involucrados en la vida de los nietos que en el pasado, con frecuencia cumplen un papel importante.
- El divorcio y el nuevo matrimonio de un hijo adulto pueden afectar las relaciones abuelo-nieto y crear nuevos papeles de abuelastos.
- Un creciente número de niños está a cargo de parientes. Para los abuelos, criar a los nietos puede crear tensiones físicas, emocionales y financieras.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 15

### DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA (40-65 AÑOS)

Durante esta etapa, puede realizar un trabajo productivo, dar y recibir amor y estimación, conservar un autocontrol del comportamiento en la sociedad. Guiar a la generación siguiente se vuelve el foco de atención. En esta etapa su preocupación gira alrededor de los cambios que experimenta el adulto (físico y psicológico), del éxito que puedan lograr sus hijos y del bienestar de sus padres de edad avanzada.

#### Logros

Se capacitará a los estudiantes para que identifique la edad adulta intermedia según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del adulto intermedio (40-65 años).
2. Argumentativa
  - Explica a que hace referencia la teoría de la selectividad socioemocional.
  - Plantea explicaciones acerca de la diferencia de la inteligencia fluida, la cristalizada y el encapsulamiento que se da en esta etapa evolutiva.
3. Propositiva
  - Plantea posiciones personales acerca del papel de los abuelos.
4. Axiológica
  - Establece diálogos y participa con ideas claras y con fundamento científico acerca de esta etapa evolutiva.



### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca del adulto intermedio (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en el adulto temprano
2. Consulte acerca de la teoría de la selectividad socioemocional.
3. Reseñe la diferencia que hay entre inteligencia fluida, cristalizada y el encapsulamiento
4. Cual cree usted es el papel de los abuelos

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUELA- Casal, Gualberto. CABALLO, Vicente. SIERRA, Juan Carlos, 1996. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Siglo veintiuno editores, España.
- BUENDIA Vidal, José, 1993. Estrés y psicopatología. Ediciones Pirámide, España.
- DULCEY – RUIZ y col. Envejecimiento: Experiencias y Perspectivas. Simposio AIG sobre el Envejecimiento. 1995. Editorial AIG. Santa Fé de Bogotá. 1996.
- DURAVIA, Luis. La Dimensión Psicoafectiva de la Personalidad. Indo-American Press Service-Editores. Colección Experiencias No. 92. Bogotá. 1989 .
- ECHEVERRY, A. Ligia. Familia y Vejez: Realidad y Perspectiva en Colombia. Tercer Mundo Editores. Santa Fé de Bogotá. 1994 .
- FREUD, S.: (1921) Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- HOFFMAN, Lois y Otros. Psicología del Desarrollo Hoy. Volumen 2. Editorial McGraw-Hill. Sexta Edición. Madrid. 1986 .
- KALISH, Richard. LA Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. Ediciones Pirámide. Madrid. 1983
- KOHLBERG. Lawrence Psicología y psicología moral en la actualidad. en: Revista de Historia de la Psicología. Vol. IX 1988, pp. 173-209.
- MINISTERIO DE SALUD Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1997, Bogota, 1999.
- MISHARA, B. L. Y Riedel, R. G. El Proceso de Envejecimiento. Ediciones Morata. Madrid. 1986.-
- SLUPICK, R. Contraception cap. 18, en Pediatric and Adolescent Gynecology, Saunders, 1994.
- ERIKSON Erik, La Aduldez, Fondo de Cultura Económica 1978, México
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. Psychological Review, 93, 2, 119-136.
- Sternberg, R. J. 1988. El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso. México: Paidós.
- PAPALIA D, Olds S. Desarrollo humano. 4ª ed. McGraw-Hill, Interamericana S.A. 1992, pp: 411-13.





# SALUD MENTAL EN EL ADULTO DE 20 A 65 AÑOS

---



Registro gráfico archivo personal



## FOMENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL ADULTO

La etapa del adulto se caracteriza por estar dividida en dos: la del adulto joven o temprano va de los 20 a 40 años que es el acople a la vida adulta a la cual se pasa sin mayores cambios, la persona no es consciente de esta etapa. En esta etapa se acentúan muchos riesgos a los cuales fuimos sometidos en la niñez y en la adolescencia, creando estilos de vida que en un momento dado pueden afectar nuestra estabilidad emocional. Aquí el interés va concentrándose en la actividad sexual y aparece el compromiso formal y el matrimonio, la relación se legitima y regulariza. Esta época se centra en función de su universo cultural y social.

La segunda edad adulta intermedia va de 40 a 65 años y el énfasis es la relación familiar y social disminuyendo el interés sexual de la pareja lo que compensa con la aceptación de los papeles de esposa-madre y esposo padre. La promoción de la salud mental en esta etapa se entiende como el apoyo sistemáticamente orientado a incrementar el bienestar del individuo, de la familia y de la sociedad a través del mejoramiento de la calidad de vida sin olvidar el fomento de las redes de apoyo social.

Entre los factores que mayor influencia tienen sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas, se encuentra la permisividad social frente al uso del tabaco y del alcohol; la observación repetida de la conducta del adulto por parte del niño, la curiosidad de experimentar los efectos físicos provocados por estas sustancias favorece su empleo masivo. Los anuncios publicitarios de estos productos, se caracterizan por ser estimulantes y llamativos, con fotografías, dibujos e imágenes donde se manipulan símbolos como el sexo, la familia, la alegría, las diversiones, la belleza, la libertad.

Los mensajes están cuidadosamente dirigidos a atraer a grupos poblacionales muy particulares; jóvenes de 12 a 18 años de edad, porque las industrias saben que si una persona no fuma o no ingiere alcohol antes de los 21 años, existen ciertas probabilidades de que nunca vaya a comenzar a fumar o a ingerir bebidas alcohólicas. A través de mensajes sutiles que juegan con las emociones y deseos del consumidor, se crea un mundo de estereotipos y de imágenes distorsionadas que llevan a falsas expectativas e ideales imposibles de lograr, produciendo muchas veces una cadena de interminables frustraciones.

## LA MUJER EN LA SOCIEDAD

Durante las últimas décadas, las mujeres colombianas han sido protagonistas de profundas transformaciones en la vida nacional. La conquista de la igualdad jurídica y el uso de los métodos de control natal con la consecuente transición demográfica que se expresa en la reducción acelerada de las tasas de natalidad son dos ejemplos: Su mayor participación en el sistema educativo formal, su vinculación masiva al mundo del trabajo remunerado, han contribuido a la modificación de la situación de la mujer en la vida social y familiar.

Esta revolución silenciosa ha generado cambios en sus costumbres, formas de vida, hábitos y comportamientos, en las funciones esperadas de ellas, en sus aspiraciones y expectativas. La transformación de la vida de las mujeres ha sido un proceso complejo en donde se confunden propuestas de vida que reafirman la autonomía, la independencia, el protagonismo femenino y la persistencia de formas tradicionales, fuertemente arraigadas en la cultura que sujetan a las mujeres a usos discriminados lesivos a su condición humana, su vida, su sexualidad o su cuerpo.

Las formas de enfermar y de morir, la esperanza de vida, la prestación de servicios de salud también han presentado significativas modificaciones. Algunas enfermedades ceden su paso a otras; aparecen nuevos riesgos, problemas diferentes con la consiguiente sobrecarga de estrés y fatiga que hacen impacto en la calidad de vida y salud de las mujeres. Uno de estos problemas es lo que tiene que ver con la salud mental de las mujeres y muy particularmente con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Según consta en el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por el Ministerio de salud en 1993, el alcohol es la sustancia de mayor consumo en el país: 416 mujeres de cada mil consumen bebidas

alcohólicas; en segundo lugar aparece el cigarrillo, 222 mujeres de cada mil fuman cigarrillo. En tercer lugar aparecen los tranquilizantes con una frecuencia de 74 por cada mil mujeres que utilizan estas sustancias.

Cifras como estas nos confirman, como día tras día, aumentan más el número de mujeres afectadas por traumas físicos, psicológicos y sociales producidos por el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que se reflejan negativamente en su familia y en la sociedad, estableciéndose así la necesidad de educar a la mujer sobre aquellas situaciones que la hacen más propensa a crear dependencia del alcohol y demás sustancias psicoactivas.

## **FACTORES QUE PUEDEN SER PREDISONENTES EN LA MUJER PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **Factores emocionales**

- Continuos conflictos de pareja o separación definitiva
- La sensación de soledad y la crisis de identidad que se presenta cuando los hijos crecen y se hacen independientes.
- La angustia, la depresión producida por tener que asumir funciones que no le permiten establecer por largos periodos de tiempo, una relación de intercambio con el mundo exterior.
- El uso inadecuado del tiempo libre
- La insatisfacción en sus relaciones sexuales.

### **Factores económicos o sociales**

- La falta de posibilidades para estudiar o trabajar.
- La resistencia del esposo para que la mujer trabaje fuera del hogar
- La doble jornada laboral al participar la mujer en actividades productivas y profesionales sin abandonar las tareas domésticas.
- El temor de perder vínculos con los grupos de amigos donde es frecuente el consumo de alcohol y/o demás drogas.
- La vinculación con expendedores de drogas o narcotraficantes.
- La falta de información sobre los daños que el consumo de drogas produce en el organismo.

### **Mujeres que abusan de sustancias psicoactivas**

Nuestra sociedad no tolera el uso de SPA en las mujeres, mucho menos si son solteras o menores. Hoy se reconoce cada vez más el uso de drogas entre mujeres adolescentes el cual esta aumentando.

Los estudios que comparan consumo de alcohol y otras drogas indican que el hombre es mayor consumidor de alcohol y sustancias ilícitas y la mujer por su parte la mayor consumidora de sedantes y tranquilizantes. En la mayoría de las sociedades, las mujeres que abusan de drogas son menos aceptadas que los hombres adictos. Es por ésto que las ellas realizan mayores esfuerzos para esconder sus problemas relacionados con las drogas; la represión social es más severa y las exigencias al rol que esta desempeña como madre, esposa o hija obligan a una mayor clandestinidad de esta conducta compulsiva; con frecuencia estas mujeres canjean encuentros sexuales por droga.

182

En cuanto a psicoactivos legales, las mujeres reciben más tranquilizantes de sus médicos que los hombres que están en situaciones análogas pero, en contraposición a su mayor vulnerabilidad biológica, ellas encuentran mayores barreras para recibir tratamiento.

Además de las barreras culturales y económicas para que estas accedan al tratamiento, se ha visto que algunas mujeres aplazan el tratamiento o no lo buscan debido a:

- Desaprobación social hacia la mujer drogadicta
- Necesidad de cuidar a sus hijos para mantener un hogar



- Temor a perder a sus hijos si se sabe de su consumo compulsivo.
- Muchos sistemas de justicia criminal discriminan en contra de mujeres adictas.

Estudios sociales han demostrado que cuando se encarcela al padre del hogar, la mujer se encarga de sus asuntos personales y familiares, ya sea la madre, la abuela, esposa o compañera la que asuma las responsabilidades del hogar en su reemplazo. Sin embargo, cuando se arresta a una mujer, se desintegra su familia porque raramente hay un compañero que asuma dichas responsabilidades.

## CIGARRILLO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

### FASES DEL PROCESO DE ADICCIÓN

El uso de alcohol y sustancias psicoactivas, es un evento progresivo al que se llega a través de las siguientes fases;

#### FASE 1. CONSUMIDOR SOCIAL

Se da inicio al consumo de sustancias psicoactivas en la propia casa y en su ámbito social primario (barrio, escuela, trabajo) considerándose como algo normal necesario, limitando su uso a sustancias psicoactivas legales (alcohol y cigarrillo).

Este comportamiento se mantiene durante un lapso considerable, ampliándose a situaciones cotidianas y a otros grupos como algo placentero y necesario para divertirse, sentirse bien o simplemente para entrar en confianza.

Justificaciones del uso; "Lo usa todo el mundo, consumir de vez en cuando no es problema, lo hago solo por divertirme".

#### FASE 2. USADOR

En esta fase se ha tomado la decisión de consumir la sustancia psicoactiva por voluntad propia, pasando a la automedicación y decidiendo cuando, como, donde y con quien, usar estas sustancias.

El consumo de la sustancia psicoactiva se realiza inicialmente con dinero propio y en poca cantidad, pero a medida que se aumenta su frecuencia de uso, se requiere de más dinero.

Se presentan alteraciones del comportamiento, Doble Imagen , es decir, se tiene un comportamiento diferente delante de las personas no consumidoras, en ambientes familiares y de trabajo o académico y en frente de su grupo de amigos usador de sustancias psicoactivas.

Se presenta mayor consumo de alcohol y se inicia el consumo de otras sustancias psicoactivas como: marihuana, bazuco, coca o sus derivados. Etc.

Justificaciones del uso: La uso cuando yo quiero, Yo la manejo y se cuando parar, Yo se controlarme, Lo hago por pasar el rato, La necesito para divertirme, No le hago daño a nadie.

#### FASE 3. ABUSADOR

El aumento de la dosis y la frecuencia del uso de las sustancias psicoactivas empieza a producir una tolerancia cada vez mayor a nivel orgánico, esta con un comportamiento abierto, determinan su paso a una tercera fase en donde la tolerancia adquirida lleva a la búsqueda de efectos cada vez mas fuertes a través de la mezcla de una diversidad de sustancias o la búsqueda de sustancias químicas más fuertes.

Su vida social se centra exclusivamente en la posibilidad de conseguir las sustancias psicoactivas y se incrementa el rechazo familiar y de los allegados que no comparten su nuevo estilo de vida.

Al aumentar los estados depresivos, se presentan los primeros intentos de suicidio y estados de intoxicación con

hospitalización que en la mayoría de los casos no es mayor de 25 días.

Justificación de uso: El problema no soy yo, son los otros, El problema es la familia, Consumo esta sustancia para evitar sentirme mal, Lo que necesito es trabajo y dinero, Necesito que alguien me comprometa.

#### **FASE 4. ADICTO CRÓNICO**

Se llega a esta fase después de haber tratado de solucionar por si mismo el problema y vuelto a caer. Aquí se presenta una alta dependencia con alteraciones tanto físicas como psicológicas. Se aumenta el uso de las sustancias psicoactivas hasta 24 o 25 veces al día como mínimo y solamente busca su grupo cuando necesita sustancia por falta de dinero.

En este momento le quedan cinco alternativas:

**La cárcel:** Por hurto, agresión física, posesión de drogas, homicidio.

**Hospital:** Por accidentes, intento de suicidio, sobredosis.

**La calle:** Cuando su familia o allegados se cansan de sus continuas recaídas y cree no poder ayudarlo.

**El cementerio:** Por suicidio, accidentes o enfermedades que se dan por el deterioro orgánico producido por la alta ingestión de sustancias psicoactivas o sobredosis.

**Programa de rehabilitación:** Donde la persona sea el gestor directo de su propio cambio a través de un proceso terapéutico, el cual puede durar de tres a cinco años y donde la familia debe participar y la intervención es de carácter multidisciplinario.

## **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Se puede hablar de 3 grandes clases:

1. **Los Estimulantes**, que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso. Los principales en nuestro país son la cocaína, el bazuco y las anfetaminas.
2. **Los Depresores**, que disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso. Los principales son los barbitúricos, los sedantes (tranquilizantes), los inhalantes, los narcóticos o estupefacientes derivados del opio, como (la heroína y la morfina) y el alcohol.
3. **Los Alucinógenos**, que como su nombre lo indica se caracterizan por producir alucinaciones, es decir, alteraciones severas de la percepción, en cualquiera de los sentidos (visión, tacto, audición, etc.). Los principales son el LSD., el peyote, la mezcalina y los hongos mágicos.
4. **La Marihuana** no se ubica en ningún grupo ya que contiene efectos de todos

#### **Porque se usan estas sustancia**

- **Factores del medio ambiente;** Disponibilidad de las sustancias, moda, falta de controles sociales adecuados, desempleo, pobreza, excesiva riqueza, cambios marcados en las costumbres y en los valores.
- **Factores de tipo familiar;** Conflictos con o entre los padres, modelos inadecuados (alcoholismo o uso de sustancias entre familiares) , divorcios y separaciones, indiferencia de los padres hacia los hijos, rivalidades excesivas entre hermanos.
- **Factores personales;** De carácter tanto biológicos como psicológicos, predisposición genética, baja tolerancia a la frustración y al estrés, búsqueda de riesgos, necesidad de liderazgo a toda costa.

#### **Sustancias psicoactivas y la adicción**

Los alucinógenos no son adictivos, pero la mayoría de las otras sustancias sí lo son, aun cuando las manifestaciones de esa adicción varíen de una sustancia a otra. Una sustancia es adictiva cuando se desarrollan dos condiciones: que tienda a desencadenar la necesidad de usarla para poder sentirse bien y que se presente el llamado síndrome de abstinencia lo cual significa que al verse privada de la sustancia la persona empieza a tener una serie de síntomas desagradables, tanto físicos como psicológicos.

Con algunas sustancias psicoactivas el organismo reacciona con una especie de acomodación de manera que al cabo





de un cierto tiempo de ingerirlas es necesario aumentar las dosis para obtener los mismos efectos que al principio. Los narcóticos, el alcohol, los barbitúricos, la cocaína, la marihuana y las anfetaminas producen **tolerancia**.

## ALCOHOL

Es una sustancia de uso legal en Colombia, que puede producir dependencia, las consecuencias del abuso de alcohol se ven reflejadas en la alta accidentabilidad, cirrosis, agresión y violencia. El alcoholismo puede enmascarar o exacerbar múltiples trastornos médicos y psicológicos. La dependencia al alcohol se caracteriza por el desarrollo de conductas maladaptativas asociadas al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que se acompaña de signos y síntomas clínicos de toxicidad en los tejidos, los peligros de una dependencia física, el riesgo de síndrome de abstinencia y el daño que ocasiona a nivel de la vida psicosocial del individuo adulto. Se estima que aproximadamente el 84 % de la población Colombiana consume bebidas alcohólicas y su inicio es a los 14 años de edad.

El alcohol se obtiene de la destilación y fermentación de diversos frutos, plantas y cereales. Existen muchos tipos de alcoholes pero el menos tóxico, contenido en las bebidas alcohólicas, es el etanol. El etanol por lo tanto, es una droga y no un alimento. Su consumo produce estados alterados de la conciencia y modifica nuestra percepción sensorial.

Hay dos clases de bebidas alcohólicas: Las **fermentadas** y las **destiladas**.

Entre las fermentadas esta la cerveza, el vino, la chica. Entre las destiladas esta el vodka, el aguardiente, la ginebra, el tequila; finalmente las estiladas y añejadas.

La humanidad ha consumido alcohol desde tiempos muy remotos, con fines ceremoniales, religiosos y recreativos. Incluso en La Sagrada Eucaristía es utilizada una mínima cantidad de vino. Su uso terapéutico se limita a su acción desinfectante o para contrarrestar la intoxicación por alcohol adulterado.

El problema grave del alcohol se crea con el abuso. Hay personas, e inclusive sociedades enteras, que han hecho del abuso del alcohol, un estilo de vida. Estas personas y sociedades han olvidado la alegría natural y espontánea y no son capaces de divertirse o de soportar la tristeza más que embriagándose.

Otro gran problema se da cuando el consumo se inicia en edades muy tempranas donde aún no se ha logrado la maduración completa del cerebro y por lo tanto el alcohol, aún en pequeñas dosis, causa daños irreparables, afectando el desarrollo intelectual, las emociones, los sentimientos y la creatividad.

El proceso de maduración sólo se completa hacia los 18 años de edad. Por eso las leyes prohíben la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en los menores, para proteger su salud y desarrollo integral. Solamente el adulto puede decidir responsablemente si consume o no alcohol

El alcohol afecta casi todo el organismo humano tanto del hombre como de la mujer:

**Cerebro:** Daño de neuronas y pérdida de la memoria

**Piel:** Resequedad, exacerbación del acné, arrugas prematuras.

**Corazón:** Insuficiencia cardiaca aumento de la presión arterial

**Estomago:** Gastritis

**Páncreas:** Inflamación de este y como consecuencia diabetes.

Intestino delgado: Inflamación, cáncer.

**Genitales:** Alteración de los testículos con la consecuencia de impotencia, infertilidad disminución del deseo sexual.

**Músculos:** Pérdida de la masa muscular, flacidez.

### Otras consecuencias en la mujer

- Daños en el sistema digestivo
- Alteraciones en el sistema hepático. Una mujer consumidora de alcohol puede desarrollar cirrosis hepática en solo cinco años.
- Desarreglo en el ciclo menstrual.
- Pérdida temporal de la fecundidad.

- Complicaciones en la gestación, el parto y abortos espontáneos.
- Cáncer de seno. Estudios recientes han encontrado una relación entre el cáncer de seno y el consumo de alcohol, en un equivalente de dos tragos por día.
- Mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Supresión de la respuesta inmunológica del cuerpo que junto a la mala nutrición, baja absorción y enfermedades del hígado, resultan en una creciente susceptibilidad a muchas infecciones. Igualmente facilita el desarrollo de otras enfermedades como neumonía o diabetes.

El abuso del alcohol causa muertes e incapacidades, disgregación de la familia, disminución de la capacidad de trabajo, marginación social, aumento de la violencia y de la delincuencia, incide gravemente en los accidentes de tránsito. Todos estos fenómenos representan una sobrecarga para los servicios de salud y bienestar, para la economía nacional, riesgo para los conductores y los peatones, sufrimiento para las familias y una vida desdichada para las personas que caen en el alcoholismo.

**Los síntomas de intoxicación etílica son:**

**Euforia:** Especie de alegría injustificada.

**Despreocupación:** Todo le da igual.

**Imprudencia:** No importan los riesgos.

**Agresividad:** Busca pleitos.

**Perdida de reflejos:** Reacción lenta y torpe, no puede conducir vehículos.

**Disminución de las facultades mentales:** No puede pensar con claridad.

**Perdida del equilibrio:** Caídas, incapacidad de sostenerse de pie.

**Vomito:** Rechazo del organismo por la bebida.

**Sueño, cansancio, pesadez:** Se queda dormido en cualquier parte.

El alcohol no se debe mezclar con drogas que depriman el sistema nervioso central, como las utilizadas para tratar la depresión, la ansiedad y las que producen sueño, tampoco se deben mezclar con marihuana, porque una persona que utilice estas drogas con licor, multiplica los efectos desfavorables de ellas y del alcohol y corre el riesgo de graves daños neurológicos que pueden llevar incluso a la muerte.

El alcohol tampoco se puede mezclar con estimulantes como la cocaína y el bazuco porque el peligroso efecto eufórico y vivaz inicial de estas sustancias, pasa muy rápido y luego se vuelve al estado previo de embriaguez. El conductor ebrio que ingiere cocaína o bazuco, se siente muy capaz de conducir, pero poco tiempo después, cuando para el efecto del alcaloide, se duerme sobre el timón. Todas estas combinaciones plantean además riesgos graves para la salud, incluyendo la muerte súbita por su acción intensa sobre el corazón y la presión arterial. Cuando el consumo de alcohol es excesivo e irresponsable, las personas pueden terminar con una enfermedad alcohólica porque el alcohol es una droga y como tal causa dependencia física y psíquica.

**DEPENDENCIA FÍSICA**

Cuando el enfermo alcohólico deja de beber, tiene un conjunto de signos y síntomas físicos desagradables: sudoración, taquicardia, angustia, temblores, debilidad, hiperreflexia osteotendinosa, trastornos gastrointestinales e intenso dolor de cabeza. Que constituyen el síndrome de abstinencia.

**DEPENDENCIA PSÍQUICA**

El enfermo alcohólico solo piensa en beber, El síndrome de dependencia del alcohol se define como un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta cuyas respuestas siempre incluyen el deseo irreprimito de beber de una manera continua o periódica con el objeto de experimentar efectos psíquicos y algunas veces para evitar las molestias producidas por la abstinencia

**NICOTINA**

La nicotina contenida en cigarrillos, cigarros y tabaco puede producir dependencia. Su uso generalmente comienza en la juventud y las consecuencias son ampliamente conocidas. El hábito de fumar es la causa de enfermedades prevenibles, incapacidad y muerte prematura en el adulto temprano e intermedio. La dependencia del tabaco que llega a ser altísima,



comienza muy pronto en la gran mayoría de los fumadores, normalmente en la adolescencia, casi siempre como una forma de imitar a los mayores, a lo que contribuye poderosamente la publicidad.

Que los niños y los jóvenes fumen en mayor proporción ahora que en años anteriores, se puede explicar por varias razones como Baja autoestima, cuando las relaciones con la familia son regulares o malas y cuando los jóvenes tienen un sentido de rebeldía y les gusta tomar riesgos. Este reto de control del tabaquismo es difícil, no solo porque hay muchos intereses creados alrededor de estos productos, sino porque además los jóvenes que prueban el cigarrillo por curiosidad tienen una altísima probabilidad de convertirse en adictos a la nicotina y de ser en el futuro una víctima más de la hoy denominada **peste negra de humo blanco**.

El Tabaquismo es también un Riesgo Ocupacional, que no solamente afecta la Salud del Fumador, si no que aumenta los Riesgos de Accidentalidad, disminuye el rendimiento laboral y social, afectando la Salud de los que le rodean.

El cigarrillo tiene más de 4000 compuestos químicos, la mayoría de ellos tóxicos, que se dividen en gases y partículas farmacológicamente activas citotóxicas, mutagénicas o carcinogénicas. Por cada cigarrillo se producen 50 miligramos de humo, con un 92% de gases y un 8% de micro partículas de alquitrán, de nicotina y monóxido de carbono y otros gases. La aspiración de un cigarrillo tiene una retención del 70% de las partículas y un centímetro cúbico de cigarrillo tiene mil millones de micro gotas de alquitrán. El alquitrán tiene hidrocarburos aromáticos y policíclicos que son carcinógenos, nitrosa minas y aminos aromáticos y además hay iones de sustancias radiactivas. Por lo tanto al consumir tabaco se expone la persona a variadas sustancias carcinógenas.

La nicotina, es un alcaloide de origen vegetal, incoloro y soluble en agua y es el principal agente estimulante que contiene el cigarrillo. Tiene efectos cardiovasculares, vasos sanguíneos y la aorta, elevando la presión arterial, aumenta la frecuencia respiratoria y el pulso, cáncer, bronquitis crónica, enfisema. La supresión de la nicotina produce un síndrome de abstinencia que puede durar varias semanas y se caracteriza por disforia o afecto deprimido, insomnio, irritabilidad, ansiedad y dificultad para concentrarse, inquietud, aumento de apetito y ganancia de peso.

Se asocia el hábito de fumar durante el embarazo con el bajo peso al nacer y enfermedades respiratorias agudas.

#### **Riesgos para la salud de los fumadores pasivos**

Los inhaladores pasivos del humo del cigarrillo (quienes inhalan el humo de otros fumadores) están sometidos a grandes concentraciones de la mayoría de las sustancias contenidas en el humo del cigarrillo. Este fenómeno además de ser un contaminante del aire aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias en quienes inhalan el humo de otros fumadores.

- El Tabaquismo involuntario es causa de síntomas y enfermedades respiratorias.
- El humo produce irritación de ojos, nariz y garganta.
- Hay riesgo de desarrollar cáncer Pulmonar en un 30% en esposo (a) de fumadores y en quienes conviven con éstos en un 34%.
- Los hijos de fumadores sufren con mayor frecuencia de Infecciones Respiratorias.
- Riesgo de presentar cáncer pulmonar en no fumadores, expuestos al humo del cigarrillo.
- Riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas en no fumadores, expuestos al humo de cigarrillo.

Junto con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo se comporta como una de las principales sustancias con que se inicia el consumo y con la marihuana forman la triada de las sustancias "puerta de entrada" para las sustancias más fuertes.

## **LA MARIHUANA**

Es la más conocida de todas las sustancias psicoactivas, proviene de un arbusto llamado Cannabis Sativa, contiene 421 químicos, los más importantes, que solo se encuentran en la planta o en las drogas hechas a partir de ésta, toman el nombre de canabinoides, el principal canabinoide es el **delta-9-tetrahidrocanabinol**, no requiere ningún procedimiento especializado, simplemente las hojas secas de la planta se fuman en forma de cigarrillo o en pequeñas pipas.

La marihuana juega un papel importante en la epidemia de consumo de sustancias psicoactivas. Es casi universalmente



la primera droga ilegal que consumen los jóvenes. Esta es un depresor del sistema nervioso central pero se incluye entre los psicodislépticos, porque su consumo en altas dosis puede producir serias alteraciones del funcionamiento psíquico, tales como fenómenos alucinatorios y alteraciones en la percepción del espacio y tiempo.

Entre los efectos se encuentra aumento del ritmo cardiaco; una disminución en los tiempos de reacción a estímulos y visuales, retardo de las respuestas motoras e irritación de los ojos, también produce resecaamiento de la boca y aumento de apetito. A nivel psicológico euforia leve, relajación y aumento de la sensibilidad sobre todo a nivel auditivo, la percepción del tiempo se modifica, los minutos y segundos se alargan notablemente. A nivel de memoria el sujeto no graba algunas de las cosas que hace o dice durante el período en que está bajo los efectos de la sustancia. Muchas Personas experimentan ansiedad y depresión e incluso trastornos más severos y desagradables "la pálida."

Si se deja de fumar definitivamente se produce una recuperación progresiva de la memoria, de la capacidad de concentrarse y del estado de ánimo normal. Pero en algunas personas con predisposición a los trastornos psicológicos la marihuana puede desencadenar situaciones críticas que dejan secuelas permanentes.

#### **Indicadores de consumo de marihuana**

- Pérdidas de intereses y de motivación por el estudio y el trabajo.
- Oscilaciones injustificadas en el estado de ánimo.
- Períodos de irritación o depresión
- Ruptura de la comunicación familiar
- Ojos irritados. Entre otros.

## **LA COCAINA**

La cocaína es un alcaloide extraído de un arbusto llamado coca; su costo es elevado y se derivan productos mas baratos como el bazuco, la base libre y otros semejantes que pueden fumarse. La forma mas común de la cocaína es aspirándola por la nariz.

#### **Efectos inmediatos de la cocaína**

De 3 a 5 minutos después de haber inhalado la cocaína, la persona suele experimentar cierta disminución de inhibiciones, cambios en los niveles de atención, sensación de competencia y habilidad, aceleración de los procesos de pensamiento, disminución de la fatiga, el hambre y la sed, dilatación pupilar acompañada de aumento del ritmo cardiaco, de la respiración y de la temperatura. Debido a las características fisiológicas de la cocaína se pueden producir muertes por sobredosis o por ejercicios muy vigentes luego de la ingestión.

#### **Efectos a largo plazo**

Son múltiples y muy desagradables; van desde las congestiones severas de la mucosa nasal hasta estados patológicos severos llamados psicosis cocainitas, caracterizadas por ideas persecutorias, alucinaciones visuales y auditivas y reacciones agresivas. En el inicio se presenta insomnio, depresión, desazón, irritabilidad, desinterés por su trabajo, su familia y sus relaciones, ruptura de las conductas éticas habituales e inicio de comportamientos delictivos.

#### **Indicadores de consumo de cocaína**

Si se trata de un usuario ocasional, no hay manera de identificarlo; e incluso en los casos crónicos es difícil estar seguro. Por eso los indicadores que se mencionan a continuación deben emplearse con prudencia y sin apresuramientos, pues un error puede causar más problemas en la persona afectada y en su familia.

- Congestiones nasales crónicas no relacionadas con ninguna enfermedad
- Cambios bruscos en los estados de ánimo; crisis de depresión, de agresividad o de euforia.
- Pérdida progresiva de intereses habituales; mal rendimiento escolar o laboral.
- Aislamiento de la familia y de los amigos de quienes se sabe que no son usuarios; nuevas amistades, de quienes se sospecha que sí lo son.
- Necesidades repentinas de dinero; préstamos frecuentes, deudas injustificadas; desaparición de objetos de la casa o el sitio de trabajo.

## **EL BAZUCO**

Es un derivado de la cocaína producto intermedio en el paso de la hoja de coca a la forma de clorhidrato, contiene de 40 a 90% de cocaína, otros alcaloides de la hoja de coca y una mezcla variable de adulterantes químicos. Los consumidores se hacen dependientes después de usarla unas pocas veces, sus manifestaciones clínicas son ansiedad marcada, anorexia, insomnio, paranoia, agresividad e intentos de suicidios.

## LOS INHALANTES

Los inhalantes son sustancias volátiles, gases, que se aspiran por la nariz con el fin de producir un efecto similar a la embriaguez. Los más comunes son productos industriales tales como pegantes, disolventes, gasolina, aerosoles, lacas, pinturas, quitamanchas y algunos anestésicos. Estos inhalantes pasan rápidamente al torrente sanguíneo y se adhieren fácilmente a los tejidos grasos del cerebro, la eliminación se hace por vía renal. Los síntomas son mareo, vértigo, excitación, náuseas, trastornos en la percepción del tiempo y el espacio, visión borrosa y zumbido en los oídos. Pueden producir muerte por insuficiencia cardíaca, por asfixia o por daño en el sistema nervioso.

Estas sustancias a largo plazo producen palidez, fatiga, disminución de la memoria, temblores, pérdida de equilibrio, dificultad para concentrarse, depresión, irritabilidad, somnolencia y en algunos casos, alucinaciones visuales y generalmente de carácter terrorífico. Hay pérdida de control emocional, que se manifiesta en agresividad y violencia injustificadas. La intoxicación crónica puede desencadenar pérdidas de conciencia y trastornos epilépticos.

Los órganos más afectados son el hígado y los riñones; la médula ósea puede alterarse lo cual da origen a anemias incurables; el sistema endocrino (glandular) se ve afectado tanto en hombres como en mujeres, se presentan hemorragias en las mucosas digestiva y respiratoria, bronquitis y deterioro neurológico progresivo e irreversible. Producen tolerancia pero aparentemente no crea dependencia (no hay síndrome de abstinencia, en algunos casos se observan temblores, escalofríos y mareos al suspender el consumo).

## ANFETAMINAS

Son estimulantes, está indicado en el tratamiento de trastornos de hiperactividad con déficit de atención. Son inadecuadamente utilizadas como anorexígeno o a nivel recreativo.

Afectan el estado de alerta del cuerpo o sistema nervioso simpático, puede producir paranoia y muerte; antes se usaban como tratamiento contra la obesidad y la depresión, hoy el único y legítimo uso es el de calmante en niños hiperactivos y su efectividad en el tratamiento de la narcolepsia o desorden del sueño.

## TRANQUILIZANTES MENORES

Las benzodiazepinas depresores del sistema nervioso central potencian sus efectos al administrarse con alcohol, antihistamínicos y neurolepticos. Causan muertes por consumo excesivo, otras complicaciones son el aumento de accidentes de tránsito y accidentes de trabajo, es común que se formulen sin indicación precisa sobre sus efectos secundarios.

Algunos de estos medicamentos como el diazepam posiblemente por sus efectos euforizantes transitorios se asocian con el incremento potencial de abuso.

En la actual legislación colombiana es droga controlada y debido a esto se ha incrementado un comercio ilegal de los mismos que son consumidas por mujeres y hombres.

## TALLER N° 22

Factores que pueden ser predisponentes en la mujer para el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas  
**Objetivo**



Propiciar la reflexión y el análisis en torno a las situaciones que en la mujer favorecen el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

### **Recursos**

Papel para pápelografo, marcadores, guía de trabajo.

### **Tiempo**

1 hora

### **Desarrollo de la sesión**

Explique a las asistentes que para realizar la actividad es necesario conformar subgrupos. El número de integrantes de cada subgrupo estará sujeto al criterio de cada facilitador, teniendo presente que no debe ser muy numeroso, de tal manera que permita la interacción entre todos los participantes.

Entregue a cada subgrupo una guía de trabajo, durante 15 minutos el grupo analizará y dará respuesta a los interrogantes contenidos en la guía. Las conclusiones serán, presentadas en una cartelera por el relator de cada subgrupo.

## **GUÍA DE TRABAJO**

1. Como se presenta el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en las mujeres de nuestra comunidad?
2. Que factores individuales, familiares y sociales pueden influir para que la mujer llegue al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas?

## **PLENARIA**

Invite a los subgrupos a que hagan la presentación del trabajo realizado. Estimule la discusión, el análisis y la participación de los asistentes. Trate de resolver dudas y reafirme los aspectos positivos, apóyese para ello en el material teórico sobre el tema.

## **GUÍA DE ESTUDIO Nº 16**

### **SALUD MENTAL EN EL ADULTO DE 20 A 65 AÑOS**

En esta etapa se acentúan muchos riesgos a los cuales fuimos sometidos en la niñez y en la adolescencia, creando estilos de vida que en un momento dado pueden afectar nuestra estabilidad emocional.

Aquí el interés va concentrándose en la actividad sexual y aparece el compromiso formal y el matrimonio, la relación se legitima y regulariza. Esta época se centra en función de su universo cultural y social.

### **Logro**

El estudiante estará en capacidad de Identificar los riesgos de la edad adulta que les permita planear el cuidado de enfermería promocionando estilos de vida saludable que prevengan la enfermedad.

### **Competencias a desarrollar**

1. Interpretativa
  - Describe la importancia de una buena salud mental en el adulto
2. Argumentativa
  - Da razones para el fomento de la salud mental en la edad adulta
3. Propositiva
  - Formula talleres para el fomento de la salud mental en el adulto
4. Axiológica

- Comparte con el grupo sus experiencias en el fomento de la salud mental del adulto

### Instructivo

- Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- Entregue al docente un ensayo acerca de su adultez o la de sus padres (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Indague sobre las causas o factores que predisponen al adulto al consumo de alcohol y drogas psicoactivas.
2. Enumere las fases del proceso de adicción.
3. Investigue la clasificación de las sustancias psicoactivas y efectos en el organismo.
4. Elabora un plan de promoción de un estilo de vida saludable en el adulto

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ANDERSON JE, JOHNSON DE, Scott WJ, et al. Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002; 121(3:932-941.
- CABRERO LJ. "Prevención y asistencia psiquiátrica". En: Vallejo Ruiloba J. "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría", 1991, 3.ª edición, Editorial Masson-Salvat, Barcelona, pgs: 725-30.
- QUINTERO Latorre Douglas E. Aspectos Psicosociales Del Farmacodependiente . Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 22 Volumen XV Número 3 Agosto 1986
- FIORE MC, BAILEY WC, COHEN SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- GÁLVEZ VARGAS R, RODRÍGUEZ CONTRERAS R. "Enfermedades Mentales". En: Piedrola, G. "Medicina Preventiva y Salud Pública". 8.ª Ed., Editorial Salvat, Barcelona 1990; pgs. 743-55.
- <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
- MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997. Bogotá. 1999.
- OPS "La Situación de Salud en la Región de Las Américas". Informe Anual del Director OPS 1998
- PIÑA CA, Madrigal BE, Cassuri GM. Daño genético producido por las bebidas alcohólicas. Ciencia y Desarrollo. Vol XVII. México, 1991.
- SEVA A. "La Psiquiatría preventiva y la Higiene Mental". En: Salud Mental evolutiva. 1983; Editorial Pórtico, Zaragoza; pgs. 23-65.
- SEVA A. (director). "The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona. Anthropos, 2v., 1991, 1311-2496 pp.







# DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA 65 Y MÁS AÑOS. (VEJEZ)

---



Registro grafico archivo personal



# GENERALIDADES

El ser humano es por naturaleza un ser en permanente desarrollo. Su ciclo vital está constituido por una secuencia compleja de períodos de una relativa tranquilidad y períodos de grandes cambios, frecuentemente acompañados de crisis. La Etapa Del Adulto Tardío la crianza de los hijos está habitualmente terminada. Tienen hijos adultos. Con frecuencia tienen nietos, lo cual implica una nueva relación que construir distinta a la de ser padres, con más tiempo, madurez y con menos responsabilidades. Habitualmente se jubilan y enfrentan de distintas maneras este proceso: Algunos lo vivencia como una oportunidad de compartir con los nietos y realizar proyectos que postergaron en etapas anteriores. Otros tienen problemas para enfrentar la vejez, no saben qué hacer con el tiempo libre. Es común que enfrenten problemas de salud. Comienzan a enfrentar la pérdida de sus amigos por el fallecimiento de ellos. Deben también enfrentar la muerte de su pareja.

## Vejez en la actualidad

- Las actitudes hacia los ancianos en el mundo tienden a reflejar etarismo (prejuicio o discriminación contra una persona por causa de la edad). Los estereotipos acerca del envejecimiento perpetúan las concepciones erróneas difundidas acerca de las características físicas, cognitivas y de personalidad de los ancianos, y afectan la manera de tratarlos.
- Los esfuerzos por combatir el etarismo avanzan cada día gracias a la notoriedad de un creciente número de ancianos activos y saludables.

## Envejecimiento de la población

- En el mundo, la proporción de ancianos es mayor que nunca antes, y se espera que continúe creciendo y exceda la capacidad de los servicios sociales. Las personas mayores de 85 años son el grupo de edad de más rápido crecimiento.
- En la actualidad, muchos ancianos son saludables, vigorosos y activos. Aunque los efectos del envejecimiento primario pueden escapar del control de las personas, los efectos del envejecimiento secundarios si se pueden evitar.
- Especialistas en gerontología y geriatría se refieren alguna vez a personas entre los 65 y 74 años como viejos jóvenes, a los de 75 años o más como viejos y a los de más de 85 años como viejos muy viejos. No obstante, estos términos pueden ser más útiles cuando se emplean para referirse a la edad funcional.

## ESTADO FÍSICO

### Longevidad y envejecimiento

- La expectativa de vida se ha incrementado drásticamente desde 1900. Los blancos tienden a ser más longevos que los negros, las mujeres son más longevas que los hombres; en consecuencia, las mujeres ancianas exceden a los hombres en una proporción de tres a dos.
- Las tasas de mortalidad han disminuido. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la apoplejía son las tres causas principales de muerte en las personas de más de 65 años.

### Teorías y programación genética

- Senectud es el periodo de vida marcado por los cambios físicos asociados al envejecimiento, comienza a diferentes edades en las diferentes personas.
- Las teorías sobre envejecimiento biológico se agrupan en tres categorías: teoría de prolongación genética, inspiradas por el límite de Hayflick, y teorías de tasa variable, o teoría de error, como las que señalan a los efectos de raíces libres y autoinmunidad.
- Las curvas de supervivencia apoyan la idea de un límite definido para la vida humana, pero la investigación sobre prolongación de la vida mediante la manipulación genética o la restricción calórica ha puesto en duda esta idea.

### Cambios físicos

- Los cambios en los sistemas y órganos corporales debido a la edad son muy variables y pueden ser resultado de enfermedades causadas por el estilo de vida.
- Los cambios físicos corrientes incluyen cierta pérdida de pigmentación, textura y elasticidad de la piel, encanecimiento

y escasez del cabello, reducción del tamaño corporal, adelgazamiento de los huesos y tendencia a dormir menos. La mayoría de los sistemas corporales continúan funcionando bastante bien, pero el corazón es más susceptible a las enfermedades. Disminuye la capacidad de reserva del corazón y otros órganos.

- Aunque el cerebro cambia con edad, los cambios varían considerablemente y en general son modestos. Estos cambios incluyen pérdida o reducción de células nerviosas y disminución general de las respuestas. No obstante, el cerebro parece capaz de producir nuevas neuronas y construir nuevas conexiones en la vejez.
- Los problemas de visión y audición pueden inferir la vida diaria, aunque con frecuencia pueden corregirse. Los trastornos visuales corrientes incluyen cataratas y degeneración macular relacionada con la edad. Las pérdidas gustativas y olfativas pueden conducir a una nutrición deficiente. El entrenamiento puede mejorar la fortaleza muscular, equilibrio y tiempo de reacción.
- Muchas personas ancianas son sexualmente activas, aunque la frecuencia y la intensidad de la experiencia sexual sean menores que en los adultos jóvenes.

### **Cambios físicos asociados al envejecimiento**

Estos cambios pueden observarse tanto en la apariencia física (pelo, cara), como a nivel orgánico por ejemplo en el sistema cardiovascular (cambios estructurales, pérdida de elasticidad) y a nivel sensorial (vista, oído). Algunos de estos cambios pueden afectar de formas diferentes a cómo se actúa ante determinadas situaciones.

Además, estos cambios pueden tener importantes efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas mayores, así como sobre su autoestima (valor personal, competencia, que una persona asocia a la imagen que tiene de sí mismo), su autoeficacia (creencia de una persona acerca de su capacidad para llevar a cabo con éxito la conducta necesaria para conseguir unos resultados concretos) y su autoconcepto (conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que una persona tiene sobre sí misma). El resultado negativo de estos cambios se debe a la comparación entre la apariencia actual y la que tenían cuando eran más jóvenes, pudiendo provocar estados de ánimo negativos.

## **CAMBIOS FÍSICOS OBSERVABLES: APARIENCIA FÍSICA Y MOVILIDAD**

### **Cambios producidos en la piel debido al envejecimiento**

- Aparición de arrugas (este es uno de los cambios más evidentes).
- Piel más áspera, menos resistente y más delgada.
- Pérdida de firmeza y elasticidad de la piel.
- Aparición de manchas irregulares de color oscuro.
- Apariencia pálida de la piel.

### **¿A qué se deben estos cambios de la piel y cuáles son las consecuencias?**

- Factores exógenos: exposición directa al sol, consumo de tabaco, alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, etc.
- Disminución del colágeno produciendo un menor aislamiento de la piel ante temperaturas extremas y mayor vulnerabilidad a agentes ambientales produciendo como consecuencia la aparición de irritaciones cutáneas.
- Disminución de la masa muscular.
- Disminución del número de melanocitos (células que contienen pigmento que colorean la piel) y aumento de su tamaño, de ahí que la piel tenga una apariencia más pálida y se produzca la aparición de manchas en la piel.
- Disminución de la grasa subcutánea.
- Degeneración de las glándulas sudoríparas.
- Menor actividad de las glándulas sebáceas lo que provoca que, por ejemplo, la piel sea más áspera por ejemplo.

### **¿Qué se puede hacer ante estos cambios?**

- Evitar la exposición directa al sol o utilizar filtros solares cuando no se pueda evitar la exposición a este.
- Mantener buenos hábitos de salud y alimentación.
- Uso de cremas hidratantes y de productos cosméticos.

### **¿Qué cambios, en relación con la edad, se producen en la cara?**

- Aumento del tamaño de las orejas y la nariz.



- La zona de la barbilla se resalta.
- Los párpados se hacen más gruesos.
- Los ojos se muestran más hundidos.
- Aumenta la probabilidad de que se produzcan pérdidas dentarias.

#### ¿A qué se deben estos cambios de la cara?

- Pérdida de masa ósea.
- Degeneración del tejido cartilaginoso.
- Aumento de la pigmentación alrededor de los ojos.

#### ¿Qué cambios relacionados con el envejecimiento se producen en el pelo?

- Cambio del color del pelo (varía de persona a persona).
- Es menos denso, poco uniforme, más seco, más quebradizo y más duro.
- Se produce caída del cabello (mayor en hombres).
- Pérdida generalizada de vello corporal.
- Además en los hombres se produce: Crecimiento de pelos gruesos en las cejas y en el interior de las orejas.
- Además en las mujeres se produce: Aparición de pelos gruesos alrededor de la barbilla y encima del labio superior.

#### ¿A qué se deben estos cambios en el pelo?

- Menor producción de melanina que causa una disminución de la pigmentación capilar.
- Cambios hormonales, sobre todo en mujeres.

#### ¿Qué cambios, asociados al envejecimiento, se producen en la estructura corporal?

- Disminución de la estatura, especialmente en mujeres.
- Disminución del peso.
- Podrían tener las extremidades muy delgadas aunque tuvieran áreas adiposas en la barbilla, la cintura y la cadera.

#### ¿A qué se deben estos cambios?

- Pérdida de contenido mineral en las vértebras, provocando una disminución de la longitud de la columna vertebral.
- Cambios en las articulaciones.
- Pérdida de curvatura plantar.

#### La disminución del peso es debida sobre todo a:

- Pérdida de masa muscular.
- Pérdida de masa ósea.
- Acumulación de grasa corporal, especialmente alrededor de la cintura y las caderas.

#### ¿Qué consecuencias pueden tener estos cambios?

Puede parecer que están más gordos o que tienen un aspecto "fofo", lo cual pueden influir negativamente, al igual que otros cambios físicos, en la autoestima y la identidad de la persona al comparar su apariencia actual con la de su juventud.

#### ¿Qué se puede hacer ante los cambios que se producen en el peso?

Ejercicio físico, como caminar, correr, montar en bicicleta, etc., puede moderar la reducción del peso corporal y fortalece los huesos y los músculos.

#### ¿Qué cambios, asociados al envejecimiento, se producen en la movilidad?

- Mayor dificultad para desplazarse.
- Dificultad para realizar acciones, como coger objetos, levantarse de la silla, caminar de un sitio a otro.

#### ¿A qué se deben los cambios en la movilidad?

Se deben a los cambios que se producen a su vez en huesos, músculos y articulaciones.

## Músculos

Disminución de la fuerza muscular, especialmente en las extremidades inferiores.

Esto se produce a su vez debido a:

- Pérdida de masa muscular.
- Atrofia de las fibras musculares.

## Huesos

- Menor densidad y fuerza de los huesos.
- Más porosos, más quebradizos y más frágiles (osteoporosis), sobre todo en mujeres.
- Pérdida de masa ósea.

Estos cambios se producen a su vez por

- Pérdida de calcio.
- Factores genéticos.
- Factores hormonales (menopausia en mujeres).
- Factores exógenos como, hábitos de inactividad física, consumo de tabaco y/o alcohol, mala alimentación.
- Género: estos cambios se producen sobre todo en mujeres.

## Articulaciones

- Menor eficiencia de las mismas.
- Degeneración de los cartílagos.
- Estos cambios pueden ser debidos a:
- Pérdida de estructuras que componen las articulaciones (tendones, ligamentos, cartílagos).
- Erosión de la envoltura protectora de los extremos de los huesos (cartílago).

## ¿Qué consecuencias tienen estos cambios?

- Mayor probabilidad de fracturas, especialmente de la cadera.
- Dependencia, puesto que la rotura de huesos tiene una curación más lenta y consecuencias más graves en personas mayores.
- Movilidad dolorosa, debida, entre otras cosas, a la degeneración del cartílago que provoca que el roce de los huesos produzca dolor y rigidez.
- Dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria, para el mantenimiento de su autonomía, así como actividades placenteras, pudiendo influir esta dificultad de forma negativa en la adaptación psicológica de la persona mayor y en su sensación de bienestar.
- Si a la dificultad de movimiento se le une una pérdida sensorial o problemas psicológicos o neurológicos, esto puede aumentar la probabilidad de caídas (especialmente en mujeres) provocando dependencia como consecuencia.
- Baja autoestima y aumento de la probabilidad de estado de ánimo negativo.

## ¿Qué se puede hacer ante estos cambios?

- Ejercicio físico (de resistencia, equilibrio, etc.) para mantener o restablecer la movilidad, para compensar la pérdida ósea, para fomentar la flexibilidad, para el fortalecimiento de los músculos, minimizar el riesgo de caídas, etc. Suplementos de vitaminas.

## Cambios en funciones orgánicas vitales, reguladores y ejecutivas

- Como se comentó anteriormente, el envejecimiento es un proceso dinámico, no es estático, el ritmo al que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad, mostrando una gran variabilidad interindividual como intraindividual.

## ¿Qué cambios se producen en el sistema cardiovascular?

Cambios estructurales en el corazón, concretamente en:

- Ventrículo izquierdo, haciéndose progresivamente más grueso y menos elástico.
- Vasos sanguíneos, reduciendo la capacidad de bombeo por latido del corazón.
- Pérdida progresiva de fuerza de contracción.

Válvulas del corazón:

- Más gruesas y rígidas.
- Pierden elasticidad.
- Requieren más tiempo para cerrarse (esclerosis valvular).
- Vasos sanguíneos, especialmente en las arterias:
  - Aumentan de grosor.
  - Pierden elasticidad.
  - Mayor resistencia al paso de la sangre, aumentando generalmente la presión sanguínea.
- Redistribución de la elastina en las paredes arteriales y unión de la elastina con el calcio.
- Incremento del contenido del colágeno.
- Acumulación de lípidos en las arterias.
- El colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble.
- La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardiaca.

### ¿Qué consecuencias tienen estos cambios?

- Menor bombeo del corazón pudiendo producirse un fallo en la circulación.
- Estrechamiento y rigidez de los vasos sanguíneos que conlleva a una menor llegada de oxígeno y otros nutrientes a los tejidos cuando se necesita la máxima capacidad.

Menor capacidad de recuperación ante el estrés.

- Insuficiencia cardiaca: la pérdida de fuerza contráctil del corazón provoca que ante una situación que requiera gran esfuerzo no podrá adaptarse.
- La menor afluencia de oxígeno a los tejidos del organismo provoca que las personas mayores suelen fatigarse antes y con mayor intensidad al realizar actividades físicas.
- Arteriosclerosis.
- Dificultades en la capacidad del sistema para distribuir la sangre por las células del cuerpo.
- Aumento del tamaño del corazón por la acumulación progresiva de grasa. Especialmente en las mujeres tras la menopausia.
- Estos cambios tienen un efecto mínimo sobre el funcionamiento cotidiano en condiciones ordinarias, es decir, cuando no se requiere un esfuerzo especial, mientras que los efectos son más destacables en situaciones de estrés o esfuerzo (disminuye la capacidad de reserva).
- El funcionamiento del sistema cardiovascular tiene una importante influencia sobre los sentimientos de bienestar e identidad de los individuos. La eficiencia del sistema cardiovascular es esencial para la vida, de manera que las amenazas a la integridad de este sistema se perciben como altamente peligrosas. La concienciación de la disminución de la eficiencia cardiovascular puede, por tanto, recordar a las personas la mortalidad.

### ¿Qué es la capacidad de reserva?

- La capacidad de reserva en el funcionamiento de un individuo es la posibilidad de conseguir un rendimiento más elevado cuando la situación lo demanda. Éste es uno de los aspectos más negativamente afectados por el envejecimiento. De forma que, las personas mayores son especialmente vulnerables cuando deben realizar un esfuerzo hasta el límite. Este declive de la capacidad de reserva explica porque las personas mayores tienen una peor capacidad de respuesta.

### ¿Qué se puede hacer ante estos efectos?

- Ejercicio físico, incluso cuando éste es de intensidad baja o moderada, puede ser beneficioso:
- Las actividades aeróbicas pueden provocar una variedad de efectos positivos sobre el estado de ánimo, el nivel de ansiedad y, concretamente, sobre los sentimientos de dominio y control, conduciendo a un aumento de la autoestima.
- El ejercicio puede hacer que las personas se sientan mejor anímicamente lo cual podría trasladarse a otras áreas de funcionamiento.
- Cambio del estilo de vida.

### ¿Qué cambios se producen en el sistema respiratorio relacionados con la edad?

- Menor rendimiento del sistema respiratorio.

- La disminución de la efectividad se produce generalmente antes de que comiencen las pérdidas en el sistema cardiovascular.
- Disminución de la capacidad vital (capacidad máxima de entrada de aire o la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones en niveles de esfuerzo máximo).
- Reducción de la eficiencia respiratoria. Pudiendo deberse a cambios esqueléticos, la calcificación de los cartílagos de las costillas, la descalcificación ósea (osteoporosis) y las deformaciones de la columna vertebral.
- Debilitamiento y atrofia de los músculos responsables de la respiración. Los bronquios se vuelven más rígidos.
- Disminución del volumen residual pulmonar (cantidad de aire que puede ser expirado durante un corto periodo de tiempo) y del consumo basal de oxígeno.
- La caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número.

#### ¿Qué consecuencias pueden tener estos cambios?

- Cambios en la estructura de los pulmones, disminuyendo la cantidad de aire que entra y sale de ellos, especialmente bajo condiciones de esfuerzo. Esto afecta a la capacidad de reserva, apareciendo la sensación de cansancio con mayor facilidad.
- Disnea y fatiga asociadas al esfuerzo, sensaciones que pueden aproximarse a la intensidad de un ataque de pánico.
- Estos cambios pueden conducir a que una persona mayor evite la realización de actividades agotadoras, como consecuencia del deterioro de su eficiencia cardiovascular y respiratoria.

#### ¿Qué se puede hacer ante estos efectos?

- Ejercicio físico, aunque sus efectos en el funcionamiento del sistema respiratorio no son tan espectaculares como los efectos que produce sobre el sistema cardiovascular.
- No fumar.

#### ¿Qué cambios se producen en el aparato digestivo relacionados con la edad?

- Declive en la producción de enzimas digestivas.
- Disminución de los movimientos de contracción y relajación del esófago.
- Disminución de los movimientos peristálticos del intestino.
- Menor motilidad del estómago.
- Menor secreción de mucosa intestinal.
- Digestión más lenta y dificultosa, menor absorción de elementos nutrientes, vitaminas, etc.
- La eliminación de los sólidos tiende a disminuir, así como su masa y su frecuencia.
- Reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- La boca: múltiples modificaciones (caries dentales, pérdida progresiva de dientes, deterioro de las encías. Menor apreciación a los sabores debido a la pérdida de papilas gustativas por parte de la lengua.

