

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Estructura del centro de atención psicológica de la
Universidad Vasco de Quiroga y principales problemáticas
que atiende***

Autor: Margarita Ceja Martínez

**Tesina presentada para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTRUCTURA DEL CENTRO DE ATENCION
PSICOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD VASCO
DE QUIROGA Y PRINCIPALES
PROBLEMAS QUE ATIENDE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARGARITA CEJA MARTINEZ



T110

MORELIA, MICHOACAN

JULIO DE 1996.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTRUCTURA DEL CENTRO DE ATENCION
PSICOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD VASCO
DE QUIROGA Y PRINCIPALES
PROBLEMAS QUE ATIENDE**

T E S I S



**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

MARGARITA CEJA MARTINEZ

RVOE020SEP

CLAVE 16PFU0004J

MORELIA, MICHOACAN

JULIO DE 1996.

INDICE

CAPITULO I

| | |
|----------------------------------|---|
| ANTECEDENTES | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| HIPOTESIS | 2 |
| OBJETIVOS | 3 |
| IMPORTANCIA DEL ESTUDIO | 3 |
| LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 3 |
| DEFINICIÓN DE TERMINOS | 3 |

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA | 9 |
| CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA | 12 |
| CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN AMÉRICA LATINA | 15 |
| LOS CENTROS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MÉXICO | 21 |
| INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE EL TRABAJO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA | 27 |
| TRABAJOS QUE SE HAN REALIZADO EN ALGUNOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA | 29 |

PARTE II

DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

DIAGNOSTICO EN ADULTOS

| | |
|--|----|
| REACCIONES DE ANGUSTIA | 35 |
| REACCIÓN FÓBICA | 36 |
| NEURÓISIS HISTÉRICA | 36 |
| REACCIONES DE CONVERSIÓN | 37 |
| NEURÓISIS OBSESIVO-COMPULSIVO | 37 |
| NEURÓISIS HIPOCONDRIACA | 38 |
| NEUROSIS DEPRESIVA | 38 |
| NEURÓISIS TRAUMÁTICA | 38 |
| TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (BORDER LINE) | 39 |
| PSICOSIS | 40 |

DIAGNOSTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

| | |
|--|----|
| RETRASO MENTAL | 40 |
| TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO | 41 |
| TRASTORNO AUTISTA | 41 |
| TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD | 42 |
| TRASTORNOS EN LAS HABILIDADES ACADÉMICAS | 43 |
| TRASTORNOS DE CONDUCTA | 44 |
| TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA | 45 |

| | |
|--|----|
| TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL | 46 |
| TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN | 47 |
| OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA | 48 |
| PROBLEMAS DE APRENDIZAJE | 50 |

CAPITULO III

METODOLOGÍA

| | |
|--|----|
| ESCENARIO | 51 |
| DISEÑO | 51 |
| IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES | 51 |
| DESCRIPCIÓN DE VARIABLES | 51 |
| SUJETOS | 51 |
| ASIGNACIÓN DE GRUPOS | 51 |
| MATERIAL | 52 |
| APLICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS DE PERSONALIDAD | 52 |
| VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS | 59 |

CAPITULO IV

| | |
|------------------|----|
| RESULTADOS | 68 |
|------------------|----|

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES 75

BIBLIOGRAFÍA 85

ANEXOS 87

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

«La Psicología es la ciencia de los fenómenos psíquicos, o sea, de las funciones cerebrales que reflejan la realidad objetiva». SMIRNOV, A. 1994),

El conocimiento de esta realidad, como lo menciona Smirnov, en muchas ocasiones está limitada a un mínimo sector de la población, la cual tiene los recursos económicos necesarios, para que al momento de presentar algún problema que le ocasione stress pueda costear un tratamiento de apoyo de tipo psicológico.

Conforme van pasando los años, los problemas económicos de nuestro país han ido convirtiéndose en un problema más y más serio; ocasionando con esto muchos problemas psicosociales dentro de la población; trayendo como consecuencia un aumento económico en todos los productos y servicios, incluyendo los psicológicos y sólo las clases privilegiadas pueden pagar el precio de estos productos y costear estos servicios.

Pero, si se presenta algún problema de tipo psicosocial; las clases socioeconómicamente media, media-baja y baja no pueden darse el lujo de pagar por los servicios de un psicoterapeuta que pueda ayudarles en la solución de los problemas que a esta población en particular le afecta.

Este elitismo a traído como consecuencia, que el psicólogo se olvide del compromiso que éste tiene con toda la sociedad de ayudar en todo lo que se pueda, utilizando los recursos de la persona, para que ésta pueda salir adelante. Además se ha olvidado de aquellos sectores de la población (suburbana), en donde salir adelante día con día cada vez es más difícil y estresante, y aún más, donde el dinero no alcanza ni para adquirir lo básico para poder sobrevivir.

Es por esta razón por lo que hace aproximadamente 25 años, algunos psicólogos, psiquiatras y trabajadores de la salud en general, han abierto los ojos y vuelto su cabeza hacia los sectores abandonados para darles alivio y esperanza, creando dentro del área de la salud mental un nuevo enfoque, tanto para la psicología como a la psiquiatría; a la que llamaron Salud Mental Comunitaria o Psicología Comunitaria. (CALDERON 1985)

Los Centros Comunitarios de Atención Psicológica, como su nombre lo dice, ofrecen servicios psicológicos, generalmente de tipo preventivo y educativo a aquellos sectores de la población que no pueden costear un servicio particular o en algunas ocasiones, ni siquiera saben lo que es un servicio psicológico.

Dentro de las poblaciones suburbanas, hay cierto tipo de síndromes, bastante frecuentes, con una sintomatología muy parecidas entre sí y que aparece con cierta regularidad. Por lo que uno de los principales objetivos de los centros comunitarios de atención psicológica es la de la investigación y prevención de estos síntomas para evitar problemas mayores en el futuro.

Es importante resaltar el hecho, de que dentro de las universidades y en especial en la Universidad «Vasco de Quiroga» de la ciudad de Morelia, Michoacán; la rama de Psicología Comunitaria no es muy conocida por los estudiantes que cursan ahí la Licenciatura de Psicología. Por ende, la función de los centros comunitarios, así como los conceptos de Psicología Comunitaria, Salud Mental Comunitaria, Centro Comunitario, Taller Protegido, etc., no son del todo conocidos; y esto trae como consecuencia, el elitismo psicológico del que se ha mencionado. Ya que dentro de las universidades, que es donde el futuro profesionista se está formando, se ha olvidado fomentar en los valores del futuro psicólogo, la labor altruista y de servicio social, para las clases que

realmente lo necesitan. Y la Psicología Comunitaria, es una gran puerta para no olvidarnos de toda la responsabilidad y el compromiso que se tiene para con la sociedad el hecho de ser un Licenciado en Psicología.

El 27 de Mayo de 1994, la Facultad de Psicología de la Universidad «Vasco de Quiroga», inauguró el Centro de Atención Psicológica (CAP), en un inmueble compuesto de dos consultorios, archivo y una pequeña sala de recepción. Este Centro nació con el fin de brindar apoyo psicoterapéutico de tipo preventivo a todas las personas que no tuvieran los suficientes ingresos económicos para costear una terapia en forma particular; además, fue creado también con el propósito de que los alumnos tuvieran un lugar en donde pudieran aplicar sus conocimientos de una forma práctica y estuvieran más en contacto con la psicología clínica y la psicología comunitaria.

Un año y medio después, el inmueble en donde se encontraba el Centro ya no fue suficiente, la demanda era mucha y ya no se podía dar el servicio que se requería. Por lo que, el 18 de Agosto de 1995, el CAP se cambió a un inmueble más grande en donde actualmente se encuentra, pudiendo ofrecer un servicio psicológico a más gente, tanto en la mañana, en las tardes y los sábados.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un año en que el CAP está prestando un servicio psicológico de tipo preventivo, se pudo observar que muchas de las personas abandonaban sus sesiones terapéuticas; el terapeuta no tenía nada que ver con estos abandonos, y observando los antecedentes de las personas, se pudo percatar que algunos tenían cierta similitud en algún momento de su vida.

Se realiza esta investigación para poder saber cual es el tipo de características que tienen la gente que acude al CAP y poder ofrecer un mejor servicio.

Por lo tanto, el planteamiento del problemas, es:

¿Qué tipo de problema atiende el Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga»?

1.3. HIPÓTESIS:

* HIPÓTESIS GENERAL: La mayor frecuencia de personas que acuden al Centro de Atención Psicológica a recibir un servicio psicológico es por causa de cuadros depresivos.

* HIPÓTESIS NULA: La mayor frecuencia de personas que acuden al Centro de Atención Psicológica a recibir un servicio psicológico, no es por causa de cuadros depresivos.

* HIPÓTESIS ALTERNAS:

* Las personas llegan al Centro de Atención Psicológica, por problemas de los niños en la escuela.

* Las personas llegan al Centro de Atención Psicológica, por problemas de alcoholismo.

* Las personas llegan al Centro de Atención Psicológica, por problemas de drogadicción.

* Las personas llegan al Centro de Atención Psicológica, por problemas sexuales.

* Las personas llegan al Centro de Atención Psicológica, por problemas de personalidad.

1.5. OBJETIVOS

- * Determinar cual es el tipo de problema más frecuente, por los que la gente acude a recibir un servicio, al Centro de Atención Psicológica.
- * Mejorar la calidad en la atención de las personas, a través, de una correcta identificación del problema más frecuente por el que la gente acude al Centro de Atención Psicológica.
- * Conocer como trabajan los Centros Psicológicos de Atención Comunitaria y específicamente el Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga», (CAP).
- * Conocer, aunque de forma indirecta y restringida, el tipo de población que acude al psicólogo en la ciudad de Morelia, Michoacán.

1.6. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

A un año de actividades de que el Centro de Atención Psicológica abriera sus puertas por primera vez, se notó el hecho de que, algunos pacientes después de dos sesiones de haber empezado en su proceso psicológico, ya no volvían al Centro.

Por lo tanto, esta investigación, tiene como objetivo el hecho de descubrir que es lo que pasa con las personas que acuden al Centro, ya que es de suma importancia el detectar la problemática principal, para poder brindarle al usuario un óptimo servicio; además de saber cual es la razón por la que la gente de clase media, media-baja y baja, acude a este Centro a recibir apoyo psicológico.

1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- * Esta investigación, no es un estudio experimental, ya que está hablando de algo que ya aconteció.
- * No hay control de las variables.
- * Los resultados de esta investigación no son generalizables a otros sectores de la población, ya que la gente no está escogida al azar y la investigación se realizó con gente que cumplió con ciertos requisitos.

1.8. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Es una propuesta dentro de la Psicología que pretende revertir el fenómeno utilitarista de la psicología, dirigiendo su capacidad de servicio profesional hacia los sectores de la sociedad que más lo necesitan. Sostiene como premisa básica, la prevención de la salud mental y reconoce los factores sociales como causa fundamental del desequilibrio psicológico de la persona.

Parte de la premisa de que «Educar es Prevenir». Donde el factor educativo es fundamental para el manejo adecuado de las condiciones estresantes del entorno que a menudo alienan. (BARBA, 1993).

CENTRO COMUNITARIO

Es un centro de prácticas psicológicas, insertado en una comunidad representativa, de una comunidad mexicana que rompe el modelo de la beneficencia u ofrecimiento gratuito de los servicios en busca de otro paradigma de acción social que garantiza la interdependencia y el desarrollo de quienes reciben estos servicios. (LAFARGA, 1993).

ALCOHOLISMO

La Organización Mundial de la Salud, definió a los alcohólicos como: «...bebedores inmoderados cuya dependencia del alcohol llegó a un grado tal que manifiestan una visible alteración mental o interferencias en su salud física y mental y su buen funcionamiento socioeconómico; o que presentan el primer síntoma de este tipo de proceso». (KESSELL, WALTON, 1965).

Los puntos esenciales de esta definición son, la pérdida de control sobre la ingestión de la bebida y la resultante desorganización de la vida del individuo.

Jellenick (1952), describió cuatro etapas por las cuales pasa el alcohólico hasta convertirse en adicto: La primera fase, pre-alcohólica, dura desde varios meses hasta dos años. Durante esta etapa el individuo bebe en sociedad y en ocasiones inmoderadamente con el fin de aliviar tensiones y olvidar problemas.

En la segunda etapa prodromal, pueden empezar a beber a escondidas, como puede empezar a sufrir amnesias. El bebedor permanece consciente, habla de un modo coherente y realiza otras actividades, aún sin aparentar un grave estado de intoxicación, aunque después no pueda recordar lo que ocurrió.

Tercera fase crucial, en esta fase la persona corre peligro de perder todo lo que valora, ya perdió el control de toda su conducta, una vez que toma la primera copa hasta sentirse demasiado embrutecido. En esta etapa, el individuo tiene la capacidad de abstenerse. En la cuarta etapa continua, crónica final, el bebedor es continuo, y los «arrastres» frecuentes. El individuo ya no vive sino sólo para beber. Al no tener ningún licor a su alcance, consumirá cualquier líquido que contenga alcohol, sufre desnutrición y otros fenómenos fisiológicos, descuida su apariencia personal y, por haber perdido su autoestima, casi no siente remordimientos de su conducta. Finalmente ya no le importa en absoluto su familia, amigos, ocupación o posición social. (DAVISON, G. 1992).

ANGUSTIA

La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable o como una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. La angustia puede surgir ante frustraciones o dilemas en algunos de los principales problemas de la vida, en aspectos como la adaptación vocacional, sexual o matrimonial. Es característico que los individuos que se ven acosados por una angustia generalizada, se muestren tensos o tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sienten incómodos por razones banales y tienden a preocuparse, son distantes, tienden a experimentar sentimientos de inferioridad, encuentran difícil tomar decisiones y temen cometer errores. Suelen ser escrupulosos, exageradamente concienzudos, ambiciosos y sienten que hay que alcanzar altos niveles que ellos mismos se imponen.

Si la angustia se vuelve más perturbadora, puede expresarse en síntomas como depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de impotencia e inferioridad. El enfermo con una neurosis de angustia, siente fatiga crónica y se queja de incapacidad para concentrarse. (LAWRENCE, C. 1985),

DEPRESIÓN

El cuadro clínico de la depresión, puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual, estas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico o psicólogo como ele-

mentos constituyentes de un cuadro depresivo.
Los síntomas se dividen en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos.
- b) Trastornos intelectuales.
- c) Trastornos conductuales.
- d) Trastornos somáticos.

TRASTORNO AFECTIVO: El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Actividades que antes le eran gratas empiezan a ser subestimadas, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de su interés vital. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores.

La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación que se presenta con más frecuencia en las mujeres que en el hombre; quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal.

La inseguridad y el pesimismo hacen que el enfermo se torne dependiente a sus familiares.

La ansiedad suele presentarse en un grado variable; con frecuencia aparece en la mañana y desaparece en el transcurso del día.

Finalmente la irritabilidad. Matrimonios al borde del divorcio, mal funcionamiento entre los diferentes miembros de la familia, pésimas relaciones interpersonales, agresividad al manejar, etc., son elementos que con frecuencia traducen un estado depresivo que se está manifestando por la hostilidad.

TRASTORNOS INTELECTUALES: Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de la depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes. Es posible que la sensopercepción se encuentre disminuida, es decir, que el paciente tiene una mala captación de estímulos; los trastornos de la memoria, el paciente tiene dificultad para recordar eventos pasados; disminución en la atención, presenta mala fijación de los hechos de la vida cotidiana; disminución de la comprensión, tiene dificultad para la comunicación interpersonal; ideas de culpa o fracaso, la mala opinión que tiene el paciente de sí mismo, baja autoestima e incapacidad para enfrentarse a las cosas; pensamiento obsesivo; contribuye a torturar más al enfermo, ideas repetitivas, trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan pero la lucha es inútil.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA: Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido al trastorno de la conducta. Presenta actividad disminuida, la cual se percibe por el descuido de sus obligaciones y de su aseo personal; productividad disminuida, el cual se ve por el mal rendimiento en el trabajo; impulsos suicidas, es decir, ideas o intentos por quitarse la vida; impulso a la ingestión de alcohol o drogas, se da por la tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

TRASTORNO SOMÁTICO: Este tipo de síntomas constituye con frecuencia el motivo de la conducta del paciente, quien subestimando su problema emocional, presenta un cuadro de trastornos manifestados por medio del cuerpo. A este cuadro se le llama «depresión enmascarada». Los síntomas son: trastornos en el sueño, insomnio que presenta al principio o al final del periodo de descanso, dormir inquieto y en algunos casos hay hipersomnias; trastornos en el apetito, anorexia que puede causar pérdida de peso, en ocasiones hambre compulsiva; disminución de la libido, debilitamiento o desaparición del deseo sexual; cefalea tensional, afecta de preferencia a los músculos de la nuca y los temporales; trastornos digestivos, dispepsia, acrofagia, meteorismo, náuseas, etc.; trastornos cardiovasculares, trastornos en la frecuencia o ritmo cardíaco, otros trastornos, mareos, prurito, alopecia, etc. (CALDERON, 1985).

FARMACODEPENDENCIA

Las drogas se pueden dividir en dos categorías generales. Los principales sedantes llamados depresores, hacen que la actividad del organismo se vuelvan lentas y disminuyen su sensibilidad. El segundo grupo de los estimulantes o animadores, actúa sobre el cerebro y el sistema nervioso simpático, fomentando la atención y la actividad motriz.

Además de causar daños corporales graves, la adicción a los narcóticos tiene serios efectos sociales. Como los narcóticos son ilegales, el adicto debe relacionarse con el hampa para poder mantener su adicción. El elevado precio de las drogas, significa que tiene que ser muy rico o adquirir mucho dinero mediante actividades ilegales; por ende, es impresionante la correlación existente entre la adicción y las actividades delictuosas; esto contribuye indudablemente a la creencia popular de que la farmacodependencia, «per se», es causa de violencia.

Se ha observado frecuentemente una asociación entre la criminalidad, el abuso de drogas y la personalidad sociopática; el abuso de las drogas puede considerarse como una parte de la búsqueda de emociones fuertes, característica de la conducta sociopática.

También se podría esperar que los individuos ansiosos, usaran narcóticos con el fin de mitigar la angustia que a menudo presentan.

Se han identificado semejanzas en los antecedentes familiares de los drogadictos. En muchos casos no existía padre en el hogar; cuando sí existía, era una figura dudosa o manifestamente hostil y distante. Con frecuencia servían de modelo para una conducta delictiva y las relaciones entre padre y madre generalmente eran tempestuosas. (DAVIDSON, G. 1992)

HOMOSEXUALIDAD

Malestar persistente o recurrente, sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo con cambio persistente o recurrente de ropa para adoptar el papel de la persona del otro sexo, de modo imaginario o real, en una persona que ha alcanzado la pubertad. Es frecuente la ansiedad y la depresión, aunque a menudo se ven atenuados cuando la persona consigue transvestirse. Este trastorno difiere del fetichismo transvestirista, en que el cambio de ropa no se hace con el propósito de conseguir excitación sexual y difiere del transexualismo, en que no hay una preocupación persistente (de por lo menos dos años) por deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias, y adquirir los rasgos característicos del otro sexo. (VALDEZ, M. 1987)

INCESTO

Intercambio libidinoso entre dos individuos del sexo opuesto, pero que estén vinculados estrechamente por lazos de parentesco carnal, ya sea entre ascendentes, descendientes o colaterales. Ayudan a las relaciones

incestuosas, el déficit mental y el alcoholismo.

El incesto se suele dar en los ambientes de bajo nivel moral, o cuando menos en quien recae la autoridad de la familia, la falta de medios económicos para obtener viviendas, es uno de los factores que más influye, socialmente hablando, en la comisión del incesto. Se suele producir en las familias numerosas, entre hermanos y hermanas; cuando se realiza por los padres, suele ser el varón quien lo comete con la hija. Los incestos pueden ser: paternal, maternal o fraterno. (BARNAT, J. 1986)

MALTRATO INFANTIL

El abandono y abuso de los niños implica una serie de actividades que van desde la falta de alimentación, ropa, abrigo y amor maternal, hasta incidentes en donde los niños son agredidos físicamente y maltratados por los adultos, resultando con traumas físicos y con frecuencia originan la muerte. Kempe (CALDERON, 1985) describió este cuadro con el nombre de «Síndrome del niño golpeado». El maltrato al niño, no siempre se manifiesta por signos evidentes de haber sido golpeado, sino por trastornos físicos y emocionales menores y en ocasiones desnutrición, abandono y maltrato.

Con frecuencia al niño maltratado se le lleva a consulta con una historia de falta de desarrollo, desnutrición, mala higiene corporal, irritabilidad, personalidad reprimida y otros signos de abandono físico y psicológico.

El abuso sexual y la explotación a pequeños, ha sido una forma importante de abuso a niños. La mayoría de los abusos sexuales en niños pasan inadvertidos, por sentimientos de culpa de las víctimas, o bien por vergüenza, ignorancia y tolerancia. Muchos de estos niños maltratados son considerados por sus padres como lentos en su desarrollo o retrasados mentales, malos, egoístas y rebeldes a la disciplina: con frecuencia son niños con conductas hiperactivas, y en ocasiones desafiante, lo que los hace más vulnerables al abuso. (CALDERÓN, G. 1985).

Para la definición de abuso sexual infantil, se considera que la más acertada es la descrita por el Centro Nacional de Abuso Sexual y Negligencia, la cual dice: «Es el contacto o interacciones entre el niño y el adulto que estimula sexualmente al menor puede ser un familiar u otra persona. El abuso sexual también puede ser efectuado por personas menores de 18 años o significativamente más grande que la víctima o el abusador está en una posición de poder y control hacia los niños». (JAMES, B. 1990).

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

«Un problema de aprendizaje, se refiere a una o más deficiencias significativas en los procesos esenciales del aprendizaje, por lo que requieren técnicas de educación especial para remediarlas.

Los niños con problemas de aprendizaje generalmente demuestran una discrepancia entre el aprovechamiento esperado y el real, esto se presenta en una o más áreas, tales como: el habla, lectura, escritura, matemáticas y orientación espacial». (HAMMIL, 1971).