#### ¿Con qué están relacionados los cambios digestivos relacionados con la edad?

Estos cambios están relacionados con:

- Estilo de vida inadecuado (dietas pobres, menor ingestión de fluidos y de fibra, sedentarismo)
- Factores fisiológicos.
- Factores psicosociales.
- Problemas bucodentales (irritación de las mucosas, pérdida de dientes), que dificultan la adecuada ingestión de nutrientes.
- Pérdida de agudeza en los sentidos del gusto y olfato que pueden hacer menos placentera la comida.
- Pérdida de agudeza visual, que dificulta que los alimentos se perciban como apetecibles.
- Aislamiento social, que hace que la comida pierda su valor como actividad social.

200

#### ¿Qué consecuencias pueden tener estos factores?

- Disminución del placer por la comida y, como consecuencia, es posible que la persona muestre una menor preocupación por la calidad y la variedad en la preparación de los alimentos.
- Podrían dar como resultado síntomas que imitan los propios de diversos trastornos de deterioro psicológico o cognitivo.

#### ¿Qué cambios, asociados al envejecimiento, se producen en el sistema excretor?

- Disminución de la efectividad de los riñones debido a:
  - o Pérdida tanto de masa renal como del número de "unidades de funcionamiento excretor" (nefronas).





- Disminución del volumen del riñón.
- Disminución de la filtración sanguínea para producir orina, y la eliminación de productos tóxicos.

### ¿Cómo afecta la disminución del número de nefronas?

- Esta disminución junto a la disminución del riego arterial renal implica un menor ritmo de la actividad de filtración, excreción y reabsorción y conlleva ritmos menores en el proceso excretor.
- Menor capacidad del organismo para eliminar eficientemente la medicación que tiende a acumularse, pudiendo llegar incluso hasta niveles tóxicos. Cuando se administra a una persona mayor la dosis de medicamento apropiada para una persona más joven, permanece más cantidad del medicamento en el flujo sanguíneo dentro del periodo entre dosis.
- Cuando se repiten las dosis de medicamento, aumenta la probabilidad de que niveles tóxicos de esa sustancia pasen a la sangre. A menos que se ajuste la dosis, el medicamento podría tener un impacto adverso en lugar del beneficio pretendido.

### ¿Cuáles son los efectos del envejecimiento sobre la continencia urinaria?

Los efectos del envejecimiento sobre la vejiga son de gran importancia.

Reducción en la cantidad total de orina que pueden almacenar hasta tener la sensación de que necesitan evacuar.

Retención de mayor cantidad de orina después de intentar vaciar.

Con frecuencia las personas mayores pueden no tener la sensación de que la vejiga debe ser vaciada hasta que está casi o completamente llena. Esto provoca que tenga poco o nada de tiempo para llegar al baño antes de producirse el escape o vaciado.

La incontinencia puede tener lugar tanto en hombres como en mujeres:

En las mujeres es más probable que la incontinencia se sufra por estrés, haciendo referencia a la pérdida de orina en momentos de esfuerzo, como por ejemplo cuando se ríen, estornudan, cogen peso o se inclinan, y se produce como resultado de la debilitamiento de los músculos pélvicos.

La incontinencia de urgencia, es más prevalente en hombres, incluyendo pérdida de orina después de una urgencia por evacuar o pérdida de control sobre la evacuación con alguna advertencia o sin ella; está relacionada con enfermedad de la próstata o vaciado incompleto de la vejiga.

### ¿Con qué se relacionan estos cambios?

- Pérdida de la capacidad de la vejiga (puede reducirse hasta la mitad).
- Disminución del tono muscular.
- Disminución de la elasticidad del tejido conectivo de las estructuras urinarias.

### ¿Qué consecuencias pueden tener estos cambios?

- Mayor número de infecciones del trato urinario.
- La incontinencia puede ser altamente disruptiva para la vida diaria de las personas mayores, dando lugar a angustia y vergüenza. Estas ocasiones no sólo implican vergüenza, sino que alimentan la asociación, en la mente de algunas personas, entre "senilidad" e incontinencia urinaria.

### ¿Qué se puede hacer ante estos cambios?

Una vez identificada, la incontinencia es una condición que puede ser manejada en muchos casos a través del aprendizaje de nuevas estrategias de conducta. Si no existen elementos que perturben su funcionamiento, puede seguir trabajando sin problemas.

### ¿Qué cambios, asociados al envejecimiento se producen en el sistema endocrino?

- Disminución de hormonas sexuales, tanto en hombres como en mujeres.
- Disminución de la eficacia de las glándulas sudoríparas.
- Alteración de las funciones homeostáticas tales como el control de la temperatura.

### ¿Las personas mayores se adaptan bien a la temperatura del ambiente?

Peor adaptación a las temperaturas externas de frío, como consecuencia de una percepción disminuida a las bajas

temperaturas y pérdida de respuesta vasoconstrictora, y de calor, como consecuencia de la disminución de la eficacia de las glándulas sudoríparas.

Reducción de la sensibilidad a la sensación de sed que se puede agravar en presencia de elevadas temperaturas.

### ¿Qué cambios, asociados al envejecimiento, se producen en el sistema inmune?

- Declive del funcionamiento del sistema inmune a lo largo de toda la edad adulta.
- Disminución de la efectividad para eliminar sustancias extrañas debido a:  
La degeneración del timo.
- Menor producción de células T (aunque las que permanecen son capaces de producir una adecuada respuesta defensiva a pesar de su escaso número).
- Menor capacidad para proteger las células del cuerpo contra infecciones y el desarrollo de células anormales.
- Otras células del sistema inmune, incluyendo las células NK y K y los indicadores macrófagos parecen retener su funcionamiento en la vejez.

### ¿Cuáles son las consecuencias de los cambios en el sistema inmune?

- Mayor vulnerabilidad ante la gripe, infecciones, neumonía, cáncer y algunas reacciones auto inmunes que pueden producir trastornos como la artritis.
- En la vejez existe una importante interacción entre variables psicológicas y respuesta inmune, con un debilitamiento de esta última bajo condiciones de estrés y deficiente apoyo social. Por ejemplo, las personas mayores que se cuidan de otra persona mayor son especialmente propensas a responder peor ante una enfermedad infecciosa.

### Envejecimiento primario

Proceso normal e intrínseco de envejecimiento biológico programado genéticamente que ocurre a pesar de la buena salud.

### Envejecimiento secundario

Declive patológico relacionado con la edad y que se debe a factores extrínsecos o externos como enfermedades, influencias ambientales o estilo de vida como:

- Alimentación, consumo de alcohol y tabaco, sol, ejercicio físico, etc.
- Patrón conductual tipo a y sistema cardiovascular.
- Estrés y sistema inmunológico.

### Salud física y mental

- La mayoría de los ancianos bastantes sanos, en especial si llevan un estilo de vida saludable. La mayoría de los ancianos sufren enfermedades crónicas, de las cuales la más común es la artritis, que habitualmente no limita mucho sus actividades ni interfiere en la vida diaria.
- El ejercicio y la dieta son importantes para la salud. La pérdida de los dientes debido a la periodontitis puede afectar seriamente la nutrición.

### Problemas mentales y de comportamiento

- La mayoría de los ancianos tienen buena salud mental. La depresión, el alcoholismo y muchas otras enfermedades, incluidas algunas formas de demencia, pueden combatirse con tratamientos apropiados; otras son irreversibles, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de parkinson o la demencia multiinfarto.
- La enfermedad de Alzheimer prevalece más con la edad. Se caracteriza por la presencia de nudos neurofibrilares y placa amiloide en el cerebro. Sus causas no han sido establecidas con certeza, pero la investigación apunta a factores genéticos. Las terapias de comportamiento y medicamentos pueden retardar el deterioro.
- El trastorno depresivo fundamental tiende a no estar bien diagnosticado en los ancianos.

## DESARROLLO COGNITIVO

### Aspectos del desarrollo cognitivo

- Los factores físicos y fisiológicos que influyen en el desempeño de los ancianos en las pruebas de inteligencia pueden conducir a subestimar la inteligencia. La investigación transversal que muestra disminución en la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS) puede reflejar diferencias de cohorte.



- Las mediciones de la inteligencia fluida y la cristalizada muestra un patrón más estimulante según el cual las actividades cristalizadas aumentan en la vejez. Baltes propone un modelo de proceso dual: aunque la mecánica de inteligencia disminuye con frecuencia, la pragmática de la inteligencia puede continuar creciendo.
- El deterioro del sistema nervioso central puede afectar la velocidad de procesamiento de la información. Sin embargo, es posible que la disminución esté limitada a ciertas tareas de procesamiento y varíe entre los individuos.
- El estudio longitudinal de Seattle descubrió que el funcionamiento cognitivo es muy variable en la vejez. Pocas personas experimentan pérdidas en todas o en la mayoría de las tareas, y muchas personas mejoran en algunas. La hipótesis del compromiso puede ayudar a explicar estas diferencias.
- Aunque la capacidad para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) disminuye con la edad, no se reduce la capacidad para resolver problemas interpersonales o de carga emocional.
- Los ancianos muestran considerable plasticidad en el desempeño cognitivo y pueden beneficiarse del entrenamiento.
- Algunos aspectos de la memoria, como la memoria sensorial, la memoria semántica, la memoria procedimental y la preparación parecen eficientes en los ancianos y en los más jóvenes. Otros aspectos son menos eficientes, en especial la capacidad de memoria del trabajo y la capacidad para recordar eventos específicos o información aprendida reciente.
- Los cambios neurológicos, así como la disminución de la velocidad de percepción, puede explicar mucha de la disminución del funcionamiento de la memoria en los ancianos. Sin embargo, el cerebro puede compensar algunas pérdidas relacionadas con la edad.
- Según estudios que emplean Metamemory in Adulthood (MIA), algunos ancianos pueden sobrestimar su pérdida de memoria, quizá debido a los estereotipos del envejecimiento.
- Los ancianos pueden beneficiarse del entrenamiento de la memoria.
- Según los estudios de Baltes, los ancianos demuestran mucha sabiduría o más que los adultos más jóvenes. Personas de todas las edades dan respuestas más sabias a problemas que afectan su propio grupo de edad.

### El aprendizaje de toda la vida

- El aprendizaje de toda la vida puede mantener mentalmente alerta a las personas ancianas. Los ancianos aprenden mejor cuando el material y los métodos están adecuados a ese grupo de edad.
- Los programas educativos para ancianos están aumentando considerablemente. La mayoría de estos programas tienen un enfoque práctico y social o uno educativo más serio.

## TEORÍA E INVESTIGACIÓN SOBRE DESARROLLO PSICOSOCIAL

### Personalidad

Los rasgos de la personalidad tienden a permanecer estables en la edad adulta, pero pueden presentarse diferencias en las cohortes.

### Aspectos normativos y tareas

- La crisis del método de Eric Erikson es la **integridad del yo frente a la desesperanza**, que culmina en la "virtud" de la sabiduría, o la aceptación de lo vivido y la inminencia de la muerte.
- George Vaillant descubrió que el empleo de mecanismos de adaptación maduro era el factor más importante en el ajuste emocional a los 65 años.

### Métodos de adaptación en los ancianos

- Un método para estudiar la adaptación frente a situaciones amenazante es el método de evaluación cognitiva. Adultos de todas las edades prefieren la adaptación centrada en el problema, aunque los ancianos utilizan más que los jóvenes la adaptación centrada en la emoción cuando la situación lo exige.
- Para muchos ancianos, la religión es una fuente importante de la adaptación basada en la emoción.

### Modelos de envejecimiento exitoso y óptimo

- Dos de los primeros modelos que contrastan envejecimiento "exitoso" y "óptimo" son la Teoría de Retiro y de la Actividad. La primera tiene poco apoyo y los resultados que respaldan la segunda no son del todo satisfactorio. Una

reformulación reciente de la teoría de la actividad es la teoría de la continuidad y la distinción entre actividades productivas y de tiempo libre.

- Baltes y sus colegas afirman que el envejecimiento exitoso puede depender de la optimización selectiva con compensación tanto en el dominio psicosocial como en el cognitivo.

### **Estilos de vida y aspectos sociales relacionados con el envejecimiento**

- Algunos ancianos continúan trabajando con remuneración, pero la gran mayoría están jubilados. Sin embargo, muchos jubilados comienzan a estudiar nuevas carreras o trabajan tiempo parcial o de manera voluntaria.
- La edad tiene efectos positivos y negativos en el desempeño laboral, pero las diferencias individuales son más importantes. Si tienen el entrenamiento apropiado, los ancianos pueden desarrollar nuevas habilidades.
- La situación financiera de los ancianos ha mejorado, pero aun cerca del 30% puede llegar a vivir en pobreza en algún momento. Muchos en especial las viudas y los débiles, son pobres por primera vez después de jubilarse.
- Los patrones corrientes de estilos de vida después de la jubilación incluyen estilos de vida centrado en la familia, inversión equilibrada y el tiempo libre serio.

### **Sitios para vivir**

- La mayoría de los ancianos viven con la familia, en general con el cónyuge. Es muy probable que pocos ancianos vivan con miembros de su familia extensa. La mayoría de los ancianos no desean vivir con los hijos.
- Cada uno de cada tres ancianos que no ingresan en una institución viven solos. La mayoría son mujeres viudas. Las mayorías de los ancianos prefieren permanecer en sus hogares.
- Solo 4% de la población adulta vive en instituciones en algún momento, proporción que se incrementa bastante con la edad. Frente a la institución han tenido un rápido crecimiento otras alternativas que incluyen instalaciones para vida asistida y otros tipos de vivienda grupal.
- Los maltratos de ancianos lo experimentan con frecuencias los dementes y los débiles que viven con el cónyuge o el hijo.

### **Relaciones personales en la edad adulta tardía**

- Las relaciones son muy importante para los ancianos, aunque la frecuencia del contacto social disminuye con la edad.
- Según la teoría de la caravana social, la disminución o el cambio de los contactos sociales en la edad adulta tardía no influyen en el bienestar porque se mantiene el apoyo del círculo social interno. De acuerdo con la teoría de selectividad socio emocional, los ancianos prefieren pasar el tiempo con personas que contribuyan a su bienestar emocional.
- El apoyo social se asocia a buena salud, el aislamiento, o factores de riesgo de mortalidad.
- Las amistades producen el mayor efecto positivo en el bienestar de los adultos, y las relaciones familiares, o su carencia, pueden producir los mayores efectos negativos.
- Con frecuencia, la función de las familias multigeneracionales en la vejez tiene raíces culturales.

### **Relaciones consensuales**

- A medida que crece la expectativa de vida, también aumenta el potencial de longevidad del matrimonio. Más hombres que mujeres permanecen casados en la vejez. Los matrimonios que duran hasta la edad adulta tardía tienden a ser satisfactorios.
- Entre los ancianos, el divorcio es poco común, y pocos adultos divorciados no contraen matrimonio. El divorcio puede ser especialmente difícil para los ancianos. Los nuevos matrimonios pueden ser más relajados en la edad adulta tardía.
- Un pequeño pero creciente porcentaje de adultos, en especial afroamericanos, llegan a la vejez sin contraer matrimonio. Es poco probable que los adultos que nunca contrajeron matrimonio sean más solidarios que los divorciados o los viudos.

### **Relaciones gay y lesbianas**

- Al igual que los heterosexuales ancianos, los homosexuales ancianos también necesitan intimidad, contacto social y generatividad. Muchos gay y lesbianas se adaptan al envejecimiento con relativa facilidad. El ajuste puede estar influenciado por la condición de la revelación.

### **Las amistades en la vejez**

- En la vejez, la amistad se centra en la compañía y el apoyo, no en el trabajo ni en la crianza. Muchos ancianos

tienen amistades estrechas; quienes las tienen son mucho más saludables y felices. Las amistades de mucho tiempo tienden a perdurar.

### Vínculos no maritales de parentesco

- Con frecuencia, los ancianos ven a sus hijos o tienen contactos entre sí, se preocupan nuevamente y se ofrecen ayuda. Un creciente número de ancianos cuida a hijos adultos, nietos o biznietos.
- En algunos aspectos, el hecho de no tener hijo no parece ser una desventaja en la vejez aunque cuidar ancianos enfermos sin hijos puede ser difícil.
- Con frecuencia, los hermanos se brindan apoyo emocional y, en ocasiones, apoyo más tangible. En particular, las hermanas mantienen los vínculos fraternales.
- Los bisabuelos se hallan menos involucrados que los abuelos en la vida de los niños, aunque la mayoría descubre que su papel es satisfactorio.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 17

### DESARROLLO FÍSICO, COGNITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA 65 Y MÁS AÑOS (VEJEZ)

La capacidad para disfrutar de las relaciones durante esta edad es el resultado de la preparación que se inició y continuó en cada una de las tareas del desarrollo. Quienes hayan superado estas tareas mantienen las relaciones sociales y productivas con los amigos y miembros de generaciones subsecuentes conforme envejecen y aceptan los límites de su independencia conforme éstos se hacen necesarios. Algunos ancianos, incapaces de conservar toda la independencia en sus vidas, pueden manifestar objeciones al cambio mediante la negación y el rechazo de adaptarse al cambio o de aceptar la realidad de que éste es necesario.

### Objetivo

Capacitar a los estudiantes para que identifique la edad adulta tardía según teoristas que permita la promoción de estilos de vida saludable en esta etapa del ciclo vital.

### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Identifica las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial del adulto tardío (65 años).
2. Argumentativa
  - Explica a que hacen referencia las teorías del envejecimiento.
  - Plantea explicaciones acerca de la importancia de las diferentes relaciones en el desarrollo social del adulto tardío.
3. Propositiva
  - Plantea posiciones personales acerca de la amistad en la vejez.
4. Axiológica
  - Establece diálogos y participa con ideas claras y con fundamento científico acerca de esta etapa evolutiva.

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca del adulto tardío (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte las diferentes teorías que abordan el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en el adulto temprano
2. Consulte acerca de las escalas utilizadas para medir la inteligencia en la vejez

3. Reseñe las dos teorías del envejecimiento
4. Explique la importancia de las diferentes relaciones en el desarrollo social
5. Consulta sobre el cambio de la amistad en la vejez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- BARAJAS, C., DE LA MORENA, M. L., Fuentes, M. J. y González, A. M. Perspectivas sobre el Desarrollo Psicológico: Teoría y Práctica, Editorial Pirámide Madrid. 1997
- BELSKY, J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Paraninfo, CÍFICA 2001
- BERMEJO FP. Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos. Barcelona. SG Editores. 1993
- GALLARDO C J. TRIANES T MV. El desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la adultez y en la vejez Universidad del la Rioja 2004, ISBN 84-368-1908-X , pags. 345-370.
- HOFFMAN, L., PARIS, S. Y HALL, E. Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw-Hill. 1995
- LEMME, H. Desarrollo en la edad adulta. México: Manual Moderno. 2003
- PALACIOS, J., MARCHESI, A. y Coll, C. Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Madrid: Alianza. 1999
- PAPALIA, D.E. Y OLDS. S.W. Desarrollo humano. Bogotá: McGraw Hill 1992.
- SEATTLE KW. Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study. New York: Cambridge University Press, 1996.
- WECHSLER, D. "La Medición de la Inteligencia del Adulto". Ed. Cultural, Habana, Cuba. 1955
- ZIMMERMANN, L. Y WOO-SAN, J. Interpretación clínica de la escala de inteligencia para adultos (WAIS) Madrid: TEA. 1976

## DIRECCIONES WEB

- [http://www.gerontologia.org/html/revista\\_latinoamericana\\_de\\_psicologia\\_resumenes.htm](http://www.gerontologia.org/html/revista_latinoamericana_de_psicologia_resumenes.htm)
- [http://sepiensa.org.mx/contenidos/f\\_micfam/home/f\\_ciclo/](http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_micfam/home/f_ciclo/)

# LA SALUD MENTAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA O VEJEZ



Registro grafico archivo personal





# GENERALIDADES

Las Estadísticas demuestran que el porcentaje de personas maduras y ancianos aumenta gradualmente en la población de los distintos países del mundo. Esta tendencia al aumento progresivo de la edad promedio de la población no es privativa de nuestro país, sino de toda la especie humana. Esto es el resultado de una serie de factores tales como los avances medico-farmacológicos, los más altos niveles nutricionales, mejores condiciones de higiene y los progresos logrados en el control de las enfermedades infantiles.

Teniendo en cuenta la creciente población senil, es indispensable tener un adecuado conocimiento neurofisiológico, médico, psicológico, neuropsicológico y social del anciano. El envejecimiento no es una etapa que aparece a determinada edad, es un proceso que avanza desde la época de la concepción hasta su finalización, aumentando con la edad cronológica y por ahora es irreversible, implica la aparición de toda una serie de cambios no solo físicos, sino también psicológicos y sociales.

Al avanzar la edad del hombre comienzan a aparecer síntomas como disminución en la agudeza visual, reflejos, dificultad para retener nueva información, solucionar problemas, mantener la atención y otras. Tales dificultades se relacionan con una serie de modificaciones progresivas en el sistema nervioso, las neuronas muestran atrofia, usualmente se observa lentitud física, temblor y disminución del vigor físico y sexual.

Tal parece que los problemas de la memoria se deben a una dificultad para pasar la información de la memoria a corto plazo a memoria de corto plazo y cambios en el nivel intelectual y comportamiento psicomotor. Envejecer significa adoptar nuevos roles sociales, ya que al enfrentar éstas circunstancias en el anciano hacen que sus actividades como miembro de una comunidad se modifiquen.

El retiro laboral asociado al envejecimiento lleva al anciano a la pérdida de uno de los grupos primarios importante en la vida de un hombre: sus compañeros de trabajo, con los cuales ha compartido muchas situaciones de la vida, la pérdida súbita de éste grupo primario de referencia, es motivo de aprehensión, limitaciones de interés, sentimientos de soledad, abandono y pérdida del afecto. Hay cambios en las relaciones familiares, tienden hacerse más estáticas y poco cambiantes.

El anciano empieza a preocuparse al darse cuenta de los cambios físicos, biológicos y psicológicos que está sufriendo; pérdida de la belleza física, de la juventud, vigor físico y posteriormente de la Salud. Gasta bastante tiempo en exámenes de laboratorio, visitas médicas, hospitalización y de su cuidado físico. Al pasar los años aumenta la probabilidad de las enfermedades crónicas, como la artritis, enfermedades cardiovasculares, senilidad y otras propias de la vejez como atrofia de los órganos, disminuye el metabolismo, dificultad para regular variaciones de la glucosa en la sangre.

Los síntomas de una enfermedad en ésta etapa son menos informativos que en el joven, por lo tanto deben observarse con atención.

## CONDUCTAS ADAPTATIVAS DE LA VEJEZ

- Adaptación a los cambios físicos y problemas de salud.
- Adaptación al retiro laboral y a menores ingresos.
- Adaptación a la muerte del cónyuge.
- Adaptación a grupos sociales de la misma edad.
- Establece redes de apoyos en lo cívico, social y otros.
- Busca una vivienda definitiva.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Conservar función cognoscitiva óptima.
- Brindar orientación ambiental.
- Mantener la comunicación y abordaje de inquietudes y temores.
- Conservar la seguridad física para reducir lesiones.

- Fortalecer la Independencia.
- Mantener la ubicación en las tres esferas: tiempo, lugar y persona.
- Mantener una auto imagen positiva.
- Reducir minusvalía prematura.
- Observación permanente para identificar signos y síntomas de enfermedad.
- Fortalecer medio ambiente favorable para el descanso, nutrición y otras.
- Orientación nutricional acorde a ésta etapa-
- Fortalecer las redes familiares.

## ASPECTOS BIOÉTICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ANCIANO

El anciano (a) es una persona. Este es el hecho ético fundamental que debe motivar a la enfermera a interesarse por él, en la búsqueda de su bienestar y su calidad de vida.

Como toda persona, el anciano (a) además de poseer características físicas, psicológicas y socioculturales propias, posee una espiritualidad que no se puede desconocer, que le da unidad y lo integra al mundo de los valores y principios. Tiene conciencia de su pasado y puede reflexionar y planear su futuro. Posee una interioridad que trasciende a través del conocimiento y del amor. Tiene dignidad que le es propia; en este sentido, **E. Fromm** expresó refiriéndose a la persona: **"Nada hay que sea superior, ni más digno que la existencia humana"**

A este ser humano es al que se debe cuidar, promover su calidad de vida y una existencia saludable, respetando su dignidad y su derecho inalienable a la salud. Frente a esta realidad, es necesario acoger con decisión un timonel que esté sostenido por los principios fundamentales que propone la bioética, según la definición que hace de ella el Instituto Kennedy de Ética, que fue adoptada por la Organización Panamericana de la Salud: **"Es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención en salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios éticos"**.

### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO

- Autonomía
- Beneficencia – No Maleficencia
- Justicia

En este sentido es urgente reconocer la importancia de llamar a l anciano (a) por su nombre, de aceptarlo como interlocutor válido en toda comunicación y de considerarlo una fuente de sabiduría de la cual se benefician la familia y la comunidad. Así mismo, es necesario saber que el anciano(a) puede rechazar algún cuidado y que es parte de su decisión autónoma, por cuanto se está interactuando con una persona sana con condiciones mentales indispensables para decidir.

Igualmente es fundamental reconocer, como afirmación del principio de justicia, que durante sus últimos años el anciano(a) aporta poco en aspectos económicos y materiales; sin embargo, sí lo hizo en el pasado y por lo tanto, lo que la familia y la sociedad hagan por él o ella es una retribución justa a lo que dio.

Es necesario humanizar el cuidado, no sólo mejorando el trato con el anciano (a) sino también ayudándolo para que asuma con valor y responsabilidad la realidad cotidiana, para que este periodo del ciclo vital sea acogido con dignidad y se acepte la vejez, más aún si reconocemos la bioética como la ética de la vida. Sea esta la oportunidad para generar un proceso de cambio en la sociedad, que rompa con el paradigma del concepto de salud como ausencia de enfermedad, para entenderla más como el desarrollo del goce, del disfrute y de la estética. Valga la aclaración de que es indispensable abandonar la idea de asociar anciano (a) con enfermedad. Por tanto, la actitud frente al anciano (a), teniendo en cuenta estos conceptos y la misión como enfermeras (os), debe ser: la presencia que anima, fortalece y ayuda, la mano que sostiene. Esto lo expresa Luís Carlos Restrepo en su libro Derecho a la Ternura.

Al permanecer el anciano (a) en su casa y en la comunidad, se mantiene su autonomía, se refuerza la vida familiar y se afirma su valor en la sociedad. Es importante tener claro que al involucrar a la familia en los cuidados del anciano

(a), éste recibe más de lo que da, sin embargo recordemos que aún conserva el papel de madre o padre, que tiene mucho por dar y que aún es alguien: **el pilar de la principal célula de la sociedad: la familia**. La meta al trabajar con personas ancianas es reforzar sus aptitudes, permitirles que hagan las cosas por sí solas y dejarles desarrollar todas sus potencialidades, viviendo en su propio hogar.

## DERECHOS DE LA PERSONA PARA VIVIR LA VEJEZ EN SU PROPIO HOGAR

El hogar es, en la vejez el mejor lugar para el bienestar psicosocial y mental



## PERFIL DE LA ENFERMERA (O) GERONTOLÓGICA

El perfil de la enfermera en esta etapa evolutiva debe incluir entre otros valores: sensibilidad, empatía, actitud humanitaria, vocación, ética, amor al viejo, entrenamiento profesional y actitudes de educadora. El cuidado humanizado se considera de alto valor en el éxito de las acciones de atención al anciano(a).

Con base en estos principios, **Charlotee Elopoulus** escribió un motivador acróstico, que constituye una guía sencilla, práctica y humana para el trabajo de enfermería geriátrica.

Eduque a futuras enfermeras gerontológicas para el avance de la especialidad.

Negocie con el anciano el cuidado

Favorezca la independencia

Entienda y Fortalezca la individualidad

Reconozca y estimule el manejo adecuado de los asuntos éticos y bioéticos

Movilice a la familia y los recursos comunitarios para apoyarlo

Eduque para promover el auto cuidado

Reduzca los factores de riesgo ambiental

Interiorice sobre la importancia de su ser y su quehacer

Apoye y promueva el trabajo interdisciplinario

Guíe a las personas de todas las edades hacia un proceso de envejecimiento saludable.

Enseñe y apoye a los cuidadores de la salud

Respete los derechos de las personas ancianas y asegúrese de que otros lo hagan

Oriente y promueva la calidad de los cuidados

No reste tiempo para detectar y reducir los riesgos de la salud y bienestar

Trasmítale amor al anciano (a)

Oriente las acciones para enfrentar las tareas de desarrollo

Libere toda tensión para dar el cuidado

Ofrezca optimismo y esperanza

Genere, apoye, implemente y participe en investigación

Implemente medidas restauradoras y de calidad de vida

Coordine los servicios de promoción de la salud

Asuma el proceso de enfermería para el cuidado de la salud del anciano

## PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO

Es una tecnología apropiada para brindarle cuidados individualizados al anciano (o), identificando problemas, trazando objetivos realistas y atendiendo a sus respuestas humanas.

Se toman como referentes los diagnósticos de enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA). En cada uno debe tenerse en cuenta la cultura y el medio geográfico en el que vive el anciano. Y estos son:

- **Desesperanza relacionada con:** Falla o deterioro en las condiciones fisiológicas, pérdida de algo, o algún ser querido, incapacidad para participar en actividades que desea, deficiencias sensoriales, motoras, pérdida de la independencia, pérdida de allegados u objetos importantes.
- **Déficit del auto cuidado:** Alimentación, baño, higiene personal, vestido, uso del sanitario y administración de medicamentos.
- **Síndrome de desuso:** Disminución sensorial, dolor, capacidad motora disminuida, debilidad muscular.
- **Alto riesgo de lesión:** Falta de conocimiento de las precauciones necesarias, secundarias a las deficiencias motoras o sensoriales y riesgos ambientales.
- **Aislamiento social:** Relacionado con pérdidas sensoriales, motoras y familiares.

Las intervenciones de enfermería tienen como objetivos:

- Ofrecer cuidados directos que realiza la enfermera (o) en beneficio del anciano (a) respetando su autonomía y rescatando su dignidad humana. También puede realizarlos el cuidador bajo la orientación de la enfermera.
- Propender por el establecimiento de una relación empática con el anciano (a), principalmente, y con su familia como apoyo inmediato y promotor de la continuidad de las intervenciones de enfermería.
- Generar acciones educativas y ofrecer elementos básicos para favorecer la integración del anciano (a) a su familia y a su sociedad.
- Evitar las limitaciones o dependencias del anciano (a) al enfatizar en aquellas estrategias que le permitan valerse por sí mismo.
- Facilitar el alcance de los logros en el anciano (a).

### PLAN DE ACTIVIDADES PARA LA TERCERA EDAD

Para los ancianos es de gran importancia realizar actividades ocupacionales que eviten la inutilidad, la depresión, creando condiciones para una vejez satisfactoria, desarrollando estilos de vida favorables como hábito de lectura, aficiones, deportes y otros.

### ACTIVIDADES

#### Culturales y Educativas

- Fortalecer la asistencia a eventos culturales.
- Capacitación en el auto cuidado para disminuir riesgos de las enfermedades propias de la edad.

### Recreativas y deportivas

- Gimnasia
- Juegos de mesa: Bingo, lotería, dominó, Dama, Parques.

### Diarias

- Fortalecer la higiene personal.
- Ocupacionales.

### Tiempo Libre

- Paseo, convivencias, cantos.

### Artísticas

- Danza, poesía, pintura y otras.

### Vocacionales

- Cocina, bordados, tejidos, manualidades en general, panadería, huerta casera, jardinería modistería y otras.

## DERECHOS DE LOS ANCIANOS

Fueron adoptados el 16 de diciembre de 1991 por las Naciones Unidas.

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.
7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.
15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad. Dignidad

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

### **RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD**

En constancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberán tratar de:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles,
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida,
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca,
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación,
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral,
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes,
7. compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes,
8. Participar en la vida cívica de su sociedad,
9. buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

## **POEMA AL ANCIANO**

*"Haz escrito ya muchas páginas en tu libro;  
unas son tristes y otras son alegres,  
unas son limpias y claras,  
otras son borrosas y oscuras.  
Aun te queda una página en blanco:  
la que haz de escribir este día.  
Te falta por llenar la página de hoy.  
Piensa y cree que ésta sea la página  
más bella, la más sentida.  
Cada mañana al despertar recuerda que  
aún tienes que escribir la mejor de tus paginas,  
Le dirás lo mejor que tú puedes dejar  
en el libro que tú estás escribiendo con tu vida.  
Piensa que siempre te falta por escribir  
la página más bella".*

### **LA SALUD MENTAL EN LA EDAD ADULTA TARDÍA O VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)**

El envejecimiento es un proceso que avanza desde la época de concepción hasta su finalización, aumentando con la edad cronológica y por ahora es irreversible, implica la aparición de una serie de cambios físicos y psicológicos.



## Logros

La estudiante conocerá el manejo integral de las personas en la edad adulta tardía (vejez) que permita brindar un cuidado de enfermería que fomente el estilo de vida saludable y prevenga la alteración de la salud mental.

## Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Describe la importancia de una adecuada salud mental en el adulto tardío
2. Argumentativa
  - Construye estrategias de cuidado para el fomento de la salud mental en el adulto tardío
3. Propositiva
  - Propone talleres para el fomento de un estilo de vida saludable durante la vejez.
4. Axiológica
  - Se compromete a desarrollar estrategias para el fomento de un estilo de vida saludable en el adulto tardío

## Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca de la vejez de su abuelo(a) (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

## Desarrollo

1. Consulta sobre la etapa del adulto tardío (vejez).
2. Indague sobre las conductas adaptativas de esta etapa
3. Enumere cinco actividades de enfermería para bordar esta etapa.
4. Investigue sobre la bioética y el cuidado de enfermería en esta etapa del ciclo vital
5. Describa los diagnósticos de la NANDA para planear la atención de enfermería en personas de la edad adulta tardía (vejez).
6. Indague los valores que debe fomentar la enfermera para el cuidado del anciano
7. Investigue las leyes que protegen a los ancianos.
8. Enuncie las actividades que realizaría para el fomento de la salud mental en los ancianos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GONZÁLEZ MONTALVO JI, RODRÍGUEZ MAÑAS L, RUIPÉREZ CANTERA I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los enfermos externos en un servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 129-33.
- CONTEL JC, GONZÁLEZ M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enfermería Clínica* 1995; 5(5): 205-11.
- LINDOSO T, VALENCIA S, FERNÁNDEZ A, ÁLVAREZ S, ÁLVAREZ JA. Monitorizar un programa de atención domiciliaria. *Rev Rol Enfermería* 1994; 188: 13-16
- CASALS, I. Sociología de la ancianidad. Madrid: Mezquita, 1982.
- CHARLOTTE ELIOPOULOS, RNC, PhD Holistic Nurse: Teacher, Leader, Author. , Elsevier Article Locator Volume 20, Issue 3, Pages 162-163. [www.chronicpractice.com](http://www.chronicpractice.com)
- ELIOPOULOS CHARLOTTE . *Gerontological Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins | 2004 ISBN: 9780781744287. [charlotte@healthed.net](mailto:charlotte@healthed.net)
- GARCÍA VELÁSQUEZ MA, , Un anciano sano: plan de cuidados. *Gerokomos*, vol. 13, nro. 1, pág. 17, 2002.
- GEROKOMOS, Revista de la sociedad española de enfermería, geriatría y gerontología, vol. 12. N° 1, enero 2001.
- JULIAN S.C. et al Valoración psicofísica del anciano. *Revista Rol de Enfermería*. No. 206n 17.20. Madrid, 1995
- KANE RA, KANE RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores; 1993.
- MINISTERIO DE SALUD. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría. Capacitación en salud para el cuidado del anciano. Santa Fe de Bogotá, 1996
- MINISTERIO DE SALUD. La Carga de la Enfermedad en Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1994
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el bienestar de las personas ancianas. Publicación científica No. 492. Washington, 1985.
- OROZCO V, M V; GONZÁLEZ P, T; PICO M, E. Cuidado de enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0022.php>
- OROZCO, V., M.V. Ética en la gestión: Reto para tercer milenio. Universidad Industrial de Santander. Salud UIS. Vol.26 No. 1. Bucaramanga , 1998
- VEGA. P, PRIETO E, Temas de gerontología, Atención al paciente terminal. Edit pe Pág. 141-155. 1996.





# 2DO. CAPÍTULO

## EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL PARA LA PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE





# SALUD MENTAL RELACIONADA CON EL ESTRÉS



Registro gráfico archivo personal



# GENERALIDADES

El estrés es la respuesta física y emocional provocada en el Ser Humano por una situación física, psicológica o social que produce desequilibrio y desarmonía. Esto es desencadenado por un estímulo de tal intensidad y magnitud que produce tensión.

## Agente estresante

Es un hecho, una situación, una persona o un objeto que, se percibe como elemento estresante, desencadenan la reacción de estrés que es la consecuencia de aquel. Los agentes estresantes pueden ser de naturaleza muy variable y el resultado de causas muy numerosas sean de origen psicosocial y de comportamiento, como la frustración, la ansiedad y la sobrecarga, o bien de índole bioecológica y física, incluyendo el ruido, la polución, las fluctuaciones de temperatura y los cambios en la alimentación.

La anticipación y la imaginación de situaciones o hechos estresantes también pueden desencadenar la reacción del estrés.

## Reacción general de adaptación al estrés

El profesor Hans Selye, científico eminente, un pionero en el ámbito de la investigación sobre estrés, ha creado el concepto de una reacción general de adaptación al estrés. Este concepto revela las fases fundamentales de reacción al estrés.

En la fase **A**, la reacción de alarma, todas las facultades del organismo se encuentran en un estado de movilización general, pero sin que algún sistema orgánico en particular quede implicado.

Si el estrés persiste durante un período de tiempo suficientemente largo, el organismo se habitúa al mismo y entra en la fase de adaptación o de resistencia fase **B**. Es durante esta fase que el metabolismo se adapta a la presencia del estrés durante un periodo de tiempo indeterminado. La reacción del estrés se dirige hacia el órgano o la función fisiológica mejor capacitada para tratar o suprimir el mismo.

La energía necesaria para la adaptación es limitada y si el estrés se mantiene, puede ocurrir que el organismo entre la fase **C**, la del agotamiento. En esta fase el órgano o bien la función encargada de enfrentar al estrés queda vencido y se desmorona.

# GRADOS DE ESTRÉS

## GRADO UNO

- Gran impulso para actuar.
- Atención alta para comprender y captar.
- Gran energía para realizar actividades.
- Es un estado tan deseable que la persona no se da cuenta del peligro que se está empezando a avecinar.

## GRADO DOS

- Cansancio al levantarse.
- Problemas ocasionales del estómago y del corazón.
- Tensión muscular en la espalda y alrededor del cuello.
- Sensación de no poder relajarse.
- Fatiga.

## GRADO TRES

- Se acentúa la fatiga.
- Se acrecientan los trastornos intestinales y estomacales.
- Los músculos están más tensos y hay sensación de tensión.
- Problemas en el sueño, como pesadillas, sobresaltos y dificultad para dormir.
- Sensación de desmayo.

## GRADO CUATRO

- Sensación de incapacidad para terminar el día.
- Las actividades se vuelven penosas.
- Disminución de la capacidad de reaccionar frente a las cosas.
- Agudización de los trastornos del sueño.
- Aumenta la dificultad para concentrarse.
- Proliferan los sentimientos desagradables.
- Presencia de muchos temores.

## GRADO QUINTO

- Fatiga extrema.
- Dificultades para realizar tareas sencillas.
- Acrecientan los trastornos estomacales e intestinales.
- Aumentan temores.

## GRADO SEIS

- Latidos del corazón violentos.
- Sensación de pánico.
- Respiración acelerada.
- Presencia de temblores, escalofríos y sudoración exagerada.
- Sensación de hormigueo en manos y pies.
- Energía apenas suficiente para realizar tareas más sencillas.

## FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ESTRÉS

El estrés depende de:

- Herencia.
- Constitución biológica.
- Estado de Salud.
- Experiencias que se han tenido.
- Forma de ser.
- Capacidad intelectual.

### El estrés está relacionado con:

Edad, educación, estado civil, sexo, clase social, número de sucesos desagradables vividos, tipo de sociedad, clase de trabajo, forma de organización de la empresa, manera de ser de cada persona. Las personas competitivas, agresivas, explosivas, que estén en frecuente tensión, a las cuales el tiempo no les alcanza, quieren sobresalir y lograr poder son más propensas al stress y ha enfermar del corazón.

### El mecanismo del estrés

El mecanismo del estrés es muy complejo, ya que implica una interacción entre el cuerpo y el espíritu. La información proviene del medio es tratada de dos maneras, según la vía elegida:

**1. La vía subconsciente.** (Sistema neurovegetativo) Esta vía engloba los reflejos físicos y emocionales que intervienen para preparar el cuerpo para cualquier otra acción que se vuelva necesaria. Esta preparación que estimula al organismo es independiente de la acción final.

**2. La vía consciente.** Esta vía voluntaria, de la percepción, la evaluación y la toma de decisión, es la que determina si la estimulación es necesaria o inadecuada y nociva. La acción o las respuestas son conscientes y solamente pueden producirse si nosotros percibimos y evaluamos la situación. La reacción al estrés, que es una excitación física, puede entonces ser provocada por un acto consciente y voluntario o por una activación subconsciente e involuntaria que mantienen al cuerpo en un estado de disponibilidad.



## La percepción

El estrés es subjetivo y personal. Comienza cuando percibimos como agente estresante a una situación, una persona, un suceso, el observar un objeto. Esto significa que el cerebro no reacciona ciegamente y que ejerce hasta cierto grado una interpretación subjetiva.

La manera en que se percibe un acontecimiento depende en gran parte de la idea que se tiene de nosotros mismos, de la fuerza del YO, de nuestra escala de valores y aún de nuestra herencia. Los momentos felices, como el acto del casamiento, el de ganar la lotería o el de reencontrarse con un ser querido después de una larga ausencia, ejercen también estrés, aunque la mayor parte de los agentes estresantes en los cuales se está inmersos se vinculan con episodios negativos, dolorosos y desagradables de nuestra vida.

La misma situación puede ser percibida de maneras radicalmente diferentes por dos personas. Una de ellas la siente como un apasionante desafío, mientras que la otra la considera como una amenaza a su vida. Un sujeto interpreta una luz roja del semáforo como un objeto útil que permite regular la circulación como un objeto útil que permite regular la circulación del tránsito, mientras algún otro encuentra en el mismo una fuente de irritación. Es más, en función del momento percibimos los mismos acontecimientos en forma distinta y reaccionamos de manera diferente; mucho depende de nuestro humor, de nuestro estado de ánimo y de nuestro estado físico.

## La anatomía del estrés

La reacción del estrés y sus efectos hacen intervenir al cerebro y todas nuestras funciones corporales. El estrés afecta profundamente a:

- Nuestra percepción sensorial
- Nuestro sistema nervioso
- Nuestro equilibrio hormonal
- Nuestro sistema cardiovascular
- Nuestro aparato digestivo
- Nuestro funcionamiento respiratorio
- Nuestra piel
- Nuestro aparato genitourinario
- Nuestro sistema inmunológico

Emocionalmente produce: Ira. Tristeza, miedo, apatía, ansiedad y orgullo herido.

**En el Comportamiento:** Agresividad hacia los demás, objetos o sí mismo, irritabilidad creciente, gritos y agresividad, ausentismos laboral, irresponsabilidad, desinterés, suicidio, necesidad excesiva de comida, alcohol, droga, tabaco.

## El sistema neurovegetativo

El sistema neurovegetativo está compuesto por dos partes que mantienen el organismo en equilibrio:

1. **El sistema simpático:** Es responsable de la estimulación o del estrés (aumentando la frecuencia cardiaca, aceleración de la respiración, reducción de la actividad gastrointestinal).
2. **El sistema parasimpático:** Restaura el estado de reposo disminuyendo la frecuencia cardiaca, haciendo más lenta la respiración, retrasando la transpiración y aumentando la actividad gastrointestinal.

Mientras el sistema simpático está sometido a un bombardeo ininterrumpido provocando repetidamente las reacciones del estrés, el sistema neurovegetativo se encuentra en desequilibrio a causa de ello mismo. El equilibrio justo entre ambos sistemas es vital para nuestra salud y nuestro bienestar,

Estrés positivo y el estrés negativo

## Cuando se opera en la fase positiva del estrés ello implica:

- Vitalidad
- Entusiasmo
- Optimismo

- Actitud positiva
- Resistencia a la enfermedad
- Fortalecimiento físico
- Agilidad mental
- Relaciones personales optimas
- Alta productividad y creatividad

**En la fase negativa del estrés, se está inclinado a:**

- Fatiga
- Irritabilidad, falta de concentración
- Depresión
- Pesimismo
- Enfermedad
- Accidentes
- Mala comunicación
- Bajos niveles de productividad y creatividad.

No se trata de suprimir el estrés, lo que por otra parte, no es ni posible ni conveniente, sino de permanecer en la fase positiva constituida mediante una dosis adecuada de estrés.

## CLASES DE ESTRÉS

### El estrés y el empresariado

Las condiciones de trabajo se caracterizan también por profundos cambios a los que las empresas y otros grupos humanos deben adaptarse. Estos cambios implican estrés en todos los niveles jerárquicos. Todo ser humano esta expuesto al estrés, este aumenta en forma proporcional a los cambios rápidos que se suceden afectando la tecnología, los métodos de trabajo y todos los fenómenos vinculados con la economía.

### El estrés de adaptación

Cada vez que se enfrenta un cambio, tanto si el acontecimiento es agradable como si es desagradable se rompe la homeostasis y se está sometidos a estrés durante el periodo de adaptación al acontecimiento. Llamamos adaptación al proceso de restablecimiento de la homeostasis. El cambio puede representar un factor positivo que favorece el desarrollo, o bien constituir una fuerza capaz de provocar un daño mental o físico.

### El estrés de frustración

Se experimenta un estrés de frustración cuando se encuentra impedidos de hacer lo que se desea, se trate de adoptar o de aceptar un cierto comportamiento. El sentimiento de frustración es también experimentado cuando se está impedidos de alcanzar el objetivo que nos proponemos. En el plano emocional, reaccionamos a la frustración a través de sentimientos de ira, desesperación o agresividad. Dichos sentimientos pueden ser exteriorizados o interiorizados.

### Estrés de sobrecarga

La sobrecarga o excesiva estimulación es el estado en que se encuentra cuando los requerimientos del medio sobrepasan nuestra capacidad para satisfacerlos. Los principales factores que contribuyen a la sensación de un exceso de requerimiento son cuatro:

- La falta de tiempo
- El exceso de responsabilidad
- La falta de apoyo
- Expectativas demasiado grandes con respecto a nosotros mismos y a nuestro entorno.

### El estrés de privación

Cuando las facultades mentales y emocionales no están lo suficiente solicitadas y estimuladas, este estado puede provocar estrés y un estado deficiente de salud. El estado de estrés insuficiente, conduce al aburrimiento o a la soledad, un estado



de carencia emocional que se refleja a menudo por la pérdida de la autoestima (la que por sí sola es origen de estrés) y en casos extremos puede provocar comportamientos autodestructivos como la toxicomanía e incluso el suicidio.

### El estrés de alimentación

El consumo de ciertos alimentos pueden aumentar el estrés de la vida cotidiana, tanto al estimular directamente la reacción del sistema simpático al estrés, como al contribuir a estimularla estableciendo un estado de cansancio y de incrementada irritabilidad nerviosa.

- **Agentes simpático miméticos:** Se trata de sustancias químicas que desencadenan la reacción de estrés imitando la reacción del sistema simpático del estrés. El agente estresante más corriente es la cafeína, que contiene el café, el té, las bebidas a base de coca, el chocolate y el cacao.
- **Hipoglucemia:** Los síntomas de hipoglucemia (ansiedad, dolor de cabeza, mareos, temblores y actividad cardiaca incrementada) pueden transformar los estímulos normales en agentes estresantes agudos y disminuir nuestra tolerancia al estrés. La hipoglucemia por reacción, provocada por una elevada ingestión de azúcares en un espacio limitado de tiempo o incluso la hipoglucemia funcional, que aparece cuando se salta alguna de las comidas, son tanto una como la otra, generadoras de estrés.
- **Cloruro de sodio:** El Ion sodio de la sal de cocina provoca una retención de agua en el organismo. Una excesiva retención de líquido tiene por efecto aumentar la tensión nerviosa, provocando edemas. La retención excesiva de líquido también hará subir la tensión arterial, típica reacción al estrés. Exponiéndolo a accidentes cerebro vasculares, infartos o hipertensiones crónicas.
- **Exceso de alimentos y subalimentación:** Una excesiva ingestión de alimentos desemboca en la obesidad, la cual por su parte, provoca un mal estado de salud y una serie de enfermedades. Del mismo modo, la absorción de calorías en cantidad insuficiente, así como por otra parte, una alimentación mal equilibrada, disminuye nuestra resistencia al estrés. No solo es importante tener en cuenta lo que comemos y la cantidad que comemos, sino que, también debemos considerar la manera en que comemos.
- **Estrés por carencia de vitaminas y de sales minerales:** Durante los periodos de estrés agudo o crónico, las fuentes alimenticias de vitaminas y de sales minerales pueden resultar insuficientes.
- **Falta de vitaminas:** En periodos de estrés es necesario tomar cantidades mas elevadas de ciertas vitaminas para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas nervioso y endocrino. Se trata de la vitamina C y de las vitaminas del complejo B, en particular la vitamina B1 (tiamina) y B2 (riboflavina), la niacina, así como las vitaminas B3 (ácido pantoténico), B6 (piridoxina). La carencia de esas vitaminas provoca reacciones como la ansiedad, la depresión, el insomnio y la debilidad muscular. El agotamiento de las reservas de esas vitaminas disminuye nuestra adaptabilidad al estrés.
- **Carencia de sales minerales:** Un estrés excesivo puede provocar una carencia de sales minerales esenciales. Tales como el magnesio, calcio y cinc. A ello hay que agregarle el hecho de que bajo la influencia del estrés, tendemos a descuidar nuestra alimentación y, en consecuencia, a agravar la situación por no ingerir sales minerales en cantidades suficientes. El déficit de sales minerales esta directamente vinculado con una gran cantidad de trastornos desde la esterilidad y problemas de crecimiento, hasta úlceras, hipertensión o insuficiencia coronaria.

## PREVENCIÓN PERSONAL DEL ESTRÉS

- Aleje de su vida los estímulos que le producen tensión siempre que pueda hacerlo.
- El problema no está en ante qué reaccionamos sino cómo reaccionamos.
- Establezca prioridades entre lo que desea y lo que pueda conseguir.
- Administre adecuadamente su tiempo.
- No suprima emociones, déles curso, el hablar de los problemas ayuda.
- Practique la relajación, yoga, meditación trascendental, ejercicios aeróbicos, caminatas y otros.
- Ayude a los demás pero no se olvide de usted.
- Ayude a otros, sólo si puede, no cargue con todos los problemas de los demás.
- No espere recompensa de los demás cuando dé una ayuda para no encontrar desilusiones.
- Lleve una alimentación sana, mermer harina y azúcar, ya que dan energía rápidamente disponible, pero pasado cierto tiempo ésta decae y produce debilidad.

- El descanso y el sueño debe ser adecuado, mínimo siete horas y tener cambios de actividad.
- Aborde los problemas uno cada vez.
- Fomente los sentimientos positivos de amor, camaradería, paz y alegría.
- Mantenga el buen humor, acepte el mundo cómo es, no sea desconfiado sin razón, ame y déjese amar, cultive las amistades, haga de su trabajo y su hogar un sitio agradable y diviértase.

### STOP AL STRÉS

Una de las técnicas más eficaces reductivas del stress es la Relajación y el enraizamiento, ya que posibilitan en cada persona a mantener el cuerpo relajado y la mente serena aún frente a situaciones difíciles o inmodificables, evitando que el cuerpo entre en stress alto y que el individuo responda al medio ambiente con frecuentes e intensas respuestas fisiológicas y emocionales, haciéndolo más racional, sereno, tranquilo y saludable.

### DOCE OPCIONES ANTI ESTRÉS

- Diagnóstico personal del estrés
- Conocimientos acerca del estrés
- Pensamiento y actitud positivos
- Horario/organización/administración del tiempo
- Actividad física/alimentación
- Programa de relajación
- Equilibrio entre actividades de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo
- Tolerancia/flexibilidad/adaptabilidad
- Entusiasmo
- Sentido del humor
- Sabiduría
- Saber alimentar al espíritu.

## MODELO TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS. LAZARUS Y FOLKMAN

Una TRANSACCIÓN entre la persona y el ambiente" un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio.

Lazarus y Folkman (1980), el estrés psicológico es "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar."

Proceso psicobiológico complejo con tres componentes principales:

1. Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso (acontecimiento estresante o estresor).
2. El acontecimiento es "interpretado" como peligroso, perjudicial o amenazante. el sujeto lo percibe y valora como tal, independientemente de sus características objetivas.
3. Una activación del organismo, como respuesta ante la amenaza.

### EVALUACIÓN COGNITIVA (LAZARUS Y FOLKMAN, 1980)

Proceso mental mediante el cual evaluamos dos factores (Los dos procesos están muy relacionados):

Evaluación Primaria: la persona juzga el significado de una transacción específica con respecto a su bienestar: ¿Es "irrelevante", "benigna - positiva" "estresante?"

**Evaluación Secundaria:** las personas evalúan sus recursos y opciones de afrontamientos (físicos, sociales, psicológicos y materiales) frente al estresor. ¿Qué puedo hacer? la valoración como estresante aporta el significado de:

- **Daño:** El individuo recibe algún perjuicio (como una lesión o enfermedad incapacitante), algún daño a la estima propia o social.
- **Perdida:** Familiar, económica y/o social. Se asocian a emociones negativas: Miedo, la ira o resentimiento.
- **Amenaza:** Daños o pérdidas que no han ocurrido todavía pero que se prevén, de forma más o menos inminente.



- **Desafío:** Juicio del encuentro, o de la transacción, como potencialmente superable si se movilizan las fuerzas necesarias para ello. Se asocia a emociones placenteras: excitación, impaciencia, ansia o ilusión. No son excluyentes.

## EJERCICIO DE RELAJACIÓN

Todas las partes de su cuerpo se encuentran apoyadas en el suelo, aflójese. Se encuentra usted cómodamente acostado y con los ojos cerrados. Se va a tomar conciencia de ciertas sensaciones corporales, dirija la atención a su brazo izquierdo y derecho, ahora aflójese, relaje sus manos y déjelas descansar sobre el piso, vea si puede aflojar algo más. Respire profundo. Observe la relajación que comienza ha desarrollarse en manos y brazos. Relájese más y más, sienta la agradable sensación de su cuello y hombros. Mueve suavemente la cabeza de lado a lado.

Ahora, se fija la atención en los músculos de la cara, distiende la frente, los párpados, músculos de los ojos y labios. Relájese, respire profundo, sienta los músculos del pecho y la espalda, inspire profundamente y llene los pulmones descendiendo el aire hasta el abdomen, relájese. Siga respirando normalmente, dejando que los músculos se aflojen.

Se debe desplazar a los músculos del abdomen, genitales y glúteos, se relaja, aflójese más y más, libérese de esa tensión, respire profundo, relájese, respire normalmente. Estire las piernas y pies muy suavemente, relájese, afloje más y más, respire normalmente.

Ahora, se siente la diferencia entre relajación y tensión muscular. Eres capaz de advertir si hay tensión en alguno de tus músculos y enviar el mensaje para que esos músculos se distiendan y relajen. Si piensas aflojar más puede hacerlo. ( indique lo que se quiera conseguir).

Bueno, se va a salir de la relajación, respire profundo y comience a mover el cuerpo suavemente, desperézate. ¡MUY BIEN!. Ahora, cuando se desea, puede abrir los ojos suavemente, sintiéndose muy bien, tranquilo, alegre y seguro de lograr todo lo que quiera en la vida. ¡MUY BIEN!

## LA TÉCNICA DEL ENRAIZAMIENTO

Lo que se llama Enraizar al Individuo consiste, en sensibilizar el vientre de manera que la persona pueda sentir sus entrañas y sensibilizar sus piernas, hasta que se sientan cómo raíces móviles. La Persona que está enraizada de ésta manera siente que tiene de bajo una base firme en la tierra y posee el coraje de mantenerse o moverse en ella cómo le plazca. Entonces, estar ENRAIZADO, es estar en contacto con la realidad.

El Enraizarse, también sirve para liberar y descargar la excitación del cuerpo.

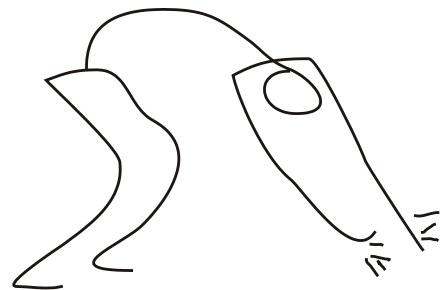
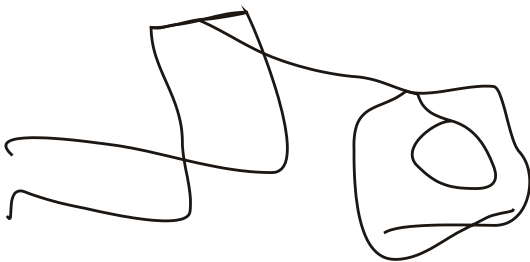
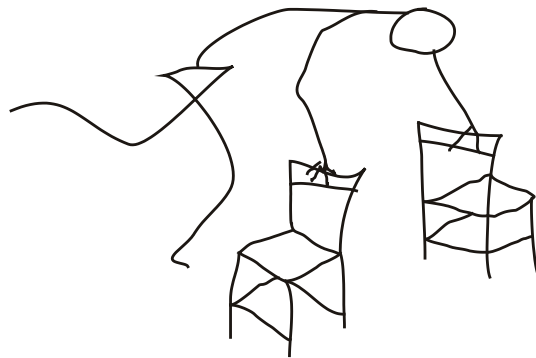
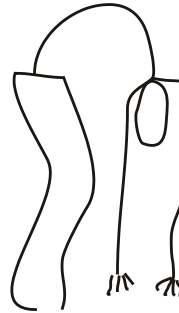
El exceso de energía en un organismo viviente se descarga constantemente a través del movimiento o del Aparato sexual, ambos son funciones de la parte inferior del cuerpo.

A la Parte superior le concierne principalmente, la toma de energía. Estos dos procesos básicos de carga arriba y descarga abajo deben estar equilibrados.

Si una persona no puede cargar adecuadamente estará débil, descargada y mostrará una Pérdida de vitalidad. Si no puede descargar adecuadamente estará colgada a una fantasía e incapaz de bajar a tierra, hasta que la fantasía se derrumba, pero uno no puede permanecer en el suelo a menos que esté enraizado en la función de descarga. La función de descarga se experimenta como placer.

Existen cinco ejercicios de Enraizamiento, realícelos.

# EJERCICIOS DE ENRAIZAMIENTO



## GUÍA DE ESTUDIO Nº 19

### SALUD MENTAL RELACIONADA CON EL ESTRÉS

El estrés es la respuesta física y emocional provocada en el ser humano por una situación física, psicológica o social que produce desequilibrio y desarmonía.

#### Logros

- El estudiante identificara signos del estrés en el ser humano
- El estudiante determinara la importancia de la eliminación del estrés de la vida diaria en el ser humano
- Promoverá el cuidado de enfermería para eliminación del estrés

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  1. Diferencia los grados de estrés que puede tener el ser humano
2. Argumentativa
  2. Construye e planes de cuidado para personas con estrés
3. Propositiva
  - Aplica el cuidado de enfermería para la eliminación del estrés
4. Axiológica
  - Se concientiza de la importancia de realizar ejercicios de relajación para eliminar el estrés

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente una critica acerca del cine foro (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).
- d. Practique los ejercicios de relajación y enraizamiento a un compañero o familiar

#### Desarrollo

1. Consulte acerca del estrés y los factores que intervienen en el.
2. Enumere cinco funciones corporales que se afectan con el estrés
3. Investigue como afecta al organismo humano el estrés
4. Investigue acerca de la técnica de enraizamiento
5. Proponga un plan de cuidados para eliminar el estrés.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALMY, T.: El conducto digestivo en el estrés y en el trastorno psicosocial, Barcelona, Salvat, 1979.
- BEECH, H. R.: Tratamiento del estrés, un enfoque comportamental, Madrid, Alhambra, 1986.
- LABRADO, FRANCISCO J.; El Estrés. Nuevas Técnicas para su control; Ediciones.Temas de hoy 1992
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. El Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Editorial Martinez Roca. 1986.
- LAZARUS, R.S. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. American Psychologist, 46, 819-834. 1991
- LUCE, BETTMAN, J.R., PAYNE, J.W. Choice processing in emotionally difficult decisions. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 23, 384-405. 1997
- LUCE, M.F. PAYNE, J.W. Y BETTMAN, J.R. Coping with unfavorable attribute values in choice. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 81(2), 274-299. 2000
- LUCE, M.F., PAYNE, J.W. Y BETTMAN, J.R. Emotional trade off difficulty and choice. Journal of Marketing Research, 36, 143-159. 1999.
- MASLACH, C Y JACKSON, S. E.. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. Versión española en TEA Ediciones. 1986.
- MULLER JE, KOHN L, STEIN DJ. Anxiety and medical disorders. Curr Psychiatry Rep. Aug;7(4):245-51. 2005
- RODRIGUEZ-MARÍN, J., TEROL, M.C., LOPEZ-ROIG, S. Y PASTOR M.A.. Evaluación del Afrontamiento del Estrés: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. Revista de Psicología de la Salud, 4(2), 59-84. 1992
- SAUTER SL, MURPHY LR, HURRELL JJ, Jr]. La prevención de problemas psicológicos relacionados al trabajo. Psicólogo Americano 45(10):1146-1158. 45(10):1146-1158. 1990
- WHITE KS, FARRELL AD. Anxiety and Psychosocial Stress as Predictors of Headache and Abdominal Pain in Urban Early Adolescents. J Pediatr Psychol. 2005.

## DIRECCIONES WEB

- <http://www.teachhealth.com/spanish.html>
- <http://www.daxicor.com/users/daxicormedica/links/estres/estres.html>



# SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA SEXUALIDAD



Registro gráfico archivo personal





# GENERALIDADES

## La Sexualidad

Es amor, ternura, corporeidad, sentimientos, tolerancia, apego, placer, creatividad, libertad, reproducción, sensualidad, erotismo, genitalidad, imaginación, autoestima, reciprocidad, emociones, comunicación, autonomía, trascendencia, identidad sexual.

## Sensualidad

Es la capacidad de percepción, deleite o expresión a través de los sentidos, incitación o satisfacción.

## Erotismo

Exaltación de todo lo referente al instinto sexual, fenómeno humano y subjetivo, las impresiones recibidas por los sentidos son elaboradas en función del deseo sexual.

## Inicio de la sexualidad

La ternura elemento importante para la vida. La convivencia y el amor se aprende desde que el ser esta en gestación. La ausencia de caricias en el recién nacido produce trastornos sexuales en el adulto.

## Desarrollo de la sexualidad

- La sexualidad está presente en todos nosotros aún antes de nacer por tal motivo debemos conocer su proceso y desarrollo lo cual nos ayudara a verla como algo natural.
- La conducta sexual es la conducta aprendida del entorno ambiental.
- Cognitivamente los niños descubren e interpretan toda información sexual que adquieren el exterior la cual memorizan y posteriormente disciernen.
- Los niños al madurar corporalmente integran lo sexual en su personalidad a partir del conocimiento de su cuerpo y va experimentando sensaciones de placer.
- La comunidad tiende a conformar y homogeneizar las conductas sexuales aprobando o reprobando valores y comportamientos de aquí que el niño apruebe o desaprobe un comportamiento emocional -sexual- o social sexual.

## Tipificación

El niño ya tiene una identidad sexual diferencia lo masculino y lo femenino. La tipificación se adquiere en el hogar donde los padres y el entorno sociofamiliar estimulan las respuestas propias del sexo del niño, la TV, desempeña un papel socializador, sexual en el niño.

## Orientación sexual

El niño aprende que las acciones de conducta y de comportamiento lo llevan al descubrimiento de placer (auto hetero u homoestimuladoras) son acciones de investigación y experimentación relacionadas con la conducta sexual y el Eros donde puede existir un poliformismo (propiedad de los cuerpos de cambiar su forma sin cambiar su naturaleza).

## Complementación

Los niños aprenden la dinámica de la afectividad, atracción y enamoramiento. Es importante que los padres ayuden a sus hijos a aceptar la sexualidad sin traumas ni precipitaciones

## RESPUESTA SEXUAL

### a - Fases de la respuesta sexual en la mujer

#### 1 - Excitación

- Lubricación vaginal
- Agrandamiento del clítoris
- Hinchazón de labios

## 2 - Meseta

- Coloración de los labios
- Estrechamiento vaginal
- Elevación del útero
- Retracción del clítoris.

## 3 - Orgasmo

- Contracción del útero
- Contracciones rítmicas en la plataforma orgásmica.
- Contracciones de esfínter rectal

## 4 - Resolución

- Despliegue del útero
- Acumulo seminal
- Normalidad vaginal

## b - Fases de la respuesta sexual en el hombre

### 1. Excitación

- Erección peniana
- Aumento de tamaño del escroto
- Aumento de tamaño de los testículos

### 2 - Meseta

- Secreción de las glándulas de Cooper
- Contracciones de la glándula prostática
- Cierre del esfínter interno de la vejiga
- Contracciones vesículas terminales

### 3 - Orgasmo

- Eyaculación
- Contracciones del pene uretra y esfínter
- Contracción del esfínter del recto y los músculos alrededor de la base del pene

### 4 - Resolución

- Flacidez peniana
- Descenso de los testículos
- El escroto adelgaza y recupera su tamaño

## La educación sentimental

La comunicación, comprensión y expresión de los sentimientos son importantes para una vida plena. Ciertos supuestos irracionales basados en los celos, el sexismo, los estereotipos sociales o el afán desmedido de posesión pueden destruir la vida de una pareja.

Educar los sentimientos propios y aprender a compartir los de nuestra pareja son dos formas de mejorar las relaciones íntimas. Una estrategia para decir no a invitaciones que uno no desea es decir clara y discretamente que no; Utilizar tonos de voz relajados, aspectos no verbales (miradas, gestos...) distendidos. No sentirse en la obligación de responder inmediatamente; Esto permite tener una relación positiva en donde no existan presiones.

## La sexualidad y sensualidad

Las fantasías son un ingrediente habitual de estimulación sexual. Sin embargo, una fantasía que puede llegar a ser preocupante si se convierte en una condición totalmente necesaria para tener una actividad sexual con una persona real.

Los estímulos sexuales se pueden comunicar a través de todas las formas de percepción sensorial. Un tipo especial de perfume, un tono de voz, un contacto determinado, una imagen atractiva, un sabor, puede desencadenar fantasías y a menudo producen el inicio de respuestas sexuales, hay zonas más sensibles que se denominan zonas erógenas

### **Amores especiales**

La edad y determinadas enfermedades y minusvalías condicionan el desarrollo normal de la sexualidad pero en ningún caso supone el fin de una vida sexual placentera, se debe aprender a convivir con ciertas circunstancias físicas y adoptar las relaciones de pareja.

Existen algunas enfermedades o causas físicas que originan problemas en el funcionamiento sexual como son: La diabetes, la esclerosis múltiple, lesiones medulares, cáncer en la mama, la artritis, cáncer de próstata.

En los amores especiales influye mucho el cómo te ve tu pareja, la comunicación y la autoestima.

## **COMERCIO DEL SEXO**

En torno a la sexualidad y desde tiempo inmemorial se ha ido teniendo estructuras paralelas con fines lucrativos, con el paso de los siglos la prostitución y la pornografía han invadido el mercado en forma impresa y audiovisual.

**La prostitución:** Las personas llevan a cabo conductas y relaciones sexuales a cambio de algún tipo de pago (dinero o regalos). La prostitución constituye una forma de explotación que esta ligada a situaciones de pobreza y marginación esta se presenta especialmente en infantiles y juveniles.

**La pornografía:** Es la presentación a través de la palabra escrita, cine, pintura, fotografía, etc., de conducta erótica con el fin de provocar excitación sexual.

**La violación:** La violación, además del terrible hecho físico que supone la agresión sexual, provoca durante un largo periodo graves problemas psíquicos de difícil solución.

Las agresiones sexuales son el delito más frecuente del que son víctimas las mujeres y con una tendencia claramente al aumento. Las víctimas de violación son, frecuentemente chicas de 16 a 25 años. La vulnerabilidad de este grupo de edad deriva del mayor atractivo físico y de la mayor exposición a situaciones de riesgo (tipo de vida activo, viajes frecuentes, salidas nocturnas, búsqueda de nuevas experiencias), así como de una percepción menor de los factores de riesgo, que se refleja en la facilidad con que establecen relaciones espontáneas, y, en ultimo término, en la falta de desconfianza respecto al entorno.

Las víctimas prefieren experimentar el sufrimiento en soledad, sin verse sometidas a la vergüenza o ira que puede suponer el revivir el acontecimiento traumático y no sentirse marcadas socialmente. La denuncia del hecho sufrido facilita el conocimiento público de la agresión, y además las mujeres agredidas pueden temer represalias posteriores por parte de los agresores sexuales.

La victimización puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las víctimas de agresión sexual El trastorno de estrés postraumático es un cuadro clínico que se presenta en forma de recuerdos constantes involuntarios, de pesadillas, de un malestar psicológico profundo y respuesta alerta exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño.

## **ANTICONCEPCIÓN**

Ningún método es eficaz en el ciento por ciento de los casos y que no hay un solo método valido para todas las parejas. De ahí la importancia del asesoramiento anticonceptivo, que suele ser especialmente importante después de un parto o aborto y al inicio de la actividad sexual.

La eficacia depende de una serie de factores: mecanismo de acción del método, utilización correcta, tiempo que se utiliza, uso de uno o varios métodos simultáneamente. Además debe tenerse en cuenta que el uso correcto de cada método reduce notablemente la tasa de fracasos.

Básicamente existen seis clases de métodos anticonceptivos: naturales, hormonales, intrauterinos, barrera, químicos y esterilización.

### **MÉTODOS NATURALES**

Estos métodos no tienen efectos secundarios, su coste es bajo y puede ser utilizados por aquellas parejas que no aceptan los métodos artificiales. Sin embargo, su índice de eficacia es bajo en algunos casos, dan lugar a insatisfacción sexual como consecuencia de la abstinencia. Los métodos naturales son los siguientes:

**Método del calendario (ogino):** Se basa en el hecho de que la mujer, durante el tiempo que transcurre entre una menstruación otra, tiene un periodo central de fertilidad y dos periodos, antes y después, de esterilidad.

**Método de la temperatura basal:** Consiste en averiguar, con ayuda de la curva de la temperatura matinal diaria, el día que tiene lugar la ovulación.

**Método del moco cervical:** La mujer debe tener un aprendizaje previo para distinguir las características del moco cervical antes, durante y después de la ovulación. El periodo de mayor seguridad comienza 72 horas después del moco ovulatorio.

### **MÉTODOS HORMONALES**

Se encuentran entre los más utilizados por su eficacia. La gran mayoría de los fallos son debido a una utilización incorrecta.

**Píldoras:** Todas tienen compuesto de dos hormonas: estrógenos y progesterona. Siempre que se pueda son los anticonceptivos aconsejables su efecto más importante es la inhibición de la ovulación.

### **DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

La anticoncepción intrauterina se consigue mediante la colocación de un dispositivo cuya presencia en el interior de la cavidad uterina impide el embarazo. En su extremo final tiene un filamento o hilo. Cuando el dispositivo está colocado este hilo sale a través del cuello del útero a la vagina.

### **MÉTODOS DE BARRERA Y QUÍMICOS**

Tienen por finalidad evitar que los espermatozoides sean depositados en la vagina, o si esto ocurre, que no asciendan por la cavidad uterina lleguen a la trompa, donde tendría lugar la fecundación. En este apartado se encontrarían el diafragma, los espermicidas y la ducha vaginal. La tasa de fracasos es superior a otros métodos.

### **Esterilización**

Es una técnica quirúrgica puramente mecánica, sin que haya evidencia de que ocurra algún cambio hormonal que juegue un papel en el mantenimiento de la anticoncepción. Con la esterilización se evita que el óvulo pase a través de la trompa y se una con el espermatozoide y por otra parte se impide el paso de los espermatozoides desde el útero, a través de la trompa para unirse con el óvulo.



## ALGUNOS TRASTORNOS SEXUALES

TIPOS DE TRASTORNO	DEFINICION	CAUSA
DESEO INHIBIDO	Disminución persistente y anómala del deseo de actividad sexual	Relaciones rutinarias de la pareja
ABERRACION SEXUAL	Relaciones sexuales no debidas o trastornos depresivos de ansiedad	Experiencias sexuales traumáticas (padecer incestos)
ORGASMO INHIBIDO MASCULINO Y FEMENINO	Ausencia de lubricación, causa dada una estimulación adecuada y una excitación normal	Ansiedad, tensión estrés, diabetes en la edad avanzada, desconocimiento del propio cuerpo, autocontrol excesivos problemas físicos (lesiones medulares, trastornos endocrinos) e ingestión de fármacos.
EYACULACION PRECOZ	Eyacuación incontrolable ante una estimulación sexual antes que el individuo lo desee.	Primera experiencia sexual vivida Con ansiedad
DISPAREUNIA FEMENINA	Dolores y molestias antes, durante y después de la relación sexual	Menopausia, lactancia, empleo de Diuréticos, falta de lubricación.
DISPAREUNIA MASCULINA	Dolores y molestias antes, durante y después de la relación sexual.	ETS., prostatitis, infección del sistema urinario.
VAGINISMO	Contracción dolorosa y espasmódica del músculo constrictor de la vagina	De origen psíquico u orgánico.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 20

### SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA SEXUALIDAD

La pareja desea expresar su afecto a través de un contacto físico directo. Las manifestaciones afectivas más extendidas en nuestra cultura son el beso y las caricias. La relación sexual no incluye solamente el cuerpo, como muchos anuncios, revistas, pueden hacer creer, sino también fuertes emociones y sentimientos.

Los individuos no desarrollan su sexualidad simplemente como consecuencia de una herencia biológica heredada, sino que desde la infancia, de una manera u otra, el niño es educado sobre el sexo.

#### Logros

Unificara conceptos acerca de la sexualidad humana que permita brindar el cuidado encaminado a fomentar un estilo de vida saludable previniendo la alteración en la salud mental.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa:
  - Describe la importancia de tener una adecuada educación sexual y reproductiva para el ser humano
2. Argumentativa:
  - Construye un taller para el fomento de una adecuada educación sexual y reproductiva en el individuo
3. Propositiva:
  - Desarrolla taller para el fomento de una adecuada educación sexual y reproductiva en el ser humano
4. Axiológica:
  - Resalta la importancia del fomento de una educación sexual y reproductiva en el ser humano

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición.

- c. Entregue al docente una crítica acerca del cine foro (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte acerca de la sexualidad, sensualidad, erotismo.
2. Enumere las fases de la respuesta sexual en el hombre y la mujer
3. Investigue la diferencia entre prostitución y pornografía
4. Consulte las consecuencias de la violación en la salud mental del ser humano
5. Investigue sobre los trastornos sexuales femeninos y masculinos
6. Consulte los métodos anticonceptivos existentes.
7. Elabore una estrategia para la educación sexual y reproductiva.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- CÁCERES J., Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana, Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1990
- DE LOS RÍOS, Rebecca. "Género, Salud y Desarrollo: Un enfoque en construcción. Publicado En: Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Publicación científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 1993 p. 1.
- FERNÁNDEZ de Castro, La otra historia de la sexualidad, Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1990
- FERNÁNDEZ, Juan, Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género, Pirámide, Madrid, 1998
- GOGNA, M. (coord.): Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo, Buenos Aires, Consorcio latinoamericano de programas en salud reproductiva y sexualidad, 2001.
- LABRADOR F., Guía de la Sexualidad, Madrid. Espasa Calpe. 1995.
- LONDRONO M.L., Ética de la ilegalidad. Visión de género y valores reproductivos. Ed. Iseder. Cali, 1994.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Programa y planes de educación sexual. Resolución 03353 de 1993.
- OCHOA Elena F. L., La sexualidad humana. Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad, Madrid. Editorial Hispamap. 1993
- OCHOA E., VAZQUEZ C., El libro de la sexualidad, Madrid. El País. 1992
- POMIÉS, J.: Nuestra sexualidad. ¿Qué es? ¿Cómo funciona?. Buenos Aires, Grupo Editor Aique 1998.
- POMES, Julia Temas de sexualidad: informe para educadores Edición 1ª ed. Publicación Buenos Aires: Aique, 1995 Descripción. Física p 303.
- TUBERT, Silvia, La sexualidad femenina y su construcción imaginaria, El arquero, Madrid, 1998.



# SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SOCIAL Y EL MALTRATO INFANTIL

---







# GENERALIDADES

No es secreto que la violencia es el mayor problema de salud pública que afecta nuestro país y al hablar de salud pública se plantea cómo el sector salud interviene directa e indirectamente en este doloroso y a la vez preocupante problema.

Para aproximarnos a esta realidad digamos que diariamente 70 homicidios por violencia en sus diferentes expresiones, 10 asesinatos por razones políticas, 12 niños y niñas muertos por maltrato y abuso sexual, 1000 personas desplazadas, 7 personas secuestradas y cada 48 horas se registra una persona desaparecida y ocurre una masacre.

Homicidios, violencia intrafamiliar, desplazamientos forzosos, secuestros, desapariciones, dejan no solo repercusiones en el ámbito físico, sino también en lo psíquico y lo social, siendo aspectos en los cuales hay que intervenir desde su raíz, por lo cual el sector salud tiene un papel fundamental en estos ciclos de violencia.

La violencia es la actitud de negarles a los demás el ejercicio de sus derechos e implica la adopción de conductas que se oponen al bienestar de los otros, se caracteriza porque sus manifestaciones son ejercidas por individuos o grupos de individuos sobre aquellos que se encuentran en una posición de subordinación y/o dependencia.

Konrad Lorenz definió la agresión como el instinto que cumple la función de conservación de cada uno de los miembros de la especie, la cual es **Positiva** por que está encaminada a la búsqueda de un mayor autoreconocimiento y reafirmación personal y es **Negativa** si con lleva a la destrucción, Humillación, Hostilidad, Indiferencia, anulación o Aniquilamiento. La cual es el producto de un aprendizaje social previo del sujeto.

En todo acto de violencia encontramos tres personajes:

- . Los victimarios o abusadores.
- . Las víctimas.
- . Los testigos.

## La violencia

Es Multicausal, ya que está determinado por las condiciones sociales en las cuales se expresa y por los seres humanos que la protagonizan. Se considera violencia a la fuerza física que se ejerce con el propósito de violentar o dañar; injusta manifestación de poder que suele dar lugar a lesiones físicas.

## El maltrato

Es el maltrato que una persona recibe de otro miembro de su propia familia, desconociendo el respeto a su individualidad y afectando su desarrollo físico, psicológico y social.

## Entre quienes se da el maltrato

Generalmente recaen sobre quienes tienen una relación de poder desfavorable al interior del núcleo familiar. Los más vulnerables son los menores, personas de la tercera edad y las mujeres.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AGRESOR Y DE LA VÍCTIMA

Característica	Agresor	Víctima
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anterior víctima de agresiones</li> <li>• Socialmente aislado</li> <li>• Historia de abuso de alcohol/drogas</li> <li>• Escaso control de impulsos</li> <li>• Implicado en situación de crisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de relaciones con familiares /amigos.</li> <li>• Económicamente dependiente del agresor.</li> <li>• Socialmente aislada.</li> <li>• Miedo al agresor; aun así intenta ocultar esto a los demás.</li> <li>• Se esfuerza en agradar al agresor/evitar que se enfade.</li> </ul>
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente celoso y posesivo.</li> <li>• Se siente superior y controlador cuando utiliza la violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresiva/ansiosa</li> <li>• Sentimientos de culpa/autoinculpación.</li> <li>• Indefensión / temor.</li> </ul>
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares de perfeccionismo en los familiares</li> <li>• Rígido y obsesivo en cuanto a mantener el control.</li> <li>• Inflexible, con escasas habilidades para la resolución de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Sensación de no servir para nada.</li> <li>• Tendencia a excusar la conducta del agresor</li> <li>• Esperanza en que cesarán las agresiones.</li> </ul>



## El maltrato se da a través de diferentes formas

- **Maltrato físico:** Se refiere a aquellas acciones como cachetadas, bofetadas, pellizcos, correazos, palmadas, halones de pelo, quemaduras y otras que afectan la integridad personal.
- **Abuso sexual:** Se presenta cuando una persona obliga a otro bien sea por la fuerza o a través de engaños a dar o recibir caricias o roces sexuales, es decir, cuando se obliga a comportamientos de tipo seductor, sensual o sexual.
- **Maltrato psicológico o emocional:** Consiste en humillar, chantajear, menospreciar, asustar, amenazar, comparar, resaltando defectos, carencias o limitaciones de una persona. Se pueden manifestar en forma verbal y no verbal.
- **Descuido o negligencia:** Es el abandono o falta de atención y cuidado en los aspectos: físico, emocional y educativo.
- **Laboral:** Cuando se somete a un miembro de la familia a trabajos pesados e inadecuados para su edad y condición física.

## Etiología de la violencia intrafamiliar

No responde a una sola causa; en todas las situaciones de violencia o abusos familiares intervienen múltiples factores.

### Teoría biológica:

3. Los seres humanos poseen el instinto natural de la lucha
4. La violencia la precipitan irregularidades del sistema límbico y de los neurotransmisores.

### Teoría familiar

- Teoría sistémica familiar: La violencia es la manifestación externa de la tensión que se produce en los sistemas familiares indiferenciados. La violencia tiene lugar a través de un proceso de transmisión multigeneracional.
- Teoría familiar estructural: La violencia aparece en las familias disfuncionales que tienen problemas en la definición de roles y de aglutinación.

### Teoría conductista

- La violencia se aprende y es reforzada por el entorno.

### Teoría psicodinámica

- La violencia familiar está ligada a las historias y los conflictos personales que influyen en el crecimiento del ego, el control de los impulsos, y la capacidad educativa.

### Teoría del aprendizaje social

- El niño aprende el patrón de conducta dentro del entorno familiar, tomando como modelo el rol del progenitor violento.

### Las consecuencias son:

- Lesiones físicas que pueden llegar hasta la muerte.
- Problemas Emocionales.
- Problemas laborales o educativos.
- Interrupción de la vida hogareña y personal.
- Dificultades de tipo legal.

### El ciclo de la violencia

Los actos violentos no ocurren al azar, sino que constituyen un ciclo predecible que consta de tres fases

- Fase de aumento de la tensión: el agresor echa a la víctima la culpa de los problemas que tiene el agresor en la vida.
- Fase de incidentes abusivos graves: se alivia la tensión del agresor.
- Fase de luna de miel: el agresor se vuelve amable y contrito.



## EL MALTRATO INFANTIL

Es toda forma de perjuicio o abuso físico, psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación incluidos el acoso o abuso sexual, las torturas, los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de los que ha sido objeto el niño o adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier persona que tenga relación con el menor de edad. Los factores predisponentes son:

### Factores de riesgo inherentes al niño

- Los niños no deseados
- Niños prematuros o con bajo peso al nacer
- Hospitalización prolongada
- Niños con enfermedad crónica
- Retardo mental, parálisis cerebral
- Deformidad física
- Niños con llanto chillón
- Niños hiperquineticos
- Alteración del desarrollo psicomotor
- Edad menor de cinco años
- Bajo rendimiento escolar

### Factores inherentes a la familia

- Padres o cuidadores de los niños con antecedentes de privación psicoafectiva y maltrato infantil.
- Crisis familiar por necesidades básicas insatisfechas.
- Tolerancia familiar frente al castigo físico, utilizando el castigo con dolor como método educativo.
- Desconocimiento de padres y adultos frente al desarrollo de los niños generando distorsionadas expectativas frente a ellos.
- Disfunción en la pareja
- Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva padres e hijos
- Negligencia
- Trastornos de personalidad o enfermedad mental en padres o cuidadores
- Alcoholismo o drogadicción de padres o cuidadores
- Gestación no deseada
- Aislamiento social
- Padres adolescentes con falta de preparación para la paternidad y maternidad.
- Antecedentes de maltrato en los padres
- Niveles bajos de comunicación
- Inadecuada escala de valores
- Bajo control de impulsos

### Factores sociales

- Desempleo
- Desplazamiento forzado
- Niños (as) víctimas de fuego cruzado (paramilitares, ejército, guerrilla)
- Situaciones de limpieza social
- Inestabilidad política y económica.
- Corrupción
- Pérdida de valores
- Tolerancia social al maltrato
- Bajo nivel de ingresos económicos
- Bajo nivel educativo de los padres
- Hacinamiento

De manera práctica se esquematiza por edades los principales riesgos para ser víctima de algún tipo de violencia:

#### **Durante la gestación**

- No deseada
- Autoimagen negativa
- Agresiones
- Alcohol y drogas
- Ausencia de estímulos al bebé

#### **En la época de recién nacido**

- No lactancia materna
- Llanto persistente ( bebe zarandeado)
- Depresión posparto
- Separación del bebé
- Malformaciones congénitas
- Bebés no deseados
- Prematurez.

#### **En la época preescolar y escolar**

- Signos de descuido o negligencia
- Hiperactividad
- Enfermedad crónicas y deficiencias físicas
- Desnutrición
- Accidente o negligencia
- Discapacidad. Bajo rendimiento escolar
- Abuso sexual.

#### **En la adolescencia**

- Gestación
- Intento de suicidio
- Deserción escolar
- Fuga del hogar
- Abuso sexual Enfermedades de transmisión sexual
- Alcoholismo y fármaco dependencia.

A partir de la detección de estos otros factores de riesgo se hace necesario son los equipos interdisciplinarios pasar a un abordaje integral

## **CONSECUENCIAS DEL MALTRATO**

#### **En la Salud**

- Lesiones físicas leves y en casos extremos producir la muerte.
- Desafecto o agresividad que conlleva a lesiones mentales y emocionales.
- Retardo Mental.

#### **En la escuela**

- Falta de interés por los estudios al no tener el estímulo y el reconocimiento a sus esfuerzos.
- Dificultades en el aprendizaje.

#### **En lo social**

- Conductas juveniles antisociales- delincuencia.
- Terrorismo.

- Secuestro, extorsión.
- Prostitución.
- Suicidio.

## INDICADORES EMOCIONALES DEL MALTRATO INFANTIL

### 1. En menores de ocho años:

- Desórdenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo y/o terrores nocturnos.
- Hiperactividad.
- Cambios de conducta en la escuela.
- Pataletas frecuentes.
- Extremo nerviosismo.
- Enuresis.
- Regresión del lenguaje.

### 2. En mayores de ocho años hasta la adolescencia:

- Miedo a estar solo.
- Incapacidad para sostener la mirada.
- Frecuentes peleas y disgustos con la familia.
- Pobre autoestima.
- Excesivo nerviosismo.
- Problemas de memoria.
- Cambios frecuentes y bruscos de humor.
- Conductas de aislamiento.
- Desconfianza.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Rechazo a relaciones cercanas a otros.

## EL MALTRATO DE LOS FAMILIARES ANCIANOS

### Violencia en el anciano

La violencia doméstica es tan antigua como la humanidad misma y se reconocen la violencia infantil, contra la mujer y al anciano, fundamentalmente; siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años. Como resultado de ello, el número de casos de abuso en el anciano se incrementará y el impacto de este abuso sobre la salud debe ser considerado de forma adecuada. La gama de maltratos es variadísima e incluye el abuso físico, emocional, financiero, sexual, por negligencia, negación a brindarle ayuda y otras formas más. Los ancianos con deterioro cognitivo son los más vulnerables. El equipo multidisciplinario en salud en la atención primaria es un pilar importante en la prevención y educación de este problema.

### Se presenta por:

- Por resentimiento debido a comportamiento negativo que asumió el anciano en etapas anteriores de su vida.
- Por considerar como una intromisión su participación en la dinámica familiar.
- Falta de comprensión a las necesidades y limitaciones propias del anciano.
- Por conveniencia y/o interés económico.

### Malos tratos a los ancianos

**Tipos de abuso:** Han sido descritas 7 categorías de abuso en el adulto mayor por el National Aging Resource Center, y ellas son las siguientes: físico, emocional, financiero, negligencia, sexual, negación a brindarle ayuda y otras formas más.

### El abandono físico puede ser:

- **Abandono pasivo:** En el cual, por inexperiencia o por las alteraciones de la persona que debe cuidar al anciano, no se satisfacen las necesidades básicas de este, que queda solo u olvidado.

- **Abandono activo:** Le son negadas al anciano las necesidades básicas de la vida diaria, como alimentación, medicinas, compañía o ayuda física para los que están inmovilizados. E Ignorar las necesidades para el cuerpo, como hidratación o cuidados adecuados de la piel, uñas y dientes

### Características

El abuso físico está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.

Qué signos debemos buscar como indicadores de malos tratos?

#### a. Abuso Físico:

- Heridas.
- Contusiones:
  - Múltiples contusiones.
  - En muñecas, hombros o alrededor de abdomen.
  - En brazos.
  - De forma extraña.
  - De coloraciones diferentes.
  - En la zona interior de los muslos o brazos.
  - En el área genital.
  - Pequeñas e irregulares contusiones que indican pellizcos.
  - En la boca.
- Lesiones en el aparato genital.
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- Abrasiones o laceraciones en diferentes estadios.
- Lesiones en la cabeza o en la cara:
  - Fractura orbitaria.
  - Hematoma ocular en antifaz.
  - Alopecia errática por tirar de los pelos de forma agresiva y brusca.
- Quemaduras:
  - En lugar poco frecuente.
  - Producidas por objetos.
  - Por líquidos muy calientes.
- Arañazos.
- Alteraciones emocionales de la víctima (depresión, ansiedad, nerviosismo, labilidad emocional)

**Abuso psicológico o emocional:** es la conducta que causa angustia mental; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación, rechazos, culpabilización, indiferencia, falta de respeto a la intimidad, falta de consideración a sus deseos, disminución de su identidad, autoestima y dignidad.

#### ¿Qué signos debemos buscar como indicadores de malos tratos?

##### Abuso psíquico:

- Extrema cautela por parte del cuidador.
- Amenazas de abandono y/o institucionalización.
- Depresión.
- Confusión.
- Imposición de aislamiento físico y/o social

**Abuso económico o financiero:** es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador; es como actuar como un ladrón, robo de dinero, cheques de seguridad social, pensiones, mal uso o abuso del dinero, ocultar los bienes materiales, privación al anciano de los bienes propios para aplicarles una finalidad inadecuada o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes).



**El abuso sexual:** Está definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento.

**El abuso por negligencia:** Es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera.

**La negligencia física:** Puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad, la higiene inadecuada, malnutrición, deshidratación, vestimenta inapropiada, administración incorrecta de medicamentos, falta de cuidados médicos

**La negligencia emocional:** Incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo solo por largos períodos.

**La negligencia financiera:** Se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano.

**Abuso por negación:** Que es una conducta del anciano que compromete su salud y seguridad; puede ser ejemplificado por un adulto viejo que rehúsa la necesidad de ayuda en varias actividades diarias.

**Otros tipos de abusos:** Como la violación de los derechos de la persona en cuanto a su dignidad y autonomía, el abuso del equipo multidisciplinario (médico, enfermera/o, odontólogo, psicólogo, trabajador social) y el abandono.

La prevalencia de casos de abuso en el anciano no es fácil de obtener debido a algunos factores como el miedo al desquite, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la incapacidad de responder cuestionarios o la presencia de demencia. En cuanto a la clasificación social, se sabe que ocurre en todas las razas, religiones y nivel socioeconómico. Igualmente, según el sexo, las mujeres son clásicamente las víctimas del abuso, además reportan los hechos más que los hombres, y en ellas la severidad del daño es típicamente mayor.

#### **Ante qué debe sospechar el equipo interdisciplinario de salud**

- Explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones o de cómo ocurrió el incidente.
- Disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y del cuidador.
- El anciano maltratado es llevado al Hospital por otra persona.
- Abandono en la sala de urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados.
- Demora en la solicitud de atención médica. Suele haber un intervalo prolongado de tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita del centro médico.
- Falta de comunicación de la víctima con el médico o enfermera cuando el cuidador está presente.
- Vivienda que presenta unas condiciones higiénicas pésimas y es inadecuada para poder vivir en ella.
- Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.
- La monitorización de fármacos demuestra dosis inadecuadas infraterapéuticas o toxicidad o empleo de fármacos (psicotropos) no prescritos por el médico.

#### **Grupos de riesgo**

Si, existen ancianos que por sus peculiaridades personales, familiares o sociales tienen más riesgo de sufrir malos tratos:

- Ancianos que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos.
- Ancianos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación.
- Ancianos cuyos cuidadores presentan signos de estrés.
- Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa).

- Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas).

### **Factores de riesgo en el anciano**

Hay situaciones que predisponen al anciano a sufrir esos malos tratos:

- Deterioro funcional del anciano (dependencia importante para las actividades de la vida diaria)
- Alteración de las funciones cognitivas (reducción de las capacidades intelectuales)
- Aislamiento social.
- Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo.
- Cuidador con alteraciones psicológicas.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas.
- Historia previa de violencia familiar.

### **Papel del equipo multidisciplinario en salud**

El equipo multidisciplinario en salud debe estar preparado para preguntar a sus pacientes geriátricos acerca del abuso, mediante cuestionarios simples y directos, aun si los signos están ausentes, preguntándoles de una manera no judicial ni amenazadora, lo cual incrementará la probabilidad de obtener una historia adecuada.

El paciente y la persona que está a cargo de su cuidado deben ser entrevistados juntos y por separado, en ese orden, para detectar disparidad que ofrezca pistas para el diagnóstico de abuso.

Las preguntas que deben ser utilizadas para obtener información acerca del abuso son mostradas a continuación:

#### **Abuso físico:**

- ¿Tiene usted miedo de alguien en la casa?
- ¿Ha sido usted golpeado, abofeteado o pateado?
- ¿Ha sido usted atado o encerrado en un cuarto?

#### **Abuso psicológico:**

- ¿Usted siempre se siente solo?
- ¿Ha sido usted amenazado con castigos, privaciones o institucionalización?
- ¿Ha recibido usted tratamiento de silencio?
- ¿Ha sido usted forzado?
- ¿Usted recibe a diario noticias o información?
- ¿Qué pasa cuando usted y quien lo cuida no están de acuerdo?

#### **Abuso sexual:**

¿Hay alguien que lo haya tocado sin permiso?

#### **Abuso por negligencia o abandono:**

- ¿Usted carece de ayuda tal como espejuelos, aparatos para oír, dentaduras, etc.?
- ¿Ha sido usted dejado solo por largos períodos?
- ¿Está su casa segura?
- ¿Tiene falta de ayuda para cuidar de su persona cuando usted lo necesita?

#### **Abuso financiero:**

- ¿Le han robado dinero o lo han usado inapropiadamente?
- ¿Ha sido usted obligado a firmar un poder ante un abogado, un testamento u otro documento en contra de su voluntad?
- ¿Ha sido usted obligado a hacer compras en contra de sus deseos?
- ¿Quien lo cuida depende de usted para su soporte financiero?



### **Si se identifica abuso, preguntar a continuación:**

- ¿Qué tiempo hace que esto pasa?
- ¿Es un hecho aislado?
- ¿Por qué cree que esto suceda?
- ¿Cuándo piensa que ocurrirá el próximo episodio?
- ¿Es seguro para usted el retorno a casa?
- ¿Cómo ve usted lo sucedido?
- ¿Ha recibido ayuda a sus problemas antes?

## **DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS**

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989 y revisada editorialmente en la 126ª Sesión del Consejo, Jerusalén, Israel, mayo 1990.

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, síquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo. Es contra estos antecedentes que se debe considera el tema del maltrato de ancianos.

El maltrato de ancianos se puede manifestar de diversas maneras, como físico, psicológico, financiero y/o material, maltrato médico o autoabandono. Las diferencias en la definición de maltrato de ancianos presentan dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema. Se han propuesto algunas hipótesis preliminares sobre la etiología del maltrato de ancianos, incluidas: la dependencia de otros para prestar servicios, falta de lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, psicopatología de la persona que maltrata, falta de apoyo comunitario y factores institucionales, como bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo, lo que trae como resultado el abandono de los ancianos.

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales. Los médicos tuvieron un papel prominente en el movimiento de maltrato del niño, al definir y hacer público el problema y al crear una actitud pública. Sin embargo, el maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica recientemente. El primer paso para prevenir el abuso y el abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados. Los médicos también pueden participar al entregar ayuda e información directamente a los pacientes y sus familias, sobre los casos de alto riesgos.

### **La violencia se perpetúa en:**

#### **Los niños**

- Dependen económicamente de los abusadores y no saben cómo escapar de la situación.
- Pueden pensar que es mejor sufrir que estar separados de sus seres amados.

#### **Las mujeres**

- Son culpadas por otro o por si mismas
- Dependen Económicamente del marido y temen asumir la responsabilidad de la familia
- Se sienten aisladas socialmente.
- Se consideran responsables del éxito o fracaso de la unión familiar.

#### **El anciano**

- Se han decepcionado de su familia tornándose triste, poco colaborador y temeroso de hablar de sus problemas

## SIGNO DE MALTRATO: SÍNDROME DEL BEBÉ ZARANDEADO

Es una forma de maltrato infantil en casos muy graves vistos en urgencias que fueron provocados supuestamente por traumas muy sencillos. El trauma es la causa principal del daño o muerte en niños maltratados y dentro de éstos, el zarandeo ocupa un lugar significativo. Este síndrome fue descrito por John Caffey, radiólogo y pediatra quien encontró eventos clínicos patológicos característicos en la cual existía siempre como un estremecimiento del bebé o una flexión-extensión de la cabeza, lo que generaba consecuencias muy severas a nivel del sistema nervioso central y sistema ocular.

Es importante conocer por qué es vulnerable el bebé al zarandeo. Cuáles son las características de su cabeza y cuello que lo hacen tan lábil ante este tipo de movimiento. El bebé tiene la cabeza bastante pesada, hay debilidad en los músculos de la nuca por lo que no alcanza todavía a sostenerla, los huesos del cráneo son muy delgados, hay crecimiento rápido del cerebro, no hay buen control de la movilidad del cuello, el contenido del agua del cráneo es mucho mayor lo que hace más pesado; el espacio subaracnoideo es bastante grande.

En sí este síndrome no tiene características físicas específicas y hay que tener un índice alto de sospecha para poder hacer el diagnóstico. Todo lo que se presenta en este síndrome puede originarlo una infección, una intoxicación o una anormalidad metabólica. El niño llega en tal estado de alteraciones, en estado de inconsciencia o con tal retraso psicomotor debido a cualquiera de estas patologías. Puede llegar convulsionando y uno pensar en la posibilidad de una meningitis, en un proceso infeccioso o alguna intoxicación. Debido a que no hay signos externos de trauma resulta muy difícil hacer el diagnóstico. El bebé llega al servicio médico posiblemente en coma, convulsionando o con alguna alteración en el estado de conciencia y no encontramos huella de trauma. Aunque se han reportado casos en los que además del zarandeo ha habido impacto, en este caso entonces puede existir lesión en el cuerpo. Por eso es tan importante un buen examen físico y la ayuda de un médico u oftalmólogo para hacer un examen completo.

El examen de fondo de ojo permite ver la presencia de hemorragias o alteraciones que han sospechar la posibilidad de esta patología. Si en un momento dado las características son muy sugestivas se podría solicitar un TAC para verificar la existencia de sangrado o hemorragia intra craneana. Por otro lado el examen de líquido cefalorraquídeo es importante porque muchos niños llegan con cuadros de crisis convulsiva y al no tener historia clínica, la mayoría de médicos piensan en una meningitis.

Algo característico del bebé zarandeado son las alteraciones a nivel ocular, las cuales originan secuelas muy importantes. Existe hemorragia retiniana intra craneana que puede producir convulsiones, llevar a la muerte.

Igualmente hay que tener en cuenta la presencia de la fontanela anterior abombada, el daño del cerebro es causado por el efecto de fuerzas biomecánicas a consecuencia del edema o del la isquemia. Si hay daño focal, está asociado al impacto. Si hay movimiento de aceleración-desaceleración, el daño será difuso. La consecuencia de la hemorragia intraocular puede ser debida a la elevación de la presión venosa retiniana.

Como manifestaciones oculares se puede presentar hemorragias difusas, bilaterales retinianas, intra retinianas, preretinianas y vítreas.

La cabeza del bebé es muy sensible por lo que no debe zarandearse, sacudirse ni golpearse porque puede llevar a consecuencias muy importantes en su mente y causar hasta la muerte del bebé.

## SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Este síndrome constituye un caso muy grave de maltrato infantil y corresponde a una de las formas más bizarras en que puede manifestarse, lo cual suele generar muchas dificultades en el equipo de salud. Es habitual que se realicen esfuerzos desmedidos e infructuosos por lograr individualizar un diagnóstico que explique los síntomas que presenta el paciente. Teniendo esto en cuenta, puede ocurrir que la búsqueda sin resultados del origen de los síntomas induzca a un celo clínico que nuble el buen juicio médico. Más aún, el cuadro se presenta muchas veces como resistente a cualquier tipo de tratamiento



Este trastorno casi siempre involucra a una madre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Se trata de un síndrome raro, poco comprendido, y cuya causa es desconocida.

La madre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida. Con frecuencia, a los niños se les hace sufrir a través de exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios.

La madre generalmente es muy colaboradora en el escenario del hospital y, a menudo, es muy apreciada por el personal de enfermería por el cuidado que le prodiga a su hijo. Con frecuencia, se la ve como una persona dedicada y abnegada, lo cual hace menos probable que el personal médico sospeche el diagnóstico del síndrome de Munchausen. Sus visitas frecuentes infortunadamente también le dan fácil acceso al niño para poder inducirle más síntomas. Los cambios en la condición del niño casi nunca son presenciados por el personal del hospital y casi siempre ocurren sólo en presencia de la madre.

El síndrome de Munchausen ocurre debido a problemas psicológicos del adulto y es generalmente un comportamiento que busca llamar la atención de los demás. El síndrome puede ser potencialmente mortal para el niño implicado.

Signos que pueden indicar la existencia de un síndrome de Munchausen:

- Enfermedades inexplicables, raras y prolongadas que hace decir al médico que nunca había visto nada semejante.
- Síntomas y signos que son incongruentes o inesperados o aparecen solo en presencia de la madre.
- Tratamientos que resultan ineficaces o que el niño no tolera bien.
- Madres que afirman que sus hijos son alérgicos a gran cantidad de medicamentos y alimentos.
- Madres que no aparecen tan preocupadas como el personal médico por la enfermedad de su hijo/a.
- Síntomas que desaparecen cuando la madre está ausente.
- Una historia de muerte súbita o numerosas enfermedades en hermanos de la víctima.
- La madre empuja a los médicos a realizar numerosas pruebas y tratamientos.
- La salud general del niño es inconsistente con los resultados de laboratorio (que pueden haber sido falsificados o contaminados por la madre).
- Enfermedades que se agravan o reaparecen en cuanto los médicos informan de una recuperación

## CÓMO PREVENIR EL MALTRATO

### Nivel comunitario:

- Información y Capacitación en la identificación de situaciones de Maltrato y orientación hacia las Instituciones que brindan protección a la familia.
- Sensibilización y capacitación a la familia sobre los efectos de la violencia en la vida diaria.
- Brindar promoción y educación sobre cómo construir la convivencia comunitaria.

### Nivel familiar:

Realizar actividades que fortalezcan la integración familiar mediante: El fomento de la autoestima, el trato respetuoso entre los miembros de la familia, reconocimiento de derechos y deberes, responsabilidades compartidas como miembros de una familia, el reconocimiento y la valoración de las necesidades individuales de cada uno de los miembros de la familia, mantener una comunicación abierta y sincera con todo el grupo familiar, brindar apoyo y comprensión, promover el diálogo para resolver conflictos y vivir de detalles.

### Nivel personal:

Saber escuchar, mantener la calma, el autocontrol y ser tolerante, comunicar sus sentimientos y emociones, hacer partícipe a los miembros de la familia de sus actividades, abstenerse de consumir sustancias psicoactivas.

## ¿QUÉ HACER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO?

1. Compartir la Información. Realizando la encuesta de detección de maltrato.
2. Tomar decisiones en equipo.
3. Planear acciones.
4. Brindar apoyo.
5. Notificar a las autoridades correspondientes como:
  - a. Defensoría de Familia.
  - b. I.C.B.F.
  - c. Acudir al Juzgado de familia.
  - d. Comisaría de familia.
  - e. Organismos de Salud.
  - f. Otros.

## EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA VIOLENCIA FAMILIAR

### A. Valoración

1. **Repasar la historia familiar en busca de factores estresantes precipitantes. Como pueden ser:**
  - Ciclo de abuso generacional
  - Sistema familiar cerrado con escasa diferenciación de los roles familiares
  - Relaciones y roles rígidos y estereotipados
  - Patrones de comunicación malos
  - Aumento actual del estrés, de origen interno o externo, en el sistema (acontecimientos vitales estresantes).
  - Signos de disminución del afrontamiento familiar, como puede ser el ir de crisis en crisis.
  - Signos de sicopatología en los miembros; deterioro de la realidad, sociopatía u otros trastornos de la personalidad y abuso de sustancias.
2. **Observar los signos y síntomas característicos de la violencia o el abuso familiar**
  - Evidencias de lesiones físicas. Contusiones y ojos morados, huesos rotos y fracturas en diversas fases de consolidación, quemaduras, cortes, laceraciones cutáneas en individuos sedentarios, quejas de dolor o lesiones.
  - Evidencias de abusos o negligencia; enfermedades no tratadas y ausencia de cuidados preventivos; la persona, las ropas el entorno y las personas a su cargo muestran suciedad o falta de mantenimiento; las necesidades de nutrición se satisfacen de manera irregular o inapropiada; falta de supervisión de los miembros dependientes; declaración sobre hechos y prácticas cuestionables por parte de los demás; falta frecuente inexplicadas al colegio o trabajo; carencia de contactos sociales y falta de participación en actividades.
  - Evidencia de abusos sexuales infantiles: Infecciones crónicas genitourinarias; síntomas de enfermedad de transmisión sexual; irritación o tumefacción de los genitales o el recto (sexo anal), dolor de gargantas, reflejo nauseoso hiperactivo, vómitos (sexo oral), aumento o pérdida de peso para modificar el atractivo sexual hacia el agresor; (por parte de la víctima o un observador), declaración sobre incestos o violaciones, conservaciones y conductas sexuales en niños pequeños.
3. **Preguntar por situaciones frecuentemente asociadas con la violencia familiar**
  - Preguntar al niño(a) ¿Que te ocurre cuando haces algo mal?
  - Preguntar a un familiar: ¿ Como le afectan a usted los desacuerdos familiares?.
4. **Valorar los propios sentimientos y respuestas ante la violencia y los abusos familiares.**
  - La violencia y los abusos pueden reactivar recuerdos personales.
  - Pueden surgir sentimientos negativos tales como cólera, culpa, negación, sensación de agobio, evitación, frustración, desesperanza. Miedo, asco.
  - Pueden surgir sentimientos positivos tales como esperanza, apoyo, atención, capacidad de ayuda, dedicación, comprensión.

- Puede sentirse una falta de confianza en la propia capacidad profesional para intervenir.
- Debe buscarse apoyo para los propios sentimientos y respuestas que interfieran con la capacidad terapéutica.

## **B. Análisis y diagnósticos de enfermería**

1. Analizar el grado de disfunción de la familia basándose en la dinámica familiar, los factores estresantes pasados y presentes y la evidencia de violencia y abusos.
2. Analizar el potencial de violencia y abusos que tienen los miembros de la familia.
3. Analizar los recursos y capacidades de afrontamiento que tienen los miembros de la familia (incluir el análisis de los recursos comunitarios de que puede disponer para ayudar a la familia): las enfermeras/os necesitan analizar los puntos débiles como fuertes; y Pueden usarse los puntos fuertes en la familia para promover el cambio.
4. Establecer los diagnósticos de enfermería de la familia y de cada uno de sus miembros, incluyendo los siguientes:

### **a. Para la víctima**

- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de infección
- Riesgo de lesiones
- Alteración de la nutrición por exceso (defecto)
- Dolor Alteración del patrón de sueño
- Síndrome traumático de la violación
- Temor.

### **b. Para el sistema familiar**

- Alteración de los procesos familiares
- Alteración parental
- Afrontamiento familiar potencial de desarrollo
- Afrontamiento familiar inefectivo comprometido
- Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante

### **c. Para el agresor**

- Riesgo de violencia: lesiones a otros
- Afrontamiento individual inefectivo
- Deterioro de la adaptación
- Déficit de conocimientos
- Incumplimiento del tratamiento.

### **d. Para cualquier familiar individual**

- Afrontamiento individual inefectivo
- Aislamiento social
- Deterioro de la interacción social
- Déficit de actividades recreativas
- Trastorno de la autoestima
- Ansiedad
- Disfunción sexual
- Desesperanza
- Impotencia.

## **C. Planificación de objetivos**

1. Trabajar con cada miembro y con el grupo familiar el establecimiento de objetivos realistas.

2. Establecer los criterios de medición de los objetivos marcados para la familia. La familia debe:
  - Identificar la violencia o las agresiones intrafamiliares
  - Permanecer a salvo, sin violencia ni abusos
  - Aceptar ayuda, seguir las recomendaciones de derivación, hacer uso de los recursos comunitarios.
  - Poner en marcha estrategias de afrontamiento para prevenir alteraciones agresiones o violencias.
  - Aprender a fomentar el crecimiento y desarrollo saludable de los miembros.
  - Los padres deben incrementar el crecimiento y desarrollo saludable de los miembros.
  
3. Establecer los criterios de medición de los objetivos marcados para la víctima del abuso: La víctima debe.
  - Airear el problema y realizar una catarsis
  - Volver a formar un concepto de sí misma
  - Desarrollar las conductas de un superviviente apto.
  - Mostrar capacidad de autoprotección y estrategias de resolución de problemas.
  
4. Establecer los criterios de medición de los objetivos marcados para el agresor. El agresor debe:
  - Demostrar que acepta la responsabilidad de su propio comportamiento.
  - Establecer y mantener el control de los impulsos y estrategias de afrontamiento
  - Afrontar las consecuencias legales de su conducta abusiva, aceptando las penas impuestas por los tribunales.
  - Cooperar con los tratamientos de enfermedad mental o de abuso de sustancias que se le recomienden.
  - Abstenerse de usar la violencia contra los demás.

#### **D. Acciones de enfermería**

1. Establecer prioridades en las intervenciones con la víctima de abuso.
  - Proporcionar a la víctima primeros auxilios o el tratamiento médico que precise.
  - Si la violencia o los abusos son inminentes, separar a la víctima del agresor.
  - En los casos de abusos a niños o ancianos, proporcionar a los servicios estatales de protección los informes que requiere la ley.
  - En los casos en que se sospechen abusos sexuales, derivar al cliente a medicina legal, para preservar las pruebas.
  - Tratar a la víctima antes de que ésta sea devuelta a su entorno familiar.
  - Fomentar la catarsis y la aireación de los hechos.
  - Ayudar a integrar la experiencia del abuso
  - Fomentar en la víctima el restablecimiento de un concepto saludable de sí misma.
  - Ayudar al cliente a que cambie el papel de víctima por el de superviviente funcionante.
  - Ayudar a la familia a entender los patrones y la dinámica que permiten o promueven la violencia y los abusos.
  - Proporcionar apoyo a la víctima para que no tolere los abusos y dé pasos hacia el crecimiento.
  - Proporcionar apoyo y asistencia a la hora de afrontar el sistema legal para evitar que vuelva a sentirse víctima.
  - Establecer prioridades en las intervenciones dirigidas a prevenir las conductas violentas.
  - Fomentar que se acepte la responsabilidad de las conductas abusivas y violentas.
  - Proporcionar apoyo y asistencia para afrontar y aceptar las ramificaciones legales de su conducta.
  - Ayudar al agresor a lograr y mantener el control de los impulsos.
  - Proporcionar información acerca de lo que es un funcionamiento sano:
    - Aceptar la responsabilidad de las propias necesidades.
    - Emplear estrategias de resolución de problemas y de afrontamiento
    - Aceptar ayuda proveniente de recursos externos
    - Aprender habilidades parentales eficaces.
    - Tener relaciones interpersonales, y una comunicación efectiva, así como flexibilidad de roles en el seno de la familia.
  - Animar a aceptar el tratamiento en los casos en que exista sicopatología.
  
2. Establecer prioridades en las intervenciones familiares.
  - Ayudar a la familia a identificar los patrones intergeneracionales

- Ayudar a la familia a identificar los estilos de comunicación disfuncionales
  - Explorar las relaciones y los roles
  - Enseñar cómo son las relaciones sanas.
  - Apoyar los intentos de cambio de las conductas desadaptativas.
  - Ayudar a la familia a identificar y usar los recursos personales y comunitarios
    - Centros de salud mental
    - Servicios de Hospital día
    - Servicios de protección de menores (ICBF)
    - Clases de educación parental
3. Actuar como miembro profesional responsable de la comunidad promoviendo el cambio social.
- Trabajar para mitigar las condiciones que fomentan la violencia.
    - Pobreza
    - Falta de vivienda o alojamiento inadecuado
    - Subempleo
    - Actitudes sociales disfuncionales
    - Abuso de sustancias
  - Trabajar para desarrollar y mantener recursos para las familias de forma que pueda prevenir la violencia
    - Servicios comunitarios de salud mental: seguimiento
    - Hospital día para ancianos y enfermos mentales
    - Servicios de asistencia infantil
    - Educación preventiva a los niños sobre como deben ser las interacciones y cómo evitar los abusos.
    - Redes centinelas
    - Grupos de apoyo.
  - Apoyar y fomentar las acciones legales y legislativas para eliminar la violencia familiar.