PERSONALIDAD PSICOTICA

La psicosis es una enfermedad mental, grave caracterizada por la pérdida del contacto con la realidad y por la alteración profunda del lazo interhumano, causa de la inadaptación social del sujeto y de su necesaria hospitalización. El psicótico ignora su trastorno, aislándose del mundo exterior demasiado frustrante, se crea un mundo privilegiado que moldea a su antojo y en el cual es omnipotente.

La actividad delirante, que se manifiesta en las actividades y en las conductas por la pérdida de la autocritica

por las desviaciones de juicio y por un modo de pensamiento irreal, expresa la profunda alienación de la persona y constituye las características más típicas de la psicosis. (BARRERA, G. 1992).

SUICIDIO

Es el acto de darse voluntariamente a la muerte.

Los estados depresivos van ligados a sensaciones que se puedan exaltar hasta el odio y el afán de destrucción contra el propio yo, y entonces el suicidio constituye el fin del mismo vuelto hacia adentro.

Según el tipo de suicidio, se puede deducir el pensamiento suicida. Así por ejemplo, en la muerte por gas, se suponen ideas envolventes o envenenadas; en la muerte por fuego, habrían deseos pasionales.

A mayor desarrollo industrial y crecimiento de las grandes urbes, mayor es el número de suicidios.

El suicidio se fundamenta en el afán de descargarse responsabilidades y la impotencia de hacerlos frente. El sentimiento de frustración de unos deseos guardados durante mucho tiempo, la impotencia del adulto y en general de toda la represión forzada del instinto, produce por medio de las neuronas neurótropas, reflejos que persisten durante largo tiempo. En tal sentido Fleury califica al suicida como: «el punto culminante de la ansiedad». (BARNAT, J. 1986).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA

EL HOSPITAL DE «SAN HIPOLITO»

En el siglo XVI, recién consumada la conquista de México, cupo el honor a nuestro país de ser el primero de América y uno de los primeros del mundo, en que se fundara un establecimiento para alojar a enfermos mentales.

Adelantándose muchos años a su tiempo Bernardino Alvarez; su espíritu aventurero lo había llevado a dedicarse al comercio en Perú, regresó a la Nueva España y se siente llamado a atender a sus semejantes, dejando fortuna y posición para dedicarse algunos años a cuidar enfermos en el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy Hospital de Jesús de Nazareno.

Poco tiempo después, el 2 de Noviembre de 1566, funda el Hospital de San Hipólito, en sus terrenos cercanos a la ermita del mismo nombre, en donde recibe y atiende a sus enfermos, ancianos y enajenados mentales.

Bernardino Alvarez busca conseguir asilo a este tipo de pacientes tradicionalmente rechazados en los hospitales comunes y corrientes, pero el que su administración, tanto en lo científico como en lo material, estuviera en manos de los hermanos Hipólito cuya preparación médica dejaba mucho que desear, en una evidencia más del enfoque piadoso de su fundador. Bernardino Alvarez es un individuo que aplica la caridad cristiana a un renglón olvidado de la miseria humana. De un modo u otro la obra fue realizada y el Hospital de San Hipólito perduró como lugar de concentración de enfermos mentales a través de las peripecias de nuestra historia.

La obra de cuidar al enfermo mental no solamente fue ejercida por los hermanos Hipólito. Mediante cédula fechada en 1602 se autoriza la presencia de los hermanos de San Juan de Dios en la Nueva España. Esta orden afamada por su labor en España en pro del enfermo mental, se instala en México en 1604, representada por sólo cuatro miembros, con fray Juan de Zequeira como superior. Las fundaciones hospitalarias regentadas por ellos, admitían enfermos mentales sin estar destinados específicamente a su atención. Así los alineados pudieron recibir su atención, siquiera alimentaria en los Hospitales de San Juan de Dios de México, Durango, San Luis Potosí, San Juan del Río, Pátzcuaro, Aguascalientes, Parral, Pachuca, Tehuacán e Izúcar; en las de la Purísima concepción de Colima, Orizaba y Celaya, en los de Nuestra Señora de Guadalupe en Toluca, en los de san Bernardo en Puebla en Nuestra Señora de los Desamparados en Texcoco, en los de Nuestra Señora de la Caridad en San Cristóbal de las Casas y en los de santa Catarina Mártir en Oaxaca. Todos estos hospitales fueron fundados entre 1604 y 1748 y cubrían todo el territorio de la Nueva España.

A esto debemos agregar un centro más, el hospital de la Santísima Trinidad, fundado originalmente para tener a los sacerdotes enfermos y que poco a poco se transformó, hasta que se convirtió, en el siglo XVI, prácticamente en un asilo para ancianos, entre los que predominaban los que padecían demencia senil. (CALDERON, 1984)

EL HOSPITAL DE LA CANOA

Poco más de un siglo tuvo que transcurrir, para que se marcara otro acontecimiento en la historia de los hospitales psiquiátricos de México. José Sáyago, resuelve junto con su esposa, alojar en su propio hogar algunas enfermas mentales que, abandonadas por sus familias y por la sociedad deambulaban por las calles.

Enterado Don Francisco de Aguilar y Seijas, a la sazón arzobispo de México, de la humanitaria obra de Sáyago, decide ayudar y lo instala provisionalmente en la vieja casona frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo, en el año de 1690. El pequeño manicomio alojaba a 60 mujeres dementes, y pertenecen allí hasta que la Congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de La Canoa con el objeto de construir un hospital para enfermos mentales en el año de 1700.

México se adelantado a todos los países de América que apenas en la segunda mitad del siglo comienzan a fundar establecimientos psiquiátricos. Así como Williamsburg, en Virginia (1773) y Quito, en Ecuador (1785), nuestro país llega a ser uno de los tres lugares que al finalizar el siglo cuentan con hospitales psiquiátricos en nuestro continente. (CALDERON, 1984)

LA INDEPENDENCIA

En 1810, los dos hospitales psiquiátricos de México siguen funcionando, la orden de los Hipólito es suprimida por decreto de las Cortes Españolas, el 10. de Octubre de 1821, fecha en que el Hospital de san Hipólito, pasa a manos del ayuntamiento, pero los religiosos exclaustrosados siguen cuidando de los enajenados hasta 1843, quedando después bajo control gubernamental.

La guerra contra los americanos y posteriormente contra los franceses no impide que subsista el Hospital de San Hipólito. El Hospital de la Canoa, corre mejor suerte, pues a partir de 1824, se le conceden las utilidades de un lotería y sus condiciones son satisfactorias.

Mientras tanto, en provincia, se construyen algunos hospitales psiquiátricos o se anexan servicios psiquiátricos a hospitales generales. Así, en 1880, se establecen en Guadalajara 2 hospitales, uno para hombres y otro para mujeres, y en el mismo año se funda en Monterrey el Hospital Civil, dentro del cual se organiza un departamento para enfermos mentales, atendido por las hermanas Josefinas.

Con el nacimiento del siglo XX, y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, el General Porfirio Díaz inaugura, el 10. de Septiembre de 1910, el Manicomio General, que por haber sido construido en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda, se conoció con este nombre.

El Manicomio General, llegó a alojar a 3 500 enfermos cumpliendo firme y calladamente con su papel asistencial, sin rechazar jamás a ningún enfermo, atendiendo a las clases más socioeconómicamente más débiles del país.

El manicomio de la Castañeda va resultando anacrónico e insuficiente. En el año de 1944, se funda la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales de León, Guanajuato.

El concepto Hospital-Granja, viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante mucho tiempo había sido característico de los hospitales psiquiátricos; el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas y con él, el enfermo mental encuentra una motivación para su vida en el propio ambiente.

El éxito alcanzado por este primer Hospital-Granja, hizo que en el lapso comprendido entre 1960 y 1964, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, diera especial importancia a este tipo de construcciones. (CALDERON, 1984)

EL PROGRAMA COMUNITARIO

En 1969, al ingresar a la Academia Nacional de Medicina, el Doctor Guillermo Calderón (CALDERÓN, 1984) señalaba que, en su opinión los programas de salud mental comunitaria deberían de llenar los siguientes aspectos:

- 1.- La transformación total de los hospitales psiquiátricos, de instituciones carcelarias, en establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos para trabajar en estrecha relación con la comunidad.
- 2.- La creación del ambiente terapéutico para lograr mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.
- 3.- La creación de servicios de urgencias y la de internamiento parcial que permitan al enfermo vivir dentro de la comunidad y recibir tratamiento durante ciertas horas.
- 4.- La organización de centros comunitarios de salud mental para promover la adecuación a la comunidad, facilitar la detección temprana de casos y el control de la pos-cura, así como para permitir la investigación de los problemas de salud mental, utilizando programas adecuados para resolverlos en contacto estrecho con la comunidad y empleando sus recursos profesionales y no profesionales (maestros, sacerdotes, voluntarios, etc.).
- 5.- El fomento de talleres protegidos que ofrezcan trabajo apropiado y debidamente supervisado a los enfermos que han mejorado en sus problemas mentales.
- 6.- La integración de los programas de salud mental a los programas generales de salud pública.
- 7.- La organización funcional de todos los elementos disponibles que puedan ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución por sectores, a fin de dar al paciente, el máximo de facilidades para que logre su recuperación.
- 8.- La elaboración de programas adecuados y al aumento de la comunicación en diferentes sectores de la comunidad para emplear todos los recursos disponibles en beneficio de la salud mental pública.

Los Estados Unidos y otros países, han creado unidades provistas de servicios de hospitalización total y parcial, consulta externa, servicio de urgencias y educación a la comunidad. De acuerdo con esta realidad sociocultural, hace varios años se crea en México, en coordinación con la Dirección General de Salubridad, del D.F., un centro piloto con las siguientes características:

A) Instalación de una unidad de salud mental dentro de un centro de salud pública, para lograr la utilización de las instalaciones y del personal administrativo de dichos establecimientos, evitando así la duplicación de gastos.

B) Entrenamiento del personal técnico de la institución, debido a, que se considera que muchos de los problemas de salud mental pueden ser resueltos por el pediatra, el gineco-obstetra o por el médico general.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios, razón por la cual, se dotó a varios de estos centros con pasantes de servicio social, medicina, psicología y trabajo social. Se trató de lograr que sus actividades se proyectaran hasta la misma comunidad, adiestrando a sus dirigentes culturales: maestros, dirigentes sindicales, orientadores, religiosos, etc.

Las personas que solicitaban servicios en estos centros de salud, recibían información sobre los diferentes aspectos de la higiene mental, tales como, orientación prenupcial y prenatal, al igual que lo relativo a la orientación psicológica de los niños y de los jóvenes. El equipo de la comunidad no se limitó, sin embargo, a estas actividades de prevención primaria, sino que, adiestró también a enfermeras sanitarias para que visitaran los domicilios del área correspondiente a fin de detectar en forma oportuna los casos incipientes de enfermedad mental. En estas condiciones, el tratamiento especializado podía dar óptimos resultados en un

tiempo mínimo, con lo cual se evitaban gastos excesivos derivados de la atención tardía de pacientes que en muchos casos requerían de un largo y costoso internamiento. (prevención secundaria).

Por último, la labor del centro debe de abordar la prevención terciaria. Esta consiste en controlar a los pacientes que han sido atendidos y dados de alta en los hospitales psiquiátricos, pero que requieran vigilancia por un tiempo determinado en instituciones cercanas a sus domicilios, a fin de evitar recaídas.

En 1974, se encontraban funcionando con este programa, 16 centros en el D.F.; cada uno de estos centros contaba con personal capacitado para resolver, en su nivel, problemas de farmacodependencia, alcoholismo, neurosis, psicosis incipientes y otros tipos de patología mental. (CALDERÓN, 1984)

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA

La búsqueda de alternativas para comprender las necesidades de los diversos grupos marginados de nuestro país fue, durante la década de los setenta, una preocupación central para muchos psicólogos mexicanos y para otros profesionales de las áreas de la salud mental y de las ciencias sociales en general.

La insatisfacción con una psicología academista comprometida principalmente con el reducido sector privilegiado de nuestra sociedad; la insatisfacción con modelos explicativos del comportamiento excesivamente intrapsíquico e individuales, por un lado, o excesivamente mecanicista por el otro y la creciente necesidad de desarrollar y crear estrategias generales de intervención aplicables a la población carente de atención por las llamadas «profesiones de ayuda», fueron factores decisivos para intentar romper el molde tradicional de las profesiones libres y modelar nuevos roles profesionales definidos por las necesidades de la comunidad y no por los colegios profesionales, las universidades y otras instituciones de educación superior. (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986).

Las experiencias referidas en el trabajo comunitario (LAFARGA 1986), adoptan el punto de vista filosófico de la psicología humanista y se identifica con su visión de la naturaleza humana.

ALGUNAS HIPÓTESIS RELACIONADAS CON EL TRABAJO COMUNITARIO

1.- La psicología profesional en nuestro país ha tenido, desde su inicio, un carácter elitista. Se ha emprendido preferentemente con las necesidades de un grupo minoritario a los que ha tratado de servir con modelos importados y con instrumentos adaptados que se utilizan en poblaciones semejantes en otros países. Al lograr alcanzar un cierto grado de eficacia en el trabajo con estos grupos, el psicólogo mexicano a descuidado la necesidad de elaborar instrumentos de evaluación e investigación que contribuyan a la creación de un modelo propio.

2.- Los sistemas sociales afectan el comportamiento de la persona. Una perspectiva psicológica que no contemple este planeamiento no será útil para acercarnos a las mayorías desfavorecidas. Por lo tanto, la Teoría General de los Sistemas, en el Enfoque Centrado en la Persona y otros enfoques para el movimiento del desarrollo potencial humano, son marcos teóricos más generalizables y adecuados para desarrollar un punto de vista que considere a la sociedad como un todo y que plantee cualquier intervención desde su marco de referencia.

3.- La psicología debe tomar su lugar, como un recurso social para resolver problemas de la comunidad.

4.- Los métodos clínicos tradicionales tan ligados al modelo médico presentan severas limitaciones al tratar de extender los servicios de salud mental a toda la comunidad. La excesiva preocupación por diagnosticar,

interpretar, explicar, controlar, predecir y modificar el comportamiento individual, a llevado al descuido en el estudio de los procesos e influencias sociales, y y del contexto social dentro del que ocurren la mayor parte de las actividades del ser humano.

5.- Es necesario incrementar los programas de entrenamiento a los no profesionales y paraprofesionales para enfrentar el problema de la carencia de recursos humanos. Cabe señalar la importancia de una mayor sistematización de estas experiencias para poder evaluar sus resultados, poder corregir errores y continuar mejorando la calidad de la preparación y del servicio a la comunidad.

6.- El psicólogo mexicano debe preocuparse por la investigación aplicada que lo lleve al enriquecimiento y formulación de sus marcos teóricos de referencia y que le permita volver a la práctica de una actitud inquisidora y creativa, en vez de dirigirse hacia un estancamiento que resulta del exceso de confianza en la validez de sus teorías, técnicas y procedimientos. La investigación aplicada juega un papel clave en lo que se refiere a la posibilidad de generalizar nuevos modelos de intervención.

7.- La integración y la comunidad entre los miembros del equipo de trabajo son un aspecto central del funcionamiento de los Centros Comunitarios de Asistencia Psicológica. Además de la identificación con los valores que inspiran y orientan el trabajo, conviene que los miembros de un grupo comprometido con el servicio, estén abiertos a la exploración de sus relaciones interpersonales, puesto que en algún nivel, actúan como modelos de aquellos a quienes siguen. En tanto se logre establecer relaciones significativas en el plano afectivo entre las personas del equipo, el modelo de comportamiento será más sólido y tendrá un mayor impacto en la comunidad. (SERRANO, 1993)

VENTAJAS Y POSIBILIDADES DE LOS CENTROS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Este tipo de centros representa una plataforma de apoyo para los planes de estudio de escuelas de psicología que deseen tener amplia proyección social, mediante la participación de sus programas, los estudiantes pueden entrar en contacto directo gradual y sistemático en las necesidades de la comunidad. La evaluación de estos programas podría servir como retroalimentación a la parte propiamente académica del plan de estudios y para mejorar el servicio profesional; en el área de la salud mental se puede ofrecer servicio psicológico a personas de escasos recursos económicos y de bajo nivel educativo y cultural.

Al funcionar como centro de entrenamiento y supervisión de estudiantes y de personal no profesional y paraprofesional, que opera fuera del contexto profesional tradicional y con una infraestructura mínima, ofrecen posibilidades de una gran cantidad de programas, limitada sólo por la creatividad del equipo. Algunos ejemplos de las posibilidades existentes, son las siguientes: educación para padres de familia, entrenamiento de los padres para la detección temprana de problemas de aprendizaje, entrenamiento en fisioterapia y otras formas de tratamiento para personas con daño cerebral mínimo, educación sexual, educación prematrimonial, programas de prevención del alcoholismo, la farmacodependencia y la delincuencia, entrenamiento de facilitadores de grupo y orientadores comunitarios, rehabilitación de personas con impedimentos físicos, desarrollo de la creatividad, terapia de juego, atención a personas invidentes, programas de apoyo para personas de edad avanzada, mejoramiento del autoconcepto y de las habilidades para relaciones interpersonales, adaptación de las madres solteras y padres sin pareja, re socialización del deficiente mental y del paciente psiquiátrico, programas de apoyo para el moribundo y sus familias.

La participación en experiencias de esta naturaleza, además de enriquecer las habilidades y entrenamiento de los psicólogos, proporciona excelente experiencia de campo en las áreas más diversas. El diseño y aplicación de estos programas puede constituir el inicio de investigaciones que puedan contribuir al desarrollo de la psicología comunitaria.

Estos centros representan una importante transición hacia formas diferentes de compartir el poder mediante una concientización liberadora y la creación de nuevas alternativas de ejercicio de los profesionales o la creación de nuevas profesiones de servicio (SERRANO, 1993).

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Si bien, como se ha señalado, los Centros Comunitarios de Asistencia Psicológica requieren una infraestructura mínima, esto no quiere decir que no existan problemas para crearla. No es fácil conseguir el financiamiento para el local, mobiliario y material necesarios y no se puede esperar que desde el principio exista un autofinanciamiento.

Las universidades y otras instituciones que puedan financiar esta clase de proyectos, tienden a ver la administración de servicios como un objeto que se desvía del que hacer científico y académico e insisten en el diseño de investigación y evaluación de programas. La existencia de los centros se justifican en la medida en que proporcionan apoyo a la implementación de un propósito académico.

Es importante señalar que para poder lograr alcanzar estos objetivos sería indispensable un mayor apoyo académico y administrativo, así como razonable independencia de estructuras académicas.

Existe dificultad para conseguir supervisores con experiencia clínica adecuada que estén dispuestos a trabajar como voluntarios o con una retribución económica simbólica. La mayor parte del personal son estudiantes que reciben un entrenamiento y desean cumplir con el requisito de su servicio social. De modo que, la falta de supervisión trae consigo desaliento, escepticismo, inseguridad y pobreza en la calidad de los servicios administrativos.

La carencia del personal también dificulta la posibilidad de investigar y evaluar el trabajo, por lo que, se corre el riesgo de estar repitiendo errores por no tener elementos para mejorar los programas y sistematizar la experiencia.

Otro factor es, la permanencia del personal. Si el grupo de colaboradores no es lo suficientemente estable, la continuidad de los programas es prácticamente imposible y habría que conformarse con desarrollar intervenciones con objetivos a corto plazo.

Otra serie de dificultades que se pueden presentar, se relacionan con la organización interna del centro. Aspectos tales como la difusión, los contactos con instituciones de apoyo y de referencia, registros de llamadas para solicitar información acerca del servicio, seguimiento de casos de personas que dejan de acudir al centro, manejo de problemas administrativos, acondicionamiento técnico local, funcionamiento del teléfono, suspensión de labores en días festivos y otras situaciones semejantes, son vitales para el funcionamiento eficaz del servicio y requieren una atención permanente. Es necesario definir con precisión las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo y establecer medios de control efectivos a la vez que flexibles. (SERRANO, 1993).

2.3. CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN AMÉRICA LATINA

PROYECTO DE SALUD MENTAL DEL BARRIO DE SANTA EDUVIGES, TEGUCIGALPA

Este proyecto forma parte de las actividades que fueron emprendidas en 1975 por la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras.

En 1974, se hizo cargo de la misma un psiquiatra recién regresado al país luego de haber terminado en el exterior sus estudios de salud pública. A este funcionario se le asignaron dos colaboradores y un presupuesto que sólo cubría los salarios. Con estos recursos, se le encomendó formular y ejecutar un programa nacional de salud mental.

El director de Salud Mental, logró obtener del Ministerio de Salud recursos suficientes para aumentar el personal y organizar un equipo.

El hecho de que en el país existían un considerable número de psicólogos desempleados, permitió realizar una cuidadosa selección de los colaboradores (seis en total) quienes se manifestaron dispuestos a trabajar en el programa pese a las limitadas condiciones.

Los primeros meses de actividad se emplearon para explorar las comunidades del área metropolitana. La búsqueda sirvió para identificar algunas comunidades que aparentemente estaban en más alto riesgo de sufrir problemas psicosociales, enviándose allí a los psicólogos para actuar en los centros de salud correspondientes. Uno de ellos eligió como eje de su trabajo a un plantel de educación secundaria donde se presentaban numerosos y diversos problemas entre los alumnos. Otro concentró sus esfuerzos en un barrio donde la prostitución y el alcoholismo eran problemas evidentes. (GONZALEZ, 1992).

Los miembros del equipo central, se encargaron de la educación del público en temas vinculados con la salud mental en general. Fueron también enviados a varios centros de salud con el fin de identificar y resolver los problemas que se presentasen, con especial atención al manejo de pacientes alcohólicos y epilépticos, dada la aparente alta frecuencia de esas condiciones en el país.

Después de varias entrevistas y visitas, una de las psicólogas eligió como sitio de trabajo, el barrio marginal de Santa Eduvigés que estaba bajo la jurisdicción del Centro de Salud Las Crucitas, y allí estableció su oficina de campo.

El Centro de Salud prestaba servicios a la población del distrito que acudía espontáneamente; en algunos casos su personal hacía visitas a los hogares. Para ese entonces, el área de responsabilidad del Centro de Salud alcanzaba a 70,000 habitantes.