## **HABILIDADES PARA LA CONVIVENCIA PACÍFICA Y LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

### **¿Qué es tener habilidad para vivir?**

Es tener la capacidad de enfrentar eficazmente las exigencias de la vida diaria, manteniendo su bienestar mental y expresándolo a través de un comportamiento adaptativo y positivo.

Son las habilidades de la persona en relación consigo misma, las habilidades en relación con otras personas, las habilidades en relación con el contexto.

### **Principales habilidades básicas**

- Solución de problemas
- Tomar decisiones
- Seguridad de si mismo
- Manejo del estrés y la ansiedad
- Auto evaluación y conocimiento
- Adaptación social
- Habilidades interpersonales
- Resistencia a la presión
- Pensamiento crítico
- Comunicación afectiva

### **La asertividad**

La asertividad ayuda a afirmar los derechos propios sin violar los de los demás, sin manipular ni dejarse manipular. Las personas asertivas frenan o desarman a las personas que las atacan, se sienten respetados y valorados, hablan fluidamente y con contacto visual directo, son capaces de discrepar abiertamente, saben decir no y reconocer sus

errores, manejan sus emociones sin sentimientos de inferioridad o superioridad, se respetan a sí mismos y son libres para expresar su interioridad.

### **Derechos asertivos**

- A ser tratado con respeto y dignidad
- A tener y expresar los propios sentimientos y opiniones
- A ser escuchados y tomados en serio
- A juzgar mis necesidades, establecer prioridades y tomar decisiones.
- A decir no sin sentir culpa.
- A pedir lo que quiero, teniendo en cuenta que mi interlocutor me puede decir no.
- A pedir lo que quiero, teniendo en cuenta que mi interlocutor me puede decir no.
- A cambiar.
- A cometer errores.
- A pedir información y ser informado.
- A ser independiente.
- A decir que hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc. Sin violar los derechos de los demás.
- A tener éxito.
- A gozar y disfrutar.
- A descansar.
- A la superación.

### **Papel de los sentimientos**

Los sentimientos y las emociones son importantes para el ser humano y no hay que tenerles miedo, son una parte legítima del ser.

Hay quienes se especializan en ciertas emociones; por ejemplo, puede ser que para una persona sea más fácil expresar rabia que afecto o alegría. Cada persona debe tomar conciencia de su estilo afectivo, aceptándose, a la vez siempre tratando de mejorar.

### **Obstáculos en la comunicación de los sentimientos**

Los bloqueos ocurren por el poder que una persona ejerce sobre otra, logrando inhibirla. Existen diferentes clases de obstáculos:

- Ordenar, dirigir, mandar
- Advertir, amenazar
- Moralizar, sermonear
- Aconsejar, ofrecer soluciones o sugerencias
- Enseñar, dar argumentos lógicos
- Juzgar, criticar culpar
- Poner apodos, ridiculizar
- Elogiar
- Interpretar, analizar, diagnosticar
- Tranquilizar, compadecer, consolar
- Poner en duda, averiguar, interrogar, preguntar
- Mostrarse sarcástico.

256

### **EL CONFLICTO**

Es la presencia al mismo tiempo de intereses, sentimientos, tendencias, necesidades contradictorias, de dos o más personas en torno a una realidad u objetivo que mutuamente los afecta.

### **Caminos que pueden tomar nuestros conflictos**

- Evitación
- Confrontación





- Terceros solucionan nuestros problemas.
- El diálogo y la cooperación.

### **Requisitos para la resolución de conflictos**

- Preparar el ambiente: Lugar y momento tranquilo, tiempo suficiente.
- Clarificar el conflicto objeto de negociación, luego se promueve acuerdo entre las partes, que permitan encontrar una solución satisfactoria.
- Reglas básicas de comportamiento que garanticen respeto entre las partes.
- Mediadores neutrales, que moderen las discusiones y ayuden a buscar alternativas de solución.

### **Pasos para la resolución de conflictos**

- Identificación y definición del conflicto
- Clarificación de intereses y sentimientos de las partes en conflicto.
- Generación de alternativas posibles para la solución.
- Evaluación de alternativas y toma de decisiones.
- Creación de las formas de cumplimiento de la solución.
- Finalización
- Seguimiento para evaluar el cumplimiento de los acuerdos

### **Qué hacer desde el sector salud por la paz del país y por su semilla vital la niñez**

Los ciclos de violencia que vive nuestro país se perpetúan mientras a nuestros niños y niñas se les someta a agresión de diversas maneras, lo que a su vez continuaría una generación permanente de personas violentas, ya que un gran porcentaje de adultos maltratados, lo fueron en su infancia y a su vez reproducen el maltrato con sus hijos, continuando así ciclos persistentes de violencia.

Ante esta situación hay que abordar esta problemática de manera integral, teniendo como punto de partida la concepción que comprende promoción de un buen trato., prevención, atención y rehabilitación.

## **PROMOCIÓN DE UN BUEN TRATO**

Son las diferentes manifestaciones de afecto, cuidado, crianza, apoyo y socialización que reciben los niños, niñas y adolescentes por parte de la familia, grupo social y el estado, que les garanticen contar con las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo integral: afectivo, psicológico, físico, sexual, intelectual y social.

### **Factores protectores contra el maltrato**

Son las denominadas habilidades de los padres o adultos para con los niños (as), como una forma básica de percibirlos, evitando distorsionar la comunicación con ellos, incluyendo el lenguaje no verbal.

- Habilidad de los padres para aceptar a sus hijos tal y como son: los niños necesitan ser aceptados incondicionalmente y ser protegidos.
- Habilidad de los padres para responder a las señales de los niños(as) interpretando correctamente esas señales, es posible resolver de manera oportuna y adecuada sus necesidades.
- Habilidad de los padres para tener expectativas reales de los niños, lo cual fortalece la confianza del niño (a) en si mismo (a).
- Habilidad de los padres para comprometerse positivamente con el niño y comunicarse afectivamente con él.
- Habilidad de los padres para hacer empatía con los niños. Presentar alternativas que favorezcan la resolución de problemas y que el niño se sienta apoyado en la búsqueda de nuevas oportunidades.

### **La prevención: Una alternativa complementaria**

Con conceptos paralelos pero diferentes a los de promoción; se empieza a prevenir la violencia, a intervenir directamente en los campos de batalla cotidianos, agresiones en el hogar, trabajo, consultorios, escuelas, para no estigmatizar la violencia sólo en el conflicto armado, mediante la detección e intervención en los factores de riesgo desencadenantes de la agresión a los niños, a las mujeres en la gestación, en un niño no deseado, en la irregular solución de conflictos, en

las constantes agresiones a niños y niñas, en los niños con malformaciones o enfermedades crónicas, en los cuales los profesionales de la salud tienen el primer y decisivo contacto del que dependerá la adecuada orientación y manejo para detectar cualquier síntoma que atente contra los niños, que rompen el vínculo afectivo, predisponiéndolos finalmente a ser más fácilmente violentados o abandonados generando nuevos ciclos y una cadena repetitiva de actos violentos cuando estos niños crecen y nuevamente reproducen estas acciones con sus hijos y así sucesivamente.

Para diagnosticar el maltrato es necesario pensar que existe. Si se indaga sobre los factores de riesgo se aumenta la probabilidad de detectarlo de manera precoz y oportuna.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 21

### SALUD MENTAL RELACIONADA CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SOCIAL Y EL MALTRATO INFANTIL

La violencia es la actitud de negarles a los demás el ejercicio de sus derechos e implica la adopción de conductas que se oponen al bienestar de los otros, manteniéndolos en posición de subordinación y/o dependencia.

#### Logros

La estudiante reconocerá los signos de violencia y maltrato que les permita detectarlos para planear el cuidado que promoció cambios de comportamientos positivos y duraderos en la vida de los individuos, familia y comunidad.

#### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Describe factores de riesgos para los comportamientos violentos a nivel individual, familiar y comunitario
2. Argumentativa
  - Determina la importancia de la detección precoz de los actos violentos que permitan planear el cuidado de enfermería
3. Propositiva
  - Desarrolla planes de cuidado para abordar la problemática de la violencia a nivel individual, familiar y comunitario
4. Axiológica
  - Lidera procesos de reflexión y concientización en torno al tema de la violencia en las diferentes etapas del ciclo vital familiar y comunitario

#### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un ensayo acerca del cine foro (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).
- d. Aplique la encuesta de detección del maltrato o en riesgo de sufrirlo

#### Desarrollo

1. Consulte acerca de la violencia y maltrato infantil.
2. Enumere cinco factores de riesgo del maltrato en el menor y cinco inherentes a la familia.
3. Investigue los signos de maltrato en el menor de ocho años y adolescentes.
4. Consulte acerca del síndrome del bebe zarandeado.
5. Consulte acerca del proceso de enfermería en la violencia intrafamiliar.
6. Enumere cinco habilidades básicas para la convivencia pacífica.
7. Investigue las causas de un conflicto y como se soluciona.
8. Proponga como promocionaría usted el buen trato a nivel familiar y comunitario.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMM, Manual de declaraciones: declaración de Hong Kong de la asociación médica mundial sobre el maltrato de ancianos Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, setiembre de 1989
- BARUDY, J. El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós, Barcelona. 1998
- BARUDY, Jorge. "Maltrato Infantil: ecología social. "Prevención y reparación". Ed. Galdoc. Santiago, Chile. 1999
- BAZO ROYO MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 2001; p 8-14.
- CANTON DUARTE, J., Cortés, M "Guía para la evaluación del abuso sexual infantil" Ed. Pirámide. Madrid. . 2000
- CORSI, J. Y PEYRÚ, G. (coord.), Violencias sociales, Ariel editorial, Bs. As. 2003
- ECHEBURUA, E., GUERRICA ECHEVARRÍA C. Abuso sexual en la infancia: víctima y agresores". Un enfoque clínico. Ed. Ariel. Barcelona. 2000
- FERNÁNDEZ, H. "Criterios básicos para la intervención jurídica en maltratos y abuso sexual infantil". SENAME. Santiago, Chile. 2000.
- FISAS, V.: Cultura de paz y gestión de conflictos. Barcelona: Icaria / UNESCO. 1998
- GALTUNG, Johan. Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación y resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Bilbao: Bakeaz y Gernika Gogoratuz. Colección Red Gernika nº6. 1998. 132p.
- GARBARINO, J., KOSTELNY, K. Los malos tratos infantiles como problema comunitario. 1992. Anuario de psicología: NO. 53, 137-148.
- LAMBERTI, S "Maltrato infantil: Riesgos del comportamiento profesional". Buenos Aires (Argentina) Ed. Universidad. 2003.
- NAVARRO J, PEREIRA, J. "Parejas en situaciones especiales" Barcelona (España). Ed. Paidós Ibérica. 2000
- NORIEGA A.. La familia: El lugar donde empieza la convivencia. Seminario Nacional de seguridad y convivencia. 2002 Pág.2.
- PRESIDENCIA de la REPÚBLICA. Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Hechos de paz [Recurso electrónico]: 1998-2002 Colombia. Bogotá: Presidencia de la República, 2002.
- REECE RM & KIRSCHNER RH: Síndrome del Bebé Sacudido/Síndrome del Impacto Sacudido (Shaken Baby Syndrome/Shaken Impact Syndrome). Servicio Nacional de Información, Apoyo y Referidos sobre el Síndrome del Bebé Sacudido, 1998, P. 4-5
- REQUESENS TORRELLAS N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; p 27:331
- ROMERO María del Rosario. La Paz empieza por casa... empieza la paz por casa. Fundación Mujer y Futuro, Almadía de Bucaramanga y Participar. Bucaramanga 1996.
- TORREGO, J.C. y otros Mediación en conflictos en instituciones educativas. Manual para la formación de mediadores. Narcea: Madrid. 2000
- VINYAMATA, E.: Conflictología. Teoría y práctica en Resolución de Conflictos. Barcelona: Ariel. 2001
- VINYAMATA, E. Resolución de conflictos: recursos y tratamiento. Barcelona: Ariel. 2003
- Violencia contra las mujeres y los niños. Disponible en: URL: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf\\_2005/capitulo\\_XIII.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_XIII.pdf) [consulta: octubre 6 de 2006]
- VOLNOVICH, J. Abuso sexual en la infancia. Lumen Humanitas, Bs. As. 2002.
- LORENZ, Konrad y LEYHAUSEN, Paul, Biología del comportamiento. Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad, Ed. Siglo XXI. 1973.
- LORENZ, Konrad.. "On Agresión " Ed. Harcourt Brace. San Diego, Estados Unidos de Norteamérica. 1966
- Leonard K, Farrell P: Munchausens syndrome by proxy. A little known type of abuse. Postgraduate Medicine 1992; 91: 197-204.
- Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 36.

# ENCUESTA PARA DETECCIÓN DEL MALTRATO O EN RIESGO DE SUFRIRLO CONVENIO FIS 3689 DE 1997, PROYECTO 3917 DE 1997 ENCUESTA N° \_\_\_\_\_

## I. IDENTIFICACIÓN

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ENCUESTADO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

ENCUESTADOR \_\_\_\_\_

## II. DATOS FAMILIARES

1. ¿Cuántos miembros conforman la familia? \_\_\_\_\_
2. ¿Quiénes la integran, cuáles son sus edades?

PARENTEZCO	NOMBRE	EDAD
PADRE		
MADRE		
HIJOS		
OTROS		

3. ¿Cuáles son sus ocupaciones y su escolaridad?

QUIÉN	OCUPACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	OTROS
PADRE				
MADRE				
HIJOS				
OTROS				

## III. ITEMS: MARQUE CON UNA X LO QUE SE ASEMEJA A SU REALIDAD

4. ¿Como corrige usualmente a los menores de 18 años?
  - \_\_\_\_\_ Con correazos
  - \_\_\_\_\_ Palmadas o pellizcos
  - \_\_\_\_\_ Encerrándolos
  - \_\_\_\_\_ Quitándole o prohibiéndole lo que le gusta
  - \_\_\_\_\_ tratándolos con indiferencia, no hablándoles.
  - \_\_\_\_\_ Con regaños, cantaletas.
  - \_\_\_\_\_ Con llamados de atención.
  - \_\_\_\_\_ Dialogo

\_\_\_\_\_ De otra forma, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

5. ¿Cómo premian a las personas menores de 18 años en la familia?

\_\_\_\_\_ Expresándole amor, satisfacción.

\_\_\_\_\_ Dándole un regalo.

\_\_\_\_\_ Permitiéndole hacer algo especial

\_\_\_\_\_ No los premian

\_\_\_\_\_ De otra forma. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

6. ¿Cual de estas acciones hace que usted castigue a sus hijos?

\_\_\_\_\_ El desorden

\_\_\_\_\_ La indisciplina

\_\_\_\_\_ La falta de respeto

\_\_\_\_\_ La grosería

\_\_\_\_\_ La vulgaridad

\_\_\_\_\_ Las malas amistades

\_\_\_\_\_ Otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. ¿Porque castigan injustamente a los menores?

\_\_\_\_\_ Por mucho trabajo o cansancio

\_\_\_\_\_ Por el desempleo

\_\_\_\_\_ Por borrachera

\_\_\_\_\_ Por falta de plata

\_\_\_\_\_ Por problemas con la pareja

\_\_\_\_\_ Otras razones ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

8. ¿De quienes reciben malos tratos los menores?

\_\_\_\_\_ Padres, padrastros, hermanos.

\_\_\_\_\_ Abuelos, tíos, primos, otros familiares

\_\_\_\_\_ Muchachas del servicio

\_\_\_\_\_ Profesores

\_\_\_\_\_ Compañeros del colegio

\_\_\_\_\_ Vecinos o amigos

\_\_\_\_\_ Compañeros de trabajo

\_\_\_\_\_ No reciben malos tratos

9. Las relaciones entre los menores de esta familia son de:

\_\_\_\_\_ Protección y apoyo

\_\_\_\_\_ Indiferencia

\_\_\_\_\_ Maltrato, castigo

\_\_\_\_\_ Juegos

\_\_\_\_\_ Peleas, discusiones

\_\_\_\_\_ Compartir juguetes, libros, ropa, etc.

10. En esta familia, ¿que hacen junto los adultos con los menores?

\_\_\_\_\_ Comer

\_\_\_\_\_ Reuniones familiares

\_\_\_\_\_ Salir de paseo

\_\_\_\_\_ Hacer deporte

\_\_\_\_\_ Ir a la iglesia

\_\_\_\_\_ Hacer tareas escolares

\_\_\_\_\_ Labores del hogar

- Ver televisión
- Dialogar

11. Cuando ha estado embarazada, ha recibido malos tratos físicos o psicológicos de :

- Esposo
- Padres - hermanos
- Otras personas
- No ha recibido malos tratos.

12. Cuando se presentan problemas en la familia, ¿que hacen para solucionarlos?

- Los solucionan internamente
- Recurren a las familias
- Acuden a los amigos
- Buscan ayuda profesional
- Van a las comisarías de familia
- Acuden a consejeros espirituales
- De otra forma. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- No se presentan problemas

13. Esta usted de acuerdo en que sus hijos varones presten el servicio militar obligatorio?

- Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No tiene hijos varones \_\_\_\_\_

14. ¿Qué cree usted que les hace falta, principalmente, a los adolescentes de hoy?

- Amor y dedicación de sus padres
- Orientación
- Posibilidad de recreación
- Oportunidades de estudio
- Fuentes de trabajo
- Valores morales
- Disciplina

15. ¿Cual cree usted que es el principal problema que afecta a los adolescentes de hoy? (Seleccione solo una alternativa)

- Violencia
- Droga
- Alcohol
- Relaciones sexuales prematuras
- Pornografía
- Mal uso del tiempo libre

16. ¿Con cuales de los siguientes aspectos es usted tolerante con los adolescentes de esta familia? ( de 12 a 13 años)

- Con la música
- Con los amigos
- Con su forma de vestir o su presentación personal
- Con su desorden
- Con sus gustos
- Con su forma de actuar
- Con su forma de pensar

17. ¿Cómo se entera usted de las dificultades o problemas de los jóvenes de 12 a 18 años de esta familia?

- Ellos le comentan
- Usted se da cuenta

- Se entera por otras personas
- Usted les pregunta
- No se entera.

18. ¿Con quien permanecen los menores de 6 años entre semana?

- Con el padre o la madre
- Con una familiar mayor de 18 años
- Con la empleada del servicio
- Solo en la casa
- En un hogar comunitario de ICBF
- En un colegio o guardería.

19. ¿Donde juegan los menores de 11 años en su tiempo libre?

- En la casa
- En el parque
- En la Calle
- En casa de amigos
- No juega.

La información arrojada por esta encuesta dará como resultado el conocimiento de aspectos relacionados con la dinámica familiar de los hogares, pudiendo así determinar los factores de riesgo que predisponen a los menores a sufrir algún tipo de maltrato. Los nombres no se revelaran puesto que son de carácter confidencial.





---

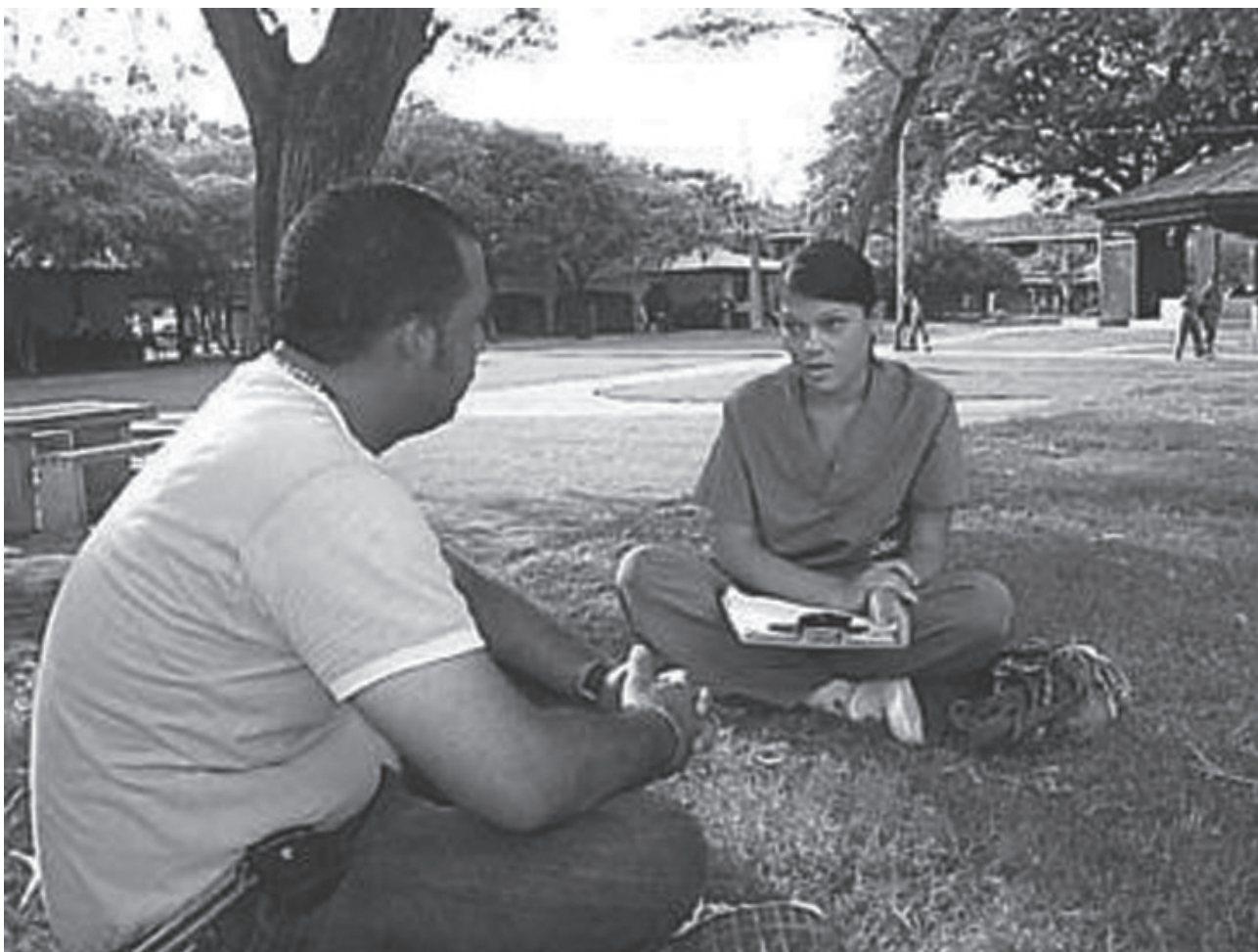
# **3ER. CAPÍTULO**

## **ABORDAJES TERAPÉUTICOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FOMENTO DE LA SALUD MENTAL**



# LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

---



Prácticas formativas Salud Mental, Programa de Enfermería



# GENERALIDADES

Para que la comunicación tenga lugar es necesario un Emisor y un Receptor.

La Comunicación cumple tres funciones básicas:

1. **Función comunicativo - informativa:** Tiene que ver con aquellas relaciones que pueden ser descritas, con intercambio de información.
2. **Función comunicativo - reguladora:** Abarca los aspectos relacionados con la regulación de la conducta individual y social en un sentido amplio.
3. **Función comunicativo - afectiva:** Esta relacionada con todos los aspectos de la esfera emocional del hombre.

## ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

- **Emisor:** Persona que transmite un contenido o mensaje.
- **Mensaje:** Lo que se transmite: Información, ideas, emociones, sentimientos.
- **Receptor:** Persona que recibe el mensaje.
- **Canal:** Medio físico utilizado en la transmisión del mensaje.

## ELEMENTOS NO VERBALES EN LA COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL

ELEMENTOS	CARACTERISTICAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ	FUNCIONES	OBSERVACIONES
MIRADA	Directa, horizontal y relajada	Indica atención y sirve para percibir las señales no verbales del interlocutor	Una mirada directa, pero intensa, fija y penetrante será interpretada como intimidatorio y agresiva
EXPRESION FACIAL	Coherente con lo que se dice	Indica el estado emocional, suministra información al otro acerca de si se comprende o no el mensaje, indica las actitudes hacia el mensaje o el interlocutor.	Se debe evitar mantener una expresión facial firme, inexpresiva o incoherente con lo que requiere en ese momento del rol profesional.
SONRISA	Debe ser franca, abierta, sincera y coherente con la situación y el contexto y sobre todo congruente con la comunicación verbal.	Invita a la comunicación, comunica una actitud amigable	Evita las sonrisas falsas e incoherentes
POSTURA Y ORIENTACION CORPORAL	Debe ser erecta, relajada y ligeramente inclinada hacia delante en la dirección del interlocutor	Refleja las actitudes y sentimientos	Se da una impresión negativa si la postura es excesivamente firme o relajada.
GESTOS Y MOVIMIENTOS DE LA CABEZA	Debe ser coherente con el estado de ánimo y con lo que dice, deben estar sincronizados con el mensaje verbal.	Clarifican, apoyan y refuerzan lo que se dice, indican las actitudes y el estado de ánimo	Deben evitarse especialmente los movimientos estereotipados
DISTANCIA	Debe mantener la distancia correspondiente y adecuada, según el tipo de relación ( íntima personal, social o pública)	A través de ella se indica la naturaleza de la comunicación.	Si por cualquier motivo hay que traspasar zonas (de una social a una personal o íntima) se debe tranquilizar al interlocutor.
ELEMENTOS	Características para una comunicación eficaz	Funciones	Observaciones
APARIENCIA PERSONAL	Debe ser cuidada, aseada y relacionada con el rol profesional que se desempeña	La apariencia personal determina la impresión que se provoca en el interlocutor	Evitar una apariencia desaliñada o descuidada ya que transmite inseguridad y falta de seriedad.
EL HABLA	Se deben decir las cosas de forma audible, fluida y clara	El tono de voz y la fluidez muestran las actitudes y estados de ánimo. Hablar de forma clara, con un ritmo adecuado y en un tiempo apropiado, clarifica, apoya y refuerza lo que se dice	Pensar en lo que se va a decir. Adaptar el tono de voz al contenido de lo que se desea decir. Asegurarse de que se le oye, evitar hablar lento o rápidamente, y no titubear al hablar. No monopolizar la conversación.

- **Respuesta:** Mensaje codificado por el receptor después de asimilar el mensaje inicial.
- **Objetivo:** El resultado que tanto el Emisor como el Receptor esperan obtener del proceso de Comunicación.
- **Interferencias:** Todo aquello que afecta la buena elaboración y recepción del mensaje.
- **Medio ambiente o situación:** Es el espacio físico en el que se desarrolla la Comunicación.

## PRINCIPALES INTERFERENCIAS QUE SE PRESENTAN EN EL PROCESO COMUNICATIVO

**En el Emisor:** Prejuicios contra el Receptor, actitud impositiva, falta de motivación e interés, estado de ánimo afectado, desconocimiento del receptor.

**En el Receptor:** Poca atención a los mensajes, falta de información previa, menosprecio por el Emisor y el Mensaje, falta de motivación e interés, mal estado del ánimo, engaño de los sentidos, desconcierto.

**En el Canal:** Canal inadecuado, mala utilización del canal y bloqueo.

**En los Mensajes:** Contenidos muy densos, Contenidos escasos de información, Interferencia de otros mensajes, contenidos confusos.

## SITUACIONES ANORMALES EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

Según el tono utilizado en los procesos comunicativos existen cuatro patrones distintos en los Procesos inadecuados de comunicación, los cuales son los siguientes:

- **El suplicante:** Busca conmovir al otro, trata de congraciarse, ser complaciente, disculparse, nunca está en desacuerdo, habla como si no pudiera hacer nada por sí mismo.
- **El acusador:** Censura para que la otra persona la vea cómo más fuerte e inculpa a los demás de sus errores, es gritón y tiránico.
- **El súper-razonable:** Responde con palabras que hacen sentir que el mensaje que le estén dirigiendo no es importante. Fortalece su autoestima utilizando palabras grandes y extravagantes. Se esfuerza por parecer inteligente.
- **El Irrelevante:** Ignora el mensaje, comportándose como si no estuviera presente, de tal forma que el Emisor se ve obligado a desistir de la idea de mantener la comunicación.

## PROCESO NORMAL DE LA COMUNICACIÓN

- **Equilibrada o Fluida:** En ésta todas las partes del mensaje van en la misma dirección: La Voz, Las Palabras, El Cuerpo y La Expresión Facial dejan ver lo que el Individuo siente internamente, facilita la interacción, fortalece la autoestima y permite la resolución de conflictos.

### EL LENGUAJE DEL CUERPO

El impacto total de un mensaje es verbal en un 7% (palabras solamente), 38% vocal (tono de la voz, los matices y otros sonidos) y el 55% es no verbal.

El Canal verbal se usa principalmente para proporcionar información, mientras que el canal no verbal se usa para expresar las actitudes personales y en algunos casos como sustituto de los mensajes verbales.

270

Rara vez somos conscientes de nuestras posturas, movimientos y gestos que nos puedan contar una historia mientras su voz nos cuenta otra.

## GESTOS NO VERBALES MÁS COMUNES

### LOS GESTOS CON LAS PALMAS

**FRANQUEZA Y HONESTIDAD:** Exhibir las palmas: El gesto de exhibir las palmas de las manos se ha asociado siempre con la verdad, la honestidad, la lealtad y la deferencia.



Una de las formas más eficaces de descubrir si alguien es franco y honesto o no, es fijarse en los movimientos de las palmas de las manos.

Una de las señales no verbales más poderosas y menos notorias es el movimiento de la palma humana. Cuando se le usa correctamente, el poder de la palma confiere al usuario un cierto grado de autoridad sobre los demás y el poder de dar órdenes es silencio.

Hay tres gestos principales de mando con las palmas:

- **Palmas hacia arriba:** Es un gesto no amenazante que denota sumisión, la otra persona efectuará el pedido ya que no se siente amenazada.
- **Palmas hacia abajo:** Adquiere inmediatamente autoridad, la persona receptora del pedido siente que usted esta dándole una orden y siente antagonismo hacia la persona.
- **Palma cerradas en un puño con el dedo señalando:** Es el palo simbólico con el que usted golpea al que lo escucha para hacer que lo obedezca. El dedo que señala es uno de los gestos más irritante que pueda hacer una persona mientras habla.
- **Las palmas arriba y abajo** hacen que se tenga una actitud más relajada y tendrá mayor efecto positivo sobre la gente.

### EL APRETÓN DE MANO

- **El dominio:** Se transmite cuando la palma queda hacia abajo, esta posición indica que usted quiere tomar el control.
- **El control:** Ofrecer la mano con la palma hacia arriba resulta efectivo cuando se desea dar el control de la situación o hacer sentir que lo tiene.
- **Lucha de poder:** Cuando dos personas dominantes se estrechan las manos tiene lugar una lucha simbólica, ya que cada una trata de poner la palma de la otra en posición de su misión. El resultado es un apretón de mano vertical en el que cada uno transmite al otro un sentimiento de respeto y simpatía.

### ESTILO PARA ESTRECHAR LA MANO

- **El estilo dominante:** Una maniobra simple es tomar el dorso de la mano extendida y sacudirla, esta es una posición dominante ya que controla la mano del otro.
- **El apretón de mano estilo guante:** el iniciador trata de dar la impresión de ser una persona digna de confianza y honesta, pero puede causar un efecto opuesto en personas que se acaban de conocer.
- **Mano de pescado** es uno de los gestos que producen mas rechazo especialmente si esta fría y pegajosa. La sensación de blandura y abandono de la mano hace que esta sea universalmente rechazada.
- **La trituración de los nudillos** es la de tipo rudo y agresivo. Las personalidades agresivas usan tanto la mano con la palma hacia abajo como el brazo rígido.

### GESTOS CON LAS MANOS Y LOS BRAZOS

- **Frotarse las palmas de las manos:** Es la forma que la gente comunica una expectativa positiva. La velocidad con que una persona frota sus manos indica quien será el receptor del beneficio que se espera.
- **Frotar el pulgar contra las puntas de los otros dedos** es un gesto que indica que se espera dinero.
- **Manos con los dedos entrelazados:** Tiene tres posiciones principales manos enlazadas frente al rostro, apoyadas sobre el escritorio y sobre la falda cuando se esta sentado o delante de la pelvis cuando se esta de pie. Parece que existe una relación entre la altura a que se sostienen las manos y la intensidad de la actitud negativa. El trato de la persona resultara más difícil cuanto más alta estén las manos.
- **Manos en ojiva:** La persona que se tiene confianza que es superior, o la que usa un mínimo de gesticulación con frecuencia hace este gesto y expresa su actitud de seguridad. Cuando se hace la ojiva para arriba y hecha la cabeza hacia atrás, asume un aire de presunción o de arrogancia.

### MANOS EN LA CARA

- **Engaño, duda, mentira:** La posición de las manos en la cara son la base de los gestos humanos para engañar. Cuando vemos, hablamos o escuchamos una mentira intentamos tapar la boca, oídos, y ojos con las manos. Taparse la

boca es uno de los gestos de los adultos tan obvio como el de los niños, muchas veces se trata de disimular el gesto emitiendo tosecita que nos demuestra que la persona no es honesta, este es uno de los gestos más perturbadores que puede hacer un orador en público.

- **Frotarse la oreja** es un intento del que escucha de no oír lo malo, de bloquear las palabras del que miente.
- **Rascarse el cuello** indica duda, incertidumbre y es característica de la persona que dice no se si estoy de acuerdo.
- **Dedos en la boca** son una manifestación de la necesidad de seguridad.
- **Gestos con la mejilla y el mentón:** Cuando el que escucha comienza apoyar la cabeza en las manos, esta dando señales de aburrimiento. Lo mismo que golpear la mesa con los dedos y el piso con los pies, son señales que el orador interpreta a menudo como de aburrimiento, pero en realidad son signo de impaciencia.
- **El gesto de acariciarse el mentón** es la señal de que el que lo hace esta tomando una decisión.
- **El de tocarse la nuca**, la persona que hace este gesto expresa enojo o frustración. Los que habitualmente se frotan la nuca tienen tendencia a hacer negativo y a criticar.
- **La evaluación** se demuestra con la mano cerrada apoyada en la mejilla, a menudo con el índice hacia arriba. El interés genuino se expresa cuando la mano esta apoyada en la mejilla y no la cabeza en la palma.
- **Pensamientos negativos** cuando el índice apunta hacia arriba sobre la mejilla, y el pulgar aguanta la barbilla el que escucha esta teniendo pensamientos negativos o críticos sobre el orador o lo que dice.

### LOS BRAZOS DEFIENDEN

- **Los brazos cruzados junto al pecho** expresan una actitud defensiva o negativa, no permite llegar al público con el mensaje.
- **Brazos cruzados y cerrados los puños las señales** son de defensa y hostilidad y puede ser eminente el ataque verbal o físico.

Algunas personas sustituyen los brazos cruzados por el cruce parcial en el que un brazo cruza sobre el pecho para tomar al otro brazo o tocarlo y hacer así la barrera, suele verse en una persona desconocida en una reunión o que no tiene confianza si misma.

### LAS PIERNAS DEFIENDEN

- **Las piernas cruzadas, como los brazos cruzados**, expresan la posible existencia de una actitud negativa o defensiva.
- **Combinar el cruce de piernas con el de brazos**, la persona se ha abstraído de la conversación.
- El cruce en cuatro tomándose una pierna es signo de terquedad; indica al individuo testarudo que necesita un enfoque especial para romper su resistencia.

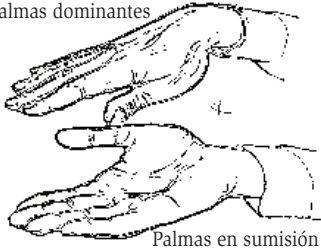
### GESTOS Y ACTITUDES COMUNES

- **Gestos con la cabeza:** Inclinar la cabeza hacia adelante es el gesto que se utiliza para indicar afirmación, sacudir de lado a lado significa negación.  
Hay tres posiciones básicas de la cabeza: **Cabeza hacia arriba** es la que adopta la persona que tiene una aptitud neutral respeto a lo que esta escuchando.
- **Cabeza inclinada hacia un costado** significa una demostración de interés. Cabeza hacia un lado y el cuerpo hacia adelante para resultarle simpático al que habla. Cuando la cabeza esta inclinada hacia abajo señala que la actitud es negativa y hasta opuesta.
- **Las dos manos detrás de la cabeza** es típico en personas que sienten confianza en si mismas, o son dominantes o se sienten superiores en algún aspecto.
- **Gestos de alerta y agresión:** El individuo que esta de pie con las manos en la cadera indica una actitud agresiva.
- **Actitud de largada:** Estos gestos indican el deseo de terminar una conversación o reunión: Inclinarsse hacia adelante y apoyar las manos en las rodillas, o inclinarse hacia adelante tomando el borde de las sillas con las manos. Si se ve algunos de estos gestos durante la conversación, lo mejor es aceptar la sugerencia y terminarla. Eso le permitirá mantener una ventaja psicológica y el control.
- **Agresividad sexual:** Los pulgares calzados en el cinturón o en los bolsillos es un gesto que exhibe una actitud sexual agresiva. Los hombres hacen este gesto para limitar su territorio y mostrar a los otros que no tienen miedo. Cuando se lo hacen delante de mujeres el gesto significa soy viril y puedo dominarte.



# ANEXO Nº 1 LOS DIFERENTES GESTOS NO VERBALES

Palmas dominantes



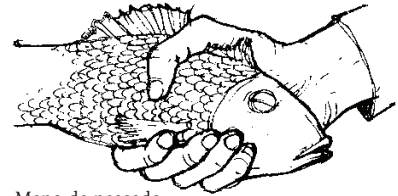
Palmas en sumisión



Tomar el control



Entregando el control



Mano de pescado



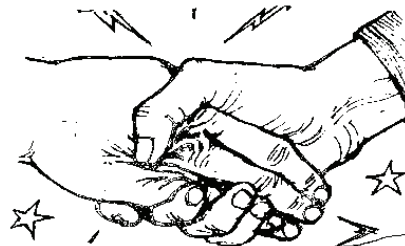
Posición dominante



Palma en posición agresiva



Dar la mano como hombre



Trituración de nudillos



El guante



Frotarse la oreja



Desisición



Fraqueza y honestidad

Manos en la boca



Abstracción de la conversación



Piernas en posición



Manos entrelazadas hacia abajo





Aburrimiento



Posición testaruda



Rascarce el cuello



Posición defensiva  
negativa



Taparse la boca

Manos entrelazadas en alto



Evaluación



Interés genuino



Gesto de agresión



Frotarse las manos



Posición de agresión sexual

## EMPODERAMIENTO LINGÜÍSTICO

El lenguaje es el principal medio a través del cual comunicamos nuestra realidad interna a los demás y nos relacionamos. Llamamos empoderadas a las expresiones con las cuales se manifiesta por medio del lenguaje la potencia del sujeto y desempoderadas donde el sujeto no se apropia de ella.

Los contenidos de poder o no poder manifestados por el lenguaje se evidencian en las interacciones habituales de las personas. Estas formas lingüísticas son reveladoras de actitudes y de estados emocionales, de los cuales usualmente el sujeto no es consciente. El lenguaje expresa la visión del mundo de cada quien. Es de acordar que tan importante es el lenguaje como el paralenguaje. Entendiendo por paralenguaje, además de los contextos semióticos en los cuales los mensajes se dan, el tono, el ritmo, la sintaxis y la gestualidad que los acompaña. Los paralenguajes son explicitaciones del inconsciente.

El empoderamiento lingüístico es una vía para el trabajo psicoterapéutico que está a la mano de quien quiera empezar a darse cuenta de cómo habla y por ende de cómo siente, desea, piensa y actúa. El lenguaje es una vía expedita de autoconocimiento y transformación personal. Este entrenamiento posibilita a la vez, la comprensión del mundo que viven internamente aquellos otros con quienes se interactúa.

## EL DESEMPODERAMIENTO LINGÜÍSTICO

Puede ocurrir a nivel de mapa debido a una generalización paralogística y / o a nivel de conducta verbal, debido a que las dos personas no logran acordar significado común acerca de cierto símbolo (palabra o conjunto de palabras). Es decir cuando una persona se encuentra limitada, desactualizado o con pocos recursos ante determinada situación, sea consciente o inconsciente, su lenguaje muestra esta falta de alternativas de poder. Esto se denomina Desempoderamiento Lingüístico. El poder existe dentro de cada persona o sistema; si no se utiliza, o no se ha desarrollado su producción lingüística siempre revelará ese desempoderamiento interno.

Analicemos la siguiente frase: **Soy incapaz de hablar en público**

Esta afirmación nos muestra una percepción limitada de las posibles opciones disponibles. La persona se cree incapaz de hacerlo porque no sabe hacerlo o porque teme hacerlo y fracasar o porque nunca le ha hecho antes, Entonces no

lo hace y confirma su realidad se evidencia la profecía lingüística autorealizadora de no ser capaz. En esto consiste el desempoderamiento lingüístico, sea hablado o pensado: Una pobre percepción interna de una realidad externa, ya convertida en una realidad en si.

*"Cuidado con los pensamientos: se convierten en palabras  
Cuidado con las palabras: se convierten en acciones  
Cuidado con las acciones: se convierten en hábitos  
Cuidado con los hábitos: se convierten en carácter  
Cuidado con el carácter; se convierte en destino"*

**Frank Outlaw**

En las primeras investigaciones Brenson – Sarmiento (1975) evidenciaron las siguientes categorías de desempoderamiento lingüístico:

## **NIVEL DE LÓGICA SEMÁNTICA**

### **CAUSALIDAD ATRIBUIDA-CULPAR**

Es una distorsión lógica que se lleva a cabo por medio de una frase semánticamente mal formada la cual atribuye una relación causa-efecto entre dos fenómenos que ocurren simultánea o secuencialmente, sin que exista tal relación fuera del mapa del interlocutor.

Aquí se afirma la existencia de una relación causa efecto lineal y directa entre dos o más sucesos, solamente ligados en tiempo, sin que dicha causalidad exista.

D : Juan me hizo sentir muy culpable

R : Que hace él con lo cual te sientes culpable.

### **ADIVINACIÓN-PONTIFICAR**

Es una distorsión por medio de la cual una persona cree saber a ciencia cierta los pensamientos o sentimientos de otra persona (leyendo pensamientos). Es afirmar ser el poseedor de una verdad absoluta e indiscutible.

D : Me parece que se disgusta.

R: Como lo sabes?

### **SUBORDINACIÓN-DISFRAZAR**

Es esconder, distorsionar o descalificar una afirmación, mediante una estructura lingüística de pregunta retórica, sarcasmo o ironía indirecta o por la conjunción "pero" que niega la aceptación total de lo afirmado, esta se debe remplazar por "y, a la vez o también.

D : Quiero independizarme pero mama esta enferma.

R : Quieres independizarte a la vez tu mama esta enferma.

### **REDEFINICIÓN**

Es cuando la respuesta a una pregunta u otro estímulo "va por la tangente "tratando asuntos distintos, o el mismo desde otro punto de vista, evitando así la necesidad de contestar o responder directamente.

E: Te deprimas cuando alguien de autoridad te critica?

D: Antes me deprimía mucho mas (cambio de tiempo)

R: Entonces, te deprimas cuando alguien de autoridad te critica (énfasis)

## NIVEL DE LÍMITE PERCEPTUAL

### DISTORSIÓN MODAL-ENCASILLAR

Hace referencia a una obligación, necesidad, posibilidad o capacidad que es percibida y generalizada hasta el extremo de lo absoluto. Se limita o descalifica el número o la importancia de las opciones reales existentes, mediante estructuras lingüísticas exageradas que convierten las dificultades en imposibilidades, las acciones voluntarias en obligaciones o varias opciones en sólo pocas. (Hay que, me toca, uno debe, no se puede, tiene que, es imposible, soy incapaz, debería). Estas distorsiones se reemplazan por (quiero, voy a, me comprometí, he decidido, etc.)

D: Esta semana tengo que visitar a Gómez y Cía.

R: Esta semana voy a visitar a Gómez y Cía.

Rt: Quien te lo exige? Que pasaría si no lo hicieras. ?

### AUTORIDAD PERDIDA

Es desconocer la persona o las personas responsables de una opinión, acción, decisión o acontecimiento, mediante el uso de las estructuras lingüísticas pasivo-reflexivas o condicionales subjuntivas. El interlocutor presume que su mapa (percepción, opinión o juicio) es el único válido o al menos debería serlo. Hay que determinar las generalizaciones acerca del mundo identificadas con palabras valorativas. (Loco, malo, bueno, correcto, equivocado, verdad, falso, solo, se tomo etc.).

D: Es malo discutir con el marido delante de los niños.

R: Es malo para quien/Según quién?

RT: Puedes pensar en una situación en que no sería malo para ti o para los niños.

## NIVEL DE LAGUNA SINTÁCTICA

### FALTA DE ÍNDICE REFENCIAL

Este es el más común de todos, involucrando omisión, distorsión y generalización. Es hacer un dato o hecho ambiguo o de múltiples posibles interpretaciones, mediante la omisión de información o un punto de referencia.

La persona usa su propio mapa para rellenar la laguna sin acordar significado como (uno, ve, a menudo, gente, reacciona, mal, los demás, corregida) cada una de estas porciones es incompleta y se presta para malas interpretaciones, ya que el mapa que las oye va a rellenar la laguna con su propia percepción selectiva, la cual no necesariamente es igual a la del interlocutor. Se debe acordar el significado de las palabras como (qué, quién, cómo, cuándo, cuánto, dónde, otros).

D: Mi papá se enojó

R: Con quién se enojó?

RT: Quieres decir que se enojó contigo?

D: La gente es muy mentirosa

R: Específicamente cuál gente?

RT: Quieres decir que tus amigos te mienten mucho?

### INTERROGATIVIZACIÓN

Es una omisión en la cual la persona se aleja de la responsabilidad de una afirmación, usando una estructura sintáctica de interrogación en forma ulterior.

D : Tienes cigarrillos? (petición)

R : Quieres un cigarrillo?

RT: Quiero un cigarrillo. Me lo regalas?

Los desempoderamientos son realidades lingüísticas observables, no interpretaciones, pueden ser escuchadas, grabadas, vistos en una transcripción. Son palabras o conjuntos de palabras que impiden la comunicación dialógica y productiva y alimentan los malentendidos, las confusiones y los conflictos, sin que las personas involucradas lo sepan o lo quieran.

## EMPODERAMIENTO LINGÜÍSTICO

Para que una frase sea empoderada, debe cumplir tres condiciones:

- **Los significados están acordados:** existe una explicación, un acuerdo o una co-creación del significado semántico de las palabras utilizadas. Cada persona sabe lo que quiere decir y lo que significan las palabras que usa y que oye; la dificultad surge cuando los saberes son distintos.
- **Las responsabilidades están reconocidas:** existe una acertada atribución de autoría y/o responsabilidad de cada pensamiento, sentimiento y acción planteada. Sin ella, los protagonistas no asumen su debida responsabilidad y tanto individuos como la colectividad dejan de desarrollar óptimamente su poder.
- **Las opciones están valoradas:** existe un planteamiento tácito o explícito de las más importantes opciones preceptuales y conductuales, sean potenciales o reales. Cualquier limitante artificial de poder real del individuo o del conjunto impide el grado de efectividad del sistema.

## EMPODERAMIENTO INTERNO

El empoderamiento interno consiste en que nuestros propios pronunciamientos sean empoderados, o sea que cumplan con los tres siguientes requisitos.

- **Significados acordados:** existe la explicación, el acuerdo o la co-creación del significado semántico de las palabras utilizadas:  
Desempoderado: La decisión ya fue tomada (¿Sola?)  
Empoderado: El gerente tomó la decisión ayer  
  
D: He tratado de averiguar en la empresa (¿Ha tratado!, más ¿Qué ha hecho?)  
E: He llamado tres veces a la empresa y siempre está ocupada la línea.
- **Responsabilidades reconocidas:** existe una correcta atribución de autoría y/o responsabilidad de cada pensamiento, sentimiento y acción planteada.  
Desempoderado: Se cumplió la meta de diciembre (una meta no se cumple sola)  
Empoderado: Los vendedores cumplieron la meta de diciembre  
  
D: Pedro me emborracho (una persona no emborracha a otro sino a si mismo)  
E: Me emborrache cuando salí con Pedro.
- **Opciones valoradas:** existe un planteamiento tácito o explícito que las mas importantes opciones preceptuales y conductuales, sean potenciales o reales.  
Desempoderado: No puedo hablar contigo ahora ( no es una incapacidad inherente)  
Empoderado: Prefiero no comprometerme a hacerlo ahora.  
  
D: No hubo manera de terminar el trabajo ( de que la hay, la hay )  
E: No me organice bien para poder terminar el trabajo

## EMPODERAMIENTO DIALÓGICO (ED)

Nadie puede dar de lo que no tiene, la mejor manera de facilitar que otra persona se empodere, es hablar empoderadamente. Cuando usted lo hace la otra persona necesita usar circuitos cerebrales empoderados para entender y así la persona contesta en forma empoderada. Cuando el terapeuta habla de forma desempoderada, se engancha, en la otra persona y la respuesta es desempoderada.

Nadie empoderar a otro, sólo se facilita que se empodere así mismo. Así que podemos hacer preguntas que faciliten que la otra persona se empodere y por ende nuestro dialogo. Lo podemos hacer de dos maneras:

- **Rastreo (R):** pedir la información faltante o el significado de lo dicho por el otro, con palabras interrogativas como ¿Que?, ¿Cómo?, ¿Para que?, ¿Quién?.
- **Paráfraseo (P):** repetir en sus propias palabras, en forma empoderada lo que se entendió y luego pedir confirmación: Quieres decir que.... así es? El parafraseo tiene la ventaja adicional de facilitar que la otra persona se sienta escuchada y atendida.
- **Significados acordados:** existe la explicación, el acuerdo o la co-creación del significado semántica de las palabras utilizadas. Cada persona sabe lo que significan las palabras; la dificultad surge cuando los saberes son distintos

D: Llego un jurgo de gente

ED-R: Específicamente, ¿Cuántas personas llegaron?

ED-P: Entonces ¿llegaron muchas mas personas que lo esperado

D: Cuando será que comenzamos a trabajar como equipo

ED-R: Específicamente, ¿como quieres que trabajemos?

ED-P: ¿Quieres decir que no estas satisfecho con nuestro trabajo, así es?

D: Nadie colabora en esta casa

ED-R: Específicamente ¿Cómo quieres que colaboremos?

ED-P: ¿Quieres decir que quieres que te colaboremos más en los oficios de la casa?

- **Responsabilidades reconocidas:** existe una correcta atribución de autoria y/o responsabilidad de cada pensamiento, sentimiento y acción planteada.

D: María me hace sentir culpable cuando llego tarde

ED-R: Específicamente, ¿Qué hace María ante lo cual te sientes culpable?

ED-P: ¿Quieres decir que te sientes culpable cuando María te hace un reclamo por tus tardanzas, así es?

D: Me rajaron en el examen

ED-R: ¿En cuales temas no te preparaste suficientemente?

ED-P: ¿Quieres decir que no te preparaste suficientemente en ciertos temas?

D: Se me hizo tarde

ED-R: ¿A que hora saliste de la casa?

ED-P: Quieres decir que no te levantaste lo suficientemente temprano?

## RESUMEN DE EMPODERAMIENTO INTERNO Y DIALÓGICO

CONDICIONES	DESEMPoderAMIENTO	EMPODERAMIENTO INTERNO	EMPODERAMIENTO DIALÓGICO
<b>SIGNIFICADOS ACORDADOS</b>	Una o más palabras tienen más de un posible significado o interpretación	Utilizar palabras cuyo significado semántico sea explicado, acordado o cocreado	Rastrear el significado de las palabras en duda o parafrasear el significado que aparenta tener
<b>RESPONSABILIDADES RECONOCIDAS</b>	No se identifican o se responsabilizan las personas autores o responsables de los pensamientos, sentimientos o comportamientos planteados.	Atribuirle a la correspondiente fuente responsable, todos los pensamientos, sentimientos y acciones planteados	Rastrear o parafrasear la fuente responsable de cada pensamiento, sentimiento y acción planteada.
<b>OPCIONES VALORADAS</b>	Se descalifica una o más opciones preceptuales o conductuales, reales o potenciales.	Reconocer la existencia y el valor de otras opciones preceptuales y conductuales, potenciales o reales.	Rastrear o parafrasear las posibles opciones preceptuales o conductuales no mencionadas.



## Realice los siguientes ejercicios de empoderamiento interno y dialógico

Ej.: **D:** El ruido no me deja trabajar

**ED-R:** "Específicamente, ¿Con que ruido te distraes?"

**E:** Me distraigo mucho con las conversaciones en la oficina

**ED-P:** ¿Quieres decir que te distraes con las conversaciones de las secretarias?

1. Soy una persona solitaria
2. Los nervios no me dejan concentrar
3. Me dio rabia su comportamiento
4. Tengo que ser mas juiciosa
5. El me manipula con sus cuentos
6. Se me hizo tarde
7. Eres muy maleducado
8. No me alcanza el tiempo
9. Soy terriblemente estricto
10. Todo el mundo piensa así
11. Las cosas nunca me salen bien
12. Me hace sentir culpable cuando llego tarde a casa.
13. Se me fue la mano con la pintura.
14. Mi suegra me hace sentir mal.
15. No debes hablar con la boca llena

## TALLER N° 23

### CONOZCAMOS NUESTRA COMUNICACIÓN NO VERBAL

#### Objetivo

Identificar los gestos no verbales mas realizados por usted para hacerlos concientes y poder corregirlos.

#### Procedimiento

Todos los días se mirara al espejo observara sus gestos mas frecuentes, preguntara a sus familiar, compañera cuales son los gestos que mas realiza usted para hacerlos concientes.

#### Compromiso

Tomar conciencia de nuestra comunicación no verbal para corregir los gestos que desmeritan nuestra imagen corporal.

## TALLER N° 24

### IDENTIFIQUEMOS NUESTROS DESEMPODERAMIENTOS

#### Objetivo

Identificar en nuestro lenguaje verbal las diferentes formas de desempoderamiento lingüístico, para identificarlas, corregirlas logrando adaptar un lenguaje terapéutico.

#### Material

Revistas viejas, colbón, tijeras, hojas de papel bom, marcadores.

### Procedimiento

Con la ayuda de compañeras de aula, identificar los diferentes desempoderamientos, luego plasmarlos en recortes de revistas reempoderándolos adecuadamente. Y entregue para evaluación en grupo.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 22

### LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

La comunicación es una necesidad humana y por tanto debe estar satisfecha para que podamos hablar de un ser humano integral. En el trabajo de la enfermera, el arte de cuidar es, ante todo, un proceso de relación; y por ello es responsabilidad de la enfermera conocer las habilidades comunicacionales que existen a su alcance para que la relación asistencial sea lo más fluida y fructífera posible, pues comunicación siempre existe, sólo que ésta puede ser más o menos eficaz tanto para el paciente como para el profesional.

### Logros

Comprenderá la importancia de usar adecuados patrones de comunicación para el restablecimiento del equilibrio emocional del individuo, familia o comunidad

### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Explica la importancia del lenguaje verbal y no verbal en las psicoterapias
2. Argumentativa
  - Demuestra adecuados patrones de comunicación terapéutica al realizar los abordajes importancia
3. Propositiva
  - Comprueba a través de los abordajes terapéuticos la importancia de utilizar un lenguaje congruente
4. Axiológica
  - Muestra interés por utilizar patrones de comunicación adecuados al realizar los abordajes terapéuticos

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente un trabajo en grupo referente a los desempoderamientos y reempoderamientos más usados por ustedes. (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).
- d. Aplique el lenguaje terapéutico en clase y en el núcleo familiar

### Desarrollo

1. Consulte acerca de la comunicación.
2. Enumere los procesos inadecuados de la comunicación
3. Investigue los gestos no verbales usados en la comunicación diaria.
4. Consulte con que gestos identificaría hostilidad en un paciente y eminente ataque.
5. Enumere cinco indicadores para terminar una conversación con el paciente
6. Consulte para que se utiliza el reempoderamiento lingüístico dentro del abordaje terapéutico.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- BUCHER, Jean. "La Experiencia de la Palabra en Heidegger". Editorial Ariel, S.A. Segunda edición. Santafé de Bogotá. Agosto de 1996.
- BRENSON, Gilbert. El Reino de lo Nuestro. Ed. Tercer Mundo, Bogotá, 1980
- CODERCH, J. (2001): La relación paciente terapeuta. Ediciones Paidós. Barcelona.
- DAVIS, Flora; La comunicación no verbal, Alianza, Madrid, 2002, 23 Edición.
- KNAPP, Mark; La Comunicación no verbal, Paidós, Barcelona, 2001, 7 Edición.
- Outlaw Frank. Citado por W. Calvo, Protestante Digital.com. España, 2006. correo-e: oficina@RedIMIR.net



- 
- PEASE, Allan; El lenguaje del cuerpo. Cómo leer el pensamiento de otros a través de sus gestos, Paidós, Barcelona, 2004, 5 Edición.
  - VALVERDE, C. Comunicación terapéutica en enfermería, editorial ARS Médica 1 Edición. 2007.
  - WACHTEL L. PAUL. La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz. Editorial Descleé de Brouwer. 2 edición 1996.
  - WACHTEL, P. La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Descleé de Brouwer. Bilbao. 1996
  - WAINWRIGHT, Gordon; El Lenguaje del cuerpo, Pirámide, Madrid, 1998, 6 Edición.
  - WATZLAWICK, P. El cambio. Ediciones Herder. Barcelona. 1997





# SALUD MENTAL Y LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA LA CRISIS E INTERVENCIÓN

---



Prácticas formativas Salud Mental, Programa de Enfermería



# GENERALIDADES

Cualquier tragedia o trauma desata una crisis personal de mayor o menor grado y esta provoca una serie de reacciones psicosociales según el trauma o de la crisis resultante.