La observación directa del barrio y las entrevistas con algunos vecinos sirvieron para hacer acopio de datos sobre la población y establecer los primeros contactos con sus miembros.

Santa Eduvigés estaba habitada por unas 300 personas, que ocupaban 60 viviendas, casi todas constituidas por un solo cuarto, en condiciones de miseria, sin agua, fuerza eléctrica o servicios sanitarios. El barrio, situado en terrenos invadidos por población menesterosa, no solamente carecía de carretera y transporte, sino de cualquier otro servicio público. La población se caracterizaba por el aislamiento, la discordia y la desunión, siendo frecuentes las riñas entre vecinos y la intoxicación alcohólica de los hombres. El desempleo era la regla.

La psicóloga hizo una estimación de los problemas mentales manifiestos existentes en el barrio, utilizando un cuestionario sencillo. El alcoholismo y la neurosis (especialmente depresiva) eran los síndromes más comunes.

En esta fase exploratoria inicial, los vecinos manifestaron que, entre sus necesidades más apremiantes, estaba en primer lugar la regularización de su situación legal en relación con los terrenos que ocupaban.

Al cabo de varias reuniones se evidenciaron otras necesidades en relación con la conservación de la salud, el saneamiento básico y algunos trastornos mentales (alcoholismo, conductas agresivas, depresión). También llegó a mencionarse la conveniencia de disponer de un servicio de cuidados diurnos para los niños pequeños, lo que permitiría a las madres buscar trabajo.

Se estimuló a los miembros de la comunidad a celebrar reuniones semanales para discutir problemas comunes instruyéndolos en las reglas básicas del debate parlamentario. Además de asistió a las mujeres del barrio para que se organizaran en un grupo en el que discutieran los problemas domésticos y de salud y se recibirían clases de primeros auxilios, higiene personal y economía doméstica.

Los principales impedimentos para el desarrollo del programa fueron, el fatalismo generalizado y el sentimiento de inferioridad por la pobreza y la falta de conocimientos. Costó a la promotora de salud mental, varios meses de trabajo superar esos obstáculos, mediante un proceso sostenido de educación y reforzamiento de la autoestima para lo cual se apoyó en un extenso uso del psicodrama y las técnicas de terapia grupal.

Al cabo de dos años y con los líderes naturales que fueron emergiendo, se había logrado:

- a) Complementación alimenticia para las familias de la comunidad, realizada con la ayuda de una organización internacional no gubernamental.
- b) Formación de una cooperativa de amas de casas para comprar utensilios de cocina, para uso comunal.
- c) Constitución de una junta de vecinos que inició gestiones para legalizar la posesión de los terrenos.
- d) Captación de agua en una fuente vecina y construcción de un depósito protegido para uso de la comunidad.
- e) Establecimiento de un programa de alfabetización de adultos, dirigido por uno de los habitantes del barrio.
- f) Creación de una pequeña industria casera de fabricación de bolsas de papel, para complementar la economía familiar.
- g) Creación de un pequeño taller comunal de costura, con dos máquinas de coser donadas al barrio.
- h) Supresión de la venta de bebidas alcohólicas en la única tienda del barrio, cuya dueña fue convencida de los beneficios de la medida.

Una pregunta que surge frecuentemente cuando se discute esta experiencia es, si se trata realmente de un proyecto de salud mental o de una actividad de organización de la comunidad. La pregunta podría contestarse diciendo que las actividades realizadas corresponden a ambos propósitos.

En este caso particular, algunas de las acciones realizadas eran de salud mental por derecho propio. Otras, más orientadas hacia el bienestar comunitario incluían, sin embargo, una acción indirecta de salud mental. Por otra parte, trata de aliviar las necesidades más urgentes de una comunidad desvalida es, sin duda, una excelente estrategia para implantar un programa de salud mental. (GONZALEZ, 1992).

EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE CD. SANDINO, NICARAGUA

Inmediatamente después del triunfo en Nicaragua, de la Revolución Sandinista, las autoridades del área de salud explicaron su determinación de modernizar los servicios de salud mental y extender la asistencia a todas las comunidades, de acuerdo con la Declaración de Alma Ata y las resoluciones correspondientes de la Asamblea Mundial de la Salud.

En 1980 ya se habían sentado las bases para un Plan Nacional de Salud Mental, anticipándose la división del país en sectores, cada uno de los cuales contaría con un grupo de salud mental (FLORES, 1980). Uno de los objetivos del Plan fue la desocupación progresiva del Hospital Psiquiátrico Nacional, cuya población de 300 pacientes en 1979 se había reducido a 150 en 1986. (GONZALEZ, 1992).

La participación de los psiquiatras y los profesionales de la salud mental del país, posibilitó la inmediata puesta en marcha del programa en varios lugares de Nicaragua. Ciudad Sandino, fue uno de ellos.

Ciudad Sandino, una comunidad de 70.000 habitantes situada en las afueras de la ciudad, es el barrio más grande de Managua. La mayor parte de la población está formada por damnificados del terremoto de 1972 que fueron trasladados allí. Cuenta con carreteras de acceso, transporte colectivo, servicio de energía eléctrica y abastecimiento de agua. Un centro de salud provee asistencia y realiza labores de prevención.

En 1987, había en el barrio 18 fábricas que empleaban 300 obreros. Buena parte de los terrenos colindantes están dedicados a la agricultura. El barrio está dividido en 9 zonas y en ese entonces contaba con cien Comités de Defensa Sandinista, lo que reflejaba la intensa participación de los habitantes con predominio de los jóvenes. Los jefes de familia trabajaban en las pequeñas fábricas del barrio, en la ciudad o se dedicaban a labores agrícolas.

En 1982 se estableció en ciudad Sandino un equipo de salud mental, formado por un psiquiatra, un psicólogo, dos enfermeras y un terapeuta ocupacional; parte de ellos, profesionales nacionales y la otra parte, voluntarios del exterior.

En una primera etapa, el equipo se dedicó a explorar la comunidad y a establecer vínculos con ella, teniendo como base para sus actividades el centro de salud local. Este equipo de salud mental fue uno de los primeros que funcionaron en el país y su instalación en el barrio se ve favorecida por la decisión de la Comisión Popular de Salud de propiciar actividades de salud mental, al punto que, uno de los miembros de la Comisión se integró al equipo.

Una de las primeras tareas que realizó el equipo, fue identificar los recursos no formales de salud mental existentes en la comunidad con el objeto de asegurar su cooperación para el establecimiento de un servicio de salud mental comunitaria.

En el mismo año que se instaló el equipo de salud mental, la Comisión Popular de Salud determinó apoyar la creación de un hospital diurno. Se habilitó una instalación sencilla con capacidad para albergar entre ocho y diez pacientes y se puso al servicio de la comunidad un consultorio externo. En esta forma, se esperaba solucionar la casi totalidad de los problemas de salud mental de la comunidad; tanto los psicosociales como los susceptibles de manejo ambulatorio, como aquellos casos que necesitaban asistencia más continua y rehabilitación. Posteriormente, el hospital de día cambió su nombre por el de Centro de Atención Psicosocial, que es el que actualmente lleva.

En 1983, el Centro de Atención Psicosocial se trasladó a un local mucho más amplio, capaz de recibir entre dieciocho y veinte pacientes.

En Ciudad Sandino, la cooperación comunitaria se concretó en la ayuda directa de varios grupos cívicos, entre ellos la Asociación de Mujeres, que organizó fiestas y eventos musicales para los pacientes y sus familias una vez al mes. Un representante de la Casa de la Cultura, se encargó de realizar actividades de terapia ocupacional tres veces a la semana. Un miembro de la Organización de Jóvenes, se ocupó de alfabetizar a aquellos pacientes que no se habían beneficiado con la Campaña Nacional.

El objetivo principal del Centro de Atención Psicosocial es, prestar asistencia inmediata y continua a los pacientes psiquiátricos, asegurando su permanencia en la comunidad y previniendo su posible internación en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

Para la admisión, el Centro da principal prioridad a los pacientes con diagnóstico de psicosis y, entre estos, a los que han estado internado previamente en el Hospital Psiquiátrico. En esta forma el Centro, en conjunción con el consultorio externo, atiende a todos los nuevos casos y realiza el seguimiento tanto en los antiguos pacientes del Hospital Psiquiátrico que residen en el área como de aquellos detectados y tratados localmente desde el inicio.

El Centro de Atención Psicosocial funcionó desde el principio como una comunidad terapéutica inspirada en los postulados de Maxwell Jones, dándole relieve al apoyo psicoterapéutico del paciente y la familia y haciendo uso racional de los psicofármacos.

Un plan de actividades diarias, en el que participan los pacientes y el personal, regula la vida cotidiana del Centro con especial énfasis en las labores de higiene y mantenimiento local, terapia grupal, ejercicio físico, terapia ocupacional y actividades recreativas.

El Centro de Atención Psicosocial y el consultorio externo de Ciudad Sandino han venido funcionando hasta la actualidad. Este proyecto constituye, por lo tanto, una demostración de la factibilidad y la viabilidad del modelo comunitario. (GONZALEZ, 1992).

PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL

El programa de salud mental de Santa Catarina consiste en un sistema de servicios de salud mental de alcance provisional que cubre un gran número de centros urbanos y comunidades rurales (VIANNA y COLS: 1979). El trabajo realizado en Santa Catarina en ese sentido constituye, además, un ejemplo de un programa descentralizado, apoyando casi exclusivamente en la labor de trabajadores de la salud no especializados.

En los primeros años del programa las actividades de prevención y fomento fueron muy escasas. Para sus directores, la primera prioridad fue asegurar la atención inmediata del paciente psiquiátrico en su propia comunidad, recurriendo a la hospitalización como instancia extrema. En una segunda etapa, se incorporaron acciones de fomento y prevención, coordinadas desde la capital provincial.

En 1972 el Ministerio de Salud del Brasil, aprobó las líneas directrices de las políticas de salud mental, elaboradas por la División de Salud Mental.

Santa Catarina, entidad federal relativamente pequeña, con su economía de base agro industrial. Los índices de salud eran favorables en comparación con otras regiones del país y su sistema de servicio cubría todo el estado. Una buena red de carreteras y un servicio telefónico aceptable aseguraban la rápida comunicación entre la capital, Florianópolis, y los centros poblados del interior.

En el momento de la aprobación de las políticas nacionales, el programa estatal de salud mental estaba a cargo de un psiquiatra acompañado por un equipo integrado por dos trabajadoras sociales, una enfermera,

un sociólogo y un terapeuta ocupacional. Ya para entonces habían elaborado un plan asistencial para todo el estado, basado en el tratamiento ambulatorio de los pacientes en las propias localidades.

En ese marco, las políticas nacionales significaron un refuerzo para el programa que permitió asegurar el suministro periódico de materiales y de una pequeña asignación del gobierno del estado federal. De entre los objetivos más importantes de ese primer programa estaba, los siguientes:

- 1.- Desarrollo de recursos humano en cantidad suficiente para brindar servicios de salud mental a todo el estado.
- 2.- Modernización del Hospital Colonia y reducción a un mínimo de su capacidad.
- 3.- Ampliación de los servicios ambulatorios en la capital.
- 4.- Creación de una unidad de emergencias psiquiátricas.
- 5.- Organización de servicios ambulatorios de salud mental (consultorios externos) en cada uno de los centros de salud mental.
- 6.- Instalación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales de la capital y en cada uno de los hospitales distritales.

Los objetivos y metas del programa fueron alcanzados con sorprendente rapidez. La Secretaría de Salud, solicitó la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, quién facilitó la visita periódica de su consultor en Salud Mental para el Brasil, radicado en San Pablo. La OPS, también colaboró en la preparación del personal mediante un programa de educación permanente en salud mental para médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales. Se capacitó un mínimo de dos profesionales para cada centro de salud y hospital del interior del Estado. Posteriormente, la Coordinación de Salud Mental, dictó varios cursos básicos para el personal auxiliar de los centros de salud.

Gracias al decidido apoyo político logrado, el programa obtuvo fondos públicos adicionales para aumentar su personal, tanto en el equipo central como en los centros de salud y hospitales. (GONZALEZ, 1992).

Aparte de las funciones de monitoreo, los miembros del equipo llevaban a cabo una labor de educación permanente del personal periférico mediante reuniones periódicas, seminarios y distribuciones de material didáctico. La supervisión y capacitación se hacía en todo el estado de manera uniforme, siguiendo pautas preestablecidas y utilizando formularios estándares. La historia clínica de los pacientes era registrada en un prontuario único.

El personal especializado con que contaba el programa estaba formado por los psiquiatras que trabajaban en los servicios ambulatorios de la capital, los de la unidad de emergencias psiquiátricas, los del Hospital Colonia y los pocos que trabajaban en unidades psiquiátricas de cuatro hospitales distritales. A ellos eran referidos los casos que los médicos y enfermeras generales capacitadas en salud mental no podían resolver en los centros de salud.

Para 1974, el número de servicios ambulatorios de la capital y centros poblados del interior llegaba a trece. Este número se duplicó para 1977 y desde entonces han venido aumentando paulatinamente hasta cubrir todas las poblaciones importantes del estado.

La Coordinación de Salud Mental del Estado estableció que sus funciones debían ser, como mínimo, las siguientes:

- a) Seguimiento de los pacientes dados de alta por el Hospital Psiquiátrico.
- b) Tratamiento del paciente psicótico agudo durante las primeras 72 horas o por tiempo prolongado, si las condiciones lo permiten.
- c) Tratamiento del paciente neurótico, del alcohólico y del farmacodependiente, en la comunidad.
- d) Integración de los servicios ambulatorios de salud mental al resto de los servicios de salud provistos por el centro o el hospital.
- e) Reinserción en el medio social original de los pacientes dados de alta por el Hospital Psiquiátrico.
- f) Referencia al Hospital Psiquiátrico de aquellos casos cuyo problema mental no se podía resolver localmente.

La prevención y tratamiento del alcoholismo y la farmacodependencia, se transformó en la segunda mitad de la década de los '70, en un programa específico con personal dedicado a estas labores, pero siempre dentro del ámbito de los centros de salud.

En el marco de ese programa, llegaron a establecerse servicios especiales para alcohólicos en la capital del estado y en algunas ciudades importantes. En la capital se creó una unidad de desintoxicación y tratamiento residencial a mediano plazo, y se estableció una relación de trabajo con los grupos de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de ayuda mutua formados por alcohólicos recuperados.

En 1977, Santa Catarina fue declarada área programática experimental por el Ministerio de Salud. Mediante un convenio entre ese Ministerio, la Secretaría de Salud del Estado y la Seguridad Social, se aprobó un programa integrado de salud mental. Entre los objetivos de ese nuevo programa, se destacaban:

- a) Incorporar elementos de promoción de la salud mental a nivel comunitario.
 - b) Estimular la toma de conciencia de las comunidades para evitar hospitalizaciones innecesarias.
 - c) Incrementar y reforzar la asistencia de los pacientes a cargo de equipos multiprofesionales.
 - d) Expandir el número de servicios ambulatorios.
 - e) Promover la investigación, particularmente la epidemiológica.
- (GONZALEZ, 1992).

2.4. LOS CENTROS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MÉXICO

EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA «SAN RAFAEL»

En 1971 se terminó la operación Castañeda y era necesario que este proyecto se incorporara al nuevo enfoque de la psiquiatría que, con el nombre de salud mental comunitaria se estaba desarrollando en todo el mundo después de la segunda guerra mundial.

El conocimiento de que el nuevo enfoque se estaba logrando en los países de alta desarrollo y con base de grandes inversiones presupuestales y en el sistema socialista con número elevado de personal profesional capacitado, condiciones ambas no aplicables a México, hizo pensar que era necesario ingeniarse para encontrar una nueva alternativa. Fue así como se elaboró la hipótesis de crear un centro piloto de salud mental comunitario, en donde se trataría de trabajar sin solicitar un subsidio económico fijo para su sostenimiento, con lo cual se lograba una adecuada coordinación entre la iniciativa privada, las instituciones gubernamentales y los institutos de educación superior.

El Centro de Salud Mental Comunitario «San Rafael», abrió sus puertas el 28 de Octubre de 1974 y, en febrero del año siguiente, en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana se publicó el plan básico de la obra y los objetivos que debería lograr. (CALDERÓN, 1984).

En países como México, que tiene limitaciones económicas y escaso personal técnico, es preciso ingeniarse para poder utilizar experiencias extranjeras y adaptarlas a la propia realidad económica, política, social y cultural del país.

Al iniciar el presente programa, se fijó como meta la realización de actividades técnicas de alto nivel; no se solicitó un presupuesto específico, sino que, sólo se trató de lograr una coordinación perfecta entre la iniciativa privada y los recursos gubernamentales disponibles, utilizando personal debidamente capacitado para realizar las actividades propias del campo psiquiátrico.

Si se considera que la salud mental es un estado de bienestar emocional, producto de la relación armónica y equilibrada entre la realidad interna y externa de un individuo, debe concluirse que toda persona, por ser integrante de una unidad biopsicosocial, no podrá funcionar debidamente ni como individuo ni como miembro de una comunidad si carece de ella.

El profundo cambio que ha vivido la sociedad en que vivimos en los últimos años, resultado tanto del progreso como del crecimiento acelerado y desorganizado de la misma, ha originado una serie de problemas psicológicos que en gran medida han sido la causa de graves conflictos sociales, conflictos como alcoholismo, drogadicción, delincuencia y violencia en todas sus formas.

Para lograr este objetivo, primeramente se escogió la Delegación de Tlalpan, en el D.F. que por el hecho de estar situada en un punto periférico contaba con un 70% de población urbana y un 30% de población rural.

La iniciativa privada, por conducto de la clínica «San Rafael», ha ofrecido un local donde se establecerán las oficinas y consultorios del Centro. La Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia proporcionará asesoramiento, un número limitado de personal, un vehículo para transporte de equipo técnico a la comunidad y material audiovisual. Se establecerá una estrecha coordinación con el Centro

de Salud Pública y con todos los hospitales de la Delegación que realicen actividades de docencia e investigación, con instituciones educativas, a los que se ofrecerá un programa de capacitación y supervisión de alto nivel académico, y con todos los elementos e la iniciativa privada o del sector gubernamental que pueden aportar su colaboración en una obra con sólida base científica y elevado sentido humanitario en favor de la salud mental del pueblo.

Entre los objetivos inmediatos que se derivan del Centro de Salud Mental Comunitario «San Rafael», podemos señalar los siguientes:

- 1.- Fomentar la coordinación entre instituciones de salud de la Delegación de Tlalpan.
- 2.- Docencia de posgrado en salud mental comunitaria.
- 3.- Investigación en psiquiatría y psicología.
- 4.- Actividades de psiquiatría y psicología orientada hacia la comunidad. (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986).

OBJETIVOS MEDIATOS:

- 1.- Establecer la coordinación permanente entre las instituciones oficiales y privadas de Tlalpan.
- 2.- Mejorar la preparación médica, psiquiátrica, psicológica, de trabajo social, enfermería, de los profesionales de la salud en esta Delegación.

* Clínica «San Rafael». Esta cuenta un local independiente para el Centro de Salud Mental Comunitario, el cual cuenta a su vez, con dirección, sala de juntas, ocho consultorios, hospital diurno, dos salas de espera, archivo clínico, cuarto de tratamientos, dos aulas y servicios sanitarios.

Toda persona que acuda al Centro Comunitario de Salud Mental «San Rafael» recibirá la atención de un servicio médico y paramédico de alta calidad, sin discriminación alguna por concepto de condición social o económica, raza, religión o credo político y sin otras restricciones que las impuestas por las normas del tratamiento, con arreglo a factores tales como disponibilidad, el cupo y el tiempo. Será preciso sin embargo, que la persona esté vecindada en la Delegación de Tlalpan.

El personal deberá de darle al público un trato atento y cortés, se informará a la Dirección del Centro cualquier problema que surja en la relación entre el público y el personal. Las actividades del Centro adquirirán mayor amplitud mediante un equipo multidisciplinario de médicos, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, así como también de miembros de la asociación de voluntarios que colaboran con el personal técnico. Se procurará establecer una coordinación con todas las instituciones oficiales, semioficiales o del sector privado que realicen actividades en la Delegación.

La única aspiración del personal será la de tener satisfacción de participar en un programa de alta calidad técnica y profundo sentido humanístico de servicio social. (CALDERON, 1984)

CENTRO POLANCO Y EL CENTRO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA ITESO

Un grupo de maestros y alumnos de la Escuela de Psicología del ITESO, empezó en 1972 a tratar de aproximarse a las necesidades de las comunidades desfavorecidas, y probar por medio de la experiencia directa la utilidad de los recursos teóricos, técnicos y prácticos de la capacitación recibida en la Universidad. Así se creó un Centro de Servicios como infraestructura para llevar a cabo diversas intervenciones, que principalmente sirvieron para concientizar al grupo y ponerlo en contacto con sus propias limitaciones y carencias para enfrentarse a los medios marginados.

Empezó entonces un proceso de cuestionamiento, revisión de objetivos y detección de necesidades de entrenamiento y supervisión de los miembros del equipo, que en 1974 desembocó en la creación del Centro «Polanco», que fue ubicado en una zona popular en la ciudad de Guadalajara, Jal. Los recursos del mismo personal determinaron el tipo de programas que se podrían ofrecer:

- 1.- Atención clínica para adultos con problemas emocionales.
- 2.- Entrenamiento en manejo de grupos para líderes comunitarios.
- 3.- Educación especial para niños con problemas de aprendizaje.

A partir de 1977, se pretendía que el Centro abarcara las siguientes funciones:

- a) Servicios a la comunidad.
- b) Investigación.
- c) Apoyo para el desarrollo del nuevo plan de estudios.
- d) Retroalimentación de la escuela de Psicología.

Como producto de la sistematización de las experiencias del servicio con los programas de educación especial, atención de adultos y entrenamiento a líderes, se produjeron los primeros reportes escritos que sirvieron como punto de partida para analizar las posibilidades de desarrollo del Centro. Debido a la limitación de los recursos, se considera conveniente concentrar los esfuerzos con el trabajo con niños con problemas de aprendizaje. El Centro se separó de la escuela de Psicología y fue planteado como un Centro de investigación sobre problemas de aprendizaje y educación especial en algunas clases populares.