La crisis es la combinación de dos realidades un peligro y una oportunidad, el peligro esta en las reacciones disfuncionales que puede tener una persona ante la tragedia y la oportunidad esta en el crecimiento personal que puede surgir de las reacciones funcionales ante ella.

## FACTORES QUE DETERMINAN LA CRISIS

### Percepción del acontecimiento

Ante una situación critica va desde la atención a la ansiedad, en respuesta al estímulo ya que entra en conflicto sus valores y son posibles los cambios en su rol, tienen sentimientos de ineffectividad.

### Apoyo de la situación

El individuo trata de equilibrar su necesidad insatisfecha recurre a los medios físicos, morales, psicosociales y culturales con los que cuenta.

### Mecanismo de enfrentamiento

La persona toma los requerimientos que cree son adecuados para adaptarse a la situación. Si son respuestas mal adaptativas puede llevar a la violencia, al suicidio o a la inestabilidad productiva.

## SE CONSIDERA NORMAL QUE ESTOS PERIODOS SE CUMPLAN EN UN LAXO DE UNA A SEIS SEMANAS

### CLASES DE CRISIS

#### Las crisis evolutivas o propias del desarrollo – madurativas son:

- El nacimiento de un hijo
- El comienzo de la adolescencia
- La pubertad
- La vejez

#### Las crisis del desarrollo – transicionales son:

- El nacimiento de un hermano
- El matrimonio
- La muerte de un ser querido
- El divorcio

#### Situacionales o accidentales son inesperadas:

- Pérdida del empleo
- Fracaso escolar
- Accidentes
- Enfermedad

### Crisis Adventicias (desastres)

- Desastres naturales (Inundaciones, terremotos)
- Desastres nacionales (guerras, motines)
- Delitos violentos (asesinatos, violaciones)

## EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

### Valoración

1. **Identificar el acontecimiento desencadenante y explorar lo siguiente:**
  - a. Circunstancias que dieron lugar a la crisis
  - b. Cronología del acontecimiento
  - c. Factores que influyen en la capacidad del cliente para resolver la situación.
2. **Explorar la forma que tiene el cliente de percibir la crisis, incluido lo siguiente:**
  - a. Asuntos y recuerdos que le revelen al cliente un significado de la crisis
  - b. Necesidades subyacentes que se ven amenazadas por la crisis.
  - c. Grado de ruptura biográfica que provoca la crisis.
3. **Valorar los sistemas de apoyo, incluido lo siguiente:**
  - a. Situación de vida ( es decir, si el cliente vive solo, son su familia o con amigos)
  - b. Personas dispuestas a ayudar al cliente.
  - c. Efectos de la crisis sobre la familia y las personas de apoyo.
  - d. Otros recursos disponibles (económicos, religiosos, sociales, comunitarios).
4. **Valorar las habilidades de afrontamiento del cliente, incluido lo siguiente:**
  - a. Como ha manejado el cliente las crisis anteriores
  - b. Puntos fuertes y débiles personales Habilidades adaptativas de afrontamiento utilizadas.
  - c. Mecanismos de defensa utilizados.

### Análisis y diagnósticos de enfermería

5. **La enfermera/o debe reconocer las posibles crisis que pueden presentarse en las diversas áreas del ejercicio de la enfermería:**
  - **Materno infantiles:** nacimiento de un niño prematuro, niños nacidos muertos, anomalías congénitas, abortos.
  - **Pediátricas:** Inicio de una enfermedad grave, enfermedades crónicas o debilitantes, accidentes graves, un hijo que se esta muriendo.
  - **Medico quirúrgicas:** Enterarse de un diagnostico grave, enfermedades debilitantes, hospitalizaciones por problemas agudos, pérdida de partes del cuerpo o funciones corporales, muerte y agonía.
  - **Gerontológicas:** pérdidas acumuladas, enfermedad debilitante, dependencia, ubicación en residencias o sanatorios.
  - **De urgencias:** Traumatismos físicos, enfermedad aguda, violación, muerte.
  - **Psiquiátricas:** Ingreso hospitalario por trastorno psiquiátrico, factores estresantes vitales en enfermos mentales crónicos, suicidio.
6. **Analizar el impacto que produce la situación de crisis sobre el cliente y su familia.**
7. **Analizar el grado de suficiencia de las habilidades de afrontamiento del cliente y sus posibles apoyos personales, sociales y ambientales.**
8. **Determinar los diagnósticos de enfermería individualizados del cliente y de su familia:**
  - a. Afrontamiento individual inefectivo



- b. Alteración de los procesos de pensamiento
- c. Temor
- d. Ansiedad
- e. Duelo disfuncional
- f. Alteración del desempeño del rol
- g. Alteración de los procesos familiares
- h. Síndrome traumático de la violación
- i. Respuesta postraumática
- j. Impotencia.

### Planificación de los objetivos

#### 9. Ayudar al cliente a establecer objetivos realistas a corto plazo

#### 10. Establecer criterios para medir los resultados.

- a. El cliente verbaliza el significado de la situación de crisis
- b. El cliente habla de las posibles opciones para resolver la crisis
- c. El cliente elige una estrategia para afrontar la crisis actual
- d. El cliente adopta medidas para poder llegar a resolver la crisis

### Acciones de enfermería

#### 11. Utilizar con el cliente técnicas eficaces de resolución de problemas.

- a. Ayudar a comprender mejor la crisis; dividir la crisis en los problemas individuales que la componen
- b. Ayudar a corregir las percepciones erróneas en relación con la crisis.
- c. Fomentar la expresión de los sentimientos
- d. Respaldar los mecanismos de afrontamiento adaptativos mediante el reforzamiento.
- e. Emplear la escucha activa y la reflexión como instrumentos para apoyar al cliente en su identificación de las opciones posibles para resolver la crisis.

#### 12. Intervenir para disuadir al cliente de sus planes de suicidio u homicidio

- a. Tomar en serio las señales de alarma.
- b. Determinando la concreción del plan (cuando el plan se concreta, aumenta la probabilidad de un intento).
- c. Retirando en lo posible todos los materiales u objetos peligrosos o potencialmente letales.
- d. Colocando al cliente en un entorno seguro y protector, vigilándole de cerca constantemente o movilizándolo sus apoyos.
- e. Comunicando su presencia y su deseo de proteger al cliente para que no se dañe a sí mismo ni a los demás.
- f. Animando al cliente a hablar sobre los factores que le causan estrés; sentimientos de dolor, cólera y angustia; planes de suicidio u homicidio.
- g. Escuchando de manera empática
- h. Reforzando el deseo del cliente de resolver sus problemas y de vivir.
- i. Derivando al cliente a un tratamiento de seguimiento.

#### 13. Aumentar la autoestima del cliente

- a. Reconocer sus fortalezas
- b. Empalizando con el cliente y sus situación.
- c. Movilizando al cliente hacia acciones constructivas
- d. Ofreciendo apoyo de manera activa; permaneciendo con el cliente, expresándole atención y preocupación.

#### 14. Movilizar los sistemas de apoyo del cliente

- a. Ayudar a ponerse en contacto con aquellos familiares o amigos que puedan darle poyo.
- b. Derivándole a los servicios sociales o comunitarios apropiados.

15. **Proporcionar directrices para la prevención y el seguimiento, incluido lo siguiente:**

- a. Analizar las diversas consecuencias que conllevaría cada posible solución.
- b. Dar la oportunidad de ensayar lo que podría hacerse ahora y en futuras crisis.
- c. Acopar al cliente, previendo las situaciones potenciales estresantes (p. Ej., cirugías, nacimientos de hijos etc.).
- d. Apoyar a los clientes que hayan sufrido un acontecimiento estresante (Ej., violación, abusos infantiles, desastres naturales).
- e. Explicar al cliente técnicas de relajación, las modalidades de tratamiento prescritas y estrategias de manejo del estrés.

**Evaluación**

- a. El cliente identifica la relación existente entre los factores estresantes y los síntomas psicológicos y fisiológicos que se experimentan en la crisis.
- b. El cliente evalúa las posibles soluciones a la crisis.
- c. El cliente elige una de las opciones para solucionar la crisis
- d. El cliente vuelve a su estado precrítico o demuestra que su situación o su conducta han mejorado.

**INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN O PRIMERA AYUDA EMOCIONAL**

El objetivo principal es restablecer el enfrentamiento inmediato de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación e iniciar el proceso de resolución del problema.

Existen tres subobjetivos de la primera ayuda emocional:

**Proporcionar apoyo:** Concretamente significa permitir que la gente hable brindando una atmósfera en que puedan expresarse la angustia y la cólera.

**Reducir la mortalidad:** Se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis o la muerte.

**Proporcionar enlace a recursos de ayuda:** Es el momento de la vida en que se han agotado recursos y suministros personales. Hay que identificar con precisión las personas a las cuales puede recurrir.

**PASOS PARA LA PRIMERA AYUDA**

**1. HACER CONTACTO PSICOLÓGICO**

**Escuchar empáticamente:** Lo que más necesita una persona en crisis es sentirse escuchada y comprendida. Es captar en palabras, los gestos, el tono de la voz, la postura, todos los pensamientos y sentimientos de la persona y luego ponerse delante de ella como si fueras un espejo.

Requisitos para escuchar empáticamente

- Despojar temporalmente de tus propios criterios
- Recordar que hay varios mapas del mismo territorio
- Comprometerte física y mentalmente a escuchar
- Concentrarte en la persona
- Evitar ponerse a la defensiva
- Reconocer la validez de las percepciones y sentimientos del
- Otro aunque no sean lógico
- Aceptar incondicionalmente a la persona como persona, sin
- Que esto implique necesariamente aprobar o estar de acuerdo



- Con sus conductas o sus opiniones.
- Escuchar todo sin interrumpir innecesariamente
- Reconocer los signos de tu propia ansiedad
- Decirle a la persona cuando estas perdido, confuso o tenso
- Aceptar que no necesariamente se va a llegar a la solución de un problema.
- **Facilitar la catarsis:** Es el desahogo de los sentimientos reprimidos. Para evitar que desarrollen una crisis secundaria.
- **Reenmarcar la conducta:** El afectado debe percibir que sus síntomas y reacciones iniciales son manifestaciones normales naturales y que van a pasar.
- **Enfrentar el suicidio:** Hay que tener una postura honesta y abierta acerca de la acción del suicidio. Esta es una posibilidad para la persona, a la vez urgimos que la persona ensaye todas las otras opciones antes de recurrir a ella.
- **Tener fe y comunicarla:** La mejor terapia en el mundo sigue siendo la fe en Dios, el futuro y en la capacidad del afectado para superar sus dificultades y salir adelante. Lo que la mente puede concebir, la persona lo puede realizar. Hay que ayudarlo a tener imágenes mentales de como será ,de como se verá cuando haya superado todo. Esta es la base de una de las técnicas mas potentes que hay.

## 2. EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

Se deben enfocar sobre tres áreas : pasado, presente y futuro inmediato. El paso inmediato se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desato o precipito la crisis, (la muerte de un ser querido, desempleo, separación del cónyuge, pérdida de un miembro, etc.)

La investigación implica las preguntas, quien, que, donde, como cuando. Esto se realiza mediante una plática sencilla.

## 3. EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES

El ayudante toma un enfoque, etapa por etapa, preguntando primero sobre lo que ya se ha intentado, luego conseguir que la persona en crisis genere alternativas seguidas por otras posibilidades que proponga el ayudante. Se exploran pros y contras (ganancias y pérdidas) de cada una de las soluciones.

## 4. AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA

El ayudante toma una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis. Si la situación es alta en mortalidad (peligro para el paciente, el mismo o alguien diferente) o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma.

La actitud del ayudante será directiva. Cuando no hay peligro para si mismo u otros, o sea capaz de hacer sus cosas el ayudante es mas facilitador.

En la actitud facilitadora el ayudante y el paciente hablan sobre la situación a la vez es el paciente quien toma mayor responsabilidad para cualquier acción.

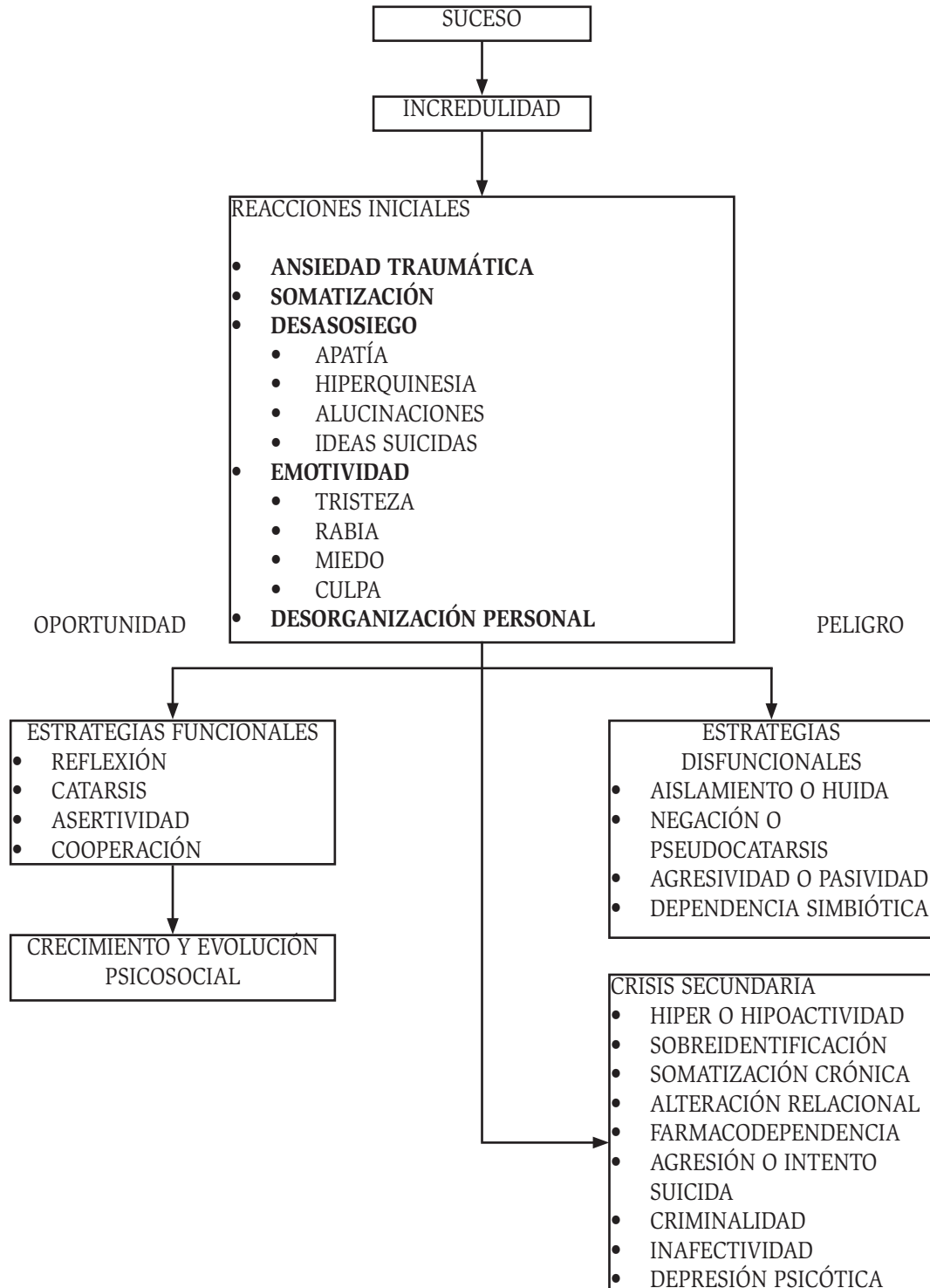
## 5. SEGUIMIENTO

El objetivo de seguimiento es ante todo completar de nuevo la retroalimentación o determinar si se han o no realizado los propósitos de la primera ayuda psicológica: proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar los recursos consumados. Además, el seguimiento facilita, otras etapas hacia la resolución de la crisis.

# LA PRIMERA ENTREVISTA

La primera fase es la de recoger información y establecer rapport. Siguen los siguientes pasos:

## RESUMEN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN



## **1- ETAPA SOCIAL**

Permite observar la dinámica familiar. Quien entre, saluda, quien habla, otros.

Esta etapa puede durar minutos o mucho más tiempo mientras cada miembro de la familia tenga la oportunidad de participar.

## **2- MOTIVO DE CONSULTA**

Puedes escribir literalmente lo que dicen los consultantes acerca del motivo de la cita. Allí el profesional de enfermería realiza la Valoración: que es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

## **3- HIPÓTESIS/DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Es lo que se supongo que le esta sucediendo a la persona que solicita el servicio esta puede ser de mapa, física, de comunicación, de relación o de percepción. Debe ser acertada o la terapia deja de ser efectiva. Es el Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

## **4-ESTADO ACTUAL Y DESEADO**

Se quiere saber como percibe el consultante su situación y su meta.

## **5- SOLUCIONES ENSAYADAS**

Se queremos saber que ha ensayado el consultante antes para resolver su problema, para reenmarcarlo y luego descartarlo como opción y no caer en "Mas de lo mismo".

## **6- RECURSOS DISPONIBLES**

Queremos saber sobre los recursos de los participantes sobre sentimientos, sus logros y sus momentos de felicidad y realización a través de la vida.

## **7- SENSIBILIDAD Y FLEXIBILIDAD**

- Sensibilidad: Hacia los sentimientos y pensamientos de otros por parte del consultante.
- Flexibilidad: Que tan fácil es para el consultante adaptarse a situaciones ambivalentes o cambiantes o cambiar de idea.

## **8- ESTRUCTURA FAMILIAR Y FUNCIONES SISTEMICAS**

Contenido de la familia, la jerarquía y frontera entre ellos y sus roles. (Apgar, familiograma, ecomapa)

## **9- TAREA**

Es colocada por el terapéutica y debe ser directiva y acorde a la problemática presentada. Está encaminada a ayudar a resolver la crisis. Además es la Planificación, donde se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, se establecen planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios estimulando la ejecución. que es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados

## **10- SEGUIMIENTO**

Se evalúa comparando las repuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos

# PRIMERA ENTREVISTA/INTERVENCIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Etapa Social \_\_\_\_\_

2. Motivo de consulta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Hipótesis/Diagnostico enfermería \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Estado actual \_\_\_\_\_

estado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Soluciones ensayadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Recursos disponibles \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Sensibilidad y flexibilidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Estructura familiar (al respaldo)

Apgar:

Familiograma

Ecomapa

9. Tarea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



10.

1 Seguimiento

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Seguimiento

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Seguimiento

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Evaluación Final

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Terapeuta \_\_\_\_\_



# RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA LÍNEA AYUDA

## EL SERVICIO TELEFÓNICO

El teléfono es un elemento indispensable en la vida moderna. Es un medio de comunicación de múltiples posibilidades que puede ser utilizado para informar y orientar a la comunidad sobre diversos temas.

Desde la perspectiva psico-social, un servicio de atención telefónica puede constituirse en una herramienta valiosa para ofrecer información y apoyo a personas en situación es de crisis o cualquier situación que requiera una intervención inmediata.

## OBJETIVO

Brindar información y apoyo sobre drogadicción, alcoholismo, depresión y suicidio a la comunidad en general a través de la línea telefónica.

## MANEJO Y PASOS A SEGUIR EN UNA LLAMADA

El consejero telefónico se enfrentara con personas de diversa índole a quienes no conoce ni ve. El contacto se limita a escuchar una voz y a efectuar una serie de preguntas que permiten deducir aspectos psico - sociodemográficos del consultante tales como: Su nivel educativo, su ocupación actual, su situación económica, sus relaciones familiares e interpersonales, el estado de animo y otros aspectos relevantes sobre la problemática que lo lleva a consultar el servicio, con estos datos el consejero debe orientar el caso y brindar la ayuda que sea posible según la situación del consultante.

## PASOS A SEGUIR

### 1- Inicio de la relación: apertura de la llamada

El consejero debe esforzarse en establecer una relación amable y empática con la persona que está llamando.

El consejero telefónico debe asumir una actitud abierta de aceptación y ayuda, expresada según su propio estilo en forma natural, es importante ser autentico, esto se refleja en el tono de voz.

### 2- Obtención de la información

Una vez iniciada la conversación el consejero debe procurar obtener información importante y necesaria para llevar a cabo una buena remisión o en algunos casos simplemente aclarar dudas, estimular la búsqueda de nuevas alternativas o realizar otro tipo de intervención pertinente.

Se identifican las variables relevantes y sus relaciones, obteniéndose un perfil del consultante y de sus principales características.

### 3- Identificación de un plan de acción

Una vez identificado el problema se emplea la información recibida para iniciar la búsqueda de alternativas de solución que sean viables para lo cual se hace indispensable evaluar los recursos y posibilidades de acción del consultante, analizar con él la viabilidad de las diferentes alternativas existentes en ese momento y para él en particular.

Es el Qué?, el Como, el Cuando, el Donde, el Con Quien?. Se dan las metas fijas a corto plazo.

### 4- Finalización de la llamada

Una vez resueltas todas las inquietudes del consultante; y habiendo comunicado el plan de acción a seguir, la llamada se da por terminada.

Se debe mostrar a la persona lo importante que es que haya llamado y como eso se constituye en un primer paso para resolver su problema (reenmarcada).



- En algunos casos la llamada puede afectar directamente al consejero; es decir puede generar ansiedad, tristeza o miedo porque llega a tocar alguno de sus puntos sensibles. En estos casos es importante se cuestione que está pasando o que esta sucediendo que ha producido lo que siente en ese momento; aprovechar la oportunidad para discutirlo con el supervisor o el coordinador del servicio.

### CRISIS E INTERVENCIÓN TELEFÓNICA

Una crisis implica un cambio repentino en el estado de equilibrio del desempeño habitual de la persona, puede ser producida por eventos internos o externos que provocan en la persona una desorganización general.

#### ETAPAS POR LAS QUE PASA UNA PERSONA EN CRISIS

- **Reconocimiento de la situación:** La persona toma conciencia de que su estado de angustia tiene una causa que puede ser interna o externa y empieza a analizar las razones que la originan.
- **Intento de solución:** La persona utiliza sus recursos habituales (búsqueda de consejo, apoyo, evasión, negación etc.), que en ese momento resultan ineficaces. El descontrol aumenta y se desencadena una crisis.
- **Bloqueo emocional:** La persona no es capaz de resolver la crisis y es denominada por sus emociones negativas, como son miedo, ansiedad, fracaso y otros, en muchos casos comienza un círculo vicioso, afectándose la autoestima.
- **Resolución:** La persona debe encontrar alternativas que le permitan enfrentar la situación y bajar el nivel de angustia, es decir, recobrar su estado emocional habitual.

### CÓMO ATENDER UN ESTADO DE CRISIS A TRAVÉS DEL TELÉFONO

Cuando el consejero telefónico responde una llamada de crisis debe tener en cuenta:

- 1- La persona en crisis esta muy receptiva a la orientación que se le brinde por un tiempo limitado. La persona se aferra al apoyo que recibe y está muy receptiva.
- 2- El propósito de la intervención es que el consultante encuentre alternativas para resolver su situación.
- 3- El consejero telefónico debe evitar mezclar la situación del consultante con sus propios sentimientos personales ya que esto impide ofrecer ayuda objetiva y efectiva para las necesidades de quien llama.

### LAS PAUTAS PARA INTERVENIR EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS A NIVEL TELEFÓNICO SON SECUENCIALES PARA QUE LA ORIENTACIÓN Y EL PROCESO DE CUMPLAN ADECUADAMENTE

#### CARACTERÍSTICAS BASICAS

- **INMEDIATEZ:** Estas llamadas no pueden posponerse; la intervención debe hacerse en el momento en que la persona llama.
- **COMPROMISO:** La intervención del consejero telefónico debe permitirle a la persona establecer un plan de acción para enfrentar la situación y un compromiso con ella misma para llevarlo a cabo.
- **CONCORDANCIA:** Las alternativas de solución que resulten del proceso de intervención deben ser coherentes con los recursos personales y medio-ambientales de la persona.

### PASOS A SEGUIR DURANTE EL PROCESO

1. Establecer una relación empática con la persona, quien ante todo espera ser escuchada.
2. Intentar identificar y definir el problema en el transcurso de la llamada y la circunstancia que desencadena la angustia.
3. Evaluar que busca la persona, para determinar que tan viables son sus expectativas.
4. Evaluar los intentos pasados, es decir, las estrategias que ha empleado antes de llamar.
5. Ofrecer alternativas, teniendo muy en cuenta que el consultante debe colaborar en su escogencia, y que las que se le ofrezcan serán solamente pautas que debe intentar poner en práctica.
6. Por ultimo, comprometer a la persona no sólo a realizar lo que ha decidido, sino a que se comunique con el servicio de atención telefónica para informar acerca de los resultados.

## HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Una de las principales características del consejero telefónico está relacionada con la forma de comunicarse a través del teléfono.

Debemos partir de lo más básico y fundamental en la conversación: "Escuchar".

No debe ser considerado como una actividad pasiva cuyo único propósito es recibir o recoger información; por el contrario, exige que el consejero telefónico tenga una posición con un objetivo definido: Obtener información relevante para evaluarla posteriormente y ofrecer un resultado final que se traduzca en una respuesta para la persona que se encuentra a l otro lado de la línea.

Recibir o recoger información; por el contrario, exige que el consejero telefónico

Escuchar implica tres pasos:

1. Recibir un mensaje
2. Procesar la información.
3. Enviar el mensaje.

### CARACTERÍSTICAS BÁSICAS PARA LA COMUNICACIÓN POR EL CONSEJERO

- **DISPONIBILIDAD:** Ofrecer a la persona el tiempo que sea necesario, mostrando una actitud abierta y flexible en otras palabras "estar ahí" y hacérselo sentir al consultante.
- **CONCENTRACIÓN:** Implica aislarse de los estímulos ajenos a la llamada y dirigir toda la atención a la persona y a su situación.
- **PARTICIPACION ACTIVA:** Ayudarle a la persona a explorar la situación que esta viviendo el consultante que le permita lograr empatía y orientar mejor su trabajo.
- **COMPRENSIÓN:** Intentar reproducir una imagen de la situación que está viviendo el consultante; que le permita lograr empatía y orientar mejor su trabajo.

### HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL CONSEJERO

- **SILENCIO:** Es un medio para lograr empatía, debe indicar atención y expectativa, no reflejar que "no se sabe que decir".
- **ASENTIR:** Se emplea "Aja - Humm". Son expresiones cortas con las cuales se logra empatía y se comunica a la otra persona que es escuchada y entendida y que se esta valorando la información proporcionada.
- **REPETICIÓN:** Es un ECO repitiendo las mismas palabras que ha empleado la otra persona que le permite sentirse escuchado y sentirse en lo que acaba de decir.

A través del teléfono podemos encontrar diferentes situaciones entre ellas el suicidio, fármacodependencia, VIH/ SIDA temas referentes a la sexualidad entre otras. Conozcamos sobre el suicidio y el sida.

### EL SUICIDIO

Es el acto o comportamiento auto-destructivo cometido en una forma deliberada por una persona, con o sin el propósito de morir.

298

Los suicidas se pueden agrupar en dos grandes categorías: Los suicidas y los para suicidas.

Los **suicidas**, que también se denomina los "NO SER", están quienes han tomado la decisión de morir, no buscaba ayuda en otros, emplean métodos letales y generalmente utilizan las formas más efectivas. Este grupo representa entre el 3 y 5 % de la población suicida total.

Los **para-suicidas**, se dividen en dos grupos: los "SER O NO SER". Se trata de quienes dejan al azar los resultados finales de su intento. En el primer grupo o de los "SER O NO SER" se encuentra cerca del 30 % de la población suicida; estas



personas tienen una posición ambivalente ante el suicidio. Mantienen la esperanza de que todo cambie en su vida. Los métodos que emplean suelen ser peligrosos, pero de acción lenta y moderada, como: ingerir grandes dosis de una droga o cortarse de manera severa pero en partes no vitales, permitiendo que la intervención sea posible.

En el segundo grupo, denominado los "SER", están las personas que realmente no desean morir pero que quieren llamar la atención. Sus métodos no son letales, por ejemplo: consumen cantidades mínimas de fármacos. Generalmente arreglan toda la situación de modo que alguien intervenga a tiempo, aunque algunas veces no sucede. Abarcan las dos terceras partes de la población suicida total. En todo caso existe un riesgo, y es que a medida que los intentos se hacen más frecuentes, son más lesivos para la vida de la persona.

Los grupos poseen características predisponentes que permiten diferenciarlos. Estas son

**Suicidas:** El factor común importante es que ha existido una pérdida reciente en el medio en que se desenvuelve la persona.

**Para-suicidas:** Intentan el acto suicida. La tentativa está estrechamente asociada a la ocurrencia de eventos angustiantes de diverso orden en compañía de síntomas depresivos agudos. La persona se siente aislada socialmente. En su historia pasada es más frecuente encontrar problemas de inestabilidad en el hogar a edad temprana.

## ASPECTOS PREDISONENTES Y/O INDICADORES DE RIESGO

Existen varios aspectos analizados en diversas investigaciones, que están asociados en mayor o menor grado con intentos posteriores de suicidio que bien pueden ser mortales o no. Dentro de estos se consideran:

**HISTORIA PREVIA:** En la historia previa de la persona se han encontrado los siguientes aspectos.

La persona ha tenido algún tipo de pérdida o situación de inestabilidad en su hogar, a una edad temprana, generalmente antes de los 16 años. Puede ser la pérdida de un ser querido importante (como uno de los padres), o puede provenir de otros hechos: Como conflictos de pareja, divorcio, alcoholismo o enfermedad mental. No solo es importante que estos sucesos se hayan presentado temprano en la vida de la persona, sino también que la familia no haya podido restablecer su equilibrio o estabilidad, y que esto haya generado desorganización en su medio social. Las estadísticas norteamericanas muestran que aproximadamente hasta el 76 % de los suicidas han tenido historias similares de pérdidas o ruptura del hogar.

Por otro lado, en la historia de la persona se deben considerar también los intentos previos y darles mucha importancia, ya que son indicadores de alto riesgo. Un 30 - 40 % de los suicidas lo había intentado con anterioridad y un 10 % de ellos lo logró en un lapso de 10 años después del primer intento.

**PERSONALIDAD:** Cuando se consideran rasgos de personalidad no existen datos definitivos. Sin embargo, para algunos investigadores los rasgos neuróticos y de introversión sobresalen en estos casos, pero los datos no son concluyentes.

**SITUACIONALES:** Son los posibles desencadenantes de la conducta suicida; entre ellos están:

- Pérdida significativas o de figuras importantes: asociado estrechamente a este aspecto está el hecho de que el 90 % de quienes lo han intentado, en el momento de hacerlo tienen una relación poco estable o que se está deteriorando.
- Presiones generadas por esas pérdidas: de tipo afectivo, familiar o económico.
- Baja auto-estima
- Problemas con la ley
- Abuso de SPA : En este aspecto está muy marcada la asociación entre consumo de SPA e intento de suicidio

**ASPECTOS BIOLÓGICOS:** Los estudios indican que el nivel de serótina en los suicidas es menor que en otras personas.

Sin embargo, hasta el momento no se puede establecer una relación de causalidad, sino tan sólo de asociación.

**ENFERMEDAD MENTAL:** El suicidio es mucho más difícil de predecir cuando está asociado con algún tipo de trastorno mental, como puede ser un episodio psicótico en el cual la persona dice que le están ordenando autodestruirse.

**OTRAS VARIABLES:** A medida que se incrementa la edad, el riesgo de morir es mayor. Los hombres mueren más que las mujeres. Los intentos masculinos son más letales, pero las mujeres lo intentan con mayor frecuencia (tres veces más que los hombres).

### **COMPONENTES DEL ACTO SUICIDA**

La causa fundamental parece ser que la persona siente que su "sistema de defensas y apoyo " se desploma. Se siente completamente infeliz e insatisfecho con su vida. Entre los adolescentes, parece obedecer a una incompreensión del sentido de la muerte y al deseo de poner fin a una situación que experimentan como intolerable, o para castigar a las personas que ocupan el primer plano de sus vidas (padres, maestros, pareja). En general hay un deterioro de los valores, del dominio de si mismo y una intensificación de emociones y necesidades que conduce a un desequilibrio externo. Todo ello favorecido por la crisis que implica la adolescencia.

Ya en la edad adulta el suicidio es la respuesta a una pérdida real o imaginaria. Cuando la persona se encuentra en un contexto de discordia interpersonal o de otras circunstancias estresantes de la vida, la persona es incapaz de ver sus problemas con objetividad y de evaluar las alternativas posibles para resolver una situación que considera insoportable y que la llena de confusión y angustia. Se da una asociación fuerte entre depresión y suicidio. El 75 % de los suicidas están fuertemente deprimidos en el momento del acto suicida.

El suicida siente malestar y ambivalencia respecto al "ACTO SUICIDA" en sí mismo y muchas veces comunica abierta o encubiertamente sus intenciones. La falta de comprensión y apoyo de su entorno, puede provocar suicidio cuyas connotaciones son de clara hostilidad hacia los demás. En otros casos, la hostilidad se vierte hacia adentro y la persona hace una auto evaluación bastante severa que la lleva a destruirse para liberarse del origen de sus males, es decir de ella misma.

### **VALORACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

- Petición de ayuda
- Intento de manipular a otros
- Resultado de un episodio psicótico
- Desesperación e impotencia frente a los
- Problemas insuperables a la vida.
- Final al sufrimiento físico o emocional

### **VALORACIÓN Y MANEJO DEL INTENTO DE SUICIDIO**

#### **Los suicidas**

- Sentimientos ambivalentes – contradictorios.
- Se es suicida en potencia por solo un periodo de tiempo breve.
- La mayoría ofrece advertencia, indicio, intenciones.
- El peligro para la vida es más alto cuando alguien en crisis tiene un plan mortal y los medios para llevarlo a cabo.
- El propósito de salvar la vida invalida la lealtad total a la confidencia.
- Hay que mantener contacto con la persona potencialmente en peligro.

#### **Los terapeutas**

- Deben considerar sus propios sentimientos
- Tomar medidas concretas.
- Preparados para enfrentarse al fracaso o suicidio consumado

Indicios para el suicidio

- VERBAL : A través del dialogo
- NO VERBAL. A través de escritos, gestos

### **ACTITUD TERAPEÚTICA ANTE EL SUICIDIO**

#### **Mortalidad juzgada baja**

- Platicar sobre el problema
- Ofrecer apoyo emocional
- Remitir a ayuda psiquiátrica

#### **Mortalidad juzgada alta**

- Terapeuta debe ser directivo
- Lograr postergar el suicidio
- Comunicarse con el individuo constantemente
- Informar de inmediato al psiquiatra
- Proceder según ordenes del psiquiatra

#### **Intentos previos**

- La persona que nunca lo ha intentado esta en un riesgo mas bajo que la que lo ha intentado
- La probabilidad de éxito aumenta con cada intento.

#### **Disposición para hacer uso de recursos externos**

- Los individuos que viven solos presentan mayores riesgos, que aquellos que tienen a quien recurrir.
- El riesgo crece si hay respuesta afirmativa al Plan, intentos previos y aislamiento

### **LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE CON VIH/SIDA**

Un diagnóstico de SIDA, trae espanto y condena moral, en la familia y en el medio sociocultural; un ser humano catapultado por el peso de prejuicios, mitos del imaginario social, fantasmas singulares y presiones familiares: -Por algo tiene SIDA-, -Alguna culpa tiene-. Es un paciente en amplia vulnerabilidad bio-psico-social quien además de los padecimientos de salud física y psíquica, debe afrontar el temor a ser discriminado, rechazado o aislado socialmente por determinaciones negativas en planos de trabajo, prepagas o estudios.

Un profesional del equipo de salud que trabaja con pacientes seropositivos, además de tener que actuar en distintos frentes para combatir el poder letal del virus, puede quedar él mismo expuesto al riesgo de la enfermedad. Debe diagnosticar los complejos aspectos médicos, además de tener que enfrentar a su propia conciencia moral en ciertas situaciones.

El padecimiento físico del paciente repercute en su estabilidad mental y emocional lesionando su identidad, y con un posterior replanteo de ideales de vida. Las alteraciones psíquicas que derivan de su estado de indefensión lo dejan expuesto a malestares que afectan ciertamente su salud mental. Cada paciente deberá elaborar la particular etapa de enfermedad en relación con su cuerpo, con sus fantasías, con su self (sí mismo), con los vínculos que lo rodean y con la realidad en que se inserta.

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado y que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología.

Como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH + , suele ser de rechazo y actitud negativa al tener que realizar cuidados de enfermería y llevar a cabo el tratamiento como a los demás pacientes, posteriormente y por la responsabilidad profesional que nos corresponde asumir realizamos el tratamiento y los cuidados como a cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.

Se debe distinguir entre los cuidados y el trato que se realiza a este tipo de enfermos y los cuidados y trato que se deben realizar. En relación a lo que se hace debemos destacar la entrada en juego de una serie de variables que se debe tener presentes: preconceptos previos, contexto en el que se desarrolla el cuidado (cargas de trabajo, tiempo de que se dispone, equipo de trabajo), posición de la familia ante el paciente y ante la enfermedad y actitud del paciente ante la patología.

En relación a lo que se debe hacer, la profesión de enfermería ante el paciente con VIH+ debe intentar cubrir las necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí sólo, prestándole el soporte psíquico, físico y emocional que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos enfermos, se debe buscar una aproximación al paciente, una aproximación a la familia y un intento por establecer una relación con el paciente, como uno de los objetivos a establecer podría ser el intento de ayudar a asumir la muerte que se acerca.

## REACCIONES EMOCIONALES

Las repercusiones emocionales que acompañan al paciente portador o infectado de HIV serán diferentes según la etapa que curse (incidiendo la calidad de comunicación que reciba del diagnóstico, pronóstico, tratamiento) y la estructura de personalidad previa.

- Es grande la conmoción y la repercusión psíquica de un paciente cuando se entera de su diagnóstico ("el día después"): Ansiedad, fobias, ira, impotencia, temores, hipocondría, negación, etc.
- Durante la temprana etapa de enfermedad: Apatía, indiferencia, irritabilidad, desinhibición, desesperanza, aislamiento social, enojo, hostilidad, desconcierto, confusión, etc.
- En el proceso crónico de enfermedad: Exacerbación de conflictos de base: depresión, regresión, confusión, sentimientos de angustia y de desvalimiento albergados en lo más recóndito de sí. Otros síntomas psiquiátricos como pánico, conducta compulsiva, depresión. Los componentes sociales discriminatorios unidos a su autoestima decreciente, empeoran el estatus del padecimiento psíquico.
- Ante la muerte cercana: Depresión intensa, preparativos finales.

Psicológicamente, la persona seropositiva se ve enfrentada a experimentar múltiples temores frente a mutilaciones, rechazo social, discriminación, estigmatización, dolor físico, abandono, pérdida del apoyo social, de su identidad, de funciones mentales, a la compasión, invalidez, a no compartir estos sentimientos con su familia por el riesgo de hacerles daño y preocuparlos. Igualmente, en el ámbito social el paciente se ve enfrentado a la desintegración de estructuras sociales como la familia, las parejas y sus diferentes grupos de referencia entre los que se incluye el lugar de trabajo.

Las repercusiones que siguen al diagnóstico nos reiteran la necesidad de intervenir no sólo sobre la persona seropositiva, sino sobre su entorno, ya que la estigmatización social da cuenta de la dificultad en su abordaje por la necesidad de tratar temas tan íntimos como el ejercicio de la sexualidad que en ocasiones obliga a las personas a revelar una preferencia sexual privada.

Algunos elementos importantes para trabajar en la intervención en duelo, en el caso del fallecimiento del paciente son:

El miedo al contagio debido a que el sida se transmite a través de fluidos corporales, las parejas sexuales de un paciente que ha fallecido pueden sentirse preocupadas por su propia salud. También se debe concienciar a los supervivientes de la existencia de síntomas físicos que generalmente aparecen en el duelo, como fatiga, insomnio y dolores de cabeza, para que estos no sean interpretados como síntomas asociados al sida. Se pueden presentar sentimientos de vulnerabilidad y miedo a desarrollar la enfermedad y puede generarse culpa por haber transmitido el virus a su pareja o por haber participado en actividades y en un estilo de vida en que la posibilidad de transmisión era más alta.

Esta visión de la problemática del VIH nos permite plantear que la producción de un gran deterioro biológico, psicológico y social puede ocasionar muchas situaciones de pérdidas no circunscritas que dejan a la persona con la sensación de ser despojadas o privadas de algo. En este caso el paciente pierde principalmente la salud y con ella viene implícita la pérdida de ilusiones y de expectativas y de situaciones reales o abstractas como la vida, las consecuencias de primeras infecciones, las relaciones interpersonales actuales, los hijos, el futuro, la auto-imagen, la sexualidad, la economía, la muerte de amigos, etc.

De la forma como la persona viva y asuma sus pérdidas depende en gran parte su equilibrio emocional y el significado que le asigne a su vida. En este sentido es importante resaltar la individualidad de los sujetos que afrontan una nueva condición biológica y psicológica ya que la respuesta individual ante la crisis por la inminencia de la muerte está determinada por cuatro tipos de variables que parcialmente corresponden a lo que influye en la calidad de respuesta al duelo (4) de una persona. Son éstas:

1. Características personales: edad, sexo, creencias religiosas, educación, tipo de personalidad, antecedentes con pérdidas y muertes, estilo personal y mecanismos de ajuste empleados ante la adversidad, temores específicos frente a la muerte, expectativas con respecto a la enfermedad.
2. Características de las relaciones interpersonales: como son la cantidad y calidad de los vínculos de afecto del paciente, posibilidades de apertura en la comunicación y el grado de apoyo y seguridad que le ofrecen.
3. Factores socio-económicos: recursos financieros con los que cuenta y el grado de lesión en el status de vida familiar (retiro y costos por tratamiento de la enfermedad).
4. Aspectos característicos de la enfermedad: (SIDA, cáncer, leucemia, enfermedades crónicas, degenerativas, etc.), su localización, relación culposa con hábitos de vida (fumar, homosexualidad, etc.), el significado personal de la enfermedad y sus expectativas respecto a la misma (presencia y cantidad de dolor esperado, efectos de deterioro físico o mental, efectos de las drogas usadas, etc.).

Para Rando, (1987) El paciente debe llevar a cabo un camino personal y propio, que va desde el diagnóstico hasta su muerte. Éste puede dividirse en tres fases:

1. **Fase aguda:** con presencia de ansiedades de desintegración, de aniquilación, pánico, sensación intensa de impotencia y de abandono por parte de quienes están cerca. Muchos pacientes y sus familias citan esta fase como la más difícil y estresante de todo el recorrido. En ella también se incluye una posible constelación de reacciones más o menos intensas de acuerdo a la personalidad y el momento histórico de cada individuo. Son éstas: incredulidad, temores, ansiedad, rabia, dolor, culpa, pánico, alternados con momentos de negación, de esperanza y desesperanza. (Fase inicial o de enfrentar la amenaza).
2. **Fase crónica:** el individuo, la familia y el equipo proveedor de cuidados lucha para afrontar la enfermedad y sus problemas, así como las respuestas psico-sociales a la enfermedad y a la muerte inminente; ésta es la etapa en la cual se llevan a cabo todos los tratamientos, en la que con tristeza aprenden a vivir con la enfermedad acomodándose, adaptándose a ella y disminuyendo la intensidad de las reacciones emocionales.
3. **Fase terminal:** se inicia con el retiro y el repliegue del paciente sobre sí mismo, buscando conservar sus últimas energías y colocándolas en su propio cuerpo. (Fase final resignación adaptativa).

Al principio, en la fase aguda de la crisis, tanto la familia como el paciente emplean mecanismos más inmaduros y primitivos. En la medida en que avanza el proceso se pondrán a funcionar mecanismos de adaptación más adecuados y maduros. De acuerdo con Rando, hay tres variables de mecanismos para afrontar su crisis:

- Mecanismos que facilitan la huida frente a la amenaza de la muerte y la conservación de la energía (regresión, rendición, etc.).
- Mecanismos que buscan la exclusión de la amenaza de muerte o su significación de la conciencia (represión, negación, racionalización, despersonalización, proyección).
- Mecanismos que persiguen ejercer dominio y control sobre la amenaza de muerte (intelectualización, mecanismo obsesivo-compulsivo, contra-fóbico, etc.).

Aunque la escogencia de los mecanismos es altamente personal y está determinada por la historia personal, parece ser que la negación es una defensa que casi sin excepción empleamos frente a lo sumamente doloroso y que, si bien es un proceso que altera la realidad y consume energía, hace la vida más soportable en los momentos que vienen luego. Es otra forma de posponer la aceptación de la realidad y puede ser sana y adaptativa en el curso de una enfermedad fatal. Se plantea que en algún momento todas las personas la emplean.

Se han diferenciado tres tipos de negación según Fonnegra:

- **Negación de los hechos:** un ejemplo es cuando el paciente insiste en que su ictericia proviene tan sólo de una hepatitis y no de un cáncer en el hígado.
- **Negación de las implicaciones de la enfermedad:** el paciente admite la gravedad del proceso pero niega que al ser imposible de curar, tal proceso tenga consecuencias funestas.
- **Negación de la muerte:** el paciente acepta el hecho y las implicaciones de la enfermedad pero niega la muerte en sí como hecho final.

### **El cuidado del paciente con sida en situación terminal**

El objetivo del cuidado terminal debe ser mejorar la calidad de vida diaria mediante la resolución o el alivio de síntomas y los sentimientos de angustia o soledad. Para ello es fundamental identificar las necesidades físicas, emocionales y espirituales de cada individuo y su familia

#### **A. Apoyo emocional**

Existe una interacción negativa entre el malestar físico y psíquico, de modo que con un apoyo emocional adecuado conseguiremos un mejor control de los síntomas físicos y viceversa.

#### **B. Comunicación e información**

La comunicación, verbal o no, con el paciente y su familia es, probablemente, el instrumento más eficaz en sí mismo, a la hora de realizar cuidados paliativos. La comunicación pretende informar, orientar y apoyar al paciente y su familia en las necesidades que se puedan plantear. Debe ser continuada y progresiva, respetando el ritmo y las características del paciente.

#### **C. Atención a la agonía**

La agonía es la fase más dura y delicada de la enfermedad terminal. Los cuidados específicos en esta etapa incluyen:

- **Cuidados físicos:** Evitar cambios posturales frecuentes, extremar las medidas de confort y aplicar las medidas necesarias para aliviar los síntomas.
- **Cuidados psicológicos:** Procurar el máximo confort psicológico posible, extremando el lenguaje no verbal. Facilitar el contacto para que el enfermo pueda despedirse de amigos y familiares.
- **Cuidados espirituales:** Detectar las posibles necesidades espirituales, religiosas o no, y facilitar que puedan ser expresadas y atendidas.
- **Cuidados a la familia:** Respuesta a las dudas, apoyo psicológico. Detectar a los familiares con riesgo de duelo patológico.

#### **D. Atención domiciliaria**

La atención en el domicilio es un objetivo deseable siempre que exista un hogar, un núcleo familiar adecuado y una colaboración entre el equipo de atención primaria y el centro de referencia y/o el equipo de apoyo, que garantice una atención correcta.

Cuando ello no sea posible, se puede acceder a Casas de Acogida, donde se dispensan diferentes niveles de cuidados.

La crisis es la combinación de dos realidades un peligro y una oportunidad, el peligro esta en las reacciones disfuncionales que puede tener una persona ante la tragedia y la oportunidad esta en el crecimiento personal que puede surgir de las reacciones funcionales ante ella.





## Logros

El estudiante aplicara en el cuidado de enfermería las habilidades adquiridas para la relación de ayuda que le permita la superación de las crisis logrando en los pacientes el crecimiento y evolución psicosocial.

## Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Describe las clases de crisis y el proceso de intervención
2. Argumentativa
  - Desarrolla un criterio personal al aplicar el conocimiento teórico a la práctica terapéutica.
3. Propositiva
  - Hace uso de la información recibida para el restablecimiento de las crisis de individuos, familia y comunidad
4. Axiológica
  - Muestra interés por restablecer el equilibrio emocional de las personas detectadas en crisis

## Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente una intervención en crisis con sus seguimientos según el esquema enseñado (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).
- d. Realice una intervención en crisis en el núcleo familiar o persona que lo requiera.

## Desarrollo

1. Consulte acerca de todo lo referente a las crisis.
2. Consulte el proceso de enfermería aplicado a la resolución de las crisis
3. Enumere los pasos a seguir en la primera ayuda.
4. Consulte acerca del proceso de recuperación emocional.
5. Enumere los pasos a seguir en la primera entrevista
6. Consulte acerca de la relación de ayuda a través de una línea telefónica
7. Consulte acerca del suicidio
8. Consulte acerca del apoyo emocional paciente con VIH +

## REALICE UNA INTERVENCIÓN EN CRISIS

### OBJETIVO

Desarrollar destrezas y habilidades al realizar una intervención en crisis grabada que le permita al estudiante tomar confianza en su rol como terapeuta de primer orden.

### PROCEDIMIENTO

Realice una intervención en crisis grabada en un casete y entréguela para su revisión y retroalimentación.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- BARRETOS Andres, El consejero telefónico: Algunos fundamentos teóricos y técnicos para brindar apoyo y orientación. Universidad de los Andes. de Bogotá, DC 1997.
- BRAIER, E. A. Psicoterapia breve. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1999
- BURNS, G. El empleo de metáforas en psicoterapia. Ediciones Masson. Madrid. 2002
- DIYER, Patricia, TAPLICH, Barbara y BERNOCCHI, Donna. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. España: Editorial Interamericana, 1993. 453 p.
- FERNÁNDEZ Liria, A. Intervención en crisis. síntesis. Madrid. 2002
- FERNÁNDEZ Millán, j. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Ed. Pirámide. Madrid. 2005
- FIORINI, H. Teoría y técnicas de psicoterapias. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1997
- FISCH, R. La táctica del cambio. Herder. Barcelona. 1984
- FONNEGRA I. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. Fundación Omega. Texto N° 5. Bogotá – Colombia. 1989.

- GOLDSTEIN, W. Iniciación a la psicoterapia. Alianza Editorial. Madrid. 2001
- HALEY, J. Estrategias en psicoterapia. Toray. Barcelona. 1987
- HUDSON O'HANLON, W. En busca de soluciones. Paidós. Barcelona. 1993
- Isaacs A. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Ed. McGraw - Hill/ Interamericana España. 1998
- JAISON, B. La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. desclée de brouwer. Bilbao. 2006
- SLAKE Karl. A. Intervención en Crisis. Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V. México, DF. 1998
- KEENEY, B. & ROSS, J. Construcción de terapias familiares sistémicas. Buenos Aires: Amorrortu. 1987
- KLEINKE, C.L. Principios comunes en psicoterapia. desclée de brouwer. Bilbao. 1995
- KNOBEL, M. Psicoterapia breve. Paidós. Barcelona. 1987
- LEFEVRE, M.; DUPUIS, A. Juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona. 1995.
- MARRINER Ann. RAILE Martha. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. España. Gafo S.A. 2002
- RODRIGO Luis, M<sup>a</sup> T. Los diagnósticos enfermeros. revisión, crítica y guía. Masson, Barcelona. 2000.
- MEDINA, J. L. la pedagogía del cuidado. saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: laertes. 1999
- MINUCHIN, S. Familias y terapia familiar Buenos Aires: Gedisa. 1982.
- MINUCHIN, S. Calidoscopio familiar. Barcelona: Paidós. 1984.
- MINUCHIN, S., & FISHMAN, H.C.. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós. 1984
- MINUCHIN, S., LEE, W. Y SIMON, G. El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós. 1998
- NARDONE, G. Modelos de familia. Herder. Barcelona. 2003
- PROYECTO DE INTERVENCIONES JOWA.. Clasificación de intervenciones de enfermería (cie). síntesis, Madrid. 1999
- RANDO, T.A.: Investigation of grief and adaptation in parents whose children have died of cancer. J. Pediatr. Psychol. 1987, pag: 3-20,
- REALES DE CASTRO, Eduardo y RODRÍGUEZ GUARÍN, Maritza. Un Modelo de Psicoterapia Breve en Pacientes Hospitalizados con Grave Enfermedad Somática. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XIV No. 2. Junio, 1985; p. 244-257.
- WATSON, Jean. Le caring. seli arslan. Paris. 1998
- WATZLAWICK, P. Terapia breve estratégica. Paidós. Buenos Aires. 2000.

## DIRECCIONES WEB

- <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>
- <http://www.ub.es/aentde/>

# LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE Y EL DUELO EL MORIR Y EL DUELO VISTO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

---



Registro gráfico archivo personal

## PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA

Las enfermeras juegan un papel fundamental con este paciente terminal, debido a que por su misión son ellas quienes permanecen más tiempo en contacto directo con él y quienes en la mayoría de los casos tendrán que recibir sus quejas, sus inquietudes, sus miedos y serán recipientes de su necesidad de información, bien sea en el lenguaje recíproco de sus necesidades de información, bien sea en el lenguaje directo o simbólico.

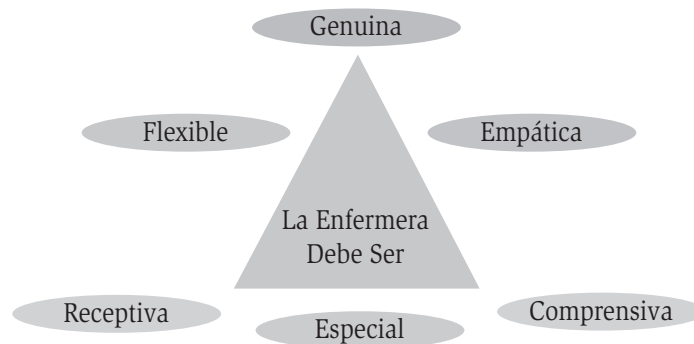
## CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO CRÍTICO

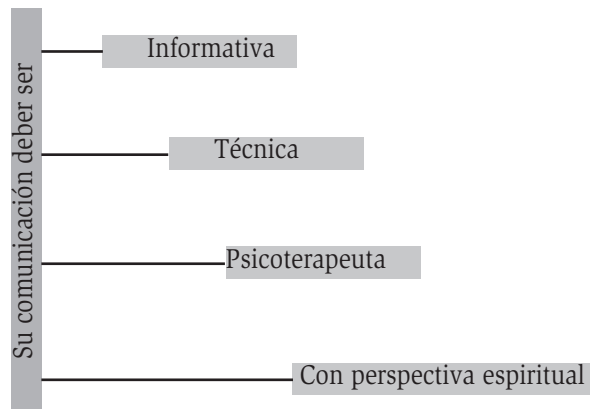
El objetivo final del cuidado de enfermería en cualquier paciente, sin tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, es promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funcionamiento orgánico, psicológico y social

Los cuidados al paciente crítico, tanto en unidades de cuidados intensivos como en cualquier otra, requieren establecer una base de datos, reconocer problemas reales y potenciales, así como las complicaciones potenciales, concretar prioridades, definir objetivos asistenciales, establecer las metas de las intervenciones, ejecutar las acciones planificadas y modificar planes y objetivos futuros atendiendo a los resultados obtenidos.

No debe olvidar los factores de tensión psíquica que tiene que enfrentar el paciente y su familia.

Los conflictos afectivos y emocionales que los pacientes deben enfrentar no sólo afectan su salud psíquica sino que además condicionan su recuperación física.





Es importante no pasar por alto el gran valor que tiene la ayuda espiritual para aquellas personas cuyas creencias religiosas de cualquier credo, representan un apoyo y una fuente innegable de fortaleza interior para aceptar la muerte.

### Perspectiva familiar

La familia vive una situación de dolor prolongado, pues una vez muere la persona, se terminan los problemas para ese paciente más no así los de sus familiares, quienes después de un largo período de cuidados, sacrificios deben entonces continuar elaborando un proceso de duelo que afecta de diferentes modos a cada uno de los miembros de la familia.

- Categorías que afectan a la familia
- Desorganización
  - Ansiedad
  - Labilidad emocional
  - Introversión

- Relaciones de la familia frente a la muerte
- Evasión
  - Negación
  - Intelectualización
  - Aceptación forzosa
  - Rabia
  - Tristeza
  - Sensación de injusticia

### **Perspectiva psicológica**

Al elegir dentro de las alternativas de la psicología clínica el grupo humano al cual desearíamos ofrecer nuestra dedicación profesional, las opciones tradicionales siguen siendo niños adolescentes, adultos, parejas, grupos y familia. Seguramente ninguno de nosotros concibió como posibilidad el ejercicio de la práctica psicoterapéutica al ser humano en su última etapa.

Cuando se logró acercarse a un paciente moribundo prescindiendo de nuestros temores y prejuicios y conseguimos transmitirle actitudes con que nos sentimos capaces de compartir su carga, se descubrió con asombro que ese ser aun esta vivo, es decir, que no solo vegeta y espera, sino que siente con intensidad, piensa, sufre y necesita vitalmente compañía sintónica y repuesta a sus descuidadas necesidades emocionales

## **FASES ANTE LA POSIBILIDAD DE LA MUERTE**

### **Primera Fase: La negación y aislamiento**

Requiere duelo. La negación por lo menos. La negación parcial, es habitual en casi todos, los pacientes, no solo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico. Sino también más adelante, de vez en cuando. Generalmente, la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. Es la reacción que presenta el enfermo, y en ocasiones también la familia, tras ser informado de que su enfermedad es irreversible, pudiendo servir como un mecanismo amortiguador. Esta fase se da en todos los enfermos, pudiendo ser sustituida por una aceptación parcial

### **Segunda fase: Indignación o ira**

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta ¿Por qué yo?. ¿Qué he hecho yo para merecer esto?" . Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal médico y a Dios. Este comportamiento del enfermo puede despertar desconcierto y agresividad, por lo que es una fase en la que las relaciones médico enfermo pueden ser difíciles. También para la familia es cómodo en ese momento echar la culpa al médico, o quejarse continuamente de todo (asistencia, personal, institución, etc.). Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces, casi al azar. El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente de donde puede venir su enojo.

Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces, incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas. Sólo se puede hacer cuando hemos afrontado los propios temores con respeto a muerte, los deseos destructivos, y se han adquirido conciencia de nuestras defensas.

Otro paciente problemático es el hombre que ha ejercido el mando toda su vida y que reacciona con rabia e indignación cuando se ve obligado a cederlo.

### **Tercera fase: el pacto**

Sino se han sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y se han enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podemos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos, incluye un premio "a la buena conducta", además fija un plazo de "vencimiento".

La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en despacho de un sacerdote. En las entrevistas que se han hecho sin auditorio nos ha impresionado el número de pacientes que prometen "una vida dedicada a Dios" o "una vida al servicio de la iglesia a cambio de vivir más tiempo".

### **Cuarta fase: La depresión**

Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida; esta pérdida puede tener muchas facetas. Cuando el enfermo comprueba que su negación, su indignación o sus negociaciones no

le han aportado ninguna mejoría, cae en una depresión que puede ser reactiva o preparatoria, con una doble vertiente, como consecuencia de las pérdidas pasadas y como proyección hacia las pérdidas futuras. En la reactiva el enfermo se aísla, no habla, no come y no coopera. Ha aceptado plenamente que va a morir y desea que la familia y el personal asistencial le acompañen en silencio.

Cuando la depresión es preparatoria es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y la seguridad no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación.

En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente, y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Estos son los momentos en que los pacientes pueden pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que espera que de lo que deja atrás.

### **Quinta fase: La aceptación**

Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada), y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase donde acepta la muerte con paz y serenidad, su "destino" no le deprimirá, no le enojará no hay sentimientos negativos. Está muy cansado y débil No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Cuando ya no hay conversación, una presión de mano, una caricia, una mirada, un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas "ruidosas" palabras. Durante esta etapa la comunicación no verbal puede ser de gran ayuda. El paciente requiere una persona que con cariño se ocupe de él. A veces, en esta fase tranquila de aceptación se intenta, de una manera equivocada, seguir animando al enfermo a que viva, cuando lo que el quiere es que le dejen morir tranquilo.

¿Cómo podemos diferenciar esto de la fase de aceptación cuando nuestro deseo de descansar y morir en paz? ¿Qué entendemos con el término duelo?

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a las pérdidas importantes en la vida. No es un estado se trata de un camino con principio y con fin, lento, largo, extremadamente doloroso que todos debemos recorrer y que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está, y guardar en el mundo interno su imagen. Su recuerdo.

## **REACCIONES DEL ENFERMO ANTE LA MUERTE**

### **NECESIDADES NORMALES DEL ENFERMO EN SU FASE TERMINAL**

**Seguridad:** Confianza en la competencia del personal que le cuida, certeza de no ser abandonado, información periódica, comprensible y creíble, necesidad de una presencia que lo arroje, escuche y apoye.

**Pertenencia:** El enfermo necesita amar, ser amado y aceptado. Necesita ser comprendido y acompañado en sus últimos momentos.

**Consideración:** Necesidad de estima y de reconocimiento, de realizarse como hombre, necesidad del otro y de su ayuda.

### **Prevención y reducción de la tensión psíquica**

A pesar de la atención continua que debe prestar enfermeras y enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos a las alteraciones orgánicas, no debe olvidar los factores de tensión psíquica que tiene que enfrentar el paciente y su familia. Los conflictos afectivos y emocionales que éstos deben enfrentar no sólo afectan a la salud psíquica sino que además condicionan la recuperación física del paciente.

**El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben el paciente y su familia la situación desencadenante:** Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada

individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones.

**1. Reconocer, aceptar y animar al paciente y a su familia a expresar sus sentimientos:** Dado que al paciente crítico se la aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y que su vida depende en gran medida de terceros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo. Son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y de despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal.

Las formas de expresar y por lo tanto, aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos, se ven muy limitados por el ambiente físico de las unidades de cuidados críticos. El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima al paciente a expresar sus sentimientos, y puede constituir una forma de superarlos.

**2. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos del paciente, le refuerza en su derecho a sentirlos:** Los pacientes intubados no pueden expresar libremente sus sentimientos, incluso cuando están despiertos y en su ambiente. Por esta razón son especialmente vulnerables a las tensiones psicológicas. El personal de enfermería cuidar de no caer en la tendencia natural de comunicarse menos con los que tienen menor capacidad para hablar. Una forma de reducir la sensación de aislamiento es ofrecer un lápiz y un papel al paciente y mantenerlos siempre a su alcance, ofreciéndole ayuda cada vez que sea necesario.

El personal de enfermería puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y sabe qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en el paciente. Una forma de lograr que el paciente exprese sus preocupaciones consiste en que la enfermera enumere las probables inquietudes y permita al paciente asentir cuando reconoce una como propia.

**3. Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas:** Dado que la conducta del paciente frente a su enfermedad y al medio que lo rodea está condicionada por la *percepción* del estrés y no por la situación en sí es fundamental que tanto éste como su familia reciban la información adecuada y explicaciones sencillas.

En ausencia de estas explicaciones, el ambiente de las unidades de cuidados críticos se presenta como un lugar misterioso y hostil, repleto de estímulos nocivos, que pueden percibirse como antinaturales e incluso mágicos. El sentimiento de vulnerabilidad del paciente se ve exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea.

**4. Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y la toma de decisiones:** La esencia de la asistencia de urgencia es ayudar a los individuos a enfrentarse a la crisis vital producida por una enfermedad crítica.

Cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento. Cuando el paciente esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toque, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares.

**5. Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado:** El ambiente de las unidades de cuidados críticos y emergencias es un factor creador de grandes tensiones, con el que tanto el paciente como la familia deben enfrentarse. Hay que añadir que los pacientes que reciben narcóticos y sedantes, los extremadamente ansiosos, los que sufren varias afecciones debilitantes concurrentes, los que padecen trastornos respiratorios y metabólicos, los que sufren de insomnio y los ancianos, suelen exhibir alteraciones del pensamiento y distorsión de la percepción. Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua.

Las siguientes son algunas indicaciones para el personal de enfermería de la unidad de cuidados críticos que tiene a su cargo un paciente moribundo:



- Analizar sus propios sentimientos en relación a la muerte.
- Para valorar las necesidades del paciente y la familia es preciso escuchar.
- Estar siempre disponible; estar presente tanto física como emocionalmente.
- Ayudar en los requisitos administrativos tales como llamadas telefónicas y obtención de permisos de visita.
- Tranquilizar a la familia, asegurándole que el paciente está bajo vigilancia permanente, aún sabiendo que está indicado no practicar la reanimación. Proporcionar información.
- Respetar la relación individuo-familia que existía mucho antes que la relación paciente-hospital.
- Tratar de no emitir juicios de valor acerca de la familia o asuntos relacionados con el hospital.
- Hacer participar a la familia en la asistencia.
- Velar por la intimidad del paciente y su familia.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.
- Actuar con tacto en la asistencia al paciente y a la familia.

El ambiente de las unidades de cuidados críticos es un medio dinámico que intenta obtener el máximo beneficio de las medidas aplicadas a los enfermos graves. La protección del paciente de sus riesgos potenciales y la consecución de los objetivos asistenciales fijados, exigen una atención sanitaria de la mejor calidad.

### **Sobre el miedo a la muerte**

La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles.

El morir se convierte en algo solitario es impersonal porque a menudo el paciente es arrebatado del ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia.

Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo, se le trata como una persona sin derecho a opinar. A menudo es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde.

La muerte es el último, acto vital, es un acto individual con creencias valores, con significado atribuidos y que requiere un duelo.

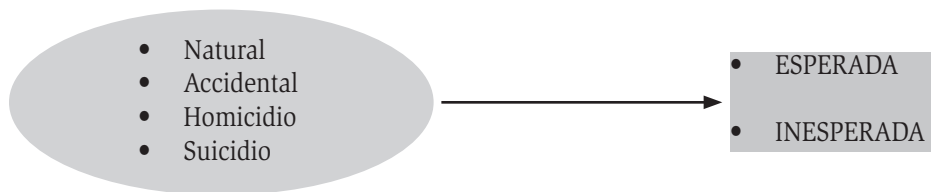
### **Actitudes con respecto a la muerte y al moribundo**

Qué pasa en el campo siempre cambiante de la medicina en el que tenemos que preguntarnos si la medicina va a seguir siendo una profesión humanitaria y respetada o una ciencia nueva, despersonalizada, que servirá para prolongar, la vida más que para disminuir el sufrimiento humano?

Hace tiempo que han desaparecido las creencias en que el sufrimiento en la tierra será recompensado en el cielo. El cielo ha perdido su significado.

Cada uno de nosotros siente la necesidad de eludir este tema, y no obstante cada uno de nosotros tendrá que afrontar tarde o temprano, si todos nosotros pudiéramos a empezar a considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podríamos conseguir, muchas cosas, la más importante de las cuales sería el bienestar de nuestros pacientes, de nuestras familias, y por último, quizá de nuestro país.

## **NATURALEZA DE LA MUERTE**



### **Percepción de la eminencia de la muerte**

Un paciente percibe que su enfermedad es terminal a través de muchas fuentes diferentes al diagnóstico formal y explícito dado por el médico, y en mi práctica como terapeuta de pacientes moribundos he encontrado en muchas ocasiones, una percepción inconsciente de la cercanía de la muerte que luego se apoya y se nutre de elementos de la realidad.

### **Reacción ante la eminencia de la muerte**

La respuesta individual ante la crisis por la inminencia de la muerte está determinada por cuatro tipos de variables que parcialmente corresponden a los factores que influyen en la calidad de respuestas al duelo de una persona.

La primera abarca las características personales: edad, sexo, creencias religiosas, educación, tipo de personalidad. Antecedentes con pérdida y muertes, estilo personal etc.; la segunda de las variables incluye: las características de las relaciones interpersonales como son la cantidad y la calidad de los vínculos de efecto del paciente; La tercera atañe a los factores socio-económicos, estos es a los recursos financieros disponibles y al grado de lesión en el status de vida familiar que representaría el retiro del trabajo del paciente; La cuarta tiene que ver con los aspectos característicos de la enfermedad de que se trate o sea el tipo de enfermedad (SIDA, cáncer, leucemia, enfermedades crónicas, degenerativas, etc.).

### **Aproximación psicológica al mundo del paciente**

Quizás el tabú más significativo en nuestra sociedad hoy en día, es de la muerte reemplazando inclusive al sexo como tema prohibido, de ello dan testimonio elementales observaciones de la vida cotidiana; la gente no muere sino que expira, fallece, descansa en paz, emprende el viaje final o inicia la vida eterna. Para nuestros padres y abuelos la muerte era un fin natural, su percepción como evento familiar era muy frecuente desde las edades más tempranas debidas en gran parte a que la tasa de mortalidad era entonces mucho más alta y a que los hospitales no eran considerados adecuados para morir.

### **El rol del paciente moribundo**

Parsons 1951 fue el primero en definir el rol del enfermo en la sociedad, que al igual que todos los roles implican una constelación de expectativas que incluyen tanto derechos como deberes. En el caso del rol del enfermo, hay dos derechos: el de estar exento de las responsabilidades de su rol social habitual y el de ser cuidado. Los deberes del enfermo incluye el deseo de mejorar dado que la sociedad ve la enfermedad como un estado indeseable y en segundo lugar el de hacerse a una ayuda competente con miras a mejorarse y cooperar con el tratamiento preciso.

### **Necesidades de la familia del moribundo**

- De información clara, concisa y realista.
- De saber que se está haciendo algo.
- De esta con disponibilidad.
- De comprensión y apoyo médico y de enfermería.
- De tiempo para permanecer con el paciente.
- De privacidad e intimidad.
- De participar en su cuidado.
- De comunicar los sentimientos, perdonar, reparar las relaciones.
- De compañía y apoyo emocional.
- De ventilar emociones, expresar tristezas, desconsuelo, rabia.
- De conservar la esperanza.

314

### **Temores ante la muerte de un ser querido**

- Al sufrimiento del paciente.
- A que sea abandonado.
- A hablar con el paciente.
- A que este comprenda.
- A estar solo con este en el momento de la muerte.
- A estar ausente en el momento que se muera.



## La comunicación

Es importante reconocer que el profesional sanitario, cualquiera que sea su opinión al respecto, siempre está brindando algún tipo de información. Lo verbal es lo más fácilmente manejable y ante lo cual también es más sencillo anteponer mecanismos defensivos como la interpretación errónea, la negación, el olvido, el malestar.

La información no verbal (todo lo que acompaña a, excede o implica un mensaje), integrada por gestos, actitudes, silencios, acciones, presencias, ausencias, cambios en el tono de la voz, rechazos, negativas a una explicación coherente, incoherencias entre lo explicado y lo aconsejado, etc., encuentran al receptor mucho más inerte y receptivo, y por ello exagera su afectividad y estimula las fantasías.

Comunicación de la situación real: el problema de la verdad. se debe dar cuenta de que la cuestión de la verdad no es un asunto de principios y dogmas, sino un problema de comunicación, en el cual nunca se ve afectada una sola de las partes (el enfermo), sino también la otra (el médico, la enfermera, la familia, etc.). La cuestión que debe plantearse no es sólo la de saber si el enfermo puede soportar la verdad, sino también la de saber si el médico, el familiar o cualquier otro asistente la soportan. Sin honestidad, las relaciones humanas están destinadas al naufragio. Una buena alianza terapéutica, basada en la confianza, hace la adaptación del paciente a su enfermedad más temprana, favoreciendo a su vez el sentido de intimidad entre los médicos y sus pacientes. Para la mayoría de los pacientes este nivel de franqueza es apreciado y su cooperación es asegurada.

La comunicación abierta elimina la duplicidad de un secreto compartido entre el equipo de salud y los familiares, del cual el paciente es excluido. No revelar hoy día la información puede ser contraproducente debido a que el paciente puede descubrir el diagnóstico inadvertidamente, al leer un informe o escuchar una conversación. Debido a que muchas reacciones al diagnóstico son posibles, es útil tener un plan de acción en mente para permitir mayor variación y libertad de respuesta.

En principio, todo enfermo tiene derecho a recibir información clara y objetiva de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, derecho que recogen todas las cartas de los derechos de los pacientes y las leyes generales. Es ingenuo pensar que la conspiración del silencio se mantendrá perfectamente cerrada. El paciente puede acceder por sí mismo a una serie de información que le dará indicios de su situación; por otro lado, la propia familia y el personal asistencial, en general, no pueden evitar transmitir, a través de indicios -actitudes, expresiones, gestos, etc.- la situación real en que se encuentra el paciente.

Esconder la verdad constituye en el plano afectivo, imponer un biombo entre los que rodean al enfermo y este mismo, así como también una forma de conducirse. Cuando el equipo de salud y cuantos rodean al enfermo niegan constante y expresamente que todo pueda concluir fatalmente, casi inevitablemente están bloqueando la expresión de sentimientos de inseguridad, dudas, miedo y preocupación del paciente, negándole su derecho a afligirse al no legitimizar sus sentimientos. Diferentes niveles de información pueden tener consecuencias distintas para el bienestar psicológico de los pacientes; una situación ambigua genera angustia.

Existe una mayor incidencia de trastornos afectivos, tanto en el paciente como en la familia, cuando se recurre a la conspiración del silencio. Los estudios empíricos soportan la idea de que la verdad es deseable para los pacientes terminales o moribundos, y no es amenazante para aquellos a quienes se les dice. Los cambios sociales han llevado a que el individuo enfermo se transforma en un usuario con derecho a tener información tanto de lo que le pasa, como de lo que le van a hacer. Esto es, tiene derecho a informarse acerca del producto que va a "consumir".

## El arte del bien morir

Un principio rector de nuestra actitud ética es la consideración de que el paciente terminal o moribundo es un individuo normal, sometido a una circunstancia profundamente perturbadora y estresante, y que responderá a ella de acuerdo a su verdadera y específica historia personal y a su propia circunstancia biopsicosocial y funcional; en el área de la experiencia real, los pacientes son los profesores, mientras que aquellos que cuidan de ellos siempre tienen algo que aprender.

## Elementos para la comunicación con el paciente terminal

Salude al paciente como normalmente lo haría, busque una silla y siéntese cerca del paciente. No compare la condición

actual del enfermo a su buen estado previo de salud; en lugar de preguntar ¿cómo está?, pregunte ¿cómo se siente hoy?, ¿cómo va el día?; si el paciente puede caminar o sentarse en una silla de ruedas, sugiérale un paseo; es mejor evitar tópicos como "todo va bien", "pronto podrá levantarse y pasear", "tiene buen aspecto", etc.

La aproximación al paciente debe mostrar respeto y preocupación por la situación, y reflejar la voluntad de compartir intereses u otros aspectos de la vida del paciente sin enfocarse sólo en la enfermedad. Un acompañamiento no ansioso es el tipo de interacción requerida, siendo sensible al humor de la persona.

### **Temores, pérdidas y necesidades del paciente terminal**

El temor a morir es uno de los temores más frecuentes en los pacientes y generalmente se requiere la promesa reconfortante de que alguien estará a su lado día y noche hasta el final.

Los temores a la soledad, el temor a la mutilación etc. Están presentes en mayor o menor grado en todos los pacientes, sean o no expresados.

### **Cuidados en la agonía**

Muchas veces se asocia la agonía con el sufrimiento, un momento difícil, una lucha del enfermo con la muerte (en griego agonía significa lucha). Incluso entre los propios profesionales, aunque no sea cierto, es muy frecuente escuchar sufrir así, para morir. Y, efectivamente, hay un porcentaje de enfermos que mueren sin controlar bien los síntomas pero otros lo hacen tranquilos y apaciblemente.

Nosotros diremos que son los últimos días (48 - 72 últimas horas) de vida que preceden a la muerte y en las que se dan una serie de cambios en el enfermo que modificarán nuestra toma de decisión en relación con él y su familia.

Como profesionales sanitarios se puede ayudar en esta circunstancia tan especial y difícil, la más difícil y profunda que cualquier persona debe afrontar, debemos partir de la premisa de que "siempre hay algo que hacer", aunque a veces el cuidar a un moribundo suponga hacer la experiencia de la propia muerte, experiencia al mismo tiempo impensable para uno mismo. No es infrecuente encontrarse a veces bloqueados cuando se asocia entre el enfermo moribundo y nosotros aspectos en común que pueden provocar una actitud de huida con conductas espontáneas de distanciamiento, se tiende a dejar al enfermo en manos de la familia, una familia con un gran impacto emocional y precisada de apoyo. Otras veces hay una lentitud de respuesta a las llamadas, recomendaciones de dejarle solo para que descanse, etc. Pero sobre todo se evita hablar con el moribundo, probablemente por el miedo a perder el control de la situación ante alguien que sabe que su muerte está próxima. Como profesionales no se debe olvidar que en esos momentos lo más importante no es que tengamos respuestas para todo, sino que el enfermo y la familia sientan nuestra presencia y disponibilidad, no hace falta contestar a las preguntas si no se sabe las respuestas: El Silencio Es Oro. Debemos estar allí comprendiendo su situación e intentando resolver los problemas que se vayan presentando.

### **Síntomas de la agonía**

se ha dicho que agonía son esos últimos días de vida que preceden a la muerte. ¿Cómo los vamos a reconocer?

Salvo que algún enfermo fallezca repentinamente por algún proceso agudo el resto pasan por esta situación, situación que se hace tangible para el enfermo, la familia y el equipo de salud.

Cuántas veces se pasa que se entra en una habitación y aunque no se haya realizado una valoración exhaustiva de los síntomas, se esta reconociendo que el enfermo está ya agónico, le vemos con gran postración, disminución de la alerta: no responde a nuestra entrada en la habitación, la familia está conmovida, etc.

### **Diagnosticar la agonía cuando:**

- Se observa un deterioro evidente del estado físico.
- A nivel cognitivo hay una disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastornos en la comunicación.
- Dificultad o incapacidad para la ingesta de alimentos.
- Síntomas neuropsicológicos: angustia, ansiedad, agitación, crisis de miedo, pánico, delirio.



- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Respiración húmeda y ruidosa: estertores.
- Espasmos musculares: mioclonías.
- Fiebre.

Hay otra serie de síntomas que no son específicamente definidores de la agonía, pero que el enfermo los tenía previamente o aparecerá, en este momento. Entre los más frecuentes están: dolor, vómitos, diarreas, hemorragias, etc. que pueden exacerbarse o no. Por ejemplo, las hemorragias, aunque no son frecuentes, cuando aparecen generan mucho impacto en el paciente y la familia.

### **La familia y la agonía**

A pesar de que está esperando que llegue el momento, cuando esto sucede:

- Gran impacto por la cercanía de la pérdida.
- Aumenta la demanda de atención y soporte.
- Aparecen a veces reivindicaciones terapéuticas poco realistas sobre todo en aquellos casos en los que no ha habido una buena información previa.
- Gran necesidad de información sobre la evolución del proceso final y la muerte.

Todos estos problemas requieren de la enfermería una valoración y toma de decisiones continuas, intensificando la presencia y disponibilidad.

### **Cuidados psicoemocionales del paciente moribundo**

En la situación de agonía normalmente el enfermo no está en condiciones para que pueda realizar una recapitulación de su vida, pero sí que puede estar muy condicionado por aspectos negativos de ella y temas dolorosos pendientes que le estén produciendo inquietud, angustia e, incluso, el propio miedo a la muerte, a lo desconocido, a la oscuridad, a la nada, pueden provocar crisis de pánico que requieran una intervención urgente.

El cuidado no se acaba con administrar los fármacos. Habitualmente en esta situación se huye de la cabecera del enfermo, pero es entonces cuando debemos hacer valer nuestra presencia, haciéndole sentir que estamos con él, comprendiendo su situación y no abandonándole. Igual que se saca tiempo para una técnica tendremos que sacar tiempo para estar con él, no manifestando tener prisa.

Cogerle de la mano cuando se le habla, tocarle el brazo, la cara, son formas de comunicación no verbal, que se puede emplear para transmitir y reforzar lo que sólo con las palabras no se puede expresar: nuestra amistad y comprensión. Si podemos comunicarnos con él y lo precisa, podemos hablar de las cosas positivas e importantes que ha hecho en la vida. También, si se conoce y se sabe manejar, existen técnicas que son muy efectivas cuando se presentan crisis de ansiedad, entre ellas tienen la hipnosis, de relajación, etc.

Es importante que la familia sepa que las manifestaciones de cariño por el tacto son iguales o más efectivas en algunos momentos, abrazarle y darle unos besos mientras hablan con el enfermo, etc. También hay que explicar a la familia que no se hable de temas que puedan inquietar al moribundo pues puede escucharles (el oído se mantiene casi hasta el final).

Para los que son creyentes es el momento de facilitar los ritos siempre que nos lo pidan ellos o la familia lo solicite. Hay que encontrar el momento adecuado para ello.

### **La familia dentro del núcleo de los cuidados**

La familia que tanto se demanda por el gran impacto emocional ante la cercanía de la pérdida y que ha debido adaptarse a las diferentes etapas de la enfermedad intentando mantener un equilibrio familiar.

Además de comprender el cansancio físico y emocional, es importante prevenir el «recuerdo doloroso» y dar el soporte que precisa durante y después de terminar el proceso y para ello se debe:

- Hacer que se sientan útiles participando en el confort del paciente y reconociéndoles su aportación al proceso.
- Ofrecer nuestra presencia y disponibilidad para ayudar, exteriorizar sus sentimientos, sentirse arropados.
- Información continúa sobre el inicio, desarrollo y la llegada del momento de la muerte y cómo será, despejar miedos y dudas, evitar demandas terapéuticas poco realistas explicando a veces que la infusión de líquidos por sueros no aporta ninguna mejoría para el paciente.
- Qué hacer después de la muerte: cuidados post-mortem, papeleo administrativo, etc.
- Explicar la importancia de comunicarse con el enfermo y cómo hacerlo hasta el final. Identificar signos de cansancio familiar y estar alerta a signos de duelo patológico.
- Si el paciente está en el hospital, facilitar el acceso de niños y otros miembros de la familia para despedirse, flexibilidad en las visitas.
- Si el enfermo está en su casa, la familia debe saber a quién recurrir en caso de necesidad y disponer de una infraestructura sanitaria bien coordinada.
- Es imprescindible en ese caso también dejar escritas las indicaciones farmacológicas y los cuidados, haciendo hincapié en las medidas a tomar si aparecen nuevos problemas.

#### **Cuando estamos con la familia hay frases que no deben faltar:**

«Lo están haciendo muy bien» siempre que esto sea cierto.

«Necesitan alguna cosa más»

«Piensen en qué más les podemos ayudar y díganoslo cuando vengamos»

«Si nos necesitan, estamos en tal sitio»

«No le oye, pero acarícieme las manos, los brazos, la cara. Así»

«Háblele, cuénteles las cosas de la familia, de los niños,»

#### **Enfermería y el bien morir**

¿Qué se necesita las enfermeras para conseguir esos objetivos?

- 1º **Conocimientos:** Conocimientos sobre la muerte, la comunicación y los cuidados paliativos.
- 2º **Actitud:** De comprensión de la situación, del impacto de la enfermedad con empatía, escucha activa, personalizar los cuidados y detección de nuestras limitaciones. No todos servimos para todo, no somos "Todo terreno".
- 3º **Organización:** Planificar tiempo para comunicarse con el enfermo y la familia igual que se hace para las técnicas; visitas programadas cada cierto tiempo para la valoración y observación del estado del enfermo.

#### **BENEFICIOS QUE APORTA ESTA ACTITUD**

##### **Paciente:**

- Bienestar físico y psicoemocional.
- Oportunidad de irse con los deberes cumplidos.
- Una muerte digna.

##### **Familia:**

- Afronta mejor la enfermedad.
- Sentirse útiles y acompañados.
- Menos riesgo de duelo patológico.
- Mayor nivel de apoyo al enfermo.
- Mejor aceptación de la muerte inevitable.

### Personal de Enfermería:

- Más acercamiento humano.
- Mayor satisfacción por el trabajo bien hecho.
- Mayor y mejor aceptación del hecho inevitable de la muerte.

### DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

- El enfermo terminal tiene derecho a: Mantener hacia el final la misma dignidad y auto valor a que ha tenido derecho en la vida.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico suministradas en forma considerada, en términos comprensibles y con tiempo suficiente para asimilarla.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Participar en las decisiones referentes a su cuidado y a aceptar o rehusar drogas, tratamientos o procedimientos.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Expresar su voluntad en lo referente a las circunstancias que rodean su muerte y a que esta sea respetada por familiares o médicos.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Conservar un sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Que ni se le acelere ni se le posponga la muerte, lo cual incluye el derecho a no ser resucitado.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Beneficiarse de alternativas más humanitarias para su cuidado que la frialdad que con frecuencia acompaña la creciente tecnología en lugares diseñados para casos agudos o críticos o que el hacinamiento que otras veces acompaña a los albergues para ancianos o enfermos crónicos.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas aún si los medicamentos a medicinas requeridas para ello, redujeron el tiempo de vida restante.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Que le sean satisfechas sus necesidades integralmente, sin olvidar nunca que detrás de ese ser moribundo hasta el último instante, hay un ser humano.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Recibir soporte psicológico para facilitar su adaptación a la fase terminal de su vida y a la inminencia de su muerte, bien sea éste proveniente de sus familiares, de las enfermeras, del médico o de un profesional de la salud mental cuando ello sea necesario y factible.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Que su familia como parte directamente afectada por su muerte sea atendida, respetada y cuidada.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Conservar su individualidad, privacidad y pudor.
- El enfermo terminal tiene derecho a: No morir solo.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Recibir asistencia espiritual siempre que lo necesite y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que estas sean.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Ser cuidado por personas sensibles, preparadas y conscientes del difícil momento que atraviesa y de su obligación de ayudarlo en lo posible.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Disfrutar de una vida con buena calidad hasta el final, criterio que debe prevalecer sobre la cantidad de vida.
- El enfermo terminal tiene derecho a: Morir con dignidad.

### Cuando se muere el ser querido

La importancia de saber perder a donde quiera que miremos a nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida en que se haga, se ve que los seres humanos se debe enfrentar pérdidas permanentemente. No me refiero solo a las pérdidas por muerte sino también la sensación dolorosa de pérdida que conlleve al dejar a el ser dejados, el separarnos, el reemplazar, el cambiar y el renunciar.

La primera pérdida indiscutiblemente, la primera experiencia dolorosa de separación es la que se va dando gradualmente en la infancia con respecto a la madre y tan sólo cuando esta separación se puede dar dentro de términos saludables podemos aprender a estar psicológicamente solos y a vivir tristeza inherente a todas las demás pérdidas que habrán de venir, sin destruir.

## El duelo

No es un estado, es un proceso, tiene principio y fin, es lento y largo, doloroso, vacío y frío. Hay shock, e incredulidad, negación y rabia y depresión.

### Fases del duelo

**Evitación:** se presenta tristeza y al final aceptación

**Confrontación:** se hace en los primeros 3 meses

**Restablecimiento:** se realiza después de 6 meses al año

¿Cuál es el recorrido que hacemos en el duelo?

Cuando enfrentamos el hecho de la muerte de ese ser especial, quedamos como suspendidos en el aire atentados por el golpe.

Quizás continuemos realizando la indispensable automáticamente, pero con nuestros sentimientos congelados.

### Familias en duelo

Las tareas del duelo según William Worden que se deben llevar a cabo en el doloroso proceso del duelo son:

**1. Aceptar la realidad e irreversibilidad de la pérdida:** Lo contrario es negar la pérdida total o parcialmente y se observa entre otros muchos ejemplos en conductas de no tocar las pertenencias del muerto.

**2. Experimentar el dolor de la pérdida:** No todo el mundo experimenta la misma intensidad de dolor o siente en la misma forma, pero es posible perder a alguien a quien se ha estado muy apegado sin sentir algún nivel de dolor.

**3. Adaptarse a un medio ambiente en el cual falta quien murió:** Comienza a darse alrededor a los tres meses después de la muerte e implica aceptar el vivir solo, achicar la mesa del comedor, tomar las decisiones, adaptar nuevos roles, etc.

**3. Retirar la energía emocional colocada en quien murió y reintentarla en otra relación:** El duelo tiene una tarea psíquica muy precisa al cumplir su función es separar del muerto los recuerdos y las esperanzas de los sobrevivientes.

Duelo anticipatorio



- Se afronta
- Se interactúa
- Se planea
- Se reorganiza
- Se vive con compromiso emocional
- Se expresa la sentir

320

Situaciones que generan duelo



- El dejar
- El ser dejado
- El separarnos
- El reemplazar
- El cambiar
- El renunciar





## Tareas

- Reconocimiento y aceptación
- Experiencia compartida
- Reorganización del sistema
- Reestructuración y redirección

## TALLER DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL

El trabajo es ayudar a muchas personas que han sufrido una terrible pena, cuando sienten mucho dolor por algo feo que paso, cuando estas confundido, cuando tienes muchos problemas por haber sufrido una tragedia, cuando preguntan Y Ahora, ¿Cómo Hago?

Todo el mundo habla de una tragedia, de experiencias limites, y nos se pregunta que es una tragedia? Es una cosa inesperada fea que nos pasa, sin que se tenga la culpa de que pase y sin que hubiéramos podido hacer algo para evitarlo. Es algo que nos duele mucho y nos causa muchos problemas. Es algo como un accidente, una circunstancia una enfermedad seria en la que se siente muy, muy mal y a veces se cree que nunca se mejora ni se vuelve a ser como antes. Pero después de un tiempito se recupera, o sea, se pone bien de nuevo y nuestro cuerpo y mente están como nuevos. Al recuperarse de una tragedia experiencia límite o enfermedad es una manera de entender más acerca del mundo y acerca de los demás, de crecer como personas y de aprender como Dios puede ayudarnos en la vida.

La recuperación es como una escalera que hay que subirla escalón por escalón para recuperarnos paso a paso. Si tratas de subirlos todos de un solo paso, te caerás y nunca llegarás y si únicamente subes dos o tres escalones y te quedas allí tampoco llegarás.

### 1- LA PÉRDIDA

Tu sabes lo tanto que le duele a una persona cuando pierde algo como un juguete, un amigo, un pariente, un empleo, su juventud, la atención de alguien y otros. Sabemos que te duele mucho pero mucho.

El primer paso para recuperarte es darte cuenta de lo que perdiste.

**Taller:** Dibuja o escribe algunas de tus perdidas más importantes. Procedemos a realizar un entierro de todo aquello que perdimos. Es un decir "ADIÓS!" y poder iniciar el duelo y el camino de la recuperación despidiéndote del pasado.

### 2- TU DOLOR

Cualquier pérdida duele, aunque sea pequeña y tu perdida te duele muchísimo y puedes hablar de lo que sientes; no hay nada de malo en ello, aunque alguien trate de callarte.

**Taller:** Que sentiste en el momento de la perdida?

Que sientes ahora cuando te pones a pensar en la perdida?

### 3- TU CONSUELO

Tú también puedes pedir consuelo en cualquier momento y a muchas personas como tus familiares, tus amigos, tus profesores y otros. Puedes decirles: Quiero que me consientan un rato. Te sentirás mejor al estar acompañado en tu pena.

**Taller:** Dibuja o escribe el nombre de tres personas que te quieren y a quienes puedes pedir consuelo cuando lo necesiten.

### 4- TU VALOR

Después de cualquier pérdida, uno queda muy inquieto, no se puede concentrar, tienes problemas con otros. Esto pasa durante un tiempo. Pero si la persona se convence de que es así para siempre no se esta ayudando.

Tu vales! Tu vales Mucho! eres una bella y valiosa persona y una creación de Dios. Ninguna tragedia que sufras puede cambiar lo que eres y lo mucho que vales. Así te hayas portado mal, sigues siendo bueno y puedes portarte mejor cuando quieras y cuando pienses en todas tus cualidades.

**Taller:** Escribe una lista de tus cualidades, es decir las cosas bonitas tuyas.

## 5- TU TIEMPO

Has oído decir dale tiempo al tiempo? Esto quiere decir que aunque hoy las cosas nos parezcan difíciles, dentro de un tiempo las cosas cambiarán, tendremos nuevas oportunidades y nos ira mejor.

Algunos días te sentirás triste y otros días te sentirás feliz esto nos pasa a todos. Recuerda que cada día triste es menos triste que antes y cada día feliz es más feliz que antes.

**Taller:**

- Escribe lo que te gustaba hacer antes de la perdida?
- Escribe como eres y que te gusta hacer ahora?
- Como has cambiado?

## 6- TUS COSAS

Todos necesitamos tener nuestras propias cosas y un lugar privado para ponerlas es importante que empieces ya, si no lo has hecho, de pronto no son importante para otros pero lo son para ti y tienes derecho a tenerlas y guardarlas.

**Taller:**

- Escribe las cosas tuyas que más te gustan.
- Escribe lo que te gustaría tener pronto.

## 7- TU FE

Nuestro mundo es como un inmenso acuario nosotros a veces sentimos hambre, dolor, tristeza y creemos que a nadie le importa pero siempre está alguien que cuida todo: Nuestro DIOS. Podemos tener fe, es decir saber que el nos ama y que nos esta cuidando en cada momento. Si hablas con El te contestará y llenara tu corazón de amor.

**Taller:**

- Escribe ahora una carta a Dios.

## 8- TU CONFUSIÓN

Después de cualquier pérdida, todos tenemos mucha confusión y muchas preguntas sin respuestas, como:

- ¿Que fue lo que paso?
- ¿Porque nos tiene que pasar eso a nosotros?
- ¿Porque mi familia actúa tan raro?
- ¿Cuando va a suceder otra vez?
- ¿Porque no me dicen todo?
- ¿Porque tengo que vivir así?
- ¿Que se hicieron las personas que desaparecieron?

322

Y es aun peor cuando no contestan tus preguntas, o cuando dicen:

- Es la voluntad de Dios - Toca aguantar
- Es el destino - Es castigo de Dios.

**Taller:**

- Haz una lista de las preguntas que todavía tienes.
- ¿A quien se las vas a hacer?



## 9- TUS RECUERDOS

Cada persona que sufre una pérdida tiene malos recuerdos. Es parte de la curación de la mente y parte de tu recuperación.

### Taller:

- Escribe tu recuerdo feo más común.

## 10- TUS SENTIMIENTOS

Ante cualquier pérdida todos, grandes y pequeños, sentimos todos los sentimientos: Rabia, Miedo, Tristeza y Culpa. Tus sentimientos no son Malos, son parte de Ti, si te los guardas para ti solo, dentro de Ti, te puedes hacer mucho daño en el cuerpo. Pero si tú le cuentas a una persona de confianza lo que sientes te podrán ayudar a entender mejor las cosas y te aliviaras.

### Taller: Escribe lo que más has sentido:

- Tengo miedo cuando:
- Tengo rabia cuando:
- Me siento triste cuando:
- Me siento culpable cuando:
- Ahora ¿A que persona de confianza vas a mostrar esta lista?

## 11- TU PASADO

Cuando sufrimos una pérdida, se nos olvida que antes de esta situación éramos felices y hacíamos muchas cosas ricas. No siempre puedes volver a sentir igual o hacer las mismas cosas, pero sí puedes recordar todo lo que eras y todo lo que hacías y decidir cuales puedes volver a hacer.

### Taller:

- Escribe las cosas más ricas que hacías antes de la pérdida.
- Ahora marca las que podrías volver a hacer.

## 12- TU PRESENTE

Es importante no solo pensar en las cosas que habías hecho en el pasado, sino volver a hacer algunas de estas cosas y otras nuevas.

### Taller:

- Escribe cinco cosas que podrías hacer ahora, en estos días.
- ¿Con cual vas a comenzar?

## 13- TU FUTURO

Tú puedes... Se quieres. Puedes hacer de tú vida todo lo que quieres. Proyectarte como va a ser el día de tu grado, como vas a ser después de tu jubilación, ser buen hermano, amigo, otros.

### Taller:

- Escribe las cosas importantes que tu quieres hacer en este año.

## 14- TU CRECIMIENTO

Tú eres como una mesa grande, fuerte y bonita. Pero en lugar de tener cuatro patas tienes cuatro partes de Ti que sostienen tu vida tienes una FÍSICA: para gozar, cuidar y hacer crecer tu cuerpo. Una MENTAL: Tu inteligencia y tus sentimientos, una SOCIAL: Lo que haces con tus familiares y tus otros amigos, una ESPIRITUAL: Tu amistad con Dios y con toda su creación.

Después de una pérdida, las personas se olvidan de gozar cuidar y hacer crecer una o más de sus partes.

### Física

- Comer bien

- Dormir al menos siete horas cada noche.
- Bañarte y arreglarte frecuentemente.
- Consentir tu cuerpo.

### **Mental**

- Poner atención en clase.
- Hacer tus tareas u obligaciones juiciosamente.
- Hablar con alguien de confianza sobre lo que sientes.
- Decir por Ti mismo lo que quieres ser y hacer.
- Empezar que tus parientes también están sufriendo.

### **Social**

- Ser buen hermano, hijo y amigo
- Conseguir nuevos amigos y amigas.
- Amar y compartir son los demás.
- Defender tus derechos sin pegar.
- Respetar los derechos de los demás.

### **Espiritual**

- Cada día hablar unos minutos con Dios.
- Gozar del sol, la luna, el aire y las estrellas.
- No dañar el agua, las plantas o los animales
- Gozar y cuidar tus cosas y las de los demás,
- Recordar que Dios te quiere y que eres su hijo.

### **Taller:**

- ¿ Cuales de las cuatro partes has dejado de gozar, cuidar y hacer crecer ?.
- En las listas anteriores, marca lo que vas a hacer de ahora en adelante para no seguir cojeando.

## **15- TU TRIUNFO**

En este momento eres más inteligente, más fuerte, más cariñoso y sabes muchas más cosas de Ti y del mundo, que el día en que sufriste la perdida. Y por eso tienes mucho que celebrar. Tienes toda una vida para seguir creciendo, pero ahora vas a celebrar todo lo que has logrado en la vida hasta ahora, especialmente lo que has aprendido a través de este taller.

### **Taller:**

- Cuéntanos lo que has aprendido y como has crecido desde que comenzaste este taller.
- Como piensas celebrarlo?.

## **METÁFORA ISOMORFA: "LUZ EN EL BOSQUE OSCURO"**

Amanece y todo es hermoso en el Valle de Manzanero, un lindo bosque al lado de una sonora y cristalina quebrada, donde crecen los grandes árboles frutales y las delicadas flores multicolores bajo un sol esplendoroso, refrescados cada tarde por la caricia de las suaves lluvias. Poco a poco comienzan a despertar los habitantes; cantan la llegada de cada día los pájaros y animales silvestres, menos Don Búho, quien se acuesta a dormir después de una larga noche de pensar y hablar con otros búhos. Mamá Osa despierta cariñosamente a sus cinco hijitos: Juan, Juancho, María, Marieta y Marujita. Los pequeños ositos quieren seguir durmiendo pero Mamá Osa los apresura para que no lleguen tarde a la escuela. Rápidamente todos se bañan y se visten. La Abuelita Osa les prepara el desayuno y Papá Oso y el Abuelo los miran cariñosamente y se preparan para otro día de andar por el bosque y recoger miel y frutas para la comida. Luego del desayuno los cinco ositos se despiden de sus padres y abuelos con un beso y un abrazo y salen felices para la escuela, cantando y saltando. Por el camino saludan alegremente a algunos amiguitos que todavía no van

a la escuela por ser aún muy pequeños y los miran con envidia mientras éstos gozan su patanería en el alto pasto del potrero. Cuando nuestros amiguitos se acercan a la escuela, pasa algo muy extraño que los va a afectar muchísimo. El bosque de repente se oscurece, comienza a llover duro y se oye un ruido espantoso. Los ositos se juntan y miran por todos los lados pero no ven nada que anuncia la tragedia que está por llegar. Enseguida los árboles comienzan a caerse y los otros animales del bosque corren asustados, chillando y buscando donde esconderse. Parece como si un gigante estuviera machucando su bosque. Los ositos se esconden en una pequeña y húmeda cueva en la cima de una colina, temblorosa y confusa, abrazándose para darse protección y valor. Después de un tiempo todo queda en silencio, en un horrible y espantoso silencio. Nuestros amiguitos no tienen idea de lo que les ha pasado. Después de unos minutos, Juan y Marieta, los mayores, ven una luz y salen a investigar mientras los otros se quedan quietos en la cueva. Al rato regresan, pálidos, callados, agachados y con lágrimas en los ojos, María, toda temerosa, les pregunta qué sucedió.

Nadie habla al principio y finalmente responde Juan, hablando muy lentamente y mirando al vacío: "Se vino el agua de la represa de la montaña y se inundó el Valle de Manzanero. Hay agua por todas partes y ha desaparecido nuestra casa y familia, y las de muchos otros animales. Eso no puede ser - afirma Juancho.

!Es horrible! - murmurar Marieta una y otra vez, sentada en el suelo con la cara tapada.

Aún sin creer en lo que dicen sus hermanos, salen Juancho, María y Marujita a verlo con sus propios ojos. Al darse cuenta de que todo lo que les dijeron sus hermanos era cierto, que su amado bosque ya era una enorme laguna, se sienten muy, muy mal. Juancho grita desesperadamente, caminado por la orilla del agua y llamando en vano a su padre. María quiere meterse en la cueva de nuevo y no salir hasta que las cosas se vuelvan como antes. Marujita llora amargamente por sus parientes y amigos ahogados. Marieta actúa como si estuviera dormida; no quiere creer lo que ha pasado y no quiere hacer nada ni pensar en nada. Juan golpea cuanto árbol alcanza y grita a nadie en particular " ¿ Por qué nos tiene que pasar esto a nosotros?. Pronto llegan muchos animales de otros bosques cercanos. Casi todos los otros animales entienden el dolor de los ositos y quieren ayudar a ellos y a todos los distintos animales afectados por la tragedia. Armando Águila monta una operativa para sacar del agua los animales pequeños. Los Zorros Bomberos ponen puestos de primeros auxilios y atienden a todas las víctimas. Algunos animales no saben que hacer. Otros hacen promesas que no pueden o quieren cumplir. Otros son curiosos y unos cuantos tratan de aprovechar la confusión para coger cosas ajenas. Una familia de conejos les dice a nuestros amigos, los ositos, que pueden quedarse en la cueva detrás de su casa en donde estarán seguros, aunque un poco incómodos, mientras pasa la inundación y pueden volver a construir su casa. Los osos aceptan la ayuda de los conejos porque no tienen a donde ir. Al pasar los días, Marieta y Juancho notan que la familia Conejo se siente mal cuando los ositos lloran o hablan de su tristeza, su miedo o su rabia, entonces tratan de fingir que no están tristes y así evitar el llanto de los demás. A Marujita y a Juan les da pena pedir todo el consuelo y el cariño que quieren, ya que los conejos han sido tan buenos con ellos. Todos están confundidos, malgeniados, tristes y miedosos pero no quieren decir nada; a veces se echan a la locha, volviéndose muy perezosos y dejando que los demás hagan todo por ellos. Muchos animales quieren ayudarlos pero no saben como hacerlo. Los ositos se sienten peor cada día. Juancho vive con lo que el llama " un dolor de cabeza en todo el cuerpo" y sólo desea estar acostado todo el día. María se siente muy nerviosa y pasa el día soñando con su vida antes de la tragedia y hablando del momento en que llegue Mamá Osa (quien sabemos que nunca llegará porque ya murió). Marujita sigue tristísimo: cada día llena dos baldes con sus lágrimas y cada noche despierta a medio bosque con su llanto. Juan pelea más y más con sus hermanos y se ha vuelto grosero, aún con los que quieren ayudarlo. Marieta sigue aburrída con todo, es como si ya nada le importara, pero sigue despertándose cada noche con horribles pesadillas. Después de algunas semanas de estos problemas, la Familia Conejo decide que hay que hacer algo y buscar a quien le pueda ayudar a los pequeños osos. Papá Conejo trae a casa al Doctor Barbudo León quien, luego de examinar a los ositos, les dice !Felicitaciones, amiguitos!.

Mamá Conejo y los pequeños osos lo miran sorprendidos. El sonrío cariñosamente y les explica todo.

- Sí, amiguitos, oyeron bien. Dije felicitaciones porque ustedes no están tan mal como muchos otros animales del bosque. Yo sé ustedes están haciendo lo mejor que saben hacer ante esta horrible tragedia. Quieren recuperarse sin fastidiar a los demás y no saben, todavía, la mejor forma de hacerlo.

- Entonces, si no estoy tan mal, ¿Cómo es que siento este terrible dolor en todo el cuerpo y no tengo ganas de levantarme?  
- se atreve a preguntar Juancho. Los demás ositos asientan la cabeza en acuerdo con él.

Nuevamente el Doctor León sonríe y le dice: "Alguna vez han comido ustedes demasiada fruta durante el día y por la noche tiene un terrible dolor de barriguita?".

Los pequeños osos responden que sí y el Doctor León continúa.

- ¿Y qué pasa cuando están así, indigestos y con mucho dolor de barriga a pesar de los remedios que te puedan dar?.

- Algo muy molesto... vomitamos - responde Marujita.

- ¿Y después cómo se sienten? - pregunta el Doctor León.

- Es raro - dice Juancho,- después de hacerlo me siento mejor

- ¡Así es!" - dice el Doctor León - Vomitar es harto pero después de hacerlo uno se siente mejor porque con el vómito sale todo lo que nos hizo daño. Vomitar es la manera como el cuerpo busca sentirse mejor y aliviarse cuando se ha indigestado.

- Entiendo lo del vómito - dice Marieta- pero no entiendo lo que nos está pasando ahora.

- Ustedes, han pasado por un horrible tragedia- responde el Doctor León que es como una enorme indigestión; han tragado mucho susto, mucho dolor, mucha rabia y mucha tristeza. El Cuerpo y la mente de ustedes necesitan sacar éstas cosas que han guardado adentro. Al no hacerlo, algunos se enferman como tú, Juancho, con dolores de cabeza o de otras partes del cuerpo, y sin ganas de levantarse. Otros se ponen mal como tú, María, con deseos de no vivir más y con muchos nervios. Otros se sienten muy tristes y lloran todo el día como tú, Marujita, pero sin contar las otras cosas que sienten. Otros golpean las cosas, andando todo el día de pelea y de malgenio, como tú Juan, y aún otros prefieren encerrarse y no hacer nada, como tú, Marieta. Cada uno se está portando en forma diferente después de la tragedia, pero lo importante para todos es hablar de lo que piensan y sienten adentro y así se van a sentir mucho mejor.

- Ah! ya entiendo!- dice María- lo que nosotros tenemos es como una indigestión y debemos vomitar para poder recuperarnos.

- ¡Muy bien, María! - dice el Doctor León, - eres muy inteligente. Quiero decirles algo más a todos. Cuando nosotros pasamos por una tragedia, cada uno actúa a su manera, como ustedes cinco: la indigestión. Desafortunadamente, amiguitos, yo he conocido muchos que no han podido recuperar de su tragedia; no han querido "vomitar "porque es harto, no han querido hablar de lo que sienten y piensan. Estos amigos se ponen peor. Al principio parece ser más fácil así, pero luego es más y más feo porque cada vez se siente peor y cada día es más y más difícil hablar de ello. Estas personas necesitan ayuda especial.

- Afortunadamente- dice el Doctor León, sonriendo- ustedes van a ponerse bien porque Papá y Mamá conejo se preocuparon por ustedes y ya vamos a trabajar juntos para que se recuperen. A partir de hoy, cada día se sentirán mejor, aunque habrá recuerdos tristes de vez en cuando; el estomaguito siempre se queda resentido por un tiempo después de la indigestión y el vómito. Es como el día de la tragedia cuando salieron de la cueva: todo era oscuro y ya tienen luz.

Después de reunirse el Doctor León con los ositos durante algunas horas para sus "clases" de recuperación y para hablar libremente de lo que sienten y piensan, se despide de ellos, recordándoles que lo pueden llamar en cualquier momento en que vuelvan a enfermarse.

Así nuestros amiguitos siguen mejorando cada día y al finalizar el año, cuando toda el agua ya ha desaparecido y el Valle de Manzanero de nuevo comienza a lucir toda su belleza, construyen una casita con la ayuda de muchos amigos.

Vuelven a gozar sus aventuras diarias por el bosque. Todavía recuerdan mucho y sienten muchos momentos de tristeza - todos los tenemos - ¡pero siempre seguimos ADELANTE!.

## TU CRECIMIENTO PERSONAL

### FISICA:

- Comer bien
- Dormir al menos siete horas cada noche
- Bañarte y arreglarte frecuentemente
- Jugar y correr mucho
- Consentir tu cuerpo y pedir consentimiento

### MENTAL:

- Poner atención en clase
- Hacer tus tareas juiciosamente.
- Hablar con alguien de confianza sobre lo que sientes
- Decidir por ti mismo lo que quieres ser y hacer
- Entender que tus parientes también están sufriendo.

### SOCIAL:

- Ser buen hermano, hijo y amigo
- Conseguir nuevos amigos y amigas
- Amar y compartir con los demás
- Respetar los derechos de los demás

### ESPIRITUAL:

- Cada día hablar unos minutos con Dios
- Gozar el sol, la luna, el aire y las estrellas
- No dañar el agua, las plantas o los animales
- Gozar y cuidar tus cosas y las de los demás
- Recordar que Dios te quiere y que eres Su hijo.

¿Cuáles de las cuatro partes has dejado de gozar, cuidar y hacer crecer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En las listas de arriba, marca lo que vas a hacer de ahora en adelante para no seguir cojeando.

## GUÍA DE ESTUDIO Nº 2

### LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE Y EL DUELO

Las enfermeras juegan un papel fundamental con este paciente terminal, debido a que por su misión son ellas quienes permanecen más tiempo en contacto directo con él y quienes en la mayoría de los casos tendrán que recibir sus quejas, sus inquietudes, sus miedos y serán recipientes de su necesidad de información, bien sea en el lenguaje recipiente de sus necesidades de información, bien sea en el lenguaje directo o simbólico.

#### Logros

El estudiante aplicara el cuidado de enfermería en la atención de pacientes moribundos y su familia fin de brindar apoyo conducente a superar las crisis.

## Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Describe el proceso duelo por que vivencia el individuo, familia ante la muerte inminente
2. Argumentativa
  - Demuestra a través de planes de cuidado el adecuado abordaje a personas, familias en proceso de duelo
3. Propositiva
  - Desarrolla talleres de recuperación emocional ante situaciones de duelo
4. Axiológica
  - Muestra interés en la resolución de duelos no elaborados

## Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Entregue al docente una ensayo acerca del papel de la enfermera durante el proceso de la muerte (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).
- d. Realice un taller de elaboración de duelo a una persona que lo requiera.

## Desarrollo

1. Consulte acerca del paciente terminal, la muerte y duelo
2. Consulte el proceso de enfermería ante la muerte inminente
3. Enumere las fases que pasa una persona ante la posibilidad de la muerte
4. Consulte acerca del rol que adopta el paciente moribundo.
5. Enumere las fases del duelo
6. Consulte acerca de la comunicación en el paciente terminal
7. Elabore actividades de enfermería que podría llevar a cabo para cubrir las necesidades del paciente terminal y su familia.

# REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- FONNEGRA DE JARAMILLO. Isa. De cara a la muerte -Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente-. Barcelona: Andrés Bello de España, S.L., 2001.
- FUNDACION PANIAMOR Duelo: cuando se pierde lo querido. Aportes temáticos Nro. 2-98. 27 de junio de 1997. [www.paniamor.or/novedades/aportes/duelo](http://www.paniamor.or/novedades/aportes/duelo)
- GARCIA HERNANDEZ, A Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. 2002. [webpages.ull.es/users/almigar/confere](http://webpages.ull.es/users/almigar/confere)
- GIACCHI URZAINQUI Alain, LEGARRA ZUBIRÍA Aranzazu María . El duelo ante la muerte de un allegado: atención de enfermería. Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 26, N°. 12, 2003, pág. 54-58
- GROLLMAN, Earl A. Vivir cuando un ser querido ha muerto. Barcelona: Editorial 29, 1993.
- ISLA MOLINA, B. Percepción de la muerte a lo largo de la vida. Trabajo de investigación de la universidad de la frontera, Temuco, Chile, en el curso de desarrollo psicológico. 2002. [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- KUBLER-ROSS, E.. Sobre la muerte y los moribundos. Edit. Grijalbo, Barcelona. 1989
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. Morir es de vital importancia -Transcripción de la conferencia pronunciada en Barcelona el 11 Nov. 1992-. Barcelona: Luciérnaga, 1995.
- MONTOYA, J. El arte del bien morir. Sobre cómo ayudar a otros a bien morir. Abordaje psicoterapéutico del paciente terminal. Biblioteca básica de tanatología. 27 de mayo. 2001. [www.artemorar.homestead.com](http://www.artemorar.homestead.com)
- NEIMEYER, R. A. Aprender De La Pérdida. Paidós. Barcelona. 2002
- PAPALIA, D. y WENDKOS, S. Desarrollo humano. 4ta edic. Edit. MacGraw-Hill, Colombia. 1992.
- PARSON T. The Social System. Free Press. Nueva York 1951
- PÉREZ SALES, P. Trauma, Culpa Y Duelo. Hacia Una Psicoterapia Integradora. Desclée de Brouwer. Bilbao. 2006
- PLAXATS, María Antonia, IPOCH, Concepción. "Hablar de la pérdida, el sufrimiento, la muerte". Revista Infancia-Educación de 0 a 6 años-, num. 58, Nov-Dic 1999, pàgs. 36-39. Barcelona: Asociación de Maestros Rosa Sensat, 1999.
- PLAXATS, María Antonia. "Acompañar en el Sufrimiento". Revista Cuerpomente. Barcelona: Rba, S.L., Enero 1998
- PLAXATS, María Antonia. "El Duelo". Revista CuerpoMente. Barcelona: Rba, S.L., Mayo 1995.
- POLETTI, R. Como Crecer A Traves Del Duelo. Obelisco. Barcelona. 2004
- RIAD, Red Iberoamericana de Intervención en Duelo. [tododuelo@groups.msn.com](mailto:tododuelo@groups.msn.com)
- SOLER GÓMEZ, María Dolores. En: Enfermería en Cuidados Paliativos. De Eulalia López. Editorial Médica. Panamericana. Madrid, España. 1995. Páginas 357 – 361.
- TIZÓN, J. L Pérdida, Pena, Duelo. Paidós. Barcelona. . 2004:
- VICENTE CASADO, J. Aceptar la pérdida. El proceso de duelo y sus fases. Extraído de Worden, William 1997. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Edit. Paidós, Argentina. 2001.
- VIGURIA ARRIETA, Jesús y et alíf. En: Enfermería en Cuidado Paliativos. De Eulalia López Imedio. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 1998. Páginas 13-17.
- WORDEN, J. El Tratamiento Del Duelo: Asesoramiento Psicológico Y Terapia. Paidós. Barcelona. 1997.





# DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD



Registro gráfico Panorámica Santa Marta – Prácticas formativas en la Conformación y capacitación de la Red comunitaria en Salud Mental del corregimiento de Taganga



## Mapa de riesgos y recursos

Riesgo es la probabilidad de que ocurra un problema, o, circunstancia, evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema.

### Los riesgos pueden ser:

1. Según su Origen
2. Según la Dimensión temporal.
3. Según la Dimensión espacial.

#### 1. Según su origen

- a. **Naturales:** Eventos que se deben a fenómenos exclusivamente físicos.
- b. **Antrópicos:** Eventos que se deben exclusivamente por acciones humanas, aun cuando existe la combinación de factores físicos y humanos.

#### 2. Según su dimensión temporal:

- a. **Permanentes:** Fijos o constantes como la cercanía a un volcán o río, la ausencia de figuras de autoridad en la familia, predisposición genética al consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y/o el cigarrillo.
- b. **Eventuales:** Relacionadas con una situación extraordinaria como un terremoto, un derrumbe, inundación, muerte de un ser querido.

#### 3. Según su dimensión espacial

- a. **Aislados y focalizados:** Cómo el área de influencia de una erupción volcánica.
- b. **Difusos y dispersos:** Son aquellos cuyo impacto pueden ser de grandes dimensiones, incluso continental, trascendiendo en ocasiones fronteras políticas como una Epidemia, Sequía, Huracán y otros.

El concepto de riesgo y su clasificación es relativo a la manera como se le califica y depende de la valoración social que la comunidad le asigne.

Así mismo se deben tener en cuenta los riesgos que hacen parte de la cotidianidad y se relacionan con la calidad de vida de la población como son: área física, área social, área cultural y área familiar.

**En el área física:** Están las viviendas en mal estado, condiciones de hacinamiento, carencia de servicios básicos como: agua, luz, alcantarillado, sistema de eliminación de basuras y desechos industriales, lugares para consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

**En el área social:** La carencia de centros de salud, centros educativos de primaria y secundaria, falta de zonas de recreación, canchas deportivas.

**En el área cultural:** Carencia de fuentes de trabajo y de alternativas de recreación; bajo compromiso de las autoridades en tareas de control, vigilancia, distribución y consumo de sustancias psicoactivas. Desorganización de la comunidad para asumir problemas más frecuentes, influencia nociva de medios de comunicación. Permisividad social para el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, antivalores predominantes en la comunidad frente al trabajo, al dinero, la salud, y uso del tiempo libre.

**En el área familiar:** Limitada participación de los padres en la formación de los hijos. Normas de disciplina familiar, rígidas, o permisivas. Concepción del maltrato como forma de educar a los niños. Inadecuados modelos de identificación familiar.

## Mapa de riesgos y de recursos

Es el análisis colectivo de las necesidades, problemas y recursos de una determinada comunidad o grupo en busca de acciones para mejorar su capacidad de respuesta frente a un problema o amenaza determinada. Este contribuye a que la comunidad se de cuenta del riesgo que tienen de sufrir un desastre y se movilice para tomar acciones preventivas

### Participan en la elaboración de un mapa de riesgos y recursos

Los voluntarios y líderes escogidos por la comunidad para intervención de trabajo comunitario y los representantes de las Instituciones que aportan elementos valiosos en el diagnóstico de problemas, búsqueda e implantación de soluciones.

#### El mapa de riesgos y recursos sirve:

1. Facilita la obtención de una visión gráfica, pictórica y simbólica y realista sobre los problemas y recursos existentes en la comunidad.
2. Permite conocer la vulnerabilidad de la comunidad frente a las distintas amenazas, con el objetivo de determinar los eventuales efectos de distintos riesgos y establecer un plan de acción de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles, organizando prioritariamente las operaciones.
3. Es un punto de concertación y acuerdos entre las diferentes instituciones o sectores que trabajan en la misma comunidad para coordinar soluciones a la problemática encontrada.
4. Sirve de base para la planificación y ejecución de proyectos y programas, permitiendo la racionalización de recursos y servicios locales, como sistema de Diagnóstico Participativo.

#### Diferentes tipos de mapa de riesgos y recursos

Dependiendo de las necesidades específicas de una agrupación social determinada.

### PASOS PARA ELABORA UN MAPA DE RIESGOS Y RECURSOS

1. **Análisis de la experiencia previa:** Partiendo de situaciones o problemas que la comunidad haya vivido y hacen parte de su historia, se recogen las vivencias y el sentir ante esas dificultades señalando que es un hecho común, que une emocionalmente a la comunidad y su análisis permite contar con bases sólidas para preparar respuestas que atenúan o impidan la aparición de la situación.  
¿Qué paso?, ¿Que hicieron?, Como vivieron el momento?, Quién los ayudó?, Cómo se organizaron? Y otras.
2. **Listado de riesgos y recursos:** Elaborar un listado de riesgos presentes en la comunidad que afectan sus condiciones de vida y de necesidades planteadas, inventario de los recursos humanos y organizacionales dónde cada uno de éstos se identifique a través de un símbolo.
3. **Investigación de campo:** A través de la observación y búsqueda directa de los riesgos y los recursos identificados para lo cual se hace necesario utilizar mapas de la localidad a estudiar. Cada subgrupo debe tener un líder. Esta etapa permite establecer contacto con otros sectores de la comunidad, especialmente con los más vulnerables. Estimula la creatividad y fomenta el entusiasmo y la participación.
4. **Discusión y análisis de la información:** Dónde se debe presentar la información obtenida para conformar un inventario completo de los riesgos y de los recursos existentes, con el objetivo de presentar una propuesta que contenga exigencias concretas que apunten a la solución de los problemas y necesidades encontradas y permite conocer los programas y recursos que sirven de base para las acciones inmediatas del Plan de Trabajo.
5. **Plan de acción:** Es fundamental contar con la participación de funcionarios de las entidades responsables que tienen presencia en la comunidad como son los líderes de las organizaciones comunitarias. Los pasos para efectuar este Plan de Acción son:
  - a. **Análisis de involucrados:** Es la reflexión de las instancias de las personas o de los grupos que intervienen en la planificación para lograr una visión de conjunto de intereses, roles y potencialidades y mecanismos de interrelación, lo cual nos dará las bases para la organización de los procesos de información, consulta y concertación, es decir, de las necesidades de comunicación en las tareas de definición de objetivos y estrategias de intervención. ¿Quiénes participan?, ¿Qué roles desempeñan?, ¿Cómo pueden categorizarse sus funciones?, ¿Qué expectativas e intereses tienen?
  - b. **Análisis de Problemas:** El cual se hará con base en los problemas encontrados del Mapa de Riesgos y Recursos en los términos de Problemas, Frecuencia, Gravedad y Vulnerabilidad. (Ver anexo No. 1).
    - Problemas más frecuentes: Magnitud del problema. Se elegirán aquellos problemas más comunes y frecuentes que otros.
    - Problemas más graves: Impacto del problema. Deben elegirse aquellos problemas que produzcan mayor daño a la población o individuo.

- Problemas más vulnerables: Susceptibilidad de cambio del problema. La vulnerabilidad del problema depende de los recursos que se tengan para enfrentarlo. Se recomiendan aquellos problemas fáciles de controlar.
- Instituciones que pueden intervenir frente al problema.

## POSTERIORMENTE ENTRA A DEFINIR

1. **¿Qué se va a lograr?** Cuáles son los objetivos que se van a alcanzar. Los cuales, deben ser producto del acuerdo entre los involucrados sobre la situación proyectada al futuro.
  - Formularlos en orden jerárquico.
  - Factibles de alcanzar.
  - Medibles y cuantificables.
2. **¿Cómo se va a lograr?** Hace relación a las acciones o estrategias específicas que se van a ejecutar para alcanzar los objetivos al momento de determinar las estrategias para lo cual se debe tener en cuenta:
  - a. Disponibilidad y restricciones de recursos.
  - b. Probabilidad de éxito.
  - c. Duración de la actividad.
  - d. Eficacia de las mismas para el logro de los objetivos.
3. **¿Dónde se va a lograr?** Indica la delimitación del espacio en que se actúa y la descripción del área geográfica en la cual se van a realizar las acciones.
4. **¿Con qué se va a lograr?** Consiste en responder al interrogante: ¿Qué elementos o recursos son necesarios para llevar a cabo las acciones?
5. **¿Quiénes son los responsables?** Se debe definir la participación a cada uno de las distintas entidades y grupos comunitarios en costos y ejecución de las actividades programadas.
6. **¿Cuándo se va a lograr?** Establecer la duración del programa, fijando fechas de iniciación y fecha límite para la ejecución de las actividades previstas en los siguientes términos: Fecha, actividad, objetivos, lugar, recursos, responsables, (Ver anexo 2).

## FACTORES AMBIENTALES DETERMINANTES EN LA VALORACIÓN COMUNITARIA: MAPAS TEMÁTICOS

Según Tobón (2006), cuando se pretende trabajar con una comunidad es fundamental tener un conocimiento previo tanto de sus recursos humanos, físicos e institucionales como de sus debilidades, en términos de riesgos y necesidades; para tal fin, se lleva a cabo una fase de valoración, como paso previo al diagnóstico comunitario. La valoración es entendida como el proceso sistemático de recolección de datos, a través de criterios previamente establecidos con la gente, para conocer la comunidad, analizarla y proponer intervenciones específicas, claras y realizables; para facilitar este proceso la información obtenida es registrada en mapas, los cuales se van estructurando a medida que se recogen los datos.

Un mapa se considera una representación gráfica de espacios más o menos amplios (área, barrio, comunidad, zona), mediante el empleo de convenciones o símbolos. Los mapas son una herramienta valiosa que permite a los participantes en la valoración, hacer una presentación visual de la información de recursos y riesgos para cualquier persona, independientemente de que pertenezca o no a la comunidad o al sector; identificar geográficamente los grupos de población donde se concentran los riesgos; facilitar las acciones sociales para que sean coherentes con las demandas reales y monitorear las acciones realizadas.

Los criterios de valoración se basan no sólo en los aspectos positivos como los recursos con que se cuenta, los programas, sino aquellos que indican problemas, riesgos y necesidades; el énfasis se debe poner en los positivos, con el fin de modificar la mirada que se ha venido dando a las comunidades desde la enfermedad y las carencias.

## OBTENCIÓN DE DATOS PARA LA VALORACIÓN

**Fuentes:** Para recolectar la información que será plasmada en los mapas se recurre a diferentes fuentes de datos. Estas fuentes se clasifican como primarias y secundarias: la comunidad es la fuente primaria, puesto que ella comparte percepciones, identifica objetivos y problemas y convalida la información recolectada; las fuentes secundarias son aquellas personas o instituciones externas a la comunidad, pero que pueden aportar información adicional para aclarar o convalidar datos previamente suministrados por ella, por ejemplo: El DANE, las Empresas Públicas, La Inspección de Policía, el Centro de Salud.

**Metodologías:** Con el fin de obtener y organizar los datos durante la fase de valoración, se pueden utilizar variadas metodologías; para efectos de este documento, se presentan dos:

**1. Recolección y sistematización de datos por el modelo de patrones funcionales:** Propuesto por la enfermera norteamericana Marjorie Gordon (1982), como una forma sistemática de evaluar individuos y comunidades, a través de categorías de valoración, según once patrones establecidos. Estas categorías resultan de la interacción entre los individuos y su entorno; por lo tanto, los patrones están interrelacionados y proporcionan una estructura básica para recoger datos de manera amplia, a la vez que indican la clase de información que se debe recolectar.

Enseguida se presenta una lista de los once patrones funcionales de Gordon y algunas categorías, a manera de ejemplo:

- **Patrón de autopercepción y autoconcepto:** Describe la percepción de la gente respecto a su barrio: ubicación geográfica, política (comuna) y reseña histórica.
- **Patrón de percepción y manejo de la salud:** Es el encargado de describir los patrones de salud y bienestar percibidos por la comunidad y la manera como se manejan los recursos de salud del barrio, saneamiento ambiental, indicadores de salud y enfermedad.
- **Patrón nutricional metabólico:** Define la calidad y cantidad de recursos nutricionales con que cuenta la comunidad y las costumbres alimenticias: Recursos alimenticios (expendios), programas nutricionales, calidad y suministro de agua y fuentes de agua.
- **Patrón de eliminación:** Describe el manejo de desechos en la comunidad: Alcantarillado, recolección y disposición final de basuras, programas de reciclaje y fuentes de contaminación.
- **Patrón de actividad y ejercicio:** Describe la movilidad del barrio, el ocio, la recreación, el aire. Tiene tres modos:
  - **Modo circulatorio:** Vías de acceso, medios de transporte, zonas peatonales y medios de comunicación.
  - **Modo respiratorio:** Calidad del aire, arborización y zonas de recreación.
  - **Modo motor:** Grupos deportivos y programas recreativos.
- **Patrón cognitivo perceptual:** Describe el nivel e infraestructura educativa de la comunidad: Instituciones educativas, programas educativos no formales, deserción escolar y analfabetismo.
- **Patrón de sueño y descanso:** Describe el ritmo del barrio: Horarios de iniciación y finalización de actividades generales en el barrio, contaminación auditiva y recursos para la seguridad (celadores, patrullaje).
- **Patrón de rol y relaciones:** Describe el perfil social de la comunidad: Criminalidad, expendios de drogas, incidentes raciales, división social y organizaciones comunitarias.
- **Patrón sexual y reproductivo:** Programas de educación sexual, embarazos en adolescentes, delitos sexuales y programas de planificación familiar.
- **Patrón adaptativo y tolerancia al estrés:** Describe los aspectos generales de adaptación en situaciones conflictivas.

- **Patrón de creencias y valores:** Describe los patrones colectivos de valores, creencias (incluyendo las espirituales) o metas, que guían escogencias y decisiones en la comunidad: Religiones, celebraciones importantes para ella y decisiones por consenso.

**2. Metodología N.B.I.** (Necesidades Básicas Insatisfechas): Es aquella que se basa en los criterios del DANE (1989) para clasificar las comunidades de acuerdo con las necesidades básicas insatisfechas. Esta metodología tiene gran relación con los problemas o riesgos para la salud; maneja unos criterios de clasificación que obedecen a aspectos socioeconómicos y que apuntan hacia: Hogares en una vivienda inadecuada, carentes de servicios públicos, con hacinamiento crítico, con alta dependencia económica y con ausentismo escolar. Para dibujar N.B.I. de una zona, se emplean los colores del semáforo.

La valoración y diagnóstico de una comunidad deben ser realizados a través de procesos participativos, entre los diferentes actores sociales de la comunidad y los grupos técnicos, para que las intervenciones sean aplicables a las necesidades y a los recursos existentes. Para mayor claridad y calidad de datos, se pueden emplear diferentes estrategias de participación de los actores sociales; entre otras, 'la entrevista con grupos focales', la cual permite visualizar los problemas prioritarios.

### REGISTRO DE DATOS EN MAPAS TEMÁTICOS

Con base en la información que existe en la comunidad se generan y estructuran los mapas por temas o 'mapas temáticos' (mapa básico, mapa de riesgo, mapa de recursos, mapa de intervenciones), los cuales sirven para focalizar la información y hacer una consulta inmediata de los datos. Se utiliza la sobreposición de los diferentes mapas, según el análisis que se pretenda realizar.

## TIPOS DE MAPAS TEMÁTICOS

**Mapa básico:** La valoración comunitaria se inicia observando todo el espacio público del área escogida; el recorrido de ella se empieza por la esquina nororiental y se caminan las manzanas en el sentido de las manecillas del reloj. Este mapa contiene las convenciones referentes a calles y carreras, manzanas, vías peatonales, escalas, viviendas (según los aspectos que se deseen conocer, se pueden incluir convenciones para el número de familias por vivienda, el número de niveles de la edificación y otros), zonas verdes, parques, lotes baldíos y zonas de interés. Este mapa sirve de contraste para los siguientes.

**Mapa de riesgos:** Teniendo como punto de partida el croquis del mapa anterior, este mapa se dibuja en papel transparente y en él se ubican los riesgos, comenzando por los físicos, tales como deslizamientos, alto flujo vehicular y otros. Luego, los riesgos químicos, principalmente los que generan contaminación ambiental; los biológicos, como la contaminación del agua, perros callejeros y demás; y por último, se establecen los riesgos sociales, como todos aquellos derivados de la violencia, atracos, prostitución, expendio de drogas, entre otros.

También se puede hacer la valoración de los hogares, de acuerdo con la clasificación por N.B.I.: Se dibujan los sectores con hogares más pobres con el color rojo, que son los hogares que tienen más de dos variables N.B.I.; cuando hay una N.B.I. presente se emplea el color amarillo, el cual indica que hay, en tales hogares, algún compromiso de sus necesidades básicas; y finalmente, los hogares con las N.B. satisfechas, aparecen con el color verde. Así, se deben pintar los riesgos en el mapa de tal forma que se puedan identificar claramente las zonas afectadas. Hay que establecer los riesgos prioritarios preguntándose: ¿Cuál es el sector más afectado?.

**Mapa de recursos:** Sirve a manera de inventario de recursos institucionales, organizacionales, ambientales y comerciales; tanto de los propios de la comunidad como de los externos a ella, a los cuales recurre en caso necesario. Este mapa permite ubicar, en sus sitios, los recursos institucionales con áreas de influencia y el papel que podrían desempeñar en la solución de los problemas representados en el mapa anterior.

**Mapa de intervenciones:** Este último mapa muestra las acciones que deben ser llevadas a cabo, para ir dando soluciones a los riesgos o problemas que se identificaron. Se parte de los recursos disponibles y los que se pueden conseguir. Se

puede dibujar con base en los colores del semáforo; si el riesgo está en rojo o amarillo, la principal medida o intervención debe apuntar hacia la disminución de su tamaño o el cambio de rojo a amarillo o de amarillo a verde.

El plan depende de la capacidad de gestión de los participantes. Se pueden agregar convenciones que indiquen a quien o quienes les corresponden las intervenciones (organización o institución).

### **ASPECTOS TÉCNICOS BÁSICOS PARA DISEÑAR UN MAPA**

Los elementos técnicos son importantes para la graficación de los mapas y deben apuntar al saber popular, lo cual se refiere, principalmente, a las convenciones que deben salir del trabajo con la gente, con el fin de que los mapas sean realmente utilizables por todos.

**Materiales:** Para el primer mapa se necesita una hoja de papel grueso o cartulina, la cual sirva como contraste a los mapas subsiguientes; estos se dibujan en papel transparente para permitir observar la información anterior. El mapa tiene dos márgenes, uno aproximadamente de un centímetro, y otro interno, a medio centímetro de la anterior.

**Tamaño:** El tamaño de los mapas debe permitir que estos sean visibles, tanto para el equipo participante en la valoración comunitaria durante las jornadas de registro y análisis de datos como para los grupos comunitarios que deseen consultarlos. Se recomienda el tamaño de un pliego de papel, para cada mapa.

**Orientación geográfica:** El símbolo que indica el norte geográfico debe estar dibujado señalando dicho punto cardinal, lo cual permite la elaboración y lectura estandarizada.

**Identificación:** Cada mapa tiene, en su parte superior, el título del mapa, según el tema o área que le corresponda.

**Tabla de convenciones:** Está ubicada en una de las esquinas inferiores de la hoja, y contiene: Diseño (autores), fecha de elaboración, área representada (barrio, sector, comuna, área de cobertura del organismo de salud) y las convenciones empleadas.

**Manejo:** Cuando se están construyendo o analizando los mapas se pueden colocar sobre el piso y la gente se puede ubicar alrededor de ellos o ponerles un listón de madera y colgarlos a la altura de los ojos; para los grandes grupos, este último limita un poco el acceso de los participantes a los mapas.

Los elementos técnicos son importantes para la graficación de los mapas; pero deben apuntar al saber popular, lo cual se refiere, principalmente, a que las convenciones deben salir del trabajo con la gente, para que los mapas sean realmente utilizables y entendidos por todos.

## **PROCESO DE MAPEO**

**Socialización de los participantes:** Es fundamental, cuando se trabaja en grupo, que los miembros se conozcan, planteen sus inquietudes y expectativas, para así, empezar a interactuar; también se hace necesario unificar, entre todos los participantes, conceptos como: Riesgo, puntos cardinales, criterios o indicadores.

Es estratégico involucrar, en la valoración comunitaria y la elaboración de los mapas, a los representantes de las instituciones y organizaciones, con el fin de que asuman compromisos en el establecimiento de prioridades y en la solución de los problemas encontrados.

**Unidad o área del mapa:** Uno de los pasos iniciales de la realización del mapa consiste en definir cuál es la zona o unidad que se desea valorar y representar en el mapa. Es necesario seleccionar como unidad de los mapas, aquella que recoja la mayor cantidad de recursos, en un área lo más reducida posible, para ir afinando, cada vez más, la valoración. Al respecto, Alzate (1993), expresa: "La dinámica de aproximación o aproximaciones sucesivas a la comunidad, es cada vez a tener una resolución más fina, un grano más fino, que uno pueda mirar ya componentes celulares del vecindario".







ANEXO Nº 2

PLAN DE ACCIÓN

FECHA	HORA	CICLO VITAL	PROBLEMA IDENTIFICADO	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RECURSOS	LUGAR	RESPONSABLES

338



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES EN LA COMUNIDAD

## MANUAL PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

La problemática de la salud mental de la población y la necesidad de extender la cobertura de atención, hacen necesario establecer ciertas normas que rijan la ejecución de diversas actividades del programa a fin de garantizar la eficacia.

Los propósitos que persigue el programa pueden definirse como sigue:

- 1- Promover acciones tendientes a lograr la prevención de trastornos y desajustes mentales dentro de la zona de cobertura.
- 2- Promover acciones para satisfacer la demanda de servicios de salud mental de manera más acorde con los requerimientos reales; realizar diagnóstico precoz y evitar, o al menos disminuir, la necesidad de hospitalización.
- 3- Mantener la continuidad del tratamiento mediante programas de seguimiento.

### Promoción de la salud mental

1. El personal de enfermería se encargará de realizar la promoción inicial del programa entre el personal que labora en las instituciones mediante charlas de orientación que den a conocer los objetivos, normas y procedimientos del programa.
2. Todo el personal que trabaje en las instituciones podrán servir como agente de promoción y dar información individual y colectiva a los pacientes que acuden al centro y en la comunidad misma.
3. Se dará educación comunitaria sobre el programa mediante charlas programadas de 15 a 30 minutos de duración en el centro de salud, escuelas, o centros comunitarios.

### Principios generales de la entrevista

La entrevista sobre salud mental puede considerarse como un proceso de comunicación interpersonal en el cual el entrevistador ayuda al entrevistado a reconocer, comprender y controlar situaciones relacionadas con su salud mental. Este método propuesto facilita esa comunicación mediante el uso de un cuestionario.

El cuestionario tiene un orden que ha sido concebido para favorecer una atmósfera de conversación y para que las primeras preguntas no tengan un efecto perjudicial sobre las respuestas a las últimas preguntas. Al usar el cuestionario de la manera indicada, la información que se obtenga será precisa, comparable y uniforme.

Este cuestionario tiene, entre otras, las ventajas de su fácil aplicabilidad; su capacidad para facilitar la identificación de la enfermedad mental; su simplicidad y brevedad, pues su aplicación no toma más de 15 minutos, y la sencillez del adiestramiento que requiere la persona que lo va a administrar

## DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO Y SU USO

**Fecha:** Anote el día, mes y año en que lleva a cabo la entrevista.

**Zona del estudio:** Anote el nombre de la ciudad, pueblo o vereda donde realiza la entrevista.

**Entrevista N°:** Deje el espacio en blanco

**Institución:** Indique el nombre del centro o institución de salud de que usted depende.

**Entrevistador:** Escriba su nombre con letra clara

**Nombre del paciente:** Anote el nombre (s) apellido (s) del paciente.

**Edad:** Indique la edad del paciente en años cumplidos.

**Sexo:** Marque con una X la M (masculino) cuando la persona sea hombre y la F (femenino) cuando sea mujer.

**Razón de consulta:** Una de las formas en que se puede obtener esta respuesta es haciendo algunas preguntas. por ejemplo: ¿Por que ha venido al centro de salud?  
¿Que le ha sucedido que vino a la consulta?

La respuesta que el paciente o familiar provea se escribe entre comillas, pues son palabras textuales y así debe aparecer.

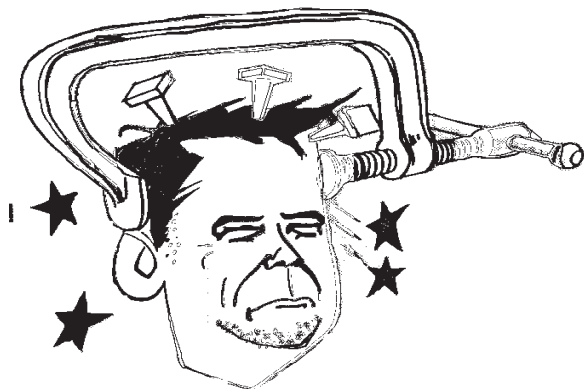
Al aplicar el cuestionario usted debe estar seguro de la forma en que se hacen las preguntas; debe hablar en tono amable para que el paciente no se sienta temeroso o con duda de dar respuestas. También es muy importante que usted aclare al paciente que estas preguntas se hacen con el fin de conocer mejor su problema o causa de consulta y se necesita que las responda con precisión, contestando solamente "SI" a aquellas preguntas que se refieren a síntomas que en realidad viene sufriendo.

En el cuestionario usted encontrara una lista de preguntas; el paciente contestara "SI" o "NO", así que usted marcará con una X o encerrando en un circulo la palabra "SI" o "NO" según sea el caso.

Las primeras 20 preguntas corresponden a aquellos sintamos que implican una gravedad menor (los que son frecuentes en los trastornos depresivos y de angustia); las preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se contestan afirmativamente probablemente indican la existencia de un trastorno mental muy importante (psicosis). La pregunta 25 indaga sobre la existencia de un trastorno convulsivo. las preguntas 26 a 30 se refieren a los hábitos de beber alcohol y han sido añadidas al cuestionario original. Al final de cada apéndice se dan instrucciones sobre la forma de calificar este cuestionario.

El cuestionario se aplica leyendo cada una de las preguntas valiéndose de las explicaciones que aparecen al pie de los dibujos, las cuales se deben estudiar con anterioridad a la entrevista.

Revisemos las preguntas del cuestionario SQR (adulto)



### 1. ¿TIENE FRECUENTES DOLORES DE CABEZA?

Usted marcará "SI" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza dos o más veces por semana. Es necesario insistir en que se trata de dolores que se presentan frecuentemente. Si el entrevistado dice que de vez en cuando le dan, o cuando tiene gripe, o alguna otra respuesta parecida, no tome esto como positivo.

## 2. ¿TIENE MAL APETITO?

Usted marcará "SI" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días no ha tenido apetito, come muy poco, o no siente deseos de comer. Si es el caso contrario, marque "NO".

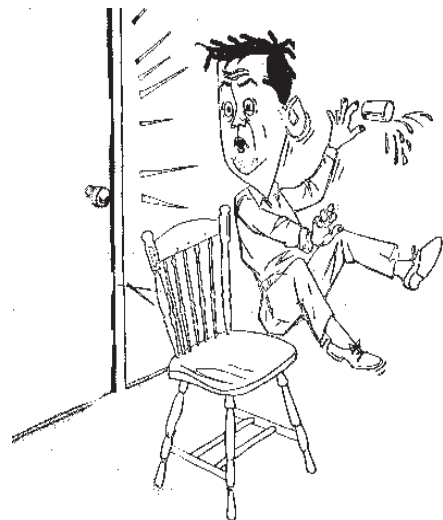


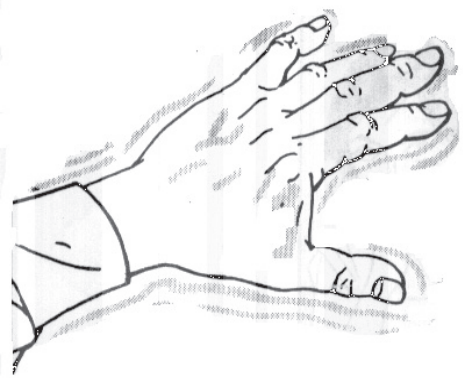
## 3. ¿DUERME MAL?

Usted deberá ampliar la pregunta indagando si el entrevistado demora dos o más horas en quedarse dormido por las noches; si se despierta en la mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado; o si su sueño es interrumpido por frecuentes sobresaltos.

## 4. ¿SE ASUSTA CON FACILIDAD?

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante conteste que todo lo asusta o que se asusta fácilmente; es decir, un comportamiento que llama la atención de los demás. A veces el paciente mismo puede decir: "Ando como Sobresaltado".





**5. ¿SUFRE DE TEMBLOR DE MANOS?**

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado conteste que se siente tembloroso o que le tiemblan las manos. Pídale al paciente que le muestre cómo le tiemblan las manos.

**6. ¿SE SIENTE NERVIOSO, TENSO O ABURRIDO?**

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido. Puede que solamente haya tenido uno, dos o tres de esos síntomas. Usted subrayará el síntoma o síntomas que haya indicado el paciente y marcará "SI" en esta pregunta.

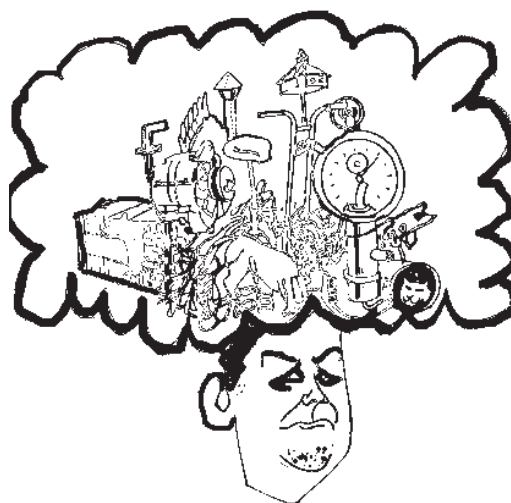


**7. ¿SUFRE DE MALA DIGESTIÓN?**

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante responda que durante los últimos 30 días todo lo que come le cae mal al estómago. Si el entrevistado responde que solo siente esto en determinadas ocasiones o con ciertos alimentos, no debe considerarse esta como una respuesta positiva.

### 8. NO PUEDE PENSAR CON CLARIDAD?

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días se siente que no puede pensar con claridad, o bien, que le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores del día.



### 9. ¿SE SIENTE TRISTE?

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante responda que en los últimos 30 días se ha sentido triste. Este es un síntoma bastante claro y la persona puede expresar fácilmente que "se ha sentido triste". Como en todos los anteriores síntomas, esto debe ser algo que ocurra en forma más o menos constante.

### 10. ¿LLORA USTED CON MUCHA FRECUENCIA?

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado responda que durante los últimos 30 días "llora por cualquier cosa", es decir, con una frecuencia que no es usual, de una manera que no se presenta normalmente en las personas. Si el paciente dice que ha llorado por una causa razonable, por ejemplo la muerte de un ser querido, usted anotará esto al lado de la pregunta.



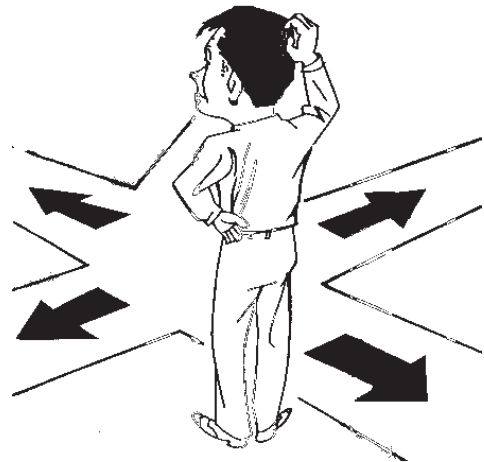


**11. ¿TIENE DIFICULTAD EN DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?**

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado responda que las actividades del día le causan problemas o sufrimientos. También usted puede preguntarle si está contento con lo que hace diariamente, a lo que él responderá sí o no. Al hacer esta pregunta trate de obtener una respuesta correcta; usted repetirá la pregunta junto con las aclaraciones que le siguen.

**12. ¿TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES?**

Usted marcará "SI" cuando el paciente vacila en el momento de tomar decisiones, aun en el caso de situaciones sin mayor importancia, sin ser capaz de llegar a una determinación final.



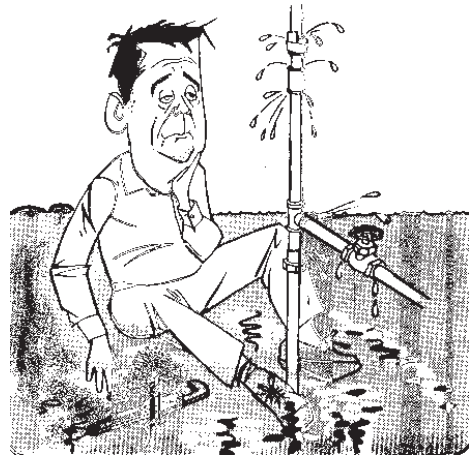
**13. ¿TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO? (SUFRE USTED CON SU TRABAJO?)**

Usted también podrá preguntarle: Encuentra que no le gusta nada de lo que hace, o que se le olvidan las cosas? Esta pregunta sirve tanto para las personas que tienen un trabajo y que ganan un sueldo, como para las señoras que permanecen en casa haciendo los quehaceres domésticos. Es importante aclarar esta pregunta, porque no se trata, por ejemplo, de la dificultad que puede tener una persona en conseguir trabajo.



**14. ¿ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN SU VIDA?**

Puede también preguntarle: Siente usted que son inútiles todos sus esfuerzos por conseguir algo en su vida?



**15. ¿HA PÉRDIDO INTERÉS EN LAS COSAS?**

Es decir, Siente usted que ya nada le llama la atención, que ha perdido el gusto de las cosas, o sea que en estos últimos 30 días ha perdido totalmente el interés por las cosas que antes le llamaban la atención?

**16. ¿SIENTE QUE USTED ES UNA PERSONA INÚTIL?**

Es decir, Le parece que todas las cosas le salen mal? O siente usted que lo que hace carece de valor o de utilidad?





**17. ¿HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA?**

Si el entrevistado responde "SI", pregúntele si estas ideas o pensamientos son frecuentes. Cuándo tiene estas ideas? Cómo ha pensado hacerlo? Por qué ha pensado hacer esto? Las respuestas a estas preguntas pueden dar una idea de si en realidad la persona ha tenido o tiene estas ideas. En algunas ocasiones las personas pueden sentirse molestas porque se les pregunta esto, por lo tanto es importante que usted lo haga en un tono natural, sin hacer énfasis en ninguna palabra.

**18. ¿SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO?**

Se ha sentido muy cansado, fatigado o sin fuerzas, sin que haya una causa para ello? Si el entrevistado responde que se cansa "cuando corre", o "cuando sube gradas o escaleras", esto no debe considerarse como respuesta positiva.

**19. ¿TIENE SENSACIONES DESAGRADABLES EN SU ESTÓMAGO?**



Si el entrevistado contesta que sí, pídale que diga con sus propias palabras qué es lo que siente, por ejemplo, agrieras, ardor, dolor, pesadez en el estómago, pero insista en que sea sólo lo que ha sentido en los últimos 30 días.

**20. ¿SE CANSO CON FACILIDAD?**

Si el entrevistado dice que "SI", pregúntele si este cansancio lo siente



haciendo las mismas cosas que antes no lo cansaban. Mire cuál fue la respuesta a la pregunta 18. Si el paciente le observa que ya le hizo esta pregunta o una parecida, dígame que no importa, que esta es diferente. Sume las respuestas afirmativas de esta hoja y anote el número de ellas. El total será la puntuación obtenida. Si es de 11 o más, se debe citar al paciente a una visita de seguimiento.

**21. ¿SIENTE USTED QUE ALGUIEN HA TRATADO DE HERIRLO EN ALGUNA FORMA?**

Es decir, Siente que alguien lo persigue para hacerle daño o causarle algún perjuicio y esto lo mantiene a usted muy preocupado? Se refiere a algo que la persona "siente", no a hechos ocurridos en la realidad. Esta pregunta presenta cierta dificultad y es necesario tener especial cuidado en hacerla pues existe la posibilidad de considerar la respuesta como positiva cuando en verdad se trata de una situación real, por ejemplo, cuando alguien realmente ha tratado de herir al paciente.

**22. ¿ES USTED UNA PERSONA MUCHO MÁS IMPORTANTE QUE LO QUE PIENSAN LOS DEMÁS?**

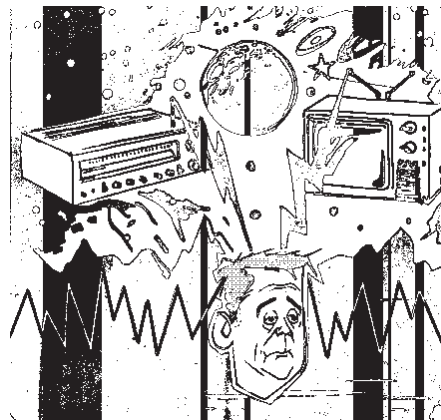


Es decir, Es usted un gran personaje, que tiene poderes especiales, que tiene mucho dinero, que ha hecho grandes inventos?

**23. ¿HA NOTADO INTERFERENCIAS O ALGO RARO EN SUS PENSAMIENTOS?**

Es decir, Siente que le están controlando la mente, recibe órdenes telepáticas o por televisión, u órdenes de otros planetas o de personas?

**24. ¿OYE VOCES SIN SABER DE DONDE VIENEN O QUE OTRAS PERSONAS NO PUEDEN OIR?**



Una respuesta positiva debe indagarse a través de preguntas adicionales para cerciorarse de la presencia o ausencia del síntoma, por ejemplo: "Esas voces, Las oye claramente? Las reconoce? Son voces de hombre o de mujer? Qué le dicen? Son agradables o desagradables? Las voces lo sorprenden o lo asustan? Oye las voces cuando está dormido o despierto?."

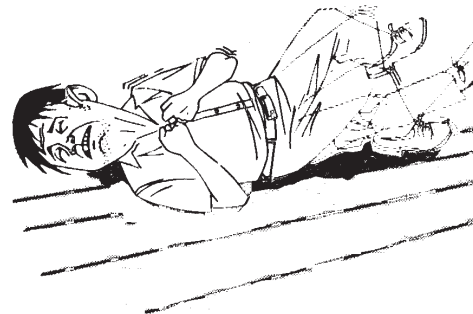
Si la persona oye las voces cuando está durmiendo se marca "NO" si las voces consisten simplemente en escuchar su nombre en forma ocasional, aún cuando no haya nadie alrededor, esto se marcará como "NO". Todas las demás situaciones se marcarán "SI".

**25. ¿HA TENIDO CONVULSIONES, ATAQUES O CAÍDAS AL SUELO, CON MOVIMIENTOS DE BRAZOS O PIERNAS; CON MORDEDURAS DE LA**

#### **LENGUA O PERDIDA DEL CONOCIMIENTO?**

Aquí se pide que el paciente haya presentado todos estos síntomas para considerar la respuesta como positiva.

**26. ¿ALGUNA VEZ LE HA PARECIDO A SU FAMILIA, SUS AMIGOS, SU MÉDICO O A SU SACERDOTE QUE USTED ESTABA BEBIENDO DEMASIADO LICOR?**





27. ¿ALGUNA VEZ HA QUERIDO DEJAR DE BEBER, PERO NO HA PODIDO?

28. ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ DIFICULTADES EN EL TRABAJO (O

ESTUDIO) A CAUSA DE LA BEBIDA, COMO BEBER EN EL TRABAJO O EN COLEGIO O FALTAR A ELLOS?



Se considera la respuesta positiva cuando el entrevistado manifieste que ha sido amonestado varias veces, suspendido o retirado del trabajo o sitio de estudios por razón de su comportamiento, falta de asistencia o bajo rendimiento ocasionados por la bebida

29. ¿HA ESTADO EN RIÑAS O LO HAN DETENIDO ESTANDO BORRACHO?

30. ¿LE HA PARECIDO ALGUNA VEZ QUE USTED BEBIA DEMASIADO?



Se embriaga usted una o más veces a la semana, o toma más de tres cervezas diarias, o más de un litro de vino, o más de tres tragos de

licor fuerte al día?

### **FLUJOGRAMA MAESTRO**

Una vez que se ha aplicado el cuestionario, y según el total de respuestas positivas obtenidas debe poderse determinar si la persona tiene una alta



probabilidad de sufrir una enfermedad mental.

En otras palabras, se podrá definir si es un "caso" o no.

Se considerará como "caso" toda persona que tenga 11 o más respuestas marcadas positivamente en las primeras 20 preguntas; o una o más respuestas positivas en el grupo de preguntas del número 21 al 30.

La capacidad para identificar "casos" mediante la aplicación del cuestionario está perfectamente validada; en cambio la capacidad para discriminar los síndromes específicos (Ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) constituye una hipótesis aún por corroborar. Sin embargo, la práctica clínica ha demostrado que esta podría ser una adecuada aproximación diagnóstica y permite sugerir su uso en la forma presente.

En otras oportunidades el paciente presente síntomas variados, lo que sugiere que existen problemas de diferentes aspectos, o que el caso presenta una dificultad mayor que la que podría manejarse con los datos que contiene este Manual. Este debe sugerir al entrevistador que debe hacer una revisión de los diversos síndromes descritos o realizar

una consulta al facilitador de práctica o supervisor. Se recomienda obtener algunos datos sobre la historia del paciente para presentarlos oportunamente al supervisor. El simple hecho de obtener esta información puede constituir una intervención terapéutica útil para el paciente, pues esto significa que se le está prestando atención a sus problemas.

## CUESTIONARIO PARA MENORES DE 14 AÑOS

### CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS RQC (NIÑOS) PARA EL NIVEL PRIMARIO

FECHA \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO : M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_  
 COLEGIO \_\_\_\_\_ NUNCA FUE \_\_\_\_\_ AUN VA \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL NIÑO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_  
 FECHA BARRIO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE EDAD SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 RAZON DE CONSULTA \_\_\_\_\_

## GUÍA DE ESTUDIO N° 3

### DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

N°	PREGUNTAS	SI	NO	Pun
1	El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?			
2	El niño duerme mal?			
3	El niño en algunas ocasiones ha tenido convulsiones o caídas al suelo sin razón?			
4	Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?			
5	El niño ha huido de la casa frecuentemente?			
6	Ha robado cosas en la casa?			
7	Se asusta o se pone nervioso sin razón?			
8	Parece como retardado o lento para aprender cuando se compara con otros niños de su misma edad?			
9	El niño casi nunca juega con otros niños?			
10	El niño se orina o defeca en su ropa?			
	<b>TOTAL</b>			

\* Si una sola de las preguntas es respuesta positiva (si) remitir al puesto de salud más cercano.



## CUESTIONARIO DE SINTOMAS SQR (ADULTOS) PARA NIVEL PRIMARIO

N°	PREGUNTA	SI	NO	Pun
1	Tiene frecuentes dolores de cabeza?			
2	Tiene mal apetito?			
3	Duerme mal?			
4	Se asusta con facilidad?			
5	Sufre de temblor en las manos?			
6	Se siente nervioso tenso o aburrido?			
7	Sufre de mala digestión?			
8	No puede pensar con claridad?			
9	Se siente triste?			
10	Llora usted con mucha frecuencia?			
11	Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?			
12	Tiene dificultad para tomar decisiones?			
13	Tiene dificultad en hacer su trabajo ? (sufre UD con su trabajo)			
14	Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?			
15	Ha perdido interés en las cosas?			
16	Siente que usted es una persona inútil?			
17	Ha tenido la idea de acabar con su vida?			
18	Se siente cansado todo el tiempo?			
19	Tiene sensaciones desagradables en su estomago?			
20	Se cansa con facilidad?			
Si hay 11 o más respuestas positivas de la 1 a la 20 existe riesgo de DEPRESION O ANGUSTIA.				
21	Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?			
22	Es usted una persona mucho más importante que lo que Piensan los demás?			
23	Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?			
24	Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?			
Si alguna pregunta de la 21 a la 24 es positiva existe riesgo de PSICOSIS				
25	Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, mordedura de lengua o pérdida de conocimiento			
Si la respuesta es si existe riesgo de EPILEPSIA				
26	Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su medico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?			
27	Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?			
28	Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo, estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo, colegio, o faltar a ellos ?			
29	Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?			
30	Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?			
Una sola respuesta afirmativa es alto riesgo de sufrir ALCOHOLISMO				





El diagnóstico comunitario de salud mental es un análisis colectivo de las necesidades, problemas y recursos de una comunidad o grupo que realiza la enfermera(o) a través de la observación y búsqueda directa de estos, utilizando mapas de la localidad, aplicación de cuestionarios de detección precoz de alteraciones de la salud mental como el SQR, RQC, cuestionarios de detección del maltrato, en busca de acciones para mejorar la capacidad de respuesta de las comunidades ante una amenaza determinada

### Logros

El estudiante aplicará el cuidado de enfermería en la detección de posibles alteraciones de la salud mental comunitaria a fin de elaborar programas de promoción de un estilo de vida saludable y prevención de las alteraciones de la salud mental en el individuo y la colectividad.

### Competencias a desarrollar

1. Interpretativa
  - Clasifica los riesgos y recursos de una comunidad determinada
2. Argumentativa
  - Construye un plan de acción para abordar la problemática de salud mental encontrada en una comunidad
3. Propositiva
5. Desarrolla el plan de acción para mejorar la salud mental de la comunidad en estudio
4. Axiológica
6. Muestra interés en restablecer la salud mental de los individuos de la comunidad

### Instructivo

- a. Forme grupos de tres estudiantes y consulte en la biblioteca, o Internet los siguientes conceptos.
- b. Presente en la siguiente clase en forma de exposición
- c. Realice un mapa de riesgo y recursos de la Universidad del Magdalena.
- d. Aplique e interprete los cuestionarios de detección de alteración de la salud mental
- e. Entregue al docente un trabajo con los riesgos encontrados, Priorización y plan de acción para abordar los problemas de salud mental detectados (se acepta escrito a mano con buena letra y buena ortografía).

### Desarrollo

1. Consulte acerca del mapa de riesgo y recursos
2. Consulte las clases de riesgos
3. Enumere los pasos a seguir para elaborar un mapa de riesgo
4. Consulte acerca de los instrumentos utilizados para medir el riesgo en la salud mental en el individuo y la colectividad.
5. Aplique los cuestionarios que evidencian alteración de la salud mental SQR. RQC

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ACISAM Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental - -. Propuesta de Intervención Comunitaria en Comunidades Afectadas por Desastres. San Salvador, El Salvador, 2001.
- ALZATE, Alberto. Panorama conceptual y antecedente de los sistemas de información en salud. En: Colombia Médica. 1993. N° 24 p. 80- 85.
- ARANGO, Claudia G. Tabla de códigos para el mapeo situacional de Mojica. Cali: Forjar, 1995.
- ARBELÁEZ M., María Patricia y RUIZ B., Isabel Cristina. Vigilancia epidemiológica. Indicadores: Mapeo de riesgo. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, OPS. 1994.
- CENTRO DE ATENCION REHABILITACION INTEGRAL (CARI). Serie De Talleres Para La Prevención Integral De La Salud Mental. Barranquilla. 1998.
- DANE. Censos de población. Colombia. 1973 y 1985.
- DANE. La pobreza en Colombia. Bogotá. 1989. T1. p. 474-479.
- GÓMEZ C., Camila. Mojica: Una experiencia que vale la pena repetir. Cali: Forjar, 1995.
- GORDON, Marjorie. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. En: IYER, Patricia W. Y otros. España: Interamericana, 1993. p. 339, 430-443.
- NOJI, Eric K. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud-OPS / OMS-, 2000.
- OPS. Ministerio de Salud. Taller de expertos sobre construcción de un sistema de información de salud georreferenciado para la República de Colombia. Santafé de Bogotá, 1995.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. El Personal de Salud y la Comunidad Frente a los Desastres Naturales. Ginebra: OMS, 1989.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Protección de la salud mental en situaciones de desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Temas de salud mental en la comunidad. Editor. I. Levav. Washington. D.C. E.U.A. 1992.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Desastres Preparativos y Mitigación - Boletín No. 60 - Octubre, 1994, p 8.
- SEVILLA CASAS, Elías. Notas personales del taller de construcción de salud georreferenciado para la República de Colombia. Santafé de Bogotá. Nov. 1993.
- TOBÓN Correa Ofelia. Factores ambientales determinantes en la valoración comunitaria: mapas temáticos. Revista Indexada Lunazul. Universidad de Caldas 2006. <http://lunazul.ucaldas.edu.co>



# ANEXOS

355





# TALLER DE CRECIMIENTO PERSONAL

## Dimensiones del ser humano

El ser humano tiene cuatro dimensiones y de acuerdo a como se desarrollen estas dimensiones nos permiten crecer armónicamente de tal manera que me traigan felicidad. Estas dimensiones son:

1. Dimensión física (cuerpo, músculos, huesos)
2. Dimensión psíquica (Actitudes, libertad, sentimientos, comunicación)
3. Dimensión espiritual (Es el algo que da la esencia)
4. Dimensión trascendental (salgo de mí para relacionarme, con el medio ambiente social).

### 1. Dimensión Física

Es el cuerpo por dentro y por fuera, es el como me veo, y como me ven los demás, es poder conseguir lo que quiero.

#### Objetivos

- Conocer nuestro cuerpo (pensar, visualizar, sentir)
- Gozar el cuerpo
- Valorar nuestro cuerpo
- Comunicarnos con nuestro cuerpo recibir y dar cariño.
- Hacer caso a la intuición

### 2. Dimensión psíquica o de sentimientos

Todo sentimiento es valido, no hay sentimientos buenos y malos, sencillamente existen, la cultura nos enseña cuales son buenos o malos y comenzamos a creerlos.

Los sentimientos se dividen en:

- Prohibidos
- Permitidos: Legítimos y Rebuscados

Sentimientos Prohibidos

Son los sentimientos que tú no te das permiso a sentir, este reporta: El no sientas, si lo sientes no lo expreses.

#### Sentimientos permitidos

**Legítimos:** Los que nunca te han prohibido y en el momento adecuado lo expresas sin exagerar.

**Rebuscados:** Me permito tener pero es un sentimiento exagerado que tapa un sentimiento prohibido y es manipulativo.

El ser capaces de tener todos los sentimientos sin tener prohibidos y rebusques es SER MADURO O CRECER.

Los sentimientos prohibidos, nos quitan nuestra espontaneidad, identidad, tenemos una falsa diplomacia, no nos permite disfrutar de la vida. El tener sentimientos rebuscados es vivir pensando en lo malo que nos han hecho.

#### La comunicación

Es el intercambio de ideas e información, creencias, sentimientos y actitudes entre por lo menos dos personas, la comunicación es básica para todo tipo de persona y contribuye al desarrollo de toda relación.

#### El silencio

Es de importancia en la comunicación porque puede expresar ira, disgusto, apatía, resentimiento, pensar.

Para evitar herir sentimientos, bajar la autoestima y tener malas relaciones interpersonales debemos utilizar la CONTABILIDAD EMOCIONAL.

### Contabilidad emocional

- Es expresar verbalmente el sentimiento desde el Yo sin acusar a la otra persona por tu sentimiento. Ej.: Yo siento rabia y no (El me hace sentir rabia).
- Es unir el sentimiento con la conducta del otro que a ti te molesta. Ej : Yo siento rabia cuando tu quedas de llamarme y no lo haces.
- Proponer opciones para arreglar el problema y pedirle opciones al otro. Ej: Yo te propongo que no te comprometas a llamarme.
- Cuando se corrige a una persona por algo que ha hecho mal, critique el acto y no al ser. Ej.: Estas descuidando tus actividades en el trabajo. y no: Eres una descuidada con las actividades de tu trabajo.

El ERES se utiliza para elogiar ya que eleva la autoestima, hace sentir de que es importante y capaz, evite calificativos hirientes, irónicos, sarcásticos.

El esfuerzo entusiasta ayuda a mejorar el rendimiento y a la realización de proyectos y metas.

### Relaciones interpersonales

Son todas las acciones que hacemos como seres humanos en comunidad llevan consigo las relaciones interpersonales.

El ser humano es un ser social por naturaleza y que por lo tanto tiene que estar en continuo contacto mutuo.

En las relaciones interpersonales intervienen:

- Factores económicos y sociales
- Actitudes y personalidad
- Factores físicos externos e internos.

La personalidad característica de cada individuo influye en sus buenas o malas relaciones y en su facilidad o no de relacionarse con otros.

### 3. Dimensiones espiritual y trascendental

La persona que va subiendo en la escala de valores tiene más posibilidades de utilizar energía para bien.

Cuando paras al Trascender tienes tanto en ti que necesitas dar y fijarte en otras cosas fuera de ti mismo.

- El trascender material: lo vemos por la belleza de las cosas.
- El trascender ecológico: es la relación de lo que existe con los demás.
- El trascender social: gozar de las relaciones que tienes, es el compartir.
- El trascender espiritual: es encontrarse con tu verdadera esencia es el gozo de vivir.

## TEORÍA DE VALORES

- **TRASCENDER**      **ECOLÓGICO**  
                                 **ESPIRITUAL**  
                                 **SOCIAL**  
                                 **MATERIAL**
- **EL SER**              **INTELECTUAL**  
                                 **EMOCIONAL**  
                                 **DECISIONAL**  
                                 **FÍSICO**



- **CONTROLAR**                      **SOBRESALIR**  
    **PODER**  
    **TENER**  
    **CUMPLIR**
- **SUBSISTIR**

ESCALA IDEAL SER – TRASCENDER – CONTROLAR – SUBSISTIR.

## COMO VEO Y COMO VES MI CUERPO

### INSTRUCCIONES

1. Escribe frente a cada aspecto tu comentario.
2. Intercambia con tu compañera (o) para que apunte su percepción.
3. Dialoga con tu compañera (o) para clarificar las diferentes percepciones.

QUE EXPRESAS DE TUS

TU COMPAÑERA(O) EXPRESA

1. MANO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. OJOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. CABELLOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. SONRISA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. SENOS/TETILLA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. PESO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. VOZ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. LABIOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. PIES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ABDOMEN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. PIERNAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ESTATURA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. BRAZOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. CAMINADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. OREJAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



16. VESTIR \_\_\_\_\_

ES AGRADABLE TU EXPRESIÓN CORPORAL \_\_\_\_\_

QUE TE GUSTARIA SUPERAR DE TU FISICO \_\_\_\_\_





# HERIDAS AL AUTOESTIMA

## MATERIAL: ELABORE UN CORAZÓN DE PAPEL

### EJECUCIÓN

- **Primera parte**

Cuando lea las siguientes preguntas que aparecerán a continuación y su respuesta sea **SI** doble un pedazo de su corazón "Heridas a la Autoestima".

1. Alguien le ha dejado de elogiar por algún trabajo que ha hecho bien?
2. Se siente culpable por algo que no ha hecho?
3. Alguien le ha dicho que usted es un tonto o un idiota?
4. Alguien constantemente le ha dicho que usted es un irresponsable?
5. Le han dejado por fuera sus amigos cuando van a hacer algo?
6. Ha tenido una discusión con alguien a quien estima mucho?

Pídales que reflexionen mientras usted les pregunta: ¿Qué han deseado, sentido o pensado mientras hacían esto?. ¿Revivieron alguno de los sentimientos que tuvieron cuando realmente ocurrió el incidente?