En torno a este objetivo se empezaron a desarrollar programas de capacitación para instructores no profesionales que permitieran ampliar las posibilidades de atención a un mayor número de niños.

Estas experiencias, en las que participaron algunas de las madres de los niños, ponen en manifiesto la utilidad de estos programas para lograr multiplicar recursos y generalizarlos a poblaciones más altas. (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986).

Al optar el Centro por los programas de educación especial, se reducían las posibilidades de servir como apoyo para la implementación de el plan de estudios de la Escuela de Psicología, ya que había desaparecido el programa de atención clínica y persistía la necesidad de desarrollar nuevos modelos en el área de salud mental. En Enero de 1978, los alumnos de la primera generación del plan de 1977, iniciaban el cuarto semestre y debían cursar curricularmente la materia de «Intervención en Crisis»; al no contar ya con la infraestructura del Centro «Polanco», se invitó a miembros del Centro «La Frontera», de Tucson, Arizona, a que impartiera la parte teórica del curso. Se llegó a un acuerdo con el Centro de Integración Juvenil de Guadalajara, para ofrecer el servicio de «Intervención en Crisis» durante sábados y domingos. El Centro de Integración Juvenil, ofreció las instalaciones y el teléfono y el ITESO la supervisión.

El equipo de asesores, constituido por estudiantes principalmente de la generación de 1977, se puso en contacto con las autoridades de la Cruz Roja para ofrecer el servicio de «Intervención en Crisis» en esta Institución; después se empezó a ofrecer en el Hospital Civil, y actualmente en el Reclusorio Preventivo de Guadalajara, Jal.

El cambio de domicilio del Centro de Integración Juvenil, en 1981, a una localidad de más difícil acceso, así como la necesidad de establecerse de una manera más independiente, fueron los factores de más influencia para la fundación de lo que en el presente es el Centro de Asistencia Psicológica de la Escuela de Psicología del ITESO.

Supervisada por varios miembros de la generación del '77, además de ofrecer diversos servicios a la comunidad en el área de la salud mental. Constituye un apoyo para el entrenamiento de los estudiantes de Psicología en el trabajo clínico con enfoque comunitario. (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986)

CENTRO DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

El Centro surge como un proyecto en diciembre de 1984, encabezado por la Dra. Maria Teresa Lartigue, el Dr. Juan Lafarga y el Mtro. José Gómez del Campo; que al frente de un grupo de alumnos, exalumnos y maestros de la UIA reflexionan sobre la forma de operativizar el ideario de la Universidad en cuanto a la formación de profesionales comprometidos con las mayorías del país, procurando dar simultáneamente una opción de desarrollo y capacitación profesional. En abril de 1985, se incorpora el Coordinador del Centro, Lic. Pablo Moch, quien al frente de un grupo de alumnos se da a la tarea de confirmar dicho Centro.

En Mayo y Junio de ese mismo año, se establece el Centro como una Asociación Civil contando con un local propio. Empieza la consolidación del trabajo con un grupo de 45 alumnos, a la fecha el Centro a funcionado, además, con un grupo de socios fundadores que se han comprometido con el trabajo y que han aportado tiempo y esfuerzo que han redituado en su continuidad y desarrollo. El Centro ha sido un reflejo del esfuerzo universitario por buscar opciones viables de trabajo comunitario. El objetivo general es mejorar la organización de la comunidad e iniciar un proceso de autogestión entre sus miembros (UIA, CDC, AC.).

Como otros ejemplos, se pueden relacionar los programas relacionados por Julieta Zacarias (1983), en el campo de la educación de personas con deficiencia mental. Otras Instituciones son el Centro de Desarrollo Humano, en la colonia Ajusco, que depende del Centro de Orientación Psicológica, de la Universidad Iberoamericana y el Centro para el Desarrollo de la Comunidad, fundado por la Escuela de Psicología, de la Universidad Autónoma de Coahuila, en la colonia El Girasol, en Saltillo. (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986).

MIL CUMBRES: UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL TRABAJO COMUNITARIO

Dentro de la escuela de Psicología del Instituto de estudios Superiores «Vasco de Quiroga» (actualmente U.V.A.Q), en la ciudad de Morelia, Mich., en el verano de 1990, se inicia un movimiento educativo tendiente a la búsqueda de alternativas de la formación del psicólogo profesional. Este movimiento tuvo su origen con base en el planteamiento de algunas necesidades detectadas en el seno de la base estudiantil. Por un lado, se detectaba la dificultad de los estudiantes para vincular adecuadamente los conocimientos y las técnicas adquiridas durante la carrera, en la práctica; es decir, dentro de la realidad social. Por otro lado, no existía dentro de la escuela de Psicología una materia relacionada con la formación del psicólogo en términos de demanda del mercado tradicional. En otoño del mismo año, con un punto de partida más o menos preciso, se inicia el proceso de planeación e implantación del Proyecto de Psicología Comunitaria, planteándose los siguientes objetivos generales:

- 1.- Proporcionar a los estudiantes las condiciones para llevar a cabo experiencias significativas e intensas dirigidas al enriquecimiento de habilidades profesionales, así como a la promoción de actitudes propias de un psicólogo comprometido socialmente.
- 2.- Ofrecer atención y orientación relacionada exclusivamente a la «integración personal» de los estudiantes.
- 3.- Establecer un Centro Base de Operaciones que brinde atención psicológica a los habitantes de una comunidad marginada del área urbana.
- 4.- El diseño de implantación de programas que puedan constituir el inicio de investigaciones que contribuyan al desarrollo de la Psicología Comunitaria en la ciudad de Morelia, Mich.
- 5.- Retroalimentar al Plan de Estudios de la Carrera de Psicología.

El modelo educativo y la experiencia grupal planeada e intensiva que más congruencia parecía tener con los objetivos del proyecto, es el Enfoque Centrado en la Persona. La intención fue utilizar el modelo rogeriano en la capacitación y entrenamiento de los estudiantes de Psicología en el contexto del trabajo comunitario, así como en los grupos de crecimiento destinados a la integración personal del estudiante.

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

La actividad de este proyecto fue de naturaleza extra-curricular. Por otro lado, participaron algunos estudiantes de la Licenciatura en Psicología, sin importar el semestre en que se encontraban. En cuanto al tiempo requerido, tanto en la capacitación, el trabajo de campo y el grupo de crecimiento, además del tiempo invertido en asesoría y capacitación, ya fuera individual o en equipo. Los recursos materiales y financieros se encontraban restringidos al pago de los salarios de los dos coordinadores del proyecto y a la facilitación de espacios, para el desarrollo de la capacitación, planeación, asesoría y supervisión. En estas condiciones, y con un punto de partida más o menos preciso, se da inicio al Proyecto de Psicología Comunitaria en Septiembre de 1990, contando con una población de 30 estudiantes, quienes participaron en diversos programas de Intervención Comunitaria. A manera de estructura, se adoptó el siguiente esquema para una presentación más clara de la metodología:

- Implantación de Programas de Capacitación.
- Grupos de Crecimiento.
- Trabajo de Campo.

El tiempo transcurrido entre el inicio del proceso de capacitación y el primer contacto con la comunidad fue aproximadamente tres meses. La comunidad elegida fue la de «Mil Cumbres», ubicada en tres lomas que forman parte del cerro del Punhuato, al poniente de la ciudad de Morelia, Michoacán. La condición socioeconómica de la misma fluctuaba entre la media y la baja. Contaba con algunos servicios públicos como electricidad, agua potable (muy escasa) y drenaje. El criterio de elección de esta comunidad fue un tanto arbitrario, debido a la relación existente entre el Instituto y un grupo de religiosas. La detección de necesidades de la comunidad, se llevó a cabo mediante entrevistas a familias, realizados casa por casa. El Centro Base de Operaciones, inicialmente fue una pequeña y modesta iglesia, y posteriormente fue uno de los salones de un jardín de niños de esa comunidad. Al mismo tiempo que se llevó a cabo la detección de necesidades, se hizo la invitación a los miembros de la comunidad para que asistieran al Centro a recibir asesoría y servicios, dentro de los horarios ya establecidos. Se formaron grupos de trabajo, de manera tal que quedaron cubiertos 6 de los 7 días de la semana para brindar atención.

RESULTADOS DEL PROYECTO

En virtud del tipo de trabajo, los resultados presentados son básicamente de naturaleza cualitativa, considerando como resultados primordiales aquellos que se refieren a las experiencias educativas en sí y a los grupos de crecimiento. En general, los estudiantes refieren que al responsabilizarse de su propio aprendizaje, la tarea es realizada con mayor constancia, compromiso personal y con mayor responsabilidad.

Por otro lado, se refirió también al desarrollo de habilidades tales como: una autodisciplina, una autodirección y el incremento de una confianza en sí mismos para confrontar situaciones novedosas y complejas. Asimismo «descubren» que son capaces de brindarle un servicio a la comunidad, es decir, al tener el contacto con la comunidad, los estudiantes utilizan recursos y habilidades con los que ya cuentan.

Además se observó una mayor disponibilidad para el trabajo, la cohesión y compromiso grupales, así como para el trabajo de campo. Los grupos de crecimiento sirvieron para generar en la conciencia de sus integrantes, que es necesario para desarrollar el trabajo comunitario cambio en la naturaleza de sus personas, ya que ellos de una u otra manera fungen a su vez como modelos de las personas a las que sirven. (VILORIA, 1993)

2.5 INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE EL TRABAJO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA

ALGO SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS CDC Y MENDAO

El Instituto Mendao está ubicado en la colonia Santa Fé de la ciudad de México. Es una institución psiquiátrica que trabaja con el método de comunidad terapéutica, el cual, de acuerdo a la definición del Dr. Antonio Mendizábal, Director del Instituto Mendao, se refiere a la creación de un ambiente de confiabilidad y colaboración en donde las personas se ayudan las unas a las otras.

«Comunidad Terapéutica, implica una institución que ha hecho de la salud mental un valor para todos los componentes de la misma. Por ejemplo, en Mendao, la salud mental les interesa y la buscan en los pacientes, pero con igual ahínco la buscan también en el personal porque estando en un ambiente cerrado y en una intercomunicación más cercana en cualquier lado puede crearse tensión, angustia, conflicto social», refiere el Dr. Mendizábal.

El Instituto Mendao ofrece entre sus múltiples actividades una gama de talleres creativos, talleres tales como psicodanza, terapia por el arte, teatro, taller de video, canto, pintura y taller de literatura. También programado en el calendario de actividades se encuentran las salidas organizadas; los pacientes muy motivados, salen los días martes y sábados a diferentes lugares como cafés, espectáculos y museos para recrearse.

Las terapias son de orientación psicoanalítica y cada paciente tiene un terapeuta. Muchos de los pacientes que se han rehabilitado continúan en terapias fuera de la Institución, al tiempo que siguen tomando medicamentos regulados por un médico psiquiatra.

En lo social, existen terapias de grupo coordinadas por el Instituto y que proporcionan soluciones a los problemas de relación interpersonal. Estas son impartidas generalmente por terapeutas que han sido calificados por ejercer la psicoterapia en programas grupales.

A medida que el paciente se restablece, cambia de un programa de internamiento completo a un programa de hospital de día y posteriormente a terapias fraccionadas. El fin primordial de este programa es que la persona vaya adaptándose al exterior de una manera gradual y supervisada por médicos y psicólogos, para que el cambio a la vida de afuera no sea tan drástico. El programa que le sigue, es sólo para que el paciente venga a su tratamiento psicoterapéutico y no pierda completamente su contacto con la Institución.

El programa de trabajo es llamado rehabilitación vocacional o laboral en el que se busca que el paciente adquiera o reaprenda las habilidades e inquietudes para volver a trabajar, pues es posible que en el tiempo que haya estado internado los haya perdido.

El programa de rehabilitación vocacional, se refiere a la reincorporación gradual del paciente al medio laboral. Se trata de que los pacientes poco a poco empiecen a tener actividades en un centro real de trabajo. (PIZCK, 1992).

TRABAJANDO EL ABANDONO EN «LA ESPERANZA»

Proyecto de intervención comunitaria, realizado en la Casa-Hogar para niños abandonados, «La Esperanza», en el que participó la primera generación del diplomado en Orientación Familiar y Social de la Universidad Anáhuac en colaboración con Familia Mexicana (FAME), Pedregal. Asimismo se contó con la colaboración de un grupo de estudiantes norteamericanas que se encontraban realizando estudios en México a través de la Dirección de Intercambio Externo de la Universidad Iberoamericana.

EL PROYECTO

La intervención se desarrolló en la Casa-Hogar para niños abandonados «La Esperanza», donde viven 48 niños y adolescentes bajo la responsabilidad y cuidado de dos religiosas. En este proyecto se trabajaron con 20 de ellas, cuyas edades fluctuaban entre 6 y 20 años.

La intervención siguió el modelo de psicocomunidad en el que los parámetros de tiempo, lugar y persona tienen como objetivo «intentar establecer un contacto afectivo que permita elaborar la pérdida de los miembros de una comunidad para favorecer su desarrollo individual y grupal».

El trabajo se realizó del 28 de Febrero al 17 de Mayo de 1990, con un total de 10 sesiones, de 1.5 horas cada una; el objetivo de las sesiones de trabajo fue crear un lazo afectivo entre las niñas y las orientadoras resaltando la importancia de la comunicación. A partir de la quinta sesión, las orientadoras empezaron a hablar de la terminación de la experiencia y de su separación, esto con el objeto de que las niñas fueran elaborando la despedida paulatinamente y que le sirviera a su vez para contribuir a la reparación de su abandono.

LA EXPERIENCIA

Durante la intervención las niñas en ciertas ocasiones manifestaron el dolor de su abandono y la fantasía (de parte de las más pequeñas) de que algún día irán sus padres a buscarlas. Entre las adolescentes, surgían sentimientos encontrados, como la agresión y la necesidad de cariño, rehuían a las orientadoras no permitiendo que se involucraran en sus cosas, pero a la otra sesión, ahí estaban, oyendo y rescatando lo que ellas necesitaban en sus adentros.

Cada orientadora tuvo la oportunidad de darse, de salir de su mundo propio y entrar a otro diferente, permitió en cada una el surgimiento de sentimientos personales y profundos, en donde en ocasiones se veían sus propias cualidades y en otras, sus carencias. Para ellas también surgió un crecimiento, ya que, la experiencia les abrió los ojos y su corazón a crear nuevos vínculos y afectos. (MIRABENT, 1991).

2.6. TRABAJOS QUE SE HAN REALIZADO EN ALGUNOS CENTROS DE ATENCIÓN COMUNITARIA

La marginación, como síndrome tienen muchas causas pero con una sintomatología común; stress y neurosis traumática, son dos conceptos claves que desde la psicopatología permiten comprender algunas características del comportamiento de marginados urbanos. Se entiende por stress, la respuesta global de un organismo, esto es, agentes internos y externos que alteran la homeostasis.

La neurosis traumática, en el última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R, 1983), fue clasificada dentro de la categoría de Trastornos de Ansiedad, específicamente en Trastornos por Stress Postraumático.

STRESS PSICOSOCIAL

Se ha observado que existe diversos agentes stressantes que dificultan y en ocasiones impiden que la mayoría de los marginados se incorporen al sistema productivo del país. Se ha encontrado que la angustia es su característica principal ya sea dentro del hogar, en la cuadra y vecindario o perdidas dentro de la gran ciudad.

Por lo general, las características ocupacionales de las zonas urbanas marginadas son: ocupaciones de mínima productividad, desligada a la producción directa de bienes, con un trabajo de mercado reducido e inestable; ocupaciones que dan lugar a relaciones de trabajo igualmente inseguras y que generan unos salarios exigüos y transitorios. Los ingresos diarios que perciben los marginados se encuentran por debajo del salario mínimo.

La lucha diaria por sobrevivir constituye la mayor fuente de tensión interna de stress; la muerte es una realidad que se hace presente a cada momento, ya sea por falta de alimento, por enfermedad o por violencia cotidiana. Leñero (1982), hace notar, que en un 55% de las familias mexicanas son de tipo marginal, indígenas campesinas (36%) y subproletarias urbanas (19%); viven la experiencia familiar como un medio de alcanzar la seguridad íntima de la que carecen para no desaparecer, y cuando la aspiración del mejoramiento vital queda frustrada, la energía vital de la familia se vuelca hacia la nueva generación; aunque muchas veces, esta se convierte en un factor que precipita aún más la angustia y el fracaso de la generación adulta.

Otros agentes stressantes identificados hasta la fecha se ubican en cinco áreas diferentes, social, cultural, ambiental, familiar y laboral.

En el ámbito social, se ha observado que los marginados están excluidos de las instituciones de su comunidad. Las instituciones sociales están controladas por miembros del sistema dominante, que en su inmensa mayoría están acostumbrados a desconfiar de individuos de apariencia y modales diferentes, se puede esperar un fracaso en la confianza mutua y también de la posibilidad para establecer relaciones interpersonales.

En relación con la situación ambiental, se encuentra que la cantidad de espacio por persona y la forma en que se dispone del mismo ya sea para favorecer o para interferir con la privacidad, ha sido relacionado con la angustia.

En el ámbito cultural, se presenta un serio conflicto de valores, por una parte la emigración del campo o de la provincia a la ciudad, demanda excesiva carga de ajuste a los que emigran pues desconocen los roles específicos a desempeñar en la ciudad, que están en contradicción con las que desempeñaban en el campo. En lo que concierne a la familia, puede decirse que una de las características primordiales de los hogares marginados es, el que las actividades están distribuidas por imposición. Los mensajes de las madres a sus hijos están encuadrados dentro de las órdenes prohibitivas, «no hagas». Los límites se modifican casi siempre de acuer-

do con el humor de los padres.

En el ámbito laboral, se ha encontrado que los marginados son víctimas de la explotación, malos tratos y de injusticias que los hace perder fácilmente el control sobre sí mismos ocasionando que sean despedidos de su empleo continuamente. Tal parece que la industria de la construcción es la única que les permite desempeñar actividades acordes con su ritmo y estilo de trabajo.

En el stress psicosocial, la reacción de alarma, siempre es una constante.

NEUROSIS TRAUMÁTICA

Se entiende por neurosis traumática, el tipo de neurosis en la que los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emotivo, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto a sentido amenazada su vida. Se manifiesta por una crisis de ansiedad paroxística, que puede provocar estados de agitación, estupor o confusión mental, el trauma posee una parte determinante en el contenido mismo del síntoma que parecen un intento reiterado de «ligar» y descargar por abreacción el trauma, tal «fijación del trauma» se acompaña de una inhibición más o menos generalizada de la actividad de la persona. Desbordado en sus funciones de «ligazón», repetirá de forma compulsiva especialmente en los sueños la situación traumatizante, a fin de intentar conectarla.

El abandono se acompaña de un efecto, cuyo mejor nombre es la desvalidez y enseguida de una depresión generalizada de la motivación.

En familias marginadas urbanas del Valle de México se han encontrado experiencias repetidas de acontecimientos traumáticos como son pérdida continua de padres, hermanos e hijos, ya sea por abandono, muerte, separación o aborto. Las pérdidas se asocian con muertes subsecuentes y con el ataque sexual. Las violaciones que podían haber sido anticipadas y evitadas por la gran incidencia de disturbios, suceden periódicamente.

La mayoría de los niños son expuestos en virtud del hacinamiento, a experiencias de escenas primarias en las cuales, los padres acompañan actividad sexual con un comportamiento que llega a los golpes, afirmando así la fantasía de lo que sufrirán después. Lo anterior podría ser una de las causas de la institucionalización de la violencia y la farmacodependencia como problema permanente. La mayoría de las personas marginadas no han podido tomar conciencia de que la tristeza interminable y la soledad infinita que padecen son producto de abandonos acumulados.

Se ha observado también que los marginados casi siempre buscan gratificaciones inmediatas, existe una irritabilidad aumentada que puede asociarse a explosiones esporádicas e impredecibles de conducta agresiva, bajo la presión de provocaciones mínimas e incluso sin ellas. En ocasiones se presentan síntomas de alteración mental orgánica tales como fallo de la memoria, dificultades para concentrarse, labilidad emocional, jaquecas y «nervios». El cuadro clínico de la mayoría de los marginados urbanos se complica aún más por el uso de sustancias y alcohol.

Se considera que de una vida de continuo stress y traumas en donde todo se puede y nada permanece, surge un desarrollo yoico muy peculiar en las personas marginadas. Es tal la intensidad de los traumas que no los pueden recordar, por eso los actúan. Con lo cual, la reexperimentación del grado de los acontecimientos traumáticos no es por medio de fantasías o sueños recurrentes sino mediante acciones que perpetúan traumas. Se piensa que la compulsión a la repetición dificulta la posibilidad de establecer procesos de discriminación y diferenciación, esencial del desarrollo del yo.

Cabe hacer notar que entre los marginados-urbanos del Valle de México, se han encontrado marcadas diferencias individuales. SE podría ubicar, de acuerdo con sus características personales, en cuatro grupos: El primero está integrado por aquellas personas que pese a todos los agentes stressantes y traumas logran una mejor interacción y desarrollo, y asumen el papel de líderes dentro de la comunidad. El segundo, formados por aquellos que con la estimulación, atención y entrenamiento adecuados, logran incorporarse al sistema productivo. El tercero, está constituido por personas que requieren ayuda, capacitación y supervisión continua para la realización de ciertas actividades productivas; y el cuarto grupo, comprende a aquellos que temporalmente no responden a los estímulos provenientes del exterior, por lo que se desconoce sus recursos y potencialidades.

El propósito del trabajo, fue destacar los dos tipos de stress, el psicosocial y el traumático que afecta a los marginados urbanos del Valle de México. (LARTIGUE, 1985).

PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DEL NIÑO EN EL NIVEL COMUNITARIO

Los programas comunitarios de salud mental del niño, son doblemente prioritarios: por un lado, promueven el desarrollo óptimo del niño previniendo la aparición de enfermedades y por el otro, contribuyen a preservar la salud de las etapas futuras del ciclo vital.

Las estrategias para desarrollar programas comunitarios de salud mental, se fundamentan en las necesidades y posibilidades de acción en las distintas etapas del ciclo evolutivo de la vida, comprendidas entre los 0 y los 12 años. Para facilitar su integración en los programas generales de salud, se las presentan agrupadas de acuerdo con las características biológicas y epidemiológicas de cada etapa, agregándoseles los aspectos específicos correspondientes a la salud mental.

La programación en salud mental infantil debe basarse:

- 1.- En el conocimiento de la población que será sujeto y objeto de las actividades.
- 2.- En la determinación de sus necesidades generales y de salud, analizando la forma en que inciden sobre la salud mental.
- 3.- En la técnica de intervención existentes y sus posibilidades de utilización en el área considerada tomando en cuenta tanto la aceptación de la comunidad como los recursos técnicos y financieros.

Las necesidades y posibilidades de intervención en cada etapa del como evolutivo, así como, sus participantes son variables; razón por la cual, se presentan algunos modelos o propuestas para los diferentes grupos.

EL SÍNDROME DEL MALTRATO AL MENOR

El síndrome del maltrato al menor es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla entre el niño maltratado (huésped) y el maltratador (agente), en un lugar y circunstancias determinados y en un tiempo en particular, ya que su incidencia presenta variaciones cíclicas que se correlacionan con la violencia en la sociedad.

El maltrato es todo daño biofísico, psíquico o social intencionalmente infligido a un menor por cualquier persona, en forma activa (abuso) o pasiva (negligencia). Se extiende en un rango que varía desde la privación de afecto, cuidados maternos, ropa, comida, alojamiento, hasta abuso, vejaciones, golpes o traumas que pueden producir, en casos extremos hasta la muerte del niño.

Algunas de las características del niño maltratado son las siguientes:

- a) Con frecuencia tienen algún defecto, característica o peculiaridad que promueve el rechazo de los padres.
- b) Es miedoso, se asusta con facilidad, especialmente ante la persona que lo maltrata.
- c) Presenta cicatrices o lesiones en la piel o en las partes blandas.
- d) Demuestra signos de malnutrición, ya sea por déficit o exceso (obesidad).
- e) Viste ropa inadecuada.
- f) Presenta mal cuidado, falta de higiene.
- g) Su llanto es fácil y frecuente.
- h) Hay evidencia de que sus enfermedades y lesiones no han sido bien tratadas.

Un perfil del maltratador (con mayor frecuencia la madre) se describiría así:

- 1) Su versión de los hechos es confusa y no concuerda con las lesiones que presenta al menor.
- 2) Muestra rasgos anormales de conducta que con frecuencia llaman la atención.
- 3) Al observarla (u observarlo) con cuidado resulta casi siempre evidente que necesitará atención psiquiátrica.
- 4) Tiene problemas psicosociales (madres adolescentes, desempleadas, padres o madres con dificultades económicas, disfunción familiar, dependencia al alcohol o drogas, aislamiento social).
- 5) No muestra interés por el niño y generalmente tiene expectativas anormales en relación con él.

Por último, el ambiente general y familiar en que se mueve el niño maltratado refleja problemas psicosociales serios de diversa índole.

INDICADORES SOBRESALIENTES DEL RIESGO: LABOR DEL TRABAJADOR DE LA SALUD MENTAL (TSM).

Ante el problema del niño maltratado, las acciones deben encaminarse a evitar que el síndrome aparezca, detectando tempranamente a los maltratadores (padres, madres u otros). Los servicios generales de salud son los que tienen mayores probabilidades de hacerlo.

Los indicadores sobresalientes del riesgo de maltrato son los siguientes:

- a) Madres adolescentes y/o solteras.
- b) Con deseos o intentos de aborto.
- c) Que rechazan la atención prenatal.

- d) Con serios problemas conyugales.
- e) Que no han pensado ni siquiera en el nombre para el bebé.
- f) Que no han preparado ropas ni han hecho planes para la atención y cuidados del bebé.
- g) Con antecedentes de maltrato a hijos posteriores.
- h) Cuando uno de los progenitores tiene alteraciones mentales.

Una vez producido el parto, el personal de salud de maternidad debe alertar al TSM si se dan las siguientes condiciones:

- 1) La madre no quiere ni ver ni tocar al bebé.
- 2) Haga comentarios negativos en relación con el niño.
- 3) Presente conductas anormales (especialmente desinterés, depresión o irritabilidad).

La conducta de las madres con el lactante o el preescolar en riesgo de maltrato pueden describirse de este modo:

- a) No quiere o no le interesa alimentarlo.
- b) No le preocupa la ropa de su hijo.
- c) Dice cosas desagradables del niño.
- d) No lo cuida, ni le habla, lo deja solo.
- e) El bebé/niño muestra falta de higiene.
- f) Lo manipula en forma ruda o brusca.
- g) Se irrita si el niño llora.
- h) No solicita ayuda si el niño está enfermo.
- i) Tiene resistencias para llevarlo a instituciones de salud.

Frente a personas que llenan estas condiciones, el TSM debe estar consciente de que la aparición de una crisis ambiental puede desencadenar el proceso de maltrato. La atención preventiva de estos sujetos para disminuir el riesgo de comportamientos anormales, es viable a nivel local.

Esta descripción de los problemas prevenibles en la etapa preescolar evidencia la importancia de observar la estructura y funcionamiento de su ambiente familiar. El TSM debe de observar como se establece la relación entre la madre, los familiares y el niño; cual es la forma de respuesta de la madre y de qué modo y con qué grado de aceptación responde el niño; cómo está organizado el ambiente para prevenir peligros potenciales para el niño: si se le proporcionan estímulos adecuados; si dentro de las posibilidades tiene juguetes apropiados.

RECOMENDACIONES GENERALES

Los programas de salud mental infantil deben realizarse no solo con otros trabajadores de salud, sino también con la colaboración de los padres y familiares cuyos aportes constituyen un modelo permanente para el aprendizaje.

Para tener éxito, las actividades de los programas deben ser:

- 1) Aceptables, tanto para los participantes como para los receptores quienes deben de estar de acuerdo con la planificación y el desarrollo de los programas.
- 2) Simples, es decir, comprensibles para todos y con las responsabilidades de cada uno especificado.
- 3) Adecuadas, para lograr los objetivos del programa.
- 4) Factibles, es decir, realizadas con técnicas apropiadas y a un costo que el programa pueda sufragar.
- 5) Registradas, ya que la descripción y la cuantificación de las acciones son la base para el monitoreo y la evaluación de los programas.
- 6) Evaluadas, como una forma de reorientar la planificación, modular el proceso y valorar el impacto, sentando las bases para realizarlas de un modo eficiente y efectivo.

Para alcanzar los mejores resultados, los programas deben ser flexibles, modificables. De este modo podrán ser orientados hacia los grupos que presenten mayor interés en la comunidad, según las prioridades establecidas. (ARROYO, 1992).

PARTE II

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

Los métodos de adaptación que utilizan los psiconeuróticos de carácter repetitivo e invariable representan rasgos de conducta afectiva o psicológica.

Las formas de las neurosis está determinada en gran parte por el tipo de medida defensiva que el paciente emplea para controlar la angustia.

En la actualidad se clasifican los trastornos psiconeuróticos en la forma siguiente:

- Neurosis de Angustia.
- Neurosis Histérica: * de tipo Conversión.
* de tipo Disociativo.
- Neurosis Fóbica.
- Neurosis Obsesivo-Compulsiva.
- Neurosis Depresiva.
- Neurosis de Despersonalización.
- Neurosis Hipocondriaca.
- Neurosis de otro tipo.

La mayoría de las neurosis de los adultos, se desarrolla entre los últimos años de la adolescencia y los 35 años de edad, que es el periodo en que el individuo se enfrenta a los problemas de las adaptaciones y responsabilidades de adulto y en el que se deben establecerse situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias. Las frustraciones en estos campos de importancia capital, suelen conducir hacia el conflicto, y la angustia que sólo puede encararse por medio de mecanismos neuróticos (LAWRENCE, 1985).

REACCIONES DE ANGUSTIA

La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable o como una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. Cuando la represión de los derechos sexuales prohibidos, de los anhelos de la dependencia para evitar la soledad o de los sentimientos inconscientes hostiles y agresivos están en peligro de ceder, tal peligro amenaza los autorrequerimientos y la seguridad de la personalidad y puede surgir angustia. Por otra parte, la angustia con su aprensión obsesiva, puede surgir ante frustraciones o dilemas en algunos de los principales problemas de la vida, en aspectos como la adaptación vocacional, sexual o matrimonial.

En otras reacciones, el sujeto recurre a alguna forma auxiliar y específica de mecanismos psicológicos de defensa para controlar la angustia; la represión por sí sola es insuficiente para controlar la angustia.

La angustia difusa no es demasiado penosa, puede expresarse o controlarse por medio de ciertos rasgos de personalidad.

Los individuos que se ven acosados por una angustia, se muestran tensos, tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sienten incómodos por razones banales y tienden a preocuparse, son distantes, tienden a experimentar sentimientos de inferioridad, encuentran difícil tomar decisiones y temen cometer errores. Suelen ser escrupulosos, exageradamente concienzudos, ambiciosos y sienten que hay que alcanzar

altos niveles que ellos mismos se imponen. Si la angustia se vuelve más perturbadora, puede expresarse en formas de síntomas como depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de incompetencia e inferioridad que a veces se acompañan de una actitud paranoide, el sujeto con una neurosis de angustia siente fatiga crónica y se queja de incapacidad para concentrarse (LAWRENCE, 1985).

REACCIÓN FÓBICA

La neurosis Fóbica no se comenta con mayor frecuencia debido a que suele asociarse con angustia, y también porque aparece con otros síntomas psiconeuróticos. Estos son dos veces más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Las fobias a los animales son los que más tienden a desaparecer, mientras que los miedos a lugares abiertos son más persistentes.

Las fobias se presentan en un gran número de las personas crónicamente aprensivas que sufren de ataques de angustia.

Una fobia es una reacción defensiva en la cual el sujeto en un intento de manejar su angustia, la designa de una idea, sujeto o situación específicas de su vida cotidiana, y la desplaza en forma de un miedo neurótico específica a una idea, objeto o situación asociados a la primera idea. Aunque el sujeto reconozca conscientemente que no existe peligro real, si se expone al objeto o situación simbólica y específicos que estimulan la fobia, no puede evitar una intensa sensación de miedo.

Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el sujeto logra una defensa contra la angustia que surge de la fuente que el no reconoce. En esta forma, dicha angustia, se desliga de su fuente real y se desplaza hacia una situación u objeto que suelen simbolizar la tendencia o el deseo amenazadores. Se han descrito una gran cantidad de fobias: miedo a la suciedad, a las bacterias, a algunos animales, a viajar, a cierto tipo de vehículos, agorafobia (miedo a lugares abiertos), claustrofobia (miedo a lugares cerrados), etc.

Si se expone a la situación específica que provoca el miedo, fóbico experimenta desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiración, náusea y temblor.

El individuo que sufre fobias, a menudo proviene de una familia en la cual la madre tiene miedo de su propia agresión, padece también de fobias y es incapaz de imponer normas de conducta aceptables, si no es a través de regaños continuos dirigidos a los niños y también al padre. Si éste se pliega a la insistencia fóbica de la madre, aún cuando tenga una apariencia de firmeza, algunos de los niños también se volverán fóbicos, ya que tal conducta se vuelve la principal forma de adaptación para controlar a los otros (LAWRENCE, 1985).

NEUROSIS HISTÉRICA

Una de las más frecuentes reacciones disociativas defensivas que la angustia provoca es la amnesia; las amnesias debilitan los recuerdos, específicamente los de ciertos periodos circunscritos. La amnesia disociativa no es un simple olvido. Se trata de un proceso activo, un total borramiento de la percepción de los rasgos desagradables. Tal amnesia puede ir precedida de periodos de estúpido o de un estado crepuscular, mostrar tendencia a volverse selectiva y limitarse al elemento o experiencias particulares que la provocaron. Entre las experiencias que suspenden la capacidad para llevar a la consciencia datos referentes, se encuentran los que implican terror intenso o los periodos en que la conducta se asocia a sentimientos de vergüenza, de culpa o de otro tipo intensamente afectivo.

La mayoría de las amnesias disociativas son de breve duración en ocasiones borran por completo periodos largos e incluso toda la vida previa del sujeto (LAWRENCE, 1985).

REACCIONES DE CONVERSIÓN

En una reacción de conversión, la angustia en lugar de experimentarse conscientemente, se «convierte» en síntomas funcionales que afectan a órganos o partes del cuerpo inervados por el sistema nervioso sensorial-motor. Los síntomas de conversión sirven para prevenir o disminuir cualquier angustia consciente y palpable, y suelen simbolizar el conflicto mental primario que produjo dicha angustia, por lo tanto, no solo sirven como defensa contra la angustia, si no que también, proporciona una «ventaja secundaria».

El síntoma de conversión se crea para encarar una situación; la forma de síntoma está determinada por algún rasgo característico de dicha situación.

Encontramos que las reacciones de conversión de la vida civil, tienden a desarrollarse en individuos con ciertos antecedentes de personalidad, caracterizados por inmadurez en los campos psicosexual y emocional.

Las características de personalidad en el histérico, se encontrará que las evasiones y los mecanismos de retirada han sido habituales desde los primeros años de la vida. En las mujeres de este tipo, el narcisismo que suele caracterizar la detención en el desarrollo de su personalidad, las hace a que tiendan a mostrar sus emociones en público, casi siempre en una forma infantil y dramática, desean la inmediata satisfacción de sus necesidades pero evitan los esfuerzos encaminados a ese objetivo. Piensan en sí mismas todo el tiempo, se ofenden por vágatelas y adoptan actitudes dependientes; tratan de ganar la atención y la simpatía de otros, y son «dados a desplantes suicidas» en los cuales la persona no tiene intención de morir, utilizan la amenaza o el «golpe» del aparente intento para controlar su ambiente, ganar su atención, estimular simpatía o hacer que los demás asustados se sometan a ella.

Los histéricos rara vez se maravillan de algo, rara vez sienten reverencia, rara vez les impresionan la grandeza o la belleza de algo y rara vez experimentan compasión; pueden mostrar auto desprecio, remordimiento o duelo, pero esto se debe a que tales emociones son las que atraen más la atención.

La reacción histérica de conversión, puede dar al sujeto una defensa contra la angustia, permitirle conservar su auto estimación y, al mismo tiempo, cumplir un propósito cuyo logro en otra forma impediría dicho autorrespeto. Puede ser posible que el sujeto escape de una situación intolerable, proporcionar una exoneración para el propio individuo y una excusa para sus fallas, servirle como recurso para obtener la atención de los demás, permitirle evadir ciertos deberes, huir de una responsabilidad, expresar algún rencor o cumplir algún propósito inaceptable para la consciencia (LAWRENCE, 1985).

NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVO

Psicogenéticamente, el origen de la conducta obsesivo-compulsivo radica en la lucha inicial que el niño experimenta al crecer, entre sus impulsos coercitivos hacia el logro de una omnipotente seguridad en sí mismo, y la necesidad de adaptarse a las exigencias de los padres y así conservar el amor y respeto que le tienen. El conflicto se inicia cuando se empieza a enseñar al niño a controlar sus esfínteres. A menudo, al individuo que en etapas posteriores se convierte en obsesivo-compulsivo crece bajo el influjo de una madre rígida y compulsiva. El niño cuando crece, se ve expuesto entonces a accesos de rabia, cada vez que la madre insiste en que hay que ser limpios y seguir las reglas; no obstante dicha rabia tiene que reprimirse para conservar la relación con el progenitor. Desde muy temprano, el niño empieza a considerar como tabú sus pensamientos subyacentes de venganza hostil, y piensa, por lo tanto, que dichos pensamientos merecen castigos y requieren penitencia.

La función de los actos compulsivos es también aliviar la angustia o ligarla a un hecho determinado. Se encontrará que el acto compulsivo del sujeto tiene un significado simbólico y sirve como una especie de ritual

mágico a través del cual el individuo deshace o anula el posible efecto de sus impulsos no reconocidos y obtiene satisfacción, auto castigo y expiación distorsionadas.

La necesidad de tener una conducta ritual aumenta, puesto que el anhelo inconsciente amenaza con surgir a la consciencia. En muchos aspectos los patrones defensivos de las compulsiones parecen castigos, penitencias o expiaciones o sirven como precauciones, prohibiciones y restricciones.

Se encuentran los mecanismos de desplazamiento y anulación. El verdadero miedo no es a la suciedad, sino a los impulsos intolerables, o a los anhelos cargados de culpa, que han desplazado y simbolizado en la constante preocupación del miedo a la suciedad (LAWRENCE, 1985).

NEUROSIS HIPOCONDRIACA

La hipocondría se caracteriza por una preocupación e interés obsesivos del individuo respecto al estado de su salud y las condiciones de sus órganos. Los individuos a menudo relatan una multiplicidad de molestias relacionadas con diferentes órganos o sistemas corporales que, según el insistente comentario del sujeto, deben estar incurablemente afectados. El hipocondríaco no solo está pendiente de diversas sensaciones que la mayoría de las personas pasan por alto, sino que también, amplifica la intensidad de las sensaciones normales de fatiga, etc. La hipocondría parece ser un desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo, con las resultantes molestias somáticas. Algunas reacciones hipocondríacas pueden volverse obsesivas en forma persistente y excesiva, e incluso pueden aparecer compulsiones asociadas (LAWRENCE, 1985).

NEUROSIS DEPRESIVA

En las depresiones psiconeuróticas, la angustia se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con efecto depresivo. Estas reacciones incluyen muchos casos de aflicción patológica, duelo prolongado después de la muerte. En la mayoría de los casos el principio de la depresión reactiva aparece poco después de una pérdida importante y evidente; la ruptura de un compromiso matrimonial, la ruptura de un noviazgo, cuando uno de los novios abandona al otro sin previo aviso, un divorcio, la muerte de un cónyuge, de un amante, de un progenitor y la pérdida súbita de una fortuna, de una posesión muy querida o de una función corporal a la que se le daba gran valor.

En todos los casos, la pérdida produce un estado afectivo de tristeza, también angustia y con frecuencia culpa o vergüenza. El llanto parece ser más frecuente en la depresión. A veces el sujeto deprimido trata de vencer la angustia y la tensión culpables por medio de la ingestión de alcohol o drogas; otros buscando apoyo en forma dependiente a través de quejas hipocondríacas.

Unos cuantos neuróticos deprimidos intentan resolver su rabia o angustia por medio de actos impulsivos que expresan sus conflictos (acting out); adoptan diversas formas de conducta antisocial como la promiscuidad o aceptan sin reserva diversos tipos de excesos sexuales. No obstante la mayoría se queja de fatiga, lasitud y dificultad para dormir y trabajar, desaprueban su pasado, son pesimistas y se tienen lástima a sí mismos (LAWRENCE, 1985).

OTRO TIPO DE NEUROSIS REACCIONES ANTE UN GRAN STRESS

NEUROSIS TRAUMÁTICA

Con frecuencia aparece un trastorno definido de la personalidad, después de que el individuo se enfrenta a una gran amenaza para su vida, ya sea como consecuencia del stress que en la vida civil producen las catástrofes, o del stress que implica la lucha y el combate bélicos o los horrores de la existencia en un campo de

concentración. Esta afección tiene por nombre *Neurosis Traumática*, puede presentarse en forma de un trastorno aislado o como complicación de trastornos preexistentes de la personalidad, lo más frecuente es que aparezca y no se diagnostique.

La situación de stress donde hay amenazas a la vida, o que indiquen a fantasías de aniquilaciones, no necesariamente conducen los síndromes neuróticos de stress que desorganizan el Yo. Las reacciones de stress, son respuestas a la amenaza de muerte y aniquilamiento; estas crisis pueden incluir la respuesta a catástrofes agudas y prolongadas. Tanto las víctimas como los observadores están preocupados por pensamientos y fantasías de lo que podría haberles pasado durante el desastre o de lo que les podría pasar en el futuro.

Cuando el evento que produce stress es tan repentino que elimina el potencial para preocuparse, cuando no se obtiene una advertencia previa adecuada acerca del desastre o del stress, cuando al individuo se le da una tranquilidad falsa o cuando suprime la angustia anticipatoria por medio de las defensas de negación, optimismo excesivo o evitamiento de las advertencias, la reacción subsecuente producida por el stress será mucho más profunda que en los individuos que se preparan gracias al miedo anticipatorio (LAWRENCE, 1985).

TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD (BORDER LINE)

La patología límite tiene una estructura intrapsíquica denominada «organización limitrofe de la personalidad» (KENBERG, 1984), que se caracteriza en forma primaria, por: 1) difusión de identidad, 2) mecanismos de defensa primitivos, 3) prueba de realidad conservada. Y en forma secundaria, por manifestaciones de debilidad yoica como: 1) falta de control de impulsos, 2) falta de tolerancia a la ansiedad, 3) falta de desarrollo en los canales para la sublimación y por una falta de integración al superyo porque persiste en él: 1) un sistema de valores infantil o inmaduro, 2) demandas morales internas contradictorias o hasta rasgos antisociales. (KENBERG, 1975).

Así mismo, se tomó del libro de *Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* en su 3a. edición (DSM III-R), el criterio para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad:

- 1.- Llegan a los servicios de salud, por amenazas, gestos o conductas suicidas o automutiladora recurrente. Esta conducta corresponde a la activación de una relación objetal parcial sadomasoquista actuando en el contexto interpersonal, con la finalidad de atraer y tiranizar a la persona más significativa de su vida, al adoptar simultáneamente el papel de víctima y victimario, y de inducir los roles complementarios de la persona significativa.
- 2.- La conducta suicida casi siempre va precedida por esfuerzos tiránicos para evitar el abandono, real o imaginario.
- 3.- Las amenazas reales o fantaseadas son el producto de la ira intensa e inapropiada, de la dificultad para controlarla y de las peleas físicas y repetidas.
- 4.- Las peleas repetidas pueden ser precedidas por periodos breves de ideación paranoide o de síntomas disociativos graves. Este último se puede entender como intentos de las personas para proyectar sus relaciones objetales parciales o para negarlas con estados disociativos importantes.
- 5.- La ideación paranoide o los estados disociativos graves generalmente son la consecuencia de los periodos de impulsividad en los gastos, sexo, uso de sustancias, al manejar un automóvil o al comer copiosamente.
- 6.- No es raro que las rachas de impulsividad sean precedidas por periodos de varias horas o días de inestabilidad afectiva: ansiedad, irritabilidad o disforia intensa.