- **Segunda parte**

Ahora cuando lea las siguientes preguntas y cada vez las respuestas sean positivas usted desdoblara un pedazo de su corazón o las "Heridas de su Autoestima". Observe si se reducen ansiedades a medida que se adelanta el ejercicio.

1. Siempre se ha sentido confiado de las decisiones que toma?
2. Algunas personas le han dicho que lo aman?
3. Ha logrado alguna meta que deseaba alcanzar?
4. Le han dicho constantemente que usted es un buen estudiante?
5. Le han dicho que usted tiene una personalidad agradable?
6. Alguien le ha dicho alguna vez que puede confiar en usted porque es responsable?
7. Alguien le ha dicho que le aprecia?
8. Alguien le ha dicho que tiene fe en usted?

Hechas las preguntas, interrogue a los participantes sobre lo que han deseado, sentido o pensado esta vez: ¿Redujo ansiedades? ¿Sintió algo calido y sentimientos similares a los que sintió cuando estas cosas sucedieron realmente?

Recuérdelos que cada uno puede herir la autoestima de alguien o ayudarlo a fortalecerla. Todos han vivenciado autoestima alta y baja.

## IDENTIFIQUE SU ESCALA DE VALORES

I. Hay un terremoto, con características especiales que va a acabar con Colombia, más no con los habitantes, quedara la tierra y las personas, nos dicen que tenemos la oportunidad de escoger 10 elementos para salvar. ¿Qué salvarías?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

II. Una persona adivina que nunca ha fallado en sus premoniciones ve tu futuro y te dice que te queda un año de vida: Di cinco (5) cosas que harías.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### **PIENSA QUE PUEDES HACER EN VIDA!**

III. Se te aparece un genio y te concede tres (3) deseos. Que pedirías?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **¿QUÉ PLANES PUEDO HACER PARA LOGAR ESTO?**

IV. Piensa en cinco (5) personas a quien tu admiras; bien sea viva o muerta, familiar o no, histórica o no y escribe sus características.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## ¿QUÉ PUEDEO HACER PARA SER LA PERSONA IDEAL?

V. Vas a pensar a la edad en que tú quieres morir \_\_\_\_\_ y después pensar en las personas que te van a rodear, piensa lo que dirán de ti cada uno después de tu muerte.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

## GLOSARIO

- **Abuso de fármacos:** Utilización voluntaria de fármacos que ocasionan a la persona serios problemas familiares, laborales, económicos, legales y de salud. A la utilización incorrecta de las medicinas prescritas o no y al uso de sustancias que alteran el estado de ánimo también se les considera abuso de fármacos.
- **Adaptación:** Habilidad de enfrentarse a la vida. En la terminología de Piaget, ajuste a la nueva información del entorno a través de procesos complementarios de la asimilación y la acomodación.
- **Adicción:** Dependencia psicológica y fisiológica al alcohol o algún otro fármaco. La persona adicta tendrá síntomas de supresión cuando deje de tomar el fármaco.
- **Afecto:** Estado de ánimo de una persona, felicidad o tristeza.
- **Ambiente:** En la terapia ambiental se cree que el medio influye en la conducta. El objetivo de un programa de terapia ambiental es modificar la conducta del paciente en forma positiva.
- **Ambivalencia:** Experimentar dos sentimientos por una misma cosa simultáneamente. Ej.: amar y odiar a la misma persona.
- **Apego:** Vinculo reciproco y duradero entre el bebe y el cuidador, cada uno de los cuales contribuye a la calidad de la relación.
- **Aprendizaje:** Cambio perdurable en el comportamiento que ocurre como resultado de la experiencia.
- **Autoconcepto:** Lo que una persona piensa de sí misma. Comprende características físicas y psicológicas.
- **Autocrítica:** Entender los motivos y la conducta de sí mismo.
- **Autoeficacia:** Sentimiento de ser capaz de superar retos y lograr objetivos
- **Autoestima:** El valor o juicio que una persona se da a sí misma.
- **Autonomía:** Ser independiente, hacer las cosas por sí mismo.
- **Autorregulación:** Control independiente del propio comportamiento del niño para adaptarse a las expectativas sociales asimiladas.

- **Beneficio secundario:** Beneficios que una persona obtiene por estar enfermo, como atención, liberación de responsabilidades o tal vez dinero por reclamo de incapacidad.
- **Bisexualidad:** Atracción sexual por mujeres y hombres.
- **Características sexuales primarias:** Órganos relacionados directamente con la reproducción los cuales crecen y maduran durante la adolescencia.
- **Características sexuales secundarias:** Señales fisiológicas de madurez sexual, (como desarrollo de los senos, y crecimiento del vello corporal) que no involucran los órganos sexuales.
- **Castigo:** En el condicionamiento operante, estímulo experimentado después de un comportamiento, el cual disminuye la probabilidad de repetir tal comportamiento.
- **Circunstancialidad:** Forma de hablar en la que es difícil entender el tema central debido a que el hablante no consigue concretarlo.
- **Cohesión:** Sentimiento de solidaridad en un grupo.
- **Conciencia:** Estándares internos del comportamiento, los cuales generalmente controlan la conducta propia y producen malestar emocional en caso de violación.
- **Conciencia de sí:** Percibir que la propia existencia y función son independientes de los de otras personas y cosas.
- **Condicionamiento clásico:** Clase de aprendizaje en el cual un estímulo previamente neutro (que en general no provoca una respuesta particular) adquiere el poder de inducir una respuesta después de que el estímulo repetidamente asociado con otro que por lo común si la induce.
- **Condicionamiento operante:** Forma de aprendizaje en el cual una persona tiende a repetir un comportamiento que ha sido reforzado o a cancelar uno que ha sido castigado.
- **Conducta:** Cualquier actividad que pueda observarse.
- **Conducta asertiva:** Manifestar confianza, tratar de obtener lo que se quiere sin perjudicar a los demás (respetar a otras personas).
- **Conflicto:** Desacuerdo entre fuerzas opuestas.
- **Confrontación:** Enfrentarse a una persona con pruebas de que no actúa en forma adecuada, legal o justificada.
- **Corregulación:** Etapa de transición en el control del comportamiento en la cual los padres ejercen una supervisión general y los niños una autorregulación continúa.
- **Crisis:** Persona que se vuelve desorganizada cuando se presenta un acontecimiento no usual, y los métodos comunes para resolver el problema no son adecuados. Se necesita ayuda para enfrentar la situación.
- **Crecimiento adolescente repentino:** Incremento acelerado en la estatura y el peso; precede la madurez sexual.
- **Cultura:** Forma general de vida de una sociedad o grupo, que incluye costumbres, tradiciones, creencias, valores, idioma y productos físicos es decir, todo el comportamiento aprendido que se trasmite de padres a hijos.
- **Chivo expiatorio:** Término utilizado generalmente en la terapia familiar. La culpa de todas las dificultades familiares recae en uno de los miembros.
- **Deshabitación:** Aumento de la respuesta tras la presentación de un nuevo estímulo.
- **Desempeñar un papel:** Técnica terapéutica en que una persona representa la parte de otra.
- **Desarrollo psicosexual:** En la teoría freudiana, una secuencia invariable de etapas del desarrollo de la personalidad durante el periodo de lactancia, la infancia y la adolescencia, en la cual la gratificación pasa de la boca al ano y luego a los genitales.
- **Desarrollo psicosocial:** En la teoría de Erikson, es el proceso del desarrollo del Yo o la personalidad influenciado social y culturalmente; consiste en ocho etapas a lo largo del ciclo vital. Cada una de las cuales gira alrededor de una crisis que puede ser resuelta logrando un sano equilibrio entre los rasgos positivos y negativos.
- **Disfunción eréctil:** Incapacidad del hombre para lograr o mantener erecto el pene para el desempeño sexual satisfactorio.
- **Ello:** Impulsos y deseos inconscientes de una persona.
- **Emociones:** Reacciones subjetivas ante la experiencia, asociadas con cambios fisiológicos y del comportamiento.
- **Empatía:** Capacidad de sentir lo que otra persona siente. Ponerse en el lugar de otra persona.
- **Enfoque conductista:** Enfoque del estudio del desarrollo cognitivo basado en la teoría del aprendizaje, la cual está relacionada con la mecánica básica del mismo.
- **Enfoque piagetiano:** Enfoque del estudio del desarrollo cognitivo basado en la teoría de Piaget, la cual describe las etapas cualitativas o cambios típicos en la función cognitiva de niños y adolescentes.

- **Enfoque psicométrico:** Enfoque del estudio del desarrollo cognitivo que busca medir la cantidad de inteligencia que una persona posee.
- **Egocentrismo:** En la terminología de Piaget, incapacidad para considerar el punto de vista de otra persona; una característica del pensamiento preoperacional.
- **Escala de desarrollo infantil de Bayley:** Prueba estandarizada del desarrollo mental y motor de los bebés.
- **Escala de inteligencia Stanfor – Binet:** Prueba individualizada de inteligencia empleada para medir la memoria, la orientación espacial y el juicio práctico.
- **Escala Wechsler de inteligencia:** Prueba individualizada de inteligencia para niños de 3 – 7 años de edad que arroja puntajes verbales y del desempeño independiente además de un puntaje combinado.
- **Espermarca:** Primera eyaculación en el varón
- **Estado mental:** Procedimiento estandarizado para evaluar el funcionamiento psicológico de una persona. Incluye factores como aspectos, memoria, estado de ánimo, capacidad de abstracción e inteligencia.
- **Estrés:** Algo que ocasiona tensión, la cual crea ansiedad.
- **Etapas germinal:** Primeras dos semanas de desarrollo prenatal, caracterizadas por la rápida división celular, la creciente complejidad y la diferenciación e implantación en la pared uterina.
- **Etapas sensoriomotora:** En la teoría de Piaget, primera etapa del desarrollo cognitivo, durante la cual los niños menores de dos años aprenden por medio de su actividad motriz y de sus sentidos en desarrollo
- **Eventos normativos de la vida:** En el modelo de ocurrencia oportuna de eventos, experiencias vitales esperadas normalmente que ocurren en tiempos oportunos.
- **Factores de riesgo:** Condiciones que aumentan la posibilidad de un resultado negativo en el desarrollo.
- **Familias tradicionales:** Familias que incluyen una pareja casada y sus hijos biológicos o niños adoptados en sus primeros meses de vida.
- **Fármaco dependencia:** Dependencia psicológica y fisiológica al alcohol o algún otro fármaco. La persona adicta tendrá síntomas de supresión cuando deje de tomar el fármaco. Se utiliza más este término que adicción.
- **Fenotipo:** Características observables en una persona.
- **Frecuencia:** Magnitud del problema, se elegirán aquellos problemas más comunes y frecuentes que otros.
- **Genotipo:** Composición genética de una persona, que contiene tanto las características como las no expresadas.
- **Geriatría:** Estudia los cambios fisiológicos y patológicos que se producen en el ser humano en el envejecimiento y la vejez.
- **Gerontología:** Es la ciencia que estudia el envejecimiento del Ser Humano y sus diversos aspectos biológico, psicológico y social.
- **Gravedad:** Impacto del problema. Deben elegirse aquellos problemas que produzcan mayor daño a la población o al individuo.
- **Grupo étnico:** Grupo unido por el ancestro, raza, religión, idioma y/o nación de origen, los cuales contribuyen a un sentimiento de identidad compartida.
- **Habitación:** Tipo simple de aprendizaje en el cual la familiaridad con un estímulo reduce una respuesta, la hace más lenta o la suprime.
- **Habilidades motrices finas:** Habilidades motrices en las que participan los músculos pequeños y la coordinación óculo – manual.
- **Habilidades motrices gruesas:** Habilidades físicas en las que participan los grandes músculos
- **HOME:** Instrumento para medir la influencia del entorno domiciliario sobre el crecimiento cognitivo de los niños.
- **Homosexual:** Persona atraída sexualmente por otra de su mismo sexo.
- **Imagen corporal:** Creencias descriptivas y evaluativas acerca de la propia apariencia.
- **Incesto:** Tener relaciones sexuales con los miembros de la familia.
- **Innatismo:** Teoría según la cual los seres humanos poseen una capacidad natural para la adquisición del lenguaje.
- **Inteligencia cristalizada:** Tipo de inteligencia que implica la capacidad de utilizar y recordar información. Depende de la educación y del contexto cultural.
- **Inteligencia emocional:** Capacidad para comprender y regular las emociones.
- **Inteligencia fluida:** Tipo de inteligencia que se aplica a problemas nuevos y es relativamente independiente de las influencias educativas y culturales

- **Intimidación:** Agresión deliberada y persistente dirigida hacia un objetivo o víctima particular, quien por lo general es débil, vulnerable e indefenso.
- **Jerarquía de necesidades:** En la terminología de Maslow, un orden estratificado de necesidades que motivan el comportamiento humano.
- **Línea ayuda o de urgencia:** Servicio telefónico de asesoramiento en caso de crisis.
- **Maltrato:** Maltrato u olvido de niños, mujeres, ancianos dependientes o violación de sus derechos personales
- **Manipulación:** Conseguir que alguien haga algo cuando esa persona, generalmente, no planearía o se ofrecería para hacerlo.
- **Masoquismo:** Obtener placer sexual al ser lastimado o maltratado por otra persona.
- **Masturbación:** Acariciar o tocar los genitales por placer.
- **Mecanismo de defensa:** Forma en que una persona resuelve los conflictos y las tensiones que resultan de situaciones embarazosas, dolorosas o amenazantes. La protegen de la ansiedad y son inconscientes.
- **Menarca:** Primera menstruación en la mujer.
- **Menopausia:** Cesación de la menstruación y la capacidad de concebir hijos; típicamente se presenta alrededor de los 50 años.
- **Modificación de la conducta:** La conducta se cambia castigando o premiando al individuo.
- **Negación:** La mente se rehúsa a creer la verdad.
- **Nido vacío:** Fase de transición de la crianza que sigue al momento en que los hijos abandonan el hogar de los padres.
- **Niños difíciles:** Niños con un temperamento irritable, ritmos biológicos irregulares e intensas respuestas emocionales.
- **Niños dóciles:** Niños con un temperamento generalmente feliz, ritmos biológicos regulares y disposición para aceptar las nuevas experiencias.
- **Niños indecisos:** Niños cuyo temperamento es generalmente suave pero dudan respecto a la aceptación de las nuevas experiencias.
- **Operaciones formales:** Según la teoría de Piaget, etapa final del desarrollo cognitivo caracterizado por la capacidad para pensar de manera abstracta.
- **Pensamiento posformal:** Tipo de pensamiento maduro basado en la experiencia subjetiva, la intuición y la lógica; esa útil para enfrentar la ambigüedad, la incertidumbre, la incoherencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso.
- **Percepción:** Forma en que una persona mira los acontecimientos y a los demás.
- **Personalidad:** Pensamientos, sentimientos y conductas que hacen de una persona un individuo único.
- **Perspectiva cognitiva:** Visión del desarrollo relacionada con los procesos del pensamiento y el comportamiento que refleja tales procesos.
- **Perspectiva psicoanalítica:** Concepto del desarrollo relacionado con las fuerzas inconscientes que motivan el comportamiento.
- **Problema:** Eventos que comprometen el bienestar del individuo o el grupo social.
- **Profecía de la autorrealización:** Falsa expectativa o predicción del comportamiento que suele convertirse en realidad porque conduce a las personas a actuar como si fuera cierta.
- **Pruebas de cociente intelectual:** (CI) Pruebas psicométricas que intentan medir la inteligencia que posee una persona comparando su desempeño con normas estandarizadas.
- **Psicodrama:** El uso del teatro (personajes, guión y ambiente) como una forma de terapia. Los pacientes y miembros del personal asumen los papeles para concentrarse en los problemas relacionados con una conducta desadaptada.
- **Reacciones circulares:** Procesos por medio de los cuales un bebé aprende a reproducir los sucesos deseados, originalmente descubiertos por casualidad.
- **Refuerzo:** En el condicionamiento operante, estímulo experimentado luego de un comportamiento, el cual aumenta la probabilidad de repetir este último.
- **Retroalimentación:** Información que se da a una persona sobre su conducta.
- **Sadismo:** Obtener placer sexual al hacer daño físico o mental a otra persona.
- **Senectud o senilidad:** Período entre los 76 hasta el final de la existencia marcado por cambios en el funcionamiento físico asociados al envejecimiento.

- **Senescencia:** Es el período de envejecimiento que habitualmente se extiende desde los 60 a los 75 años.
- **Sentimientos de culpa:** Sentirse mal por lo que uno ha hecho o pensado.
- **Suicidio:** Quitarse la vida.
- **Superyo:** Comúnmente, el conciente de una persona. Por lo general, refleja los valores enseñados por los padres y las reglas de la sociedad.
- **Temperamento:** Disposición característica de un individuo o estilo propio para enfrentar y reaccionar ante otras personas y situaciones
- **Terapéutico:** Algo que origina cambio y mejoría.
- **Tipificación de género:** proceso de asociación a través del cual los niños aprenden a temprana edad los respectivos papeles de género
- **Vulnerabilidad:** Susceptibilidad de cambio del problema. La vulnerabilidad del problema depende de los recursos que se tengan para enfrentarlos. Se recomiendan problemas fáciles de controlar.
- **Wais:** escala de inteligencia para adultos que produce puntajes verbales y de ejecución, así como puntaje combinado.
- **Yo ideal:** El yo que a uno le gustaría ser.
- **Yo real:** El yo que uno realmente es.
- **Zigoto:** Organismo de una sola célula resultante de la fertilización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAD, Miguel. Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relación entre la convivencia ciudadana y la nueva condición juvenil en Colombia. Santiago de Chile, CIDPA, 2003.
- ACISAM Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental - -. Propuesta de Intervención Comunitaria en Comunidades Afectadas por Desastres. San Salvador, El Salvador, 2001.
- ALMY, T.: El conducto digestivo en el estrés y en el trastorno psicossocial, Barcelona, Salvat, 1979.
- ALZATE, Alberto. Panorama conceptual y antecedente de los sistemas de información en salud. En: Colombia Médica. 1993. N° 24 p. 80- 85.
- AMM, Manual de declaraciones: declaración de Hong Kong de la asociación médica mundial sobre el maltrato de ancianos Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, setiembre de 1989
- ANDRÉ CH, LELORD F. La autoestima. Editorial Kairós. Barcelona, 1999.
- APGAR V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953; 32: 260-267.
- APGAR V. The newborn (Apgar) scoring system. Pediat Clin N Am 1966. 13: 645-650.
- ARANGO, Claudia G. Tabla de códigos para el mapeo situacional de Mojica. Cali: Forjar, 1995.
- ARBELÁEZ M., María Patricia y RUIZ B., Isabel Cristina. Vigilancia epidemiológica. Indicadores: Mapeo de riesgo. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, OPS. 1994.
- BARAJAS, C., DE LA MORENA, M. L., Fuentes, M. J. y González, A. M. Perspectivas sobre el Desarrollo Psicológico: Teoría y Práctica, Editorial Pirámide Madrid. 1997
- BARRETOS Andres, El consejero telefónico: Algunos fundamentos teóricos y técnicos para brindar apoyo y orientación. Universidad de los Andes. de Bogotá, DC 1997.
- BARUDY, J. El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós, Barcelona. 1998
- BARUDY, Jorge. "Maltrato Infantil: ecología social. "Prevención y reparación". Ed. Galdoc. Santiago, Chile. 1999
- BASU, Kaushik y TZANNATOS Zafiris "The Global Child Labor Problem: What Do We Know and What Can We Do?", CAE Working Paper #03-06. 2003
- BAYLEY N. Manual for the Bayley scales of infant development. California, 1969.
- BAZO ROYO MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2001; p 8-14.
- BEECH, H. R.: Tratamiento del estrés, un enfoque comportamental, Madrid, Alhambra, 1986.
- BELSKY, J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Paraninfo, CÍFICA 2001
- BERGER, I; ESTERLIZI, R. & MARÍN, F Instrumentos de evaluación del desarrollo EE.UU.: The Psychological Corporation. 1996.
- BERK, L.E. Desarrollo del niño y del adolescente. Madrid, Prentice Hall Iberica. 4ª ed. \*159.922 BER .1999
- BERMEJO FP. Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos. Barcelona. SG Editores. 1993
- BRAIER, E. A. Psicoterapia breve. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1999
- BRENSON, Gilbert. El Reino de lo Nuestro. Ed. Tercer Mundo, Bogotá, 1980
- BUCHER, Jean. "La Experiencia de la Palabra en Heidegger". Editorial Ariel, S.A. Segunda edición. Santafé de Bogotá. Agosto de 1996.
- BUELA- Casal, Gualberto. CABALLO, Vicente. SIERRA, Juan Carlos, 1996. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Siglo veintiuno editores, España.
- BUENDIA Vidal, José. Estrés y psicopatología. Ediciones Pirámide, España. 1993
- BURNS RB. El autoconcepto. Ediciones EGA. Bilbao, 1990.
- BURNS, G. El empleo de metáforas en psicoterapia. Ediciones Masson. Madrid. 2002
- CÁCERES J., Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana, Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1990
- CANTON DUARTE, J., Cortés, M "Guía para la evaluación del abuso sexual infantil" Ed. Pirámide. Madrid. . 2000
- CARRETERO, M. Palacios, J. Marchesi, A. Psicología Evolutiva. Tomo 3. Adolescencia, Madurez y Senectud. Compilación. Editorial Alianza – Psicología. Madrid. 1986 155.5 p974v3 e1
- CASALS, I. Sociología de la ancianidad. Madrid: Mezquita, 1982.

- CENTRO DE ATENCION REHABILITACION INTEGRAL (CARI). Serie De Talleres Para La Prevención Integral De La Salud Mental. Barranquilla. 1998.
- CHARLOTTE ELIOPOULOS, RNC, PhD Holistic Nurse: Teacher, Leader, Author. , Elsevier Article Locator Volume 20, Issue 3, Pages 162-163. www.chronicpractice.com
- CIFUENTES, E., Informe Sobre los Derechos Humanos de la Niñez en Colombia durante el año 2001, Bogotá: Defensoría del Pueblo. 2001
- CIIMENT Carlos, ARANGO Maria Victoria De. Manual de salud mental y psiquiatría para trabajadores de atención primaria. , Organización Panamericana de la Salud.. Revista Colombia Medica Vol. 36 N° 4, 2005 (Octubre-Diciembre) pág. 25-55.
- CINDE - Programa Presidencial Colombia Joven - Universidad de Manizales - GTZ - UNICEF. Construcción de Políticas de Juventud. Bogota, 2004.
- CODERCH, J. (2001): La relación paciente terapeuta. Ediciones Paidós. Barcelona.
- COLES Robert, La Inteligencia Moral de los Niños: Cómo Criar a un Niño Moral Nueva York: Penguin Putnam, 1998, el pp. 177-178.
- CONTEL JC, GONZÁLEZ M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. Enfermería Clínica 1995; 5(5): 205-11.
- CORRAL, A. GUTIERREZ, F. Y HERRANZ, M.P. Psicología evolutiva, vol I. Madrid, UNED, \*159/92. 1997
- CORSI, J. Y PEYRÚ, G. (coord.), Violencias sociales, Ariel editorial, Bs. As. 2003
- DANE. Censos de población. Colombia. 1973 y 1985.
- DANE. La pobreza en Colombia. Bogotá. 1989. T1. p. 474-479.
- DAVIS, Flora; La comunicación no verbal, Alianza, Madrid, 2002, 23 Edición.
- DE CLERQ M, DUBOIS V. Crisis interventions models in the French-speaking countries. Crisis.2001; 22 (1): 32-4
- DE LAS HERAS Carmen Gloria. Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana Capítulos Estados de cambio, Principios de intervención, Resumen proceso de remotivación. Editado por Reencuentros Chile. 2004
- DE LOS RÍOS, Rebecca. "Género, Salud y Desarrollo: Un enfoque en construcción. Publicado En: Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Publicación científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 1993 p. 1.
- DIYER, Patricia, TAPLICH, Barbara y BERNOCCHI, Donna. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. España: Editorial Interamericana, 1993. 453 p.
- DULCEY – RUIZ y col. Envejecimiento: Experiencias y Perspectivas. Simposio AIG sobre el Envejecimiento. 1995. Editorial AIG. Santa Fé de Bogotá. 1996.
- Durán, E. Niños y jóvenes en la Colombia de hoy. Bogotá. PRIAC. 1995
- DURAVIA, Luis. La Dimensión Psicoafectiva de la Personalidad. Indo-American Press Service-Editores. Colección Experiencias No. 92. Bogotá. 1989 .
- ECHEBURUA, E., GUERRICA ECHEVARRÍA C. Abuso sexual en la infancia: víctima y agresores". Un enfoque clínico. Ed. Ariel. Barcelona. 2000
- ECHEVERRY, A. Ligia. Familia y Vejez: Realidad y Perspectiva en Colombia. Tercer Mundo Editores. Santa Fé de Bogotá. 1994
- ELIOPOULOS CHARLOTTE . Gerontological Nursing. Lippincott Williams & Wilkins | 2004 ISBN: 9780781744287. charlotte@healthed.net
- ELKIND, D. The Power of Play: How Spontaneous, Imaginative Activities Lead to Happier and Healthier Children Boletín electrónico CAMP American Association. 2000. <http://www.campparents.org/giftcamp.php>.
- ELKIND,D., "La educación en el siglo 21: hacia la renovación del pensamiento", Nueva Nueva York: Teachers College, Columbia University del 10-11 de febrero de 1994.
- ERIKSON Erik, "Identidad, Juventud y Crisis, Buenos Aires, Editorial Paidos. Buenos Aires, 1968
- ERIKSON Erik, "Identidad, Juventud y Crisis, Buenos Aires, Editorial Paidos. Buenos Aires, 1968
- ERIKSON Erik, Infancia y Sociedad, Buenos Aires, Editorial Paidos. 1950
- ERIKSON, E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós, 2ª edición. 1974.
- ESTRADA, L. El ciclo vital de la familia. Grijalbo: México. 2003. pág. 131
- EVERLY Gs Jr. Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. Int J Emerg Ment Health. 2002 Summer;4 (3): 139-41
- FAWCETT, J. Y DOUNS, F. Modelos conceptuales, teoría e investigación, en The Relationnsship of Theory and Research. Tr. por: Virginia López Casados, 2a. ed. Philadelphia: F.A. Davis
- FERNÁNDEZ de Castro M, La otra historia de la sexualidad, Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1990
- FERNÁNDEZ Liria, A. Intervención en crisis. síntesis. Madrid. 2002
- FERNÁNDEZ Millán, j. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Ed. Pirámide. Madrid. 2005
- FERNÁNDEZ, Carlos Fernando Encuesta Nacional de Demografía y Salud, título del artículo País de madres adolescentes Periódico EL TIEMPO, ciudad de Bogota edición del día martes 22 de noviembre del 2005, Pg. 1-2 Primer plano.4 columnas.
- FERNÁNDEZ, H. "Criterios básicos para la intervención jurídica en maltratos y abuso sexual infantil". SENAME. Santiago, Chile. 2000.
- FERNÁNDEZ, Juan, Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género, Pirámide, Madrid, 1998
- FIORINI, H. Teoría y técnicas de psicoterapias. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1997
- FISAS, V.: Cultura de paz y gestión de conflictos. Barcelona: Icaria / UNESCO. 1998
- FISCH, R. La táctica del cambio. Herder. Barcelona. 1984
- FONNEGRA DE JARAMILLO. Isa. De cara a la muerte -Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente-. Barcelona: Andrés Bello de España, S.L., 2001.
- FONNEGRA I. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. Fundación Omega. Texto N° 5. Bogotá – Colombia. 1989.
- FRANCO ZAFRA Ana Sofía y col. Lo invisible en las mujeres gestantes. AUPEC Revista ciencia al día. Universidad del Valle. Cali 2001. [glacanav@univalle.edu.co](mailto:glacanav@univalle.edu.co).
- FREUD, Anna. El Yo y los mecanismos de defensa, Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. ISBN 9788475090245. 1980
- FREUD, S.: (1915) Lo Inconsciente. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- FREUD, S.: (1916-7) Lecciones Introductorias al Psicoanálisis. Amorrortu, Bs. Aires, 1987.
- FREUD, S.: (1921) Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- FREUD, S.: (1923) El Yo y el Ello. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- FUNDACION PANIAMOR Duelo: cuando se pierde lo querido. Aportes temáticos Nro. 2-98. 27 de junio de 1997. [www.paniamor.or/novedades/aportes/duelo](http://www.paniamor.or/novedades/aportes/duelo)
- GAJA Jaumeandreu R. Bienestar, autoestima y felicidad. Plaza & Janés Editores. Barcelona, 1999.
- GALLARDO C J. TRIANES T MV. El desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en la adultez y en la vejez Universidad del la Rioja 2004, ISBN 84-368-1908-X , pags. 345-370.
- GALTUNG, Johan. Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación y resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Bilbao: Bakeaz y Gernika Gogoratuz. Colección Red Gernika nº6. 1998. 132p.
- GARAIGORDOBIL Landazabal M. Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos. Ediciones Pirámide. Madrid, 2000.
- GARBARINO, J., KOSTELNY, K. Los malos tratos infantiles como problema comunitario. 1992. Anuario de psicología: NO. 53, 137-148.
- GARCIA HERNANDEZ, A. Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. 2002. [webpages.ull.es/users/almigar/confere](http://webpages.ull.es/users/almigar/confere)
- GARCIA MADRUGA, J.A. Y Pardo De León. P. Psicología evolutiva, vol II. Madrid, UNED. \*159/92. 1997
- GARCÍA VELÁSQUEZ MA, , Un anciano sano: plan de cuidados. Gerokomos, vol. 13, nro. 1, pág. 17, 2002.



- GARRY, Maryanne & LOFTUS, Elizabeth, I am Freud's brain, Committee for the Scientific Investigation of Claims of the Paranormal. 2004
- GEROKOMOS, Revista de la sociedad española de enfermería, geriatría y gerontología, vol. 12. N<sup>o</sup>, enero 2001.
- GIACCHI URZAINQUI Alain, LEGARRA ZUBIRÍA Aranzazu María . El duelo ante la muerte de un allegado: atención de enfermería. Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 26, N<sup>o</sup>. 12, 2003, pág. 54-58
- GOGNA, M. (coord.): Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo, Buenos Aires, Consorcio latinoamericano de programas en salud reproductiva y sexualidad, 2001.
- GOLDSON E. Desarrollo y comportamiento del niño en, diagnóstico y tratamiento pediátricos. Hay W y cols. 12 ed. Manual moderno; 2002, 63-93.
- GOLDSTEIN, W. Iniciación a la psicoterapia. Alianza Editorial. Madrid. 2001
- GÓMEZ A. S. El síndrome alcohólico fetal: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento. Universidad de Alcalá de Henares; Clínica Medico Forense de Alcalá de Henares (Madrid) Dic 2003. Revista Esp. Vol 3 pág. 4.
- GÓMEZ C., Camila. Mojica: Una experiencia que vale la pena repetir. Cali: Forjar, 1995.
- GONZÁLEZ MONTALVO JI, RODRÍGUEZ MAÑAS L, RUIPÉREZ CANTERA I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los enfermos externos en un servicio de Geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-33.
- GORDON, Marjorie. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. En: IYER, Patricia W. Y otros. España: Interamericana, 1993. p. 339, 430-443.
- GROLLMAN, Earl A. Vivir cuando un ser querido ha muerto. Barcelona: Editorial 29, 1993.
- GRÜNBAUM, Adolf, *Precis of The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*, Behavioral and Brain Sciences, 1986, p 9.
- GUTREIMAN Ana M. LORENZETTI Silvana, BORGESI Gabriela. "Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar" 3 Congreso de atención primaria de la salud, ciudad de Buenos Aires 2005.
- HALEY, J. Estrategias en psicoterapia. Toray. Barcelona. 1987
- HOFFMAN, L., PARIS, S. Y HALL, E. Psicología del desarrollo hoy. Vol 1 Madrid: Editorial McGraw-Hill. 1995
- HOFFMAN, Lois y Otros. Psicología del Desarrollo Hoy. Volumen 2. Editorial McGraw-Hill. Sexta Edición. Madrid. 1986 .
- HUDSON O'HANLON, W. En busca de soluciones. Paidós. Barcelona. 1993
- ISACS A. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Ed. McGraw - Hill/ Interamericana España. 1998
- ISLA MOLINA, B. Percepción de la muerte a lo largo de la vida. Trabajo de investigación de la universidad de la frontera, Temuco, Chile, en el curso de desarrollo psicológico. 2002. www.monografias.com
- JACKSON, Don. Comunicación, Familia y Matrimonio. Ed Nueva Visión, Buenos Aires. 1999
- JAISON, B. La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. desclée de brouwer. Bilbao. 2006
- JARAMILLO Martha, Prevención, control y atención de accidentes. UNICEF. 1996
- JULIAN S.C. et al Valoración psicofísica del anciano. Revista Rol de Enfermería. No. 206n 17.20. Madrid, 1995
- KALISH, Richard. LA Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. Ediciones Pirámide. Madrid. 1983
- KANE RA, KANE RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores; 1993.
- KEENEY, B. & ROSS, J. Construcción de terapias familiares sistémicas. Buenos Aires: Amorrortu. 1987
- KELLY, J., Asuntos en el milenio. Una perspectiva global. En CUENCA, M., Ocio y desarrollo humano, Propuestas para el 6<sup>o</sup> Congreso Mundial de Ocio. Universidad de Deusto, Bilbao, 2000
- KIMELMAN M, LEOZ M. Conociendo su Bebé. Video R.P.I 91633 Santiago 1994.
- KIMELMAN M, NUÑEZ C, HERNÁNDEZ G, CASTILLO N, PÁEZ J, BUSTOS S y cols. "Construcción y evaluación de pauta de riesgo relacional madre recién nacido. Revista Médica Chile 1995; 123: 707-12.
- KIMELMAN Mónica. Niños felices desde su concepción, Facultad de medicina. Universidad de Chile, Boletín Tomo V / Edición mensual N<sup>o</sup> 50 / Agosto 2005.
- KLEINKE, C.L. Principios comunes en psicoterapia. desclée de brouwer. Bilbao.1995
- KNAPP, Mark; La Comunicación no verbal, Paidós, Barcelona, 2001, 7 Edición.
- KNOBEL, M. Psicoterapia breve. Paidós. Barcelona. 1987
- KOHLBERG. Lawrence Psicología y psicología moral en la actualidad. en: Revista de Historia de la Psicología. Vol. IX 1988, pp. 173-209.
- KOLHBERG, L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Biblioteca de Psicología. 1992.
- KOLHBERG, L.; POWER, F.C. Y HIGGINS, A. La educación moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa. 1997
- KRIEGER, Nancy. Glosario de epidemiología social. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.
- KUBLER-ROSS, E.. Sobre la muerte y los moribundos. Edit. Grijalbo, Barcelona. 1989
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. Morir es de vital importancia -Transcripción de la conferencia pronunciada en Barcelona el 11 Nov. 1992-. Barcelona: Luciérnaga, 1995.
- LABRADO, FRANCISCO J.; El Estrés. Nuevas Técnicas para su control; Ediciones.Temas de hoy 1992
- LABRADOR F., Guía de la Sexualidad, Madrid. Espasa Calpe. 1995.
- LAMBERTI, S "Maltrato infantil: Riesgos del comportamiento profesional". Buenos Aries (Argentina) Ed. Universidad. 2003.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Bertrand, Diccionario de Psicoanálisis, Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Paidós. ISBN 8449302552/ ISBN 8449302560. 1996
- LAURIE Annie, CURRY Virginia. Enfermería Psiquiatría Y Salud Mental. Editorial Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1987. Pág. 1 - 16.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. El Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Editorial Martinez Roca. 1986.
- LAZARUS, R.S. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. American Psychologist, 46, 819-834. 1991
- LEFEVRE, M.; DUPUIS, A. juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona. 1995.
- LEMME, H. Desarrollo en la edad adulta. México: Manual Moderno. 2003
- LEVI, G. Historia de los jóvenes. Capitulo. 9, pp. 419-453. Madrid: Taurus. 1996
- LINDOSO T, VALENCIA S, FERNÁNDEZ A, ÁLVAREZ S, ÁLVAREZ JA. Monitorizar un programa de atención domiciliaria. Rev Rol Enfermería 1994; 188: 13-16
- LONDROÑO M.L., Ética de la ilegalidad. Visión de género y valores reproductivos. Ed. Iseder. Cali, 1994.
- LÓPEZ Ibor, ALIÑO, Juan J. & VALDÉS Miyar, Manuel (dir.), DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Editorial Masson. ISBN 9788445810873. 2002
- LORENZ, Konrad y LEYHAUSEN, Paul, Biología del comportamiento. Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad, Ed. Siglo XXI.1973.
- LORENZ, Konrad.. "On Agressión "Ed. Harcourt Brace. San Diego, Estados Unidos de Norteamérica. 1966
- LUCE, BETTMAN, J.R., PAYNE, J.W. Choice processing in emotionally difficult decisions. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 23, 384-405. 1997
- LUCE, M.F. PAYNE, J.W. Y BETTMAN, J.R. Coping with un favorable attribute values in choice. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 81(2), 274-299. 2000
- LUCE, M.F., PAYNE, J.W. Y BETTMAN, J.R. Emotional trade off difficulty and choice. Journal of Marketing Research, 36, 143-159. 1999.
- MARRINER Ann. RAILE Martha. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. España. Gafos S.A. 2002
- MARRINER Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Editorial: Elsevier España

Edición: 6ª. ISBN: 84-8174-644-4 PAGINAS: 688. AÑO: 2003

- MASLACH, C Y JACKSON, S. E.. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. Versión española en TEA Ediciones. 1986.
- MCKINLEY, T., Medida de la contribución de la cultura al bienestar humano: los indicadores culturales del desarrollo, en Informe Mundial sobre la cultura, Ediciones UNESCO/CINDOC, ACENTO EDITORIAL, Madrid, 1999, p. 322
- MEDINA, J. L. la pedagogía del cuidado. saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: laertes. 1999
- MELILLO A, SUÁREZ Ojeda EB (compiladores). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Ediciones Paidós Ibérica. Buenos Aires, 2001
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL COLOMBIA. Discapacitados, Sin Maestros Ni Aulas
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Estudio piloto sobre discapacidad. Bogotá. 1993.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Programa y planes de educación sexual. Resolución 03353 de 1993.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Documentos básicos de salud mental. Promoción y prevención. Bogota. D.C. 1998- 2005.
- MINISTERIO DE SALUD Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1997, , 1999.
- MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Encuesta CAPS sobre salud materno-infantil 1986-1989. Bogotá. 1990.
- MINISTERIO DE SALUD. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Capacitación en salud para el cuidado del anciano. Santa Fe de Bogotá, 1996
- MINISTERIO DE SALUD. La Carga de la Enfermedad en Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1994
- MINISTERIO DE SALUD. La salud en Colombia. 10 años de información. Bogotá. 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos. Bogotá. 2000.
- MINISTERIO DE SALUD-INS. Informe Epidemiológico Nacional. Vol 2. No 1. 1997.
- MINISTERIO DE SALUD-INS. Informe Epidemiológico Nacional. Vol 3. No 1. 1998.
- MINUCHIN, S. Calidoscopio familiar. Barcelona: Paidós. 1984.
- MINUCHIN, S. Familias y terapia familiar Buenos Aires: Gedisa. 1982.
- MINUCHIN, S., & FISHMAN, H.C.. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós. 1984
- MINUCHIN, S., LEE, W. Y SIMON, G. El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós. 1998
- MISHARA, B. L. Y Riedel, R. G. El Proceso de Envejecimiento. Ediciones Morata. Madrid. 1986.-
- MOJICA, R. Y QUINTERO M.Y. Niñez y violencia el caso de Colombia. CINDE. Bogotá. 1993.
- MOLINA R, MONTECINOS N, MUÑOZ H. Período Perinatal en Meneghelo y cols. Pediatría Santiago, Editores. Mediterráneo 1991 Vol 1; Cap 41: 292-6.
- MONTÓYA, J. El arte del bien morir. Sobre cómo ayudar a otros a bien morir. Abordaje psicoterapéutico del paciente terminal. Biblioteca básica de tanatología. 27 de mayo. 2001. [www.artemorir.homestead.com](http://www.artemorir.homestead.com)
- MORALEDA, Mariano Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud. Coedición: Alfaomega-Marcombo, Mexico, 2003. pag. 1-392
- MORENO, A. y DEL BARRIO, C. La experiencia adolescente: A la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique. 2000
- MULLER JE, KOHN L, STEIN DJ. Anxiety and medical disorders. Curr Psychiatry Rep. Aug;7(4):245-51. 2005
- MUNIST M, SANTOS H, KOTLIARENCO MA, SUÁREZ OJEDA EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg y Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ed.) Washington, 1998.
- MUÑOZ M. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Demus 1997.
- NARDONE, G. Modelos de familia. Herder. Barcelona. 2003
- NAVARRO J, PEREIRA, J. "Parejas en situaciones especiales" Barcelona (España). Ed. Paidós Ibérica. 2000
- NEIMEYER, R. A. Aprender De La Pérdida. Paidós. Barcelona. 2002
- NOJI, Eric K. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud-OPS / OMS-, 2000.
- NORIEGA A.. La familia: El lugar donde empieza la convivencia. Seminario Nacional de seguridad y convivencia. 2002 Pág.2.
- NOVEL M Gloria; LLUCH C Teresa y RIGOI C, Asunción. Concepción Histórica de la Salud Mental. En: Revista Rol de Enfermería.. Vol. XI, No. 115 (Marzo, 1988); p. 33-36.
- OCHOA E., VAZQUEZ C., El libro de la sexualidad, Madrid. El País. 1992
- OCHOA Elena F. L., La sexualidad humana. Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad, Madrid. Editorial Hispamap. 1993
- O'HANRAHA N Peter, En El Artículo The Defense System De La Revista Enneagram Monthly De Febrero Del 2000 No. 58 -Vol. 6
- ONU. Boletín de Información Naciones Unidas. Las tasas de mortalidad infantil y de fecundidad.. correo electrónico [dpsantiago@cepal.org](mailto:dpsantiago@cepal.org)
- ONU. Los Derechos Del Niño, Convención aprobada por unanimidad en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. ([www.unicef.org](http://www.unicef.org))
- ONU. Organización De Naciones Unidas, Derechos humanos 1993.
- OPS. Ministerio de Salud. Taller de expertos sobre construcción de un sistema de información de salud georreferenciado para la República de Colombia. Santafé de Bogotá, 1995.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. El Personal de Salud y la Comunidad Frente a los Desastres Naturales. Ginebra: OMS, 1989.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Fortalecimiento de la salud mental. Resolución del consejo ejecutivo de la OMS. Ginebra. 2004. EB 109. R8.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. Temas de salud mental en la comunidad. Editor I. Levav, Washington, D.C. 1992. pag. 185 - 201.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el bienestar de las personas ancianas. Publicación científica No. 492. Washington, 1985.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La técnica de Remotivación. Publicación científica N° 176.pág 1- 45 Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del American Journal of Nursing. El texto original, "Let's Be Patients", apareció en dicha revista, Volumen 67, No. 3, marzo de 1967, pag. 569-571.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Protección de la salud mental en situaciones de desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002.
- OROZCO V, M V; GONZÁLEZ P, T; PICO M, E. Cuidado de enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0022.php>
- OROZCO, V., M.V. Ética en la gestión: Reto para tercer milenio. Universidad Industrial de Santander. Salud UIS. Vol.26 No. 1. Bucaramanga , 1998
- OSPINA Bernarda de G. La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica. Revista Investigación y educación en enfermería. Vol XV N° 1, marzo de 1997. Universidad de Antioquia. Pág. 80-86.
- OUTLAW Frank. Citado por W. Calvo, Protestante Digital.com. España, 2006. correo-e: [oficina@RedIMIR.net](mailto:oficina@RedIMIR.net)
- PALACIOS, J., MARCHESI, A. y Coll, C. Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Madrid: Alianza. 1999
- PALACIOS, Jesús. (Compilador). Psicología del Desarrollo: Teorías y Métodos. Alianza Editorial. España 1984 155.401P974 V1 e3
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Desastres Preparativos y Mitigación - Boletín No. 60 - Octubre, 1994, p 8.
- PAPALIA D, Olds S. Desarrollo humano. 4ª ed. McGraw-Hill, Interamericana S.A. Colombia 1992, pp: 411-13.
- PAPALIA Diane, WENDKOS Rally, DUSKIN Ruth. Desarrollo Humano, Octava Edición, Editorial, Mcgraw- Hill Interamericana, S.A. 2002. Pág. 9 - 59



- PAPALIA, D. Desarrollo Humano. Mc Graw Hill: México. 2004.
- PAPALIA, D.; WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Con aportaciones para Ibero América. Colombia: McGraw-Hill Interamericana. 1997
- PARSON T. The Social System. Free Press. Nueva York 1951
- PASSAMAR M, VILAMOT B. Nursing practice. Psychosocial emergencies and team work. Soins Psychiatr. 2002 Mar; (219): 18-20.
- PEASE, Allan; El lenguaje del cuerpo. Cómo leer el pensamiento de otros a través de sus gestos, Paidós, Barcelona, 2004, 5 Edición.
- PÉREZ E, BARRÓN C crecimiento y desarrollo I,II y III en Palacios J. Gámez J: introducc. A la pediatría, 6ta. Editores. Méndez e, 1997. p 49-98.
- PEREZ PEREIRA, M. Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo. Madrid: Alianza, Cap. I. .1995.
- PÉREZ SALES, P. Trauma, Culpa Y Duelo. Hacia Una Psicoterapia Integradora. Descleé de Brouwer. Bilbao. 2006
- PÉREZ, P. Miguel. Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo: Un enfoque histórico crítico. Editorial Alianza. España. 1995. 155.P438n e1 General
- PIAGET Jean y KOHLBERG Lawrence. en: PÉREZ-DELGADO, E./ GARCÍA-ROS, R. (eds.), La psicología del desarrollo moral. Siglo XXI. Madrid, 1991, pp. 51-70.
- PIAGET, Jean. Psicología Infantil. 14ta Edición. Editorial Morata. Madrid, 1997
- PLAXATS, María Antonia, IPOCH, Concepción. "Hablar de la pérdida, el sufrimiento, la muerte". Revista Infancia-Educación de 0 a 6 años-, num. 58, Nov-Dic 1999, págs. 36-39. Barcelona: Asociación de Maestros Rosa Sensat, 1999.
- PLAXATS, María Antonia. "Acompañar en el Sufrimiento". Revista Cuerpamente. Barcelona: Rba, S.L., Enero 1998
- PLAXATS, María Antonia. "El Duelo". Revista Cuerpamente. Barcelona: Rba, S.L., Mayo 1995.
- POLETTI, R. Como Crecer A Traves Del Duelo. Obelisco. Barcelona. 2004
- POMIES, Julia Temas de sexualidad: informe para educadores Edición 1ª ed. Publicación Buenos Aires: Aique, 1995 Descripción. Física p 303.
- POMIÉS, J.: Nuestra sexualidad. ¿Qué es? ¿Cómo funciona?. Buenos Aires, Grupo Editor Aique 1998.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Hechos de paz [Recurso electrónico]: 1998-2002 Colombia. Bogotá: Presidencia de la República, 2002.
- PROFAMILIA - Encuesta Nacional de Demografía y salud. 1995
- PROYECTO DE INTERVENCIONES JOWA.. Clasificación de intervenciones de enfermería (cie). síntesis, Madrid. 1999
- RADELL P.L. y GOTTLIEB G., "Interferencia Intersensorial del desarrollo, en Developmental Psychology, 28 1992, el pp. 794 803.
- RAMÍREZ, H. Situación en salud del niño colombiano y latinoamericano. En: Correa, J. A. y cols. Fundamentos de pediatría. Tomo I. Publicaciones CIB. Medellín. 1994.
- RANDO, T.A.: Investigation of grief and adaptation in parents whose children have died of cancer. J. Pediatr. Psychol. 1987, pag: 3-20,
- REALES DE CASTRO, Eduardo y RODRÍGUEZ GUARÍN, Maritza. Un Modelo de Psicoterapia Breve en Pacientes Hospitalizados con Grave Enfermedad Somática. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XIV No. 2. Junio, 1985; p. 244-257.
- REBRAMA S Lousie, Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos. VI edición, Ed McGRAW- HILL, Interamericana. España 2005. p 1-75
- REECE RM & KIRSCHNER RH: Síndrome del Bebé Sacudido/Síndrome del Impacto Sacudido (Shaken Baby Syndrome/Shaken Impact Syndrome). Servicio Nacional de Información, Apoyo y Referidos sobre el Síndrome del Bebé Sacudido, 1998, P. 4-5
- REQUESENS TORRELLAS N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; p 27:331
- RICE, Philip. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Prentice Hall Hispanoamericana. 1997. 155R495d e1,
- ROBERT DN, crecimiento y desarrollo en Nelson tratado de pediatría, Saunders 17 ed. 2004, 23- 66. FPP/JADM 36
- RODRIGO Luis, Mª T. Los diagnósticos enfermeros. revisión, crítica y guía. Masson, Barcelona. 2000.
- RODRIGUEZ-MARÍN, J., TEROL, M.C., LOPEZ-ROIG, S. Y PASTOR M.A.. Evaluación del Afrontamiento del Estrés: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. Revista de Psicología de la Salud, 4(2), 59-84. 1992
- ROJAS, María Cristina: "Modelizaciones en psicoanálisis familiar: aproximación teórico-clínica de la familia de hoy". En Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo XXIII. N° 2. Año 2000.
- ROMERO María del Rosario. La Paz empieza por casa... empieza la paz por casa. Fundación Mujer y Futuro, Almadía de Bucaramanga y Participar. Bucaramanga 1996.
- RUIZ Lázaro PM, Ruiz Lázaro PJ. El Tiempo libre y sus posibilidades en educación para la salud. Revista Psiquiatría Infantil y Juvenil 1997; p 107-112. 126.
- SALINAS GARCÍA Telmo. Nociones de Psicología, , Ed Adunk SRL, Lima Perú . 2003
- SÁNCHEZ Ricardo, impacto del desplazamiento sobre la salud mental, Universitas Humanísticas, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de ciencias sociales. Fundación ITO , enero - junio 1999, n 47, año XXVIII. Santafe de Bogota, D.C. Colombia, p 87- 101.
- SAUTER SL, MURPHY LR, HURRELL JJ, Jr]. La prevención de problemas psicológicos relacionados al trabajo. Psicólogo Americano 45(10):1146-1158. 45(10):1146-1158. 1990
- SCHAIE, K W.: Psicología de la edad adulta y vejez. Prentice-hall, Madrid, 2003.
- SEATTLE KW. Intellectual development in adulthood: The Seat-tle Longitudinal Study. New York: Cambridge University Press, 1996.
- SEVILLA CASAS, Elías. Notas personales del taller de construcción de salud georreferenciado para la República de Colombia. Santafé de Bogotá. Nov. 1993.
- SILVESTRE, M. y SOLE, M.R. Psicología evolutiva. Infancia y preadolescencia. Barcelona, CEAC. \*14/353.1993
- SLAKE Karl. A. Intervención en Crisis. Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V. México, DF. 1998
- SLUPICK, R. Contracepción cap. 18, en Pediatric and Adolescent Gynecology, Saunders, 1994.
- SMITH & GLASS, Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, American Psychologist, Vol 32, 1977, p: 9.
- SOLER GÓMEZ, María Dolores. En: Enfermería en Cuidados Paliativos. De Eulalia López. Editorial Médica. Panamericana. Madrid, España. 1995. Páginas 357 - 361.
- STAATS, Arthur , Behavior and Personality. Psychological Behaviorism, Springer Publishing Company Inc. Nueva York. 1996.
- SUÁREZ, G. y Hernández, W. Lesiones fatales en menores de edad. Colombia. 1996. Boletín Instituto de Medicina Legal. 2: 37-38. 1997.
- TIZÓN, J. L Pérdida, Pena, Duelo. Paidós. Barcelona. . 2004:
- TOBÓN Correa Ofelia. Factores ambientales determinantes en la valoración comunitaria: mapas temáticos. Revista Indexada Lunazul. Universidad de Caldas 2006. <http://lunazul.ucaldas.edu.co>
- TORNIMBENI, S.; PÉREZ, E. & BALDO, M. Introducción a los test psicológicos. Córdoba. Argentina: Brujas. 2000
- TORRALVA, T.; CUGNASCO, I.; MANSO, M.; SAUTON, F., FERRERO, M.; ODONELL, A.; DURAN, P.& CARMUEGA, E. Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico 1999. Recuperado el 15/03/05 de: [www.sap.org.ar-archivos-1999-arch99\\_5-99\\_](http://www.sap.org.ar-archivos-1999-arch99_5-99_). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- TORREGO, J.C. y otros Mediación en conflictos en instituciones educativas. Manual para la formación de mediadores. Narcea: Madrid. 2000
- TUBERT, Silvia, La sexualidad femenina y su construcción imaginaria, El arquero, Madrid, 1998.
- UMAÑA E. y cols. Situación de la Juventud del País, Universidad Nacional de Colombia, 1995.
- VALVERDE, C. Comunicación terapéutica en enfermería, editorial ARS Médica 1 Edición. 2007.
- VEGA, P, PRIETO E, Temas de gerontología, Atención al paciente terminal. Edit pe Pág. 141-155. 1996.
- VELASCO ALVA, Félix. Parejas en conflicto, conflictos de pareja. México. Editorial Textos Mexicanos. 2004. p. 199
- VICENTE CASADO, J. Aceptar la pérdida. El proceso de duelo y sus fases. Extraído de Worden, William 1997. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico

y terapia. Edit. Paidós, Argentina. 2001.

- VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. La discapacidad un problema de todos. Plan Nacional de Atención a los Discapacitados. Bogotá. 1995.
- VIGURIA ARRIETA, Jesús y et allí. En: Enfermería en Cuidado Paliativos. De Eulalia López Imedio. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 1998. Páginas 13 - 17.
- VILLARRAGA Liliana. Maternidad Vivida. Universidad Nacional de Colombia. 1995.
- VINYAMATA, E. Resolución de conflictos: recursos y tratamiento. Barcelona: Ariel. 2003
- VINYAMATA, E.: Conflictología. Teoría y práctica en Resolución de Conflictos. Barcelona: Ariel. 2001
- VOLNOVICH, J. Abuso sexual en la infancia. Lumen Humanitas, Bs. As. 2002.
- WACHTEL L. PAUL. La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz. Editorial Desclee de Brouwer. 2 edición 1996.
- WAINWRIGHT, Gordon; El Lenguaje del cuerpo, Pirámide, Madrid, 1998, 6 Edición.
- WATSON, Jean. Le caring. seli arslan. Paris. 1998
- WATZLAWICK, P. El cambio. Ediciones Herder. Barcelona. 1997
- WATZLAWICK, P. Terapia breve estratégica. Paidós. Buenos Aires. 2000.
- WECHSLER, D. "La Medición de la Inteligencia del Adulto". Ed. Cultural, Habana, Cuba. 1955
- WHITE KS, FARRELL AD. Anxiety and Psychosocial Stress as Predictors of Headache and Abdominal Pain in Urban Early Adolescents. J Pediatr Psychol. 2005.
- WORDEN, J. El Tratamiento Del Duelo: Asesoramiento Psicológico Y Terapia. Paidós. Barcelona. 1997.
- ZAPATA, B. Intervención profesional con grupos familiares: de la distinción de prácticas a la conexión estética. Revista de trabajo Social N°. Univ. Nacional de Colombia. 2000. Bogotá.
- ZIMMERMANN, L. Y WOO-SAN, J. Interpretación clínica de la escala de inteligencia para adultos (WAIS) Madrid: TEA. 1976

## DIRECCIONES WEB

- El Ciclo Vital de la Familia <http://www.cooperacionydesarrollo.org>.
- <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>
- [http://menweb.mineducacion.gov.co/infoprensa/info\\_lista\\_tema.asp?id\\_tema=23](http://menweb.mineducacion.gov.co/infoprensa/info_lista_tema.asp?id_tema=23)
- [http://sepiensa.org.mx/contenidos/f\\_micfam/home/f\\_ciclo/](http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_micfam/home/f_ciclo/)
- <http://www.daxicor.com/users/daxicormedica/links/estres/estres.html>
- [http://www.gerontologia.org/html/revista\\_latinoamericana\\_de\\_psicologia\\_resumenes.htm](http://www.gerontologia.org/html/revista_latinoamericana_de_psicologia_resumenes.htm)
- <http://www.ub.es/aentde/>
- Neonatología. : < [www.hospitalgeral.com.br](http://www.hospitalgeral.com.br)
- Neonatología. : < [www.uff.br/mmi/neonatologia](http://www.uff.br/mmi/neonatologia)
- RIAD, Red Iberoamericana de Intervención en Duelo. [tododuelo@groups.msn.com](mailto:tododuelo@groups.msn.com)
- <http://www.teachhealth.com/spanish.html>
- Violencia contra las mujeres y los niños. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/>
- [www.minproteccion-social.gov.co/](http://www.minproteccion-social.gov.co/)