7.- Suponemos que la inestabilidad afectiva es el producto de las relaciones interpersonales intensas e inestables, caracterizadas por la alternancia entre la devaluación y la idealización extremas.

8.- La idealización y la devaluación defensivas de las relaciones interpersonales encubren el trastorno de identidad. Es decir, la inestabilidad marcada y persistente de la autoimagen y el concepto de sí mismo es la forma como se exhibe la percepción de las varias relaciones objetales parciales que contiene el mundo interno de estos pacientes.

9.- El establecimiento de las relaciones interpersonales donde alternan la idealización y la devaluación es el desenlace de los periodos de intensos sentimientos crónicos de vacío. Estos sentimientos traducen una posición fuertemente defensiva de la activación de las relaciones objetales parciales.

La secuencia prospectiva de los nueve criterios podría ser la siguiente: 1) intensos sentimientos de vacío, 2) dudas exageradas sobre la identidad, 3) establecimiento de relaciones interpersonales inestables, intensas, idealizadas y devaluadas, 4) inestabilidad afectiva, 5) impulsividad, 6) ideación paranoide, 7) ira intensa e inapropiada, peleas físicas repetidas, 8) esfuerzos titánicos para evitar el abandono y 9) amenazas gestos o conductas suicidas o automutiladoras. (LOPEZ, G. 1995)

PSICOSIS

Algunos psiquiatras han denominado a las psicosis como «reacciones mayores». En general, el diagnóstico de las psicosis, implica que en la personalidad existe un trastorno muy grave; las defensas del psicótico son extremas, regresivas y toman menos en cuenta la realidad; suele ser grande la distorsión y desorganización de la personalidad y su funcionamiento social suele estar muy alterado. Está muy alterada la capacidad para distinguir entre las experiencias subjetivas y la realidad.

El psicótico crea un nuevo ambiente, la cual adjudica las fuerzas y propiedades de la realidad. Puede distorsionar o falsificar la realidad en forma de ideas delirantes o alucinaciones; el pensamiento puede ser de tipo dereístico, a menudo proyecta sus deseos y motivaciones. Está destruida la represión y el yo cambia al grado de poder tolerar los impulsos o las fantasías reprimidas, sin examinarlos a fondo y sin reconocer que dichos impulsos surgen del propio yo. Los cambios en el afecto pueden ser muy intensos y a menudo se encuentra disminuida la labilidad afectiva.

En general, el psicótico no reconoce que está enfermo y por lo tanto no desea que cambie su estado subjetivo. (LAWRENCE, K. 1985).

Para el diagnóstico en niños y adolescentes, nos hemos basados en los criterios que se utilizan en el libro de DSM III-R 1987, el cual menciona los siguientes trastornos:

RETRASO MENTAL

Hablamos de retraso mental o debilidad mental, cuando hallamos un nivel de inteligencia inferior a lo normal. El cociente intelectual medido con pruebas estandarizadas. Hablamos de un C.I. normal lo que se refiere entre 85 y 115 puntos. El déficit para ser considerado un retraso mental, debe provocar además importantes problemas adaptativos.

Los niveles de gravedad se evalúan en función de la cifra del C.I., hablamos de retraso leve cuando el C.I. está entre 50-55 y 70, moderado con un C.I. de 35-40 a 50-55, grave con un C.I. de 20-25 a 35-40, profundo cuando el C.I. está por debajo de 20-25.

El curso está muy relacionado con el nivel de gravedad, con el origen y con las posibilidades de tratamiento

existentes en el medio en donde el niño se desenvuelve. Generalmente, si las oportunidades que el medio provee son buenas, mejor será el pronóstico (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Los trastornos pertenecientes a esta subclase se caracterizan por un deterioro cualitativo en el desarrollo de la interacción social, en el desarrollo de las habilidades de comunicación, tanto verbales como no verbales, y en la actividad imaginativa. A menudo, aparece una marcada restricción del repertorio de actividades e intereses, que frecuentemente son estereotipados y repetitivos.

Frecuentemente estos trastornos se encuentran asociados a diferentes estados y alteraciones. Son comunes las alteraciones y los retrasos en el desarrollo de las siguientes áreas: habilidades intelectuales, comprensión del significado del lenguaje y del habla, postura y movimientos; trastornos de la ingesta, bebida y del sueño y respuestas adecuadas a los estímulos sensoriales (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO AUTISTA

Los síntomas esenciales constituyen una forma grave de trastorno generalizado del desarrollo, que tiene su comienzo en la infancia o en la niñez.

Por lo menos deben estar presentes ocho de los dieciséis ítems siguientes y debe haber al menos, dos ítems del apartado A, uno del apartado B y uno del apartado C.

A.- El deterioro cualitativo en la interacción social recíproca se manifiesta por los siguientes aspectos:

- 1) Se tiende a ignorar de forma persistente la existencia o los sentimientos de los demás.
- 2) En periodos de stress no hay búsqueda de apoyo o ésta es anómala.
- 3) Incapacidad o dificultad para imitar.
- 4) Anomalías o ausencias de juegos sociales.
- 5) Déficit considerable en la capacidad para hacer amigos.

B.- Existe un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, como se pone de manifiesto por la presencia de alguno de los siguientes ítems:

- 1) No hay ninguna forma de comunicación, como balbuceo, expresión facial, gestualidad, mímica o lenguaje hablado.
- 2) La comunicación no verbal es notablemente anómala, en lo que concierne al contacto visual cara a cara, la expresión facial, la postura corporal o la gestualidad para iniciarlo modular la interacción social.
- 3) Ausencia de actividad imaginativa, como simulación del papel de adulto, de personajes imaginarios o de animales; falta de interés en las historias imaginadas.
- 4) Anomalías graves en la producción del habla, incluyendo alteraciones del volumen, el tono, el énfasis, la frecuencia, el ritmo y la entonación.

5) Anomalías graves en la forma y contenidos del lenguaje, incluyendo su uso repetitivo y estereotipado; uso de palabras o frases peculiares, observaciones irrelevantes.

6) Deterioro importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de lo apropiado del lenguaje.

C.- Repertorio notablemente restringido de actividades e intereses, como se pone de manifiesto en los siguientes ítems:

1) Presencia de movimientos corporales estereotipados.

2) Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos.

3) Malestar importante frente a pequeños cambios del entorno.

4) Insistencia excesiva por seguir rutinas con gran precisión.

5) Restricción notable en el conjunto de intereses y preocupación excesiva por algún aspecto determinado.(VALDEZ, 1987).

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Cuadro cuya sintomatología consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Tales síntomas se manifiestan en diferentes situaciones, tanto en casa como en la escuela, el trabajo u otras situaciones sociales, y su intensidad puede variar en cada caso. Los síntomas empeoran en situaciones en las que se requiere de una atención sostenida, como escuchar a un profesor, escuchar una clase, estar en una reunión, hacer ejercicios en clase o labores en la casa. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o no aparecer cuando el niño recibe apoyo o reforzamiento.

En la clase, la atención y la impulsividad se ponen en manifiesto por una falla de persistencia en las tareas y que impide su finalización y por una desestructuración en la forma de realizar el trabajo. El niño, a menudo, da la sensación de que no está escuchando o que no oído lo que se le ha dicho. El trabajo es sucio y descuidado y se realiza en forma impulsiva y desorganizada.

La impulsividad puede ser objetivada por la emisión de respuestas precipitadas, antes de que acaben de formularse las preguntas, por comentarios fuera de lugar, por no esperar el turno en las tareas de grupo, por no acabar de escuchar las directrices de una tarea antes de iniciarla, por interrumpir al profesor durante la exposición de la lección, o por interrumpir o hablar con otros niños durante las horas de clase.

La hiperactividad puede objetivarse por una dificultad de permanecer sentado, dar saltos y correr a través de la clase, molestar a los compañeros, manipular objetos, retorcerse y moverse continuamente en el asiento.

En la casa, la falta de atención puede apreciarse por una incapacidad para seguir las peticiones o las instrucciones y en cambios frecuentes de actividad, sin acabar muchas de ellas antes de pasar a otras. Los problemas de la impulsividad se manifiestan por una interrupción o intrusión en la actividad de otros miembros de la familia y por una conducta propensa a los accidentes.

Con los compañeros, la falta de atención es clara cuando se trata de seguir las reglas de un juego estructurado, o de escuchar a otros niños. La impulsividad se manifiesta por incapacidad para esperar, el turno de un juego determinado, provocando interrupciones, siendo poco cuidadoso y por la implicación de actividades

peligrosidad sin considerar las posibles consecuencias. La hiperactividad puede manifestarse por una conversación excesiva y por una incapacidad para jugar tranquilo y regular la propia actividad para adecuarla a las necesidades del juego.

Es frecuente detectar baja autoestima, inseguridad y baja tolerancia a la frustración. Así como irritabilidad; también se puede apreciar la enuresis o la encopresis funcional.

Los criterios diagnósticos indican que deben presentarse al menos ocho de los síntomas siguientes: 1) inquietud frecuente que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en el adolescente puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud, 2) dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere, 3) fácil distractibilidad por estímulos ajenos a la situación, 4) dificultad para guardar turno en los juegos o situaciones de grupo, 5) frecuencia de respuesta precipitada antes de que se acabe de formular las preguntas, 6) dificultad para seguir las instrucciones de los demás, 7) dificultad para mantener la atención en las tareas o actividades lúdicas (juegos), 8) frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra, 9) dificultad para jugar con tranquilidad, 10) a menudo habla excesivamente, verborrea, 11) a menudo se entromete o inmiscuye en actividades de otros niños, 12) a menudo no escucha lo que se le dice, 13) a menudo pierde las cosas necesarias para una tarea o actividad escolar, 14) a menudo practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no con el propósito de buscar emociones fuertes). (VALDEZ, 1987).

TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES ACADÉMICAS

TRASTORNO DEL DESARROLLO EN LA LECTURA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un déficit notable en el desarrollo de las habilidades para reconocer las palabras y comprender el texto que se lee, no explicable por un retraso mental o por una escolarización insuficiente que tampoco se debe a un defecto visual o auditivo, ni a un trastorno neurológico. El diagnóstico se hace solamente si el déficit interfiere de una manera significativa en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades de lectura.

La lectura oral se caracteriza por ser lenta y por omisiones, distorsiones y sustituciones de palabras, con aparición de claudicaciones o bloqueos. La comprensión de la lectura también está afectada. A este trastorno se le conoce con el nombre de «dislexia». (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA ESCRITURA

Consiste en un déficit marcado en el desarrollo de las habilidades de escritura que no puede ser explicado por un retraso mental o, por una escolaridad insuficiente y que no se debe a un defecto visual o auditivo o a un trastorno neurológico. El diagnóstico se hace solamente si este trastorno interfiere en forma significativa en el rendimiento académico o en las actividades de la vida cotidiana que requieran habilidades en la escritura. Este deterioro en la incapacidad de componer textos escritos puede ser importante y puede manifestarse a través de errores, en el deletreo, en la gramática o en la puntuación de las frases o por una organización pobre de cada párrafo. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DEL DESARROLLO EN EL CALCULO ARITMÉTICA

Consiste en un déficit marcado en el desarrollo de las habilidades aritméticas, que no pueden explicarse por un retraso mental, escolaridad insuficiente o por defectos visuales o auditivos. Este diagnóstico se hace solamente si el deterioro interfiere notablemente con los logros académicos o con las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades de cálculo aritmético.

Hay dos tipos de actividades que pueden ser afectadas por el trastorno de desarrollo en el cálculo aritmético. Estas incluyen habilidades lingüísticas, habilidades perceptivas, habilidades de atención y las habilidades matemáticas. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DEL DESARROLLO EN LA ARTICULACIÓN

Consiste en un fracaso persistente en la articulación correcta en los sonidos del lenguaje hablado, a una edad en la que no deberían presentarse. La alteración no se debe a un trastorno profundo del desarrollo, o a un retraso mental, o a un defecto en los mecanismos que originan el discurso oral, o a defectos neurológicos, intelectuales o auditivos. Este trastorno se manifiesta por frecuentes articulaciones erróneas, sustituciones u omisiones en los sonidos que componen el lenguaje hablado dando la impresión de una «conversación infantil».

La dificultad de articulación es más patente en aquellos sonidos que se adquieren más tardíamente en las etapas de desarrollo (r,s,t,f,l,z y ch), aunque en los casos más graves o en los niños más jóvenes, las letras b,m,t,d,n,h, pueden pronunciarse también en forma defectuosa. (VALDEZ, 1987).

DISFEMIA (TARTAMUDEZ)

El tartamudeo consiste en la repetición o prolongación frecuente de los sonidos, o de las sílabas. Perturba notablemente la fluidez del lenguaje. Puede haber problemas en la emisión de cualquier fonema, pero es más frecuente sobre todo que aparezca en los fonemas «explosivos» (b,p,t). Es normal que el tartamudeo sea más evidente cuando el niño se halla sometido a una situación en que se siente evaluado, o con la «necesidad de hablar bien». El niño suele intentar mecanismos de compensación para evitar su aparición; por ejemplo, iniciar sus frases con una palabra «inocua», acompañar su verbalización con movimientos, etc.

La mayor parte de los casos son transitorios (hasta un 80% de recuperaciones). Alrededor de un 5% de los niños presentan un problema de tartamudez, pero sólo el 1% de los adultos siguen con este trastorno.

La disfemia puede aparecer alrededor de dos edades críticas. Por una parte entre los 2-3 años de edad, coincidiendo con la organización del lenguaje; por otra parte, hacia los 6 años, edad de la escolaridad, en que se le exige una primera adaptación social de cierta envergadura. También puede aparecer por primera vez en la adolescencia, edad a la que, de todas formas, se suele acentuar, pues los factores emocionales que aparecen pueden jugar un papel desencadenantemente especial.

En general se puede decir que la tartamudez se incrementa en aquellas ocasiones en las que la tensión emocional del disfémico aumenta, especialmente si aumenta en relación a la emisión del lenguaje. La disfemia se acentúa en una circunstancias que marcan una etapa de adaptación. Lo cierto es que el disfémico se encuentra expuesto a alteraciones psicológicas. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNOS DE CONDUCTA

Las conductas antisociales, como pelearse, negativismo, destructividad, mentir y otras, son relativamente frecuentes en distintos momentos del desarrollo normal. El hecho de que ocurran en proporciones significativas en niños, a menudo cerca de la mayoría o sobrepasándola, significa que su mera aparición no es clínicamente significativa, ni predictiva del curso futuro.

Muchas conductas antisociales declinan en el curso del desarrollo normal. Así pues, la significación de la conducta antisocial desde el punto vista clínico puede proceder de diversas consideraciones del desarrollo.

La sintomatología esencial de los trastornos de la conducta, consiste en una persistente violación a los derechos de los demás y las normas sociales adecuadas a la edad. Las agresiones físicas (crueldad con personas o animales, destrucción, fuegos provocados, actos contra la propiedad, etc.) constituyen los síntomas más frecuentes.

Los criterios diagnósticos requieren una alteración de la conducta de más de seis meses de duración, con al menos tres de los ítems siguientes: robo sin enfrentamiento con la víctima, fuga del hogar familiar durante la noche al menos en dos ocasiones, mentiras frecuentes, provocación deliberada de incendios, ausentismo escolar, violación de la propiedad privada, destrucción de propiedad privada, crueldad con animales, violación sexual, empleo de armas, inicio de peleas, robo con enfrentamiento o extorsión y crueldad física con la gente.

Una forma menor es el NEGATIVISMO DESAFIANTE, consiste en conducta negativas, hostiles o desafiantes, pero sin llegar a incluir violaciones a los derechos de los demás. Los criterios diagnósticos exigen una alteración de más de seis meses, con al menos cinco de los siguientes ítems: cólera fácil, discusiones con adultos, desafío ante las normas, conductas hechas para molestar a los demás, extrapunición ante los propios errores, hipersusceptibilidad, actitudes resentidas o irritables, actitudes rencorosas o autoreivindicativas, uso de blasfemias, reniegos o de lenguaje obsceno.

El negativismo desafiante es consecuencia de un proceso tratable, como, por ejemplo, una depresión. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACIÓN

Es la ansiedad que siente el niño al separarse de una persona con la que se siente vinculado. Suele aparecer cuando el niño debe desplazarse, por un viaje, una excursión, o aún por ir a jugar a casa de un amigo o acudir a la escuela. También aparece cuando son los padres quienes se desplazan, por un viaje o cualquier otra cosa. El trastorno de ansiedad por separación, suele incluir ideas angustiosas en formas de fantasías catastróficas. Es frecuente que en niños (as), con tal problema, la ansiedad se generalice ante otros estímulos: presencia de animales, mención de monstruos o fantasmas o presencia de desconocidos.

Los niños más pequeños suelen presentar esta ansiedad en momentos de separación real. Los más mayorcitos, pueden presentar la ansiedad de anticipación ante la posibilidad de que la separación vaya a producirse.

Es frecuente que tales niños, manifiesten gran cantidad de miedos irracionales (a estar solos, a irse a la cama con la luz apagada, etc.) y presenten trastornos del sueño o pesadillas congruentes con sus temores. Los niños mayorcitos y los adolescentes pueden ocultar la naturaleza de su ansiedad, pero la manifiestan en forma de una ansiedad aparentemente inmotivada en las situaciones concretas de separación.

Los criterios para el trastorno incluyen una ansiedad excesiva durante un periodo de al menos dos semanas, manifestada al menos por tres de los siguientes síntomas: preocupación exagerada y persistente por los posibles daños que puedan sufrir las personas allegadas al niño, o temor de que no regresen si se van, temor a que una catástrofe provoque la separación, negación de ir a la escuela, o resistencia a ello con el fin de permanecer más tiempo en casa junto a las personas a las que está vinculado, temor por dormir fuera de casa y a estar solo; pesadillas sobre temas de separación; angustia de anticipación o quejas somáticas cuando el prevé una separación; quejas exageradas cuando las personas vinculadas se ausentan. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO POR EVITACION EN LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

Aparece este trastorno, cuando el niño manifiesta excesiva evitación del contacto con personas desconocidas; por un periodo del al menos seis meses. El trastorno interfiere las relaciones sociales con los compañeros. Se acompaña de una intensificación del contacto con personas conocidas.

Los niños con el trastorno, suelen ser inseguros, tímidos, poco asertivos. No es frecuente que la ansiedad por evitación aparezca como entidad aislada; suele acompañar a los otros trastornos de ansiedad.

El curso puede ser crónico, continuándose en la edad adulta por signos de inmaturidad, falta de asertividad, o incluso fobias sociales o trastornos de personalidad por evitación. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DE ANSIEDAD EXCESIVA (OVERANXIOUS DISORDER)

Consiste en un exceso de ansiedad o preocupación injustificada, de más de seis meses de duración, y provocada por estímulos diversos o por temor anticipatorio a estos estímulos. Pueden aparecer cuadros sintomáticos de ansiedad, trastornos del sueño y sensación de inquietud o tensión. Normalmente el trastorno se asocia a fobias concretas más específicas: fobia social, fobia escolar. También a conductas de inquietud motriz.

Los criterios diagnósticos, requieren al menos cuatro de los siguientes síntomas: preocupación excesiva sobre acontecimientos futuros, sobre conductas del pasado, sobre la competencia personal en una o más áreas; síntomas somáticos, exagerada autoobservación; necesidad obsesiva de reafirmación en una gran variedad de situaciones; sentimientos de tensión e incapacidad para relajarse. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Los trastornos sexuales son los que se derivan de una disociación entre el sexo anatómico de la persona y su percepción de la identidad sexual. Se describen tres modalidades sindrómicas: el trastorno de identidad sexual en la niñez, el transexualismo y el trastorno de identidad sexual en la adolescencia y en la vida adulta. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL EN LA NIÑEZ

En este trastorno, el niño siente un agudo y persistente malestar acerca de su propio sexo, junto a un ferviente deseo de ser del otro sexo, llegando a firmar repetidamente que se pertenece a él. No se trata de un simple cambio de hábitos o de conducta (como sería un afeminamiento en los hombres y un machismo en las mujeres) sino de la alteración profunda del sentimiento de ser hombre o mujer. Las estereotipias de conducta luciendo patrones propios del sexo opuesto serían en este caso un síntoma acompañante.

Los criterios diagnósticos son para las mujeres: malestar persistente por el hecho de ser una niña, y deseo manifiesto de ser un niño (o aseveración de que ella es un niño); aversión a conductas o hábitos propios del estereotipo femenino; rechazo de las estructuras anatómicas femeninas (aseverar que tiene, o espera el crecimiento de un pene, negarse a orinar sentada, afirmación de que ella no desea que le crezcan los pechos ni tener la menstruación).

Para varones: malestar persistente por el hecho de ser un niño, deseo de ser una niña y/o manifestaciones de que es una niña; preferencia por estereotipos de conducta femenina; rechazo de las estructuras anatómicas masculinas (aseverar que al crecer se convertirá en mujer, que desea la pérdida de su pene y testículos, o que sería mejor no tener testículos). Tanto como para niños como para niñas es válido el criterio de aparición de

este trastorno antes de la pubertad.

Es probable que para estos problemas, actúen como factores predisponentes unas condiciones ambientales que no han reforzado suficientemente los papeles masculinos o femenino correspondientes. Ya sea por ausencia de un progenitor o por excesiva ligazón al del sexo opuesto, ya sea por una política de débil reforzamiento de las pautas de conductas correspondientes al sexo anatómico real. (VALDEZ, 1987).

TRANSEXUALISMO

Una vez alcanzada la pubertad, el trastorno de identidad sexual pasa a convertirse en transexualismo, que junto a la inadecuación por el propio sexo anatómico real- comporta una preocupación de al menos dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características primarias y secundarias sexuales del otro sexo.

Se relaciona este problemas con el trastorno de identidad sexual prepuberal y, sea como fuere, tiende a producirse en el contexto de una dinámica familiar alterada. Los varones a la larga, pueden buscar ayuda en las clínicas especializadas en la resolución quirúrgica de estos problemas, aunque también las mujeres -en menor proporción- también pueden hacerlo. Es prudente subdividir este trastorno en relación a la orientación sexual del individuo: asexual, homosexual o heterosexual. Curiosamente la percepción «homosexual» es negada por muchos de estos sujetos, que dicen sentirse atraídos «por el otro sexo», al cual niegan su pertenencia por más que los elementos anatómicos y cromosómicos tengan algo que decir. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y EN LA VIDA ADULTA

Corresponde al transvestismo no fetichista. El sujeto siente el malestar propio de los trastornos, no niega tener la preocupación acerca de como eliminar los detalles anatómicos que considera sobreañadidos, pero se transviste en forma persistente o recurrente (y no con la finalidad de hallar placer o excitación, como en el caso de los fetichistas). También estos casos se dividen en homosexuales, asexuales y heterosexuales. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN

ENCOPRESIS FUNCIONAL

Es la evacuación repetida e involuntaria (y rara vez intencional) de las heces en lugares inadecuados para este propósito. La encopresis puede ser primaria (se considera que la edad normal de control de esfínteres se extiende hasta los cuatro años), y secundaria si empieza más tarde y después de un período de control; normalmente entre los cuatro y ocho años de edad en la mayoría de los casos.

La encopresis es un problema cuya dificultad aumenta con el nivel de inteligencia del niño, por cuanto, a mayor inteligencia, mayores (y más complejos) son los mecanismos psicológicos del niño que mantienen el trastorno, en el caso de que este produzca algún beneficio secundario inconsciente.

La encopresis puede estar relacionada a malos hábitos de aprendizaje de la higiene evacuatoria, como puede ser el empleo de exigencias angustiantes en los primeros intentos del niño por aprender a defecar voluntariamente. También en encopresis secundaria, se suelen invocar mecanismos regresivos ante traumas ambientales (nacimiento de un hermano, inicio de la escuela). Hay que tener en cuenta una posibilidad nada despreciable: la encopresis puede ser síntoma de una depresión infantil. (VALDEZ, 1987).

ENURESIS FUNCIONAL

La enuresis se define como una emisión involuntaria de orina durante el día o por la noche, en la cama o en la ropa, en una edad en la que se espera que halla continencia.

Los criterios diagnósticos para la enuresis son: frecuencia de al menos dos episodios al mes en niños de entre cinco y seis años, o un episodio al mes entre niños mayores, edad cronológica de cinco años y edad mental de cuatro años. Lógicamente deben excluirse las incontinencias debidos a problemas orgánicos. La enuresis es secundaria si aparece precedida de un periodo de continencia de al menos un año, y primaria en caso contrario.

A los 18 años el problema está resuelto para todas las niñas y en el 99% de los varones. (VALDEZ, 1987).

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

MUTISMO ELECTIVO

Consiste en un rechazo a hablar en situaciones sociales (incluida la escuela), que se manifiesta en forma de negativa persistente, y sin que exista incapacidad derivada de algún trastorno lingüístico, mental o del desarrollo. Lógicamente no se diagnostica mutismo electivo si un síntoma parecido se presenta como expresión de una fobia social, de una depresión mayor o de una esquizofrenia.

A pesar de que se considera que el mutismo electivo no se debe a un retraso lingüístico, ambos procesos pueden presentarse asociados, de la misma forma que también puede haber dislalias, disartrias, timidez, retraimiento, rechazo escolar y trastornos funcionales de la conducta. Se considera que los trastornos del lenguaje así como, la sobreprotección de la madre, traumas psicológicos y hospitalización, pueden actuar como elementos predisponentes. El curso puede ser breve y benigno, o bien desarrollarse durante años, causando pocos problemas o bien altos grados de limitación social y escolar, junto a la posibilidad de complicarse por fracaso escolar y/o rechazo y burla por parte de compañeros. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO DE IDENTIDAD

cuando aparece este trastorno suele ser en fases finales de la adolescencia, cuando la persona está buscando «su lugar en el mundo». Consiste en un notable malestar subjetivo y grave acerca de incertidumbres en temas relacionados con la identidad, incluyendo al menos tres de los siguientes aspectos: 1) objetivos a largo plazo; 2) elección profesional; 3) patrones de amistad; 4) orientación y conducta sexual; 5) identidad religiosa; 6) sistema de valores morales, y 7) lealtad de grupo. El cuadro debe ser causa de incapacidad laboral, y/o académica, y/o social, haber durado más de tres meses y no deberse a una esquizofrenia ni trastornos de la personalidad. (VALDEZ, 1987).

TRASTORNO REACTIVO DE VINCULACIÓN EN LA INFANCIA O AL INICIO DE LA NIÑEZ

Este trastorno se asocia a una falta de cuidados, ya sea por descuido de las necesidades emocionales básicas, descuido de las necesidades físicas (nutrición, vivienda, prevención de ataques) y/o repetidos cambios de cuidador principal que impide el desarrollo de unos vínculos estables.

Podemos diagnosticar trastornos reactivos de la vinculación si tenemos datos que hagan presumir que la falta de cuidados reseñada provoca: a) fracaso persistentes para iniciar o responder a la mayoría de las interacciones

sociales; y b) sociabilidad indiscriminada, familiaridad excesiva ante los extraños.

A menudo el cuadro se asocia a signos de mal desarrollo a causa de los insuficientes cuidados. En ocasiones se presenta junto a síntomas de maltrato físico, trastorno del sueño e hipersensibilidad al contacto y a los ruidos. (VALDEZ, 1987).

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

En la edad prepuberal, son frecuentes las quejas somáticas y agitación psicomotriz. También se mencionan alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.

En la adolescencia es frecuente la conducta negativista o claramente antisocial: agresividad, hurtos, llegando al consumo de alcohol y/o drogas, sentimientos de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor o irritabilidad, desgana para cooperar en actividades familiares y retraimiento social con tendencias a recluirse en la propia habitación; probable dificultades escolares, desinterés por el aseo personal e hipersensibilidad, con especial rechazo en relaciones amorosas.

El trastorno de estado de ánimo se muestra en forma clara o en forma enmascarada. Cuando es claro llama la atención la apatía y/o la tristeza del niño, su desinterés en cosas que antes le atraían, trastornos de sueño, fatiga o pérdida de energía, dificultades en la concentración, indecisión, pérdida de apetito, idea de muerte recurrente (no necesariamente ideas de suicidio).

Los criterios diagnósticos para la detección de la depresión, debemos como mínimo hallar cinco de los síntomas mencionados y al menos uno de los síntomas es, o, 1) humor deprimido; 2) pérdida de interés o capacidad para placer. (VALDEZ, 1987).

La depresión infantil es un trastorno anímico que se da en la infancia donde se presenta un estado de infelicidad, tristeza, sentimiento de desamparo, soledad, nostalgia, sentimiento de inadecuación, baja autoestima, desánimo, como una reacción ante la privación, pérdida de un enlace afectivo o las tensiones de la vida que persiste durante largo tiempo interfiriendo en el funcionamiento adecuado del niño.

Los niños deprimidos tienen tendencias a expresar la ansiedad ante la separación y ante el hecho de estar demasiado apegado a alguien, no quieren ir a la escuela y tienen miedo de que los padres se mueran.

La depresión infantil también puede mostrarse de una manera «enmascarada» o encubierta. La depresión enmascarada se manifiesta cuando el niño se vuelve hiperactivo, disminuye su rendimiento escolar, hay desórdenes somáticos y trastornos alimenticios. (MANZO, C. 1995).

ESQUIZOFRENIA INFANTIL

Bajo el diagnóstico de esquizofrenia (o psicosis en general) se suelen calificar distintos tipos de cuadros clínicos. De hecho, las esquizofrenias aparecidas antes de los cinco años tienen rasgos extremadamente comunes con el autismo, y sólo son evolución posterior, con la aparición de síntomas psicóticos.

Los criterios diagnósticos para la detección de una esquizofrenia exigen la presencia de al menos dos síntomas psicóticos, entendiendo como tales las ideas delirantes, las alucinaciones, la incoherencia asociativa, la conducta catatónica y la afectividad embotada o inapropiada.

Las ideas delirantes deben ser extrañas al medio cultural en el que el individuo se mueve. Las alucinaciones predominantes suelen ser auditivas. Para que el diagnóstico pueda ser confirmado ha de transcurrir un plazo de seis meses. (VALDEZ, M. 1987).

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Cuando los niños ingresan a la escuela, suponemos que han desarrollados las habilidades de percibir, procesar, almacenar, expresar información. Damos por hecho que tienen la habilidad para tratar con términos simbólicos, por lo tanto, las experiencias del aprendizaje que les presentamos son en su mayoría simbólicas.

Tales experiencias de aprendizaje dependen de que tengan un sistema perceptual consistente. Sin embargo, una gran cantidad de niños ingresan a la escuela, careciendo de la habilidad para percibir simbólicamente y como resultado presenta dificultad para aprender. Estos niños pueden tener cualquier tipo de inteligencia.

Se supone generalmente que la etiología de los problemas de aprendizaje se deriva de alguno de los tres factores siguientes:

- * Anatómicos.
- * Emocionales.
- * De experiencias.

En las incidencias de causas anatómicas, una porción del sistema nervioso central se ha desarrollado de una manera incompleta o ha sido destruida. Factores de tipo genético o condiciones prenatales tóxicas o infecciones de sangre de la madre.

Otro factor etiológico de los problemas de aprendizaje es el del trauma emocional, que se prolonga por un periodo largo de tiempo.

El tercer factor etiológico, es la falta de experiencia en la primera infancia. Cuando las experiencias necesarias para el fundamento del aprendizaje no han estado al alcance del niño en su medio ambiente, el niño no se desarrolla plenamente, el organismo debe ser capaz de responder al medio ambiente y el medio ambiente debe presentar al estímulo para que el organismo responda a él. (GOMEZ, Robledo, C. 1991).

CAPITULO III

METODOLOGIA

En este estudio se analizó a toda la población y sus respectivos diagnósticos, con el fin de sacar cuadros diagnósticos en frecuencia de problemática en base a un estudio epidemiológico.

ESCENARIO: Este estudio se realizó en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga»; ubicado en la calle Atzimba No. 75, colonia Eréndira, en la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

DISEÑO: EX-POST-FACTO: Designa los esfuerzos para simular la experimentación por medio de un proceso en el que se intenta una situación de diseño con miras a lograr una ecuación pre-X.

Cada determinante de exposición a «X» es de manera similar, y aún sin «X» indeterminante de «O». Todas las variables equiparadas correlacionan con «X» y «O» en el mismo sentido. Aunque bien no podía ocurrir así en todas las variables de todos los estudios ex-post-facto, sino en la mayor parte. (CAMPBELL, 1982).

IDENTIFICACION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: El tipo de problemas por las acuden al Centro de Atención Psicológica.

VARIABLE DEPENDIENTE: Las personas que asisten al Centro de Atención Psicológica

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

V.I.: Los trastornos psiconeuróticos de la personalidad surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan stress, que la persona misma es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos. (LAWRENCE, K. 1985).

V.D.: Los ideales y valores tradicionales de la clase media estaban basados en la ética en donde el trabajar duro y el auto control llevaban al éxito. «El acostarse temprano y levantarse temprano», hacen que el hombre tenga «sabiduría», es la norma debida; igualmente lo es: «una puñalada dada a tiempo puede evitar dar nueve después» y otras muchos proverbios que realzan la «bondad y la industriosidad» de la estabilidad, auto disciplina y la maldad de la pereza, de la inestabilidad y la falta de control, que conlleva a la creación de un gran stress. (AGUILERA, D. 1986)

SUJETOS: Del 1o. de Junio de 1994 al 31 de Mayo de 1995, se atendió a una población de 107 usuarios, que comprenden 48 niños, 23 adolescentes, 36 adultos.

ASIGNACIÓN DE GRUPOS: La asignación de grupo se otorga por el tipo de servicio que reciben las personas que acuden al Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga», a saber: terapia de apoyo psicológico para adolescentes, adultos y niños.

MATERIAL:

INSTRUMENTOS UTILIZADOS: Se está considerando la historia clínica del sujeto como un cuestionario de respuestas abiertas. Asimismo se utilizaron la historia clínica basado en el formato Menninger y para niños basados en el formato Peinado.

Otro instrumento utilizado son las pruebas proyectivas realizadas por Karen Machover (figura humana hombre y mujer); y para los niños es el test de la figura humana realizado por Goodenough.

CALIFICACIÓN: Pruebas proyectivas de figura humana para niños y adultos.

FUNDAMENTACIÓN: Las pruebas proyectivas de la figura humana, nos proporciona un diagnóstico adecuado basado en el libro de Psiquiatría Clínica Moderna (LAWRENCE, 1985), para un correcto diagnóstico de las neurosis en donde explica los diferentes tipos de neurosis y que factores los provoca.

Los síntomas de estos trastornos neuróticos consisten en una manifestación de angustia, esfuerzos automáticos para controlar dicha angustia por medio de defensas como conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos repetitivos. La represión permite al individuo manejar cómodamente los sentidos y situaciones que tienden a provocar angustia. Sensaciones y manifestaciones de angustia o los métodos para adaptarse a las mismas (defensas), constituye los síntomas de las neurosis (LAWRENCE, 1985).

APLICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS DE PERSONALIDAD

En cuanto a la fundamentación de las pruebas proyectivas aplicadas, para el diagnóstico de las personas adultas que asisten al Centro de Atención Psicológica, nos hemos basados en los Test de la figura humana, elaborado por Karen Machover, así como para obtener un diagnóstico en los niños, nos hemos basado en las pruebas de la figura humana elaborado por Goodenough.

Los dibujos de la figura humana orientan respecto a la línea a seguir en el examen diagnóstico. Unidos a otras técnicas de estudio de la personalidad, proporcionan una concepción sólida y rica en contenido de la personalidad. El dibujo de la figura humana se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo en niños de la pubertad a la adolescencia. También se ha empleado como técnica de selección para ocupaciones profesionales y para estimar el progreso y las mejoras debidos al tratamiento. De esta manera, se han ido acumulando normas para las diversas fases de desarrollo, para las distintas categorías clínicas y para ambos sexos, en términos de características comunes.

El método presenta varias ventajas. Su administración es sencilla, no exige más material que un lápiz y una hoja de papel. Se puede ejecutar en menos de una hora, incluidas las asociaciones suplementarias a las figuras, y se interpreta directamente, sin puntuación o codificación intermedia. Con ello quedan considerablemente reducidas las posibilidades de error. El producto se puede conservar indefinidamente y analizar a gusto y siempre presenta un testimonio directo de la proyección del sujeto, y no una mera descripción de la misma. Como medio motor, se adapta bien al niño tímido o inhibido. También se puede administrar a extranjeros o analfabetos. Para algunos sujetos, colmados de fantasía, representa una oportunidad de liberación que ejerce sobre ellos efectos terapéuticos. (ANDERSON, 1980)

Aunque el hecho de solicitarle al sujeto que dibuje una figura humana introduce cierta estructuración, las múltiples posibilidades que encierra y la multitud de esquemas dinámicos de expresión que se pueden evocar, confirman su naturaleza de test proyectivo. La administración sólo exige atención parcial por parte del exa-

minador, de suerte que se puede aplicar a grupos de cualquier tamaño, siempre que entre unos y otros sujetos queden con suficiente espacio.

Del estudio del paciente se pasó al estudio de sus producciones artísticas según el significado específico impuesto por el paciente. Es decir, el problema de la comunicación gráfica, se enfocó, a la vez, desde dos puntos de vista, el estudio de casos y el diagnóstico psiquiátrico.

Ahora bien; lo que determinó la elaboración y el desarrollo del test que nos ocupa, fueron los trabajos de Goodenough, centrados sobre la figura humana. Goodenough reconoce en numerosas referencias, las posibilidades que encierra su test para el análisis de la personalidad, a pesar de que el propósito primordial del mismo es hallar un C.I. (ANDERSON, 1980)

La experiencia adquirida en la aplicación del Goodenough a niños como medida de inteligencia, nos llevó a concebir una técnica de estimación de la personalidad basada en el dibujo de la figura humana. Se había observado que niños cuyo C.I. era idéntico, expresaban, no obstante, distintas cosas. Más aún, los comentarios espontáneos e irreprimibles de los niños, reforzados y elaborados por asociaciones dirigidas con las figuras, demostraban la validez y la riqueza del lenguaje del cuerpo humano. Gran parte del periodo de elaboración del test se dedicó a sistematizar este tipo de comunicación ideográfica y privada.

ADMINISTRACIÓN DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS

La administración consiste en dar al sujeto un lápiz de dureza media provisto de goma y una hoja de papel blanco de unos 21 por 28 cm., pidiéndole que dibuje en ella «una persona». Cuando se trata de niños, es preferible decirles que dibujen a «alguien», y, en último caso, si son muy pequeños, que dibujen a un niño o a una niña. Las instrucciones deben ser lo menos concretas posibles; si el sujeto alega que no sabe dibujar, que no tiene habilidad para ello, se le debe contestar que no importa, porque lo que interesa no es la pericia en el dibujo, sino saber que hace la gente cuando intenta dibujar una persona.

Cuando el test se aplica individualmente, el examinador debe anotar los comentarios y la manera de proceder del sujeto sobre otra hoja de papel, procurando no interferir en su tarea. Una vez terminado el dibujo, se entrega al sujeto la hoja en que tomaron las notas, por la cara que queda en blanco, pidiéndole que dibuje otra figura humana del sexo contrario.

En los exámenes colectivos no queda otro remedio que sacrificar las observaciones. En tal caso, se entrega a los sujetos dos hojas de papel, pidiéndoles que hagan un dibujo en cada una, un varón en una y una hembra en otra, indicando siempre cual de los dos han dibujado primero.

Se pide al sujeto que narre una historia sobre la persona dibujada, como si este fuera un personaje de una novela o de una obra de teatro. El interrogatorio comprende preguntas en torno a la edad, educación, ocupación, ambiciones, familia, preferencia hacia la madre o el padre, actitudes respecto a su propio cuerpo, respecto a los amigos, a la familia, al sexo y al matrimonio. Este aspecto verbal y más consciente del proceso no constituye un elemento intrínseco de la técnica del dibujo, pero ofrece una posibilidad de obtener información clínica indirecta acerca del sujeto y sirve como contraste de los rasgos representados gráficamente. La mayor parte de las veces los dibujos se interpretan independientemente de las asociaciones verbales, e incluso sin tomarlas en cuenta. (ANDERSON, 1980)

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS

Los principios de interpretación se han ido formulando paulatinamente, a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos y comparándolos con la historia clínica del sujeto, con datos complementarios del test y con ideas psiquiátricas y psicológicas. El grupo tomado para estudiar el significado de ciertos rasgos específicos del dibujo, estaba formado por una serie de dibujos, acompañados de las historias, observaciones y diagnóstico correspondiente. Examinando los protocolos de cada individuo que presentaban un rasgo determinado, se consiguió averiguar el significado que el rasgo en cuestión tenía en tal individuo. (ANDERSON, 1980)

La técnica del dibujo, se basa en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado. El dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que se expresa, se podría caracterizar como la «imagen corporal». La imagen corporal se puede definir como una «reflexión compleja de autoconsideración» -imagen de sí mismo-

La medicina psicosomática revela que cada órgano tiene un significado emocional específico. En los dibujos de narcisistas concentrado en su cuerpo, se reflejan insultos corporales tan insignificantes, que ni siquiera se tiene memoria consciente del incidente que los provocó. Los impedidos muestran complejas reacciones ante su imagen corporal deteriorada. La imagen corporal -en términos más generales, el propio yo- suele desarrollarse lentamente. Es maleable, responde a la acción de enfermedades, traumas, regresiones emocionales y tratamientos. Los individuos primitivos, de carácter regresivo que han perdido toda plasticidad, repiten el mismo dibujo una y otra vez, mientras que los jóvenes, los que todavía están en periodo de desarrollo y los que están sujetos a un tratamiento y responden a él, ofrecen variadas proyecciones en los dibujos, consistentes en las variaciones que se están produciendo en su personalidad. La imagen corporal queda alterada no solo por lesiones, sino también, por tatuajes, cosmética y vestimenta.

En el fenómeno de despersonalización, la imagen corporal llega a confundirse con el ambiente, y el propio yo, el sí mismo, pierde sus límites como unidad de referencia. Esto se puede expresar en los dibujos como un esfuerzo compensatorio que consiste en reforzar y revestir las paredes corporales a fin de definir y delinear los límites del ego. Emociones intensas como el odio, el temor, la agresión y el amor, suelen constreñir la imagen corporal a un modelo postural único, que da el tono del dibujo incluso en los menos dotados.

En cuanto un individuo se propone «dibujar una persona» tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que poblan su mente. La imagen compuesta constituida por la figura dibujada está íntimamente ligada al propio yo y a todas sus ramificaciones. En nuestra mente, las personas altas, delgadas, asténicas están asociadas con determinados rasgos psíquicos y en general, identificamos cada tipo físico con un temperamento. Por otra parte, cada uno de los infinitos detalles que constituyen a la persona, brazos fuertes, nariz larga, maquillaje, etc., se ponderan con un significado social. Y combinadas con estas imágenes sociales están las imágenes precedentes de nuestra propia y privada experiencia, imágenes únicas en cada uno de nosotros. Todo ello se entremezcla para dar luego a la sutil y a la vez compleja proyección del propio yo.

El aspecto expresivo, es decir, la distribución de energía gráfica, según viene indicada por las omisiones, interrupciones de la línea, perspectiva, esfuerzos, tachaduras y sombreados, se debe interpretar en función del significado atribuido a las diversas partes del cuerpo. El dibujo permite localizar el conflicto.

Que los órganos más acentuados se relacionen con las funciones de comunicación social, con la ideación, la alimentación y necesidades de dependencia, la potencia sexual, la fertilidad, el crecimiento, la movilidad, o el contacto del propio cuerpo con el mundo circundante, depende en gran parte del sistema de aspiraciones del sujeto, de sus necesidades y frustraciones.

La imagen corporal proyectada corresponde a los más profundos deseos del sujeto, a una franca exposición de carencia o defecto, a una fuerte compensación de dicho defecto, o a una combinación de los tres factores. Cuando el control racional se debilita, bien por una lesión cerebral orgánica, bien por una psicosis funcional, aparece toda suerte de distorsiones -incongruencias o exageraciones orgánicas que producen un efecto bizarro. Más aún cuando el dibujo proyectado es francamente distinto del sujeto en cuanto a raza, sexo, edad, cabe pensar en que existe alguna dificultad para realizar identificaciones normales. (ANDERSON, 1980)

Los dibujos de la gente joven suelen tener el mismo carácter que su manera de expresarse en otros medios. Sus esquemas o modelos son más amplios, más firmes y más ricos en detalle que los de la gente mayor. Siempre hay excepciones; no obstante. Un niño pequeño, que todavía no sabe discriminar entre el sentido de sí mismo y la percepción de las demás partes de su ambiente, probablemente dibujará una cabeza con los rasgos faciales, interpretados como si tuviesen connotaciones sociales y partiendo de ella una serie de apéndices. En los adultos histéricos e infantiles, como en los niños, el cuerpo, es decir, el tronco, se concibe como continente de una serie de órganos vagos y misteriosos. La atención se concentra sobre la cabeza, órgano de dependencia y comunicación social, mientras que el cuerpo queda meramente esbozado. A medida de que el sentido del propio yo individualiza, consolida y estabiliza, las proyecciones de la imagen corporal adquieren un carácter más estable y elaborado.

Entre los diversos tipos de proyección de la imagen corporal existe uno, relativamente frecuente, que a primera vista parece más patológico de lo que en realidad es: la versión geométrica, super simplificada y abstracta de una persona. Tales dibujos, ejecutados con cierta indiferencia, solo atienden a las partes esenciales de la figura. Su carácter remoto de diagrama permite considerarlos como fiel reflejo de la construcción emocional del sujeto. Corresponde a personas egocéntricas, cuya participación social, cuyas tendencias a reaccionar, a responder, están bloqueadas por una concentración en las propias necesidades. A penas se concede mayor interés a los problemas concretos, objetivos y neutrales, a no ser que se ajuste a la preocupación inmediata del sujeto. En los niños, tales dibujos corresponden a una fase determinada del desarrollo normal, pero en adultos de inteligencia media, indican neurosis, hipocondría, depresión, regresión psicótica o tendencias a los trastornos psicósomáticos. Desde el punto de vista del movimiento expresivo el círculo tiene carácter primitivo, femenino, sumiso y narcisista, mientras que las formas angulosas significan agresión, masculinidad y rasgos clínicos. La más simplista disposición de las líneas destinadas a representar una persona resulta reveladora, porque algunos factores, como la colocación, el tamaño, la presión en el trazo, las proporciones, la diferenciación del detalle y la distribución general de la energía revelan datos interesantes.

Los conflictos se expresan de muy diversas maneras. Unos sujetos se muestran reacios a dibujar, otros dibujan solo algunas partes del cuerpo, otros se deshacen en preguntas, otros dibujan primero una figura del sexo contrario al propio. El conflicto se revela, a veces, en el hecho de dibujar una figura humana cuyo sexo, edad o tipo corporal no son congruentes con los del sujeto, o en errores de perspectiva o desproporción sobre determinadas áreas. De una manera más directa y consciente se manifiesta el conflicto de disatisfacción representada por las tachaduras, los borrones y el refuerzo agresivo y temperamental de las líneas. A un nivel más profundo, el conflicto se revela en sombreado y esfumaciones, indicios de ansiedad. El sombreado adquiere un carácter desordenado y febril cuando consiste en una liberación de la tensión psicomotora; otro tipo de sombreado, racional e intencionado, sublimado socialmente, suele ser identificado por el sujeto, puede ser indicio de esquizofrenia.

Como rasgos estructurales contamos con el tamaño de la figura, la intensidad del trazado, el detalle y acabado, la simetría, la presencia de un eje central, la perspectiva, proporciones, sombreados, refuerzos, tachaduras y borrones, colocación de la figura en el papel, tema, posición o actitudes de la figura, fondo, exactitud, etc. Idéntica importancia tiene el contenido del dibujo. En él se incluyen todas y cada una de las partes del cuerpo, vestidos y accesorios. Interpretados funcionalmente, así como la expresión facial y tono postural de la figura. (ANDERSON, 1980)

CABEZA: En términos generales, la cabeza y las facciones del rostro expresan necesidades sociales y responsabilidad. Se proyectan las aspiraciones intelectuales, la tendencia a controlar racionalmente los impulsos y las fantasías de la personalidad. La cabeza es la parte que primero dibujan los niños y, a menudo, lo único que queda en los dibujos de las personas seniles o deterioradas. La cabeza es la parte más congruentemente expuesta del cuerpo y, según algunos autores, el verdadero «locus» del «sí mismo».

OJOS: Los rasgos faciales se refieren primordialmente a la comunicación social. Unos ojos grandes absorben el mundo con la vista, mientras que los ojos cerrados o pequeños lo excluyen. Pueden ser saltones con excitación sexual o voyeurismo. Los ojos son a veces depósitos de incertidumbre, vacilación o temor. Pueden ser paranoides, bizcos en castigo por lo que han visto. El atractivo sexual de los ojos se consigue adornándolos de largas pestañas. Como «espejos del alma» pueden revelar una vida de autismo y autoabsorción. La pupila, elemento de visión del ojo, suele ser omitida en los dibujos de individuos egocéntricos e histéricos, que se limitan a contemplar sin emplear nunca los ojos como elemento de discriminación objetiva. El caso opuesto se observa en las pupilas aisladas sin órbita ocular. Esto revela la penetración y la visión limitada, propia de las personalidades paranoides, en que el ojo se emplea primordialmente como instrumento de defensa y en que todo lo que ve adquiere un significado circunscrito y autorreferido.

OREJAS: En el paranoide y en las personas que padecen una sordera adquirida, las orejas constituyen los órganos centrales de concentración funcional. Las distorsiones aparentes en la forma de tratar la oreja pueden significar tanto una mera sensibilidad a la crítica social como una franca paranoia. Una gran alteración en la forma del oído, o en su colocación, detalles absurdos o apariencia de actividad son, en general, indicios de carácter más patológicos que el mero agradecimiento o refuerzos del mismo.

NARIZ: La nariz, menos importante que los ojos y más que los oídos, encierra un simbolismo sexual. Como se trata de la única protuberancia del cuerpo en su línea media, a excepción del pene, y como, al igual que éste, es un órgano secretor; la nariz reclama la atención de los varones con conflictos sexuales. Se trata de un símbolo masculino. Una nariz fuerte, tiene un carácter viril y afirmativo. Los conflictos se manifiestan en sombreados y borrones, torceduras y amputaciones que constituyen una especie de castración. A veces, como símbolo de restitución en el varón impotente, se alarga hasta adquirir proporciones ridículas.

CABELLO: El cabello está relacionado con las necesidades sensuales, y tal vez, indirectamente con la vitalidad sexual. Como proyección sexual es más primitivo e infantil que la nariz, la corbata o los rasgos sexuales primarios. En la pubertad, las muchachas le dedican más atención al cabello así como a los vellos de otras partes menos expuestas del cuerpo. Como expresión de preocupación sexual, la insistencia en el cabello se observa sobre todo en los dibujos de adultos infantiles o en un estado de regresión. La «excitación» del cabello corresponde a la aspiración de los impulsos sexuales infantiles.

BOCA: Otra área de conflicto y erógena es la boca. Es un órgano de fijaciones tempranas que trae consigo numerosas formas sublimadas de concentración. El hecho de insistir en la boca está asociado normalmente a dificultades de nutrición, trastornos del lenguaje, lenguaje obsceno, alcoholismo, gula y sadismo verbal. En algunas ocasiones, se proyecta también como órgano específico de perversión sexual y en forma más moderada, como zona erótica sensual.

OTROS RASGOS DEL CUERPO: El pecho, hombros anchos y músculos largos, en personas eminentemente preocupadas con el poder físico. En los dibujos femeninos el área del pecho se relaciona principalmente con el desarrollo mamario. Esta característica sexual tiene importancia por cuanto en la época del crecimiento se relaciona con la aceptación del papel de mujer. También los varones, que han sufrido una fijación de carácter oral y que se sienten vinculados a una figura materna dominante suelen recalcar la importancia del pecho. Los dibujos de figuras femeninas realizados por mujeres, cuyas caderas aparecen notablemente acentuadas, indican interés por la zona pélvica y por la maternidad. Cuando los varones acusan la línea de las caderas en las figuras de su propio sexo, se trata de problemas de carácter homosexual. También las piernas.

por su proximidad con el área genital, tiene una connotación sexual.

CUELLO: Funcionalmente representa una vía de paso entre el cuerpo cargado de impulsos y sus funciones cerebrales racionalizadoras, integradoras y sublimadoras. Como el control de los impulsos constituye un problema central de integración del ego en muchos individuos, el cuello es un área en que frecuentemente se expresan los conflictos. El dibujo del cuello queda alterado como expresión de impulsos de fellacio, estrangulación y también de dificultades asmáticas.

CINTURA: En la estrechez de la cintura, se aprecia de una manera evidente el retraimiento y la inhibición. La cintura constituye la línea de demarcación entre lo que en el hombre es pecho o área del poder físico (y en la mujer el área de nutrición) y la región genital del cuerpo. Debido a su importancia como límite, es objeto de un tratamiento especial, y algunos sujetos se niegan incluso a proseguir por debajo de tal línea. Otras veces, el área inferior a la cintura aparece atenuada o por el contrario, reforzada como reacción agresiva al conflicto.

MANOS: El dominio de sí mismo y el control se expresan también por el hecho de enguantar las manos, de adornar el pelo con horquillas y ondas, los zapatos con lanzadas. La inhibición de la agresividad se traduce por el hecho de encajar dedos agresivos de manos y pies.

POSTURA DEL DIBUJO: En la actitud postural de la figura podemos apreciar la firmeza en el pisar del sujeto. Las piernas que mantiene la estabilidad espacial del cuerpo, representan además contacto con el ambiente. El pie toca al suelo y se puede extender siempre en contacto con la horizontal ambiental, más allá del eje corporal. Como el pie toca en tierra, a menudo implica ideas de fobia a los gérmenes, asociado generalmente con ideas de culpabilidad sexual. Como órgano que se puede alargar y que sobresale, el pie suele connotar cierto matiz sexual. El pie presenta también implicaciones agresivas, en cuanto dar un paso al frente constituye un acto de afirmación que supone el movimiento de todo el cuerpo.

BRAZOS: Más intervienen en el contacto con las demás personas, con los objetos y con el propio cuerpo, los brazos y las manos. Los brazos largos y poderosos indican ambición; los brazos largos y débiles indican necesidad de hallar apoyo con el ambiente pero sin manejarlo activamente. En la manera de tratar brazos y manos se revelan algunos elementos de la personalidad, como aspiraciones, confianza, eficiencia, agresividad y, tal vez, culpabilidad respecto a las actividades interpersonales o sexuales. En la dirección del brazo, así como en su vigor y robustez, queda implicada la dirección del rendimiento energético.

En cuanto a extremidades y puntos de contacto, recae sobre ellas el peso de la culpabilidad, inseguridad y temor. Los dedos varían en cuanto a expresividad. Pueden aparecer redondeados de una manera infantil, dispuestos en forma de pétalos e inmanejables; pueden tener un carácter agresivo primitivo; o ser largos en forma de lanza, sofisticados de aspecto agresivo; un dedo aparece alargado o demasiado corto como reflejo de la culpabilidad engendrada por la masturbación.

VESTIMENTA: Se interpreta como una necesidad de aparentar y de cubrirse, como una fachada de carácter social. El vestido constituye el nivel más superficial de la personalidad, es decir, lo que la persona es en apariencia o lo que desea aparentar ante los demás. En el dibujo es un aspecto convencional y sublimado.

Los desnudos, en general tienen un carácter individualista y egocéntrico. Los niños y los adolescentes casi nunca presentan desnudos, porque todavía necesitan un apoyo social para definir el papel que desempeñan. Los órganos genitales, especialmente los del varón, casi nunca se exhiben, exceptuados los dibujos de adultos primitivos o esquizofrénicos. Algunos niños pequeños con dificultades sexuales los dibujan.

En los dibujos de niños pequeños suelen aparecer también sombreados que traducen el planeamiento de cuestiones de representabilidad social y la tensión de despertar fálico. La corbata, uno de los pocos adornos del vestir masculino, se suele representar también como un símbolo sexual. Los cinturones sirven para esta-

blecer la demarcación del área sexual, las hebillas historiadas o de fantasía actúan como elemento «socializador» que atenúa la dependencia expresada en el hecho de recalcar la zona umbilical. Botones y bolsillos son corrientes en los dibujos de individuos vinculados y dependientes de la madre, privados de afectos o de bienes materiales. También se encuentran bolsillos e los dibujos de los niños, como representación de los «senos» y aparecen precisamente en esta área antes de que dibujen los senos propiamente, como si existiese una conexión dinámica entre bolsillos y nutrición afectiva. Pipas, cigarros y armas de fuego constituyen símbolos sexuales manifiestos, y cuando aparecen muy recalcados o con carácter activo, indican una preocupación sexual activa. El bastón se suele interpretar como apoyo o restauración del impotente. (ANDERSON, 1980)

ASPECTOS ESTRUCTURALES O FORMALES

SIMETRÍA BILATERAL: Sobre todo cuando se llega al extremo de producir un efecto de rigidez, denota un sistema de control emocional obsesivo-compulsivo, que generalmente va unido a represión, distanciamiento emocional e hiperintelectualización. El hecho de insistir en la línea media de la figura, bien añadiendo una hilera de botones después de acabar el dibujo, bien por medio de un eje corporal, sugiere la presencia de una preocupación por el cuerpo y de sentimientos de insuficiencia. Los dibujos en que se presta demasiada atención a las articulaciones reflejan preocupaciones somáticas, y aquellos en que se aprecia la superficie de los órganos internos evidencian alucinaciones somáticas. (ANDERSON, 1980)

TAMAÑO DE LA FIGURA: Se relaciona con la participación de la fantasía, el grado de autoestimación real, o la expansividad del sujeto. La perspectiva indica el grado de auto-exposición, al fachada que el sujeto expresa al mundo. Los dibujos de perfil interpretados como intentos de evasión, suelen ser propios de hombres. Los de frente, con sus implicaciones de exhibicionismo, ingenuidad, comunicación social, son más corrientes en las mujeres y en los individuos dependientes desde el punto de vista social, como los niños. Perspectivas retorcidas o confusas, se pueden apreciar en individuos que pretenden ir a la vez por distintos caminos. La presión del trazo, su grosor, fluidez, constancia, longitud, dirección aportan datos respecto a la confianza, autoafirmación, retraimiento, estabilidad y grado de conflicto de una persona. La desproporción, y en general cualquier forma de distorsión, se interpreta como significativa en términos de la significación funcional del área en cuestión. (ANDERSON, 1980)

Comparando las dos figuras, masculina y femenina, realizadas por un mismo sujeto, podemos obtener información acerca de su actitud hacia el sexo contrario, respecto a su propio sexo y papel que desempeña, respecto a las figuras parentales, en cuanto que constituyen la base de identificaciones sexuales, y respecto a la esfera más amplia de la autoridad. El hecho de dibujar primero una figura del sexo opuesto indica confusión en las identificaciones sexuales.

Hay que anotar cuántas veces el sujeto vuelve sobre un área determinada para modificarla o insistir sobre ella, como indicios de posibles conflictos en dicha área.

En los dibujos de adulto, el tema y ambiente rara vez son activos; es más, cuando aparece o existe movimiento, cabe pensar en la existencia de una vida de fantasía demasiado absorbente. El ambiente o circunstancia de la figura muy corriente en los dibujos infantiles, se limita en algunos dibujos de adulto a una mera línea que actúa como soporte en que se apoya la figura o como base sobre la que descansan los pies. En los adolescentes suelen aparecer paradas de autobús, cruces de calles y, en general, temas de transporte como expresión de su estado de ánimo transitorio. La colocación del dibujo sobre el papel corresponde a la porción que el sujeto se atribuye en su circunstancia. La derecha se interpreta como orientación hacia el ambiente, la izquierda como orientación hacia sí mismo. (ANDERSON Y ANDERSON, 1980).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ESQUEMA DE KARL MENNINGER

Karl Menninger, en el año de 1952, hizo la elaboración de una comunicación ordenada, sistemática, de los datos obtenidos durante la o las entrevistas realizadas con orientación psicodinámica, cuya meta, es el esclarecimiento de los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del entrevistado.

HISTORIA CLÍNICA

A) IDENTIFICACIÓN DEL CASO: Nombre, Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Residencia, Fuente de Referencia, Fecha de Admisión y Fecha de Estudio. Fuente de información y grado de confianza que puede darse a los datos obtenidos acerca del paciente. Nombre del entrevistador y en su caso, del psicólogo que realizó las pruebas y de la trabajadora social. Descripción del paciente.

B) Descripción general del problema.

C) Enfermedad actual.

D) Historia Familiar.

E) Historia del desarrollo, (desde el nacimiento a la adolescencia).

F) Pautas de ajuste durante la vida actual, (vocacional, social, sexual, y antecedentes patológicos).

G) Examen Psiquiátrico:

1.- Identificación general: circunstancias del examen (dónde, cuándo y cómo se hizo el examen, impresión física sobre el entrevistado; transcripción del vocabulario del enfermo).

2.- Elementos procesales: I) Percepción (estados de atención, sensopercepción, conciencia y orientación); II) Intelecto o funciones cognitivas, en las que se incluye la inteligencia, memoria y pensamiento; III) Procesos afectivos; y IV) Conducta.

3.- Funciones integrantes (relaciones): I) Relaciones consigo mismo (concepto de sí mismo: modelos de identidad; ego ideal, metas, niveles, código moral, superego; fuerza relativa, modelo en quien se basa y tipo de expiación que requiere). II) Relaciones con personas (principales ligas formadas, positivas, negativas, etc.). Profundidad y constancia de las mismas. Modalidades características de expresión de afecto y agresión. Patrón general de ajuste sexual. Paradigma transferencial, es decir, la relación que el paciente establece con el entrevistador, siguiendo la pauta de relaciones infantiles. III) Relaciones hacia objetos (actitud hacia sus posesiones; significado del dinero y de objetos valiosos. Expresiones de ambición, poder. Patrones de trabajo: interés, variedad, consistencia, habilidad, eficiencia, satisfacción. Hábitos recreativos. Valores filosóficos, sociales y religiosos.

4.- Relaciones establecidas con la enfermedad: I) Concepto de enfermedad (causa orgánica, producida por otros, castigo divino, etc.) y magnitud de la misma (minimizada o magnificada). II) Concepto sobre la función del terapeuta, del hospital en su caso y del tratamiento que se le propone.

5.- Valoración del grado de disfunción, o de reacciones ante las amenazas de desintegración. Se consideran

reacciones normales, ante situaciones de stress moderadas: el humor, llanto, fantasías, sueños, autocontrol, aceptación pasiva, sobrealimentación, actividad encaminada a modificar las situaciones, aumento en la frecuencia de excreciones y del esfuerzo personal para mantener la integridad.

Entre las respuestas ante amenazas intensas de desintegración del yo, el primer orden de defensa se encuentra constituido por: hiperrepresión, hipersupresión, hiperalerta, hiperirritabilidad, hiperemocionalismo, hiperintelectualización, hipercompensación, hiperquinesia, hiperrestraint e hiperabilidad del sistema neurovegetativo (temblor, vasodilatación facial, enuresis, etc.). Las defensas de segundo orden implican una separación parcial de la realidad, como disociación (desmayos, aislamientos, narcolepsia, amnesia, fugas y despersonalización). Desplazamiento (fobias y contrafobias, obsesiones, proyección, simulación y dificultad para sujetarse a las condiciones y circunstancias del tratamiento). Substitución (cleptomanía, rituales, compulsiones, objetos y modalidades perversas). Sacrificio (autodesprecio, autorrestricción, ascetismo, tendencias autodestructivas, mutilación, narcotización o intoxicación y somatismo). El tercer orden de defensas está constituido por mecanismos patológicos incorporados a la estructura de la personalidad, e incluye todos los trastornos de la misma. El cuarto orden de defensas indica una ruptura transitoria del ego y se expresa a través de ataques de pánico, desmoralización catastrófica, excitación dereíctica transitoria, violencia suicida, homicida o sexual, convulsiones. La existencia de defensas del quinto orden expresa una ruptura persistente del ego, con marcado alejamiento de la realidad. Corresponde a la existencia de excitación con conducta desorganizada y errática. Hipertimia con estupor, agitación y formación de delirios. Autismo, mutismo, alucinaciones y confusión. El sexto orden de defensa, atañe a una falla total del yo, con violencia continua, incontrolable que conduce al agotamiento físico y a la muerte.

6.- Exploración física y neurológica.

7.- Impresiones diagnóstica y pronóstica.

8.- Recomendaciones. Indicación terapéutica.

(DIAZ PORTILLO, ISABEL. 1989).

En cuanto a la recolección de datos para niños, nos hemos basado en el formato realizado por José Peinado Altable (1952) el cual menciona:

«El psicólogo necesita empezar su labor recogiendo los materiales con los que ha de interpretar el caso en particular».

Hay dos tipos de recolección de datos, el estadístico y el biográfico. Nosotros nos basaremos en el estudio biográfico, el cual consiste en el estudio de la evolución o el comportamiento del niño en particular: es rápido y recoge datos de niños que se encuentran en distinta etapa evolutiva, superando así la velocidad del proceso evolutivo infantil, a la que a de ajustarse el infante.

Cuando a la observación se recurre, puede ser ésta libre o sistemática, según se limite el observador a estar atento para registrar los hechos que ocasionalmente atraigan su atención, o se ajuste a un plan preconcebido. De estas dos formas, la segunda es la que tiene mayor aplicación en la psicología infantil.

El plan a que la observación se ciña dependerá del fin perseguido con la investigación, así como de las características del sujeto (sexo, edad, etc.) sobre el que la observación va a tener lugar. Por ejemplo: si se trata de seguir la evolución de una función particular es preciso enfocar el plan hacia los distintos aspectos de la función en estudio prescindiendo provisionalmente del resto de la vida, no menos interesante en sí, y que se tendrá presente cuando de interpretar los resultados obtenidos se trate, pero de la que se hace abstracción en beneficio del asunto que se trata de estudiar.

El plan a que la observación se ajuste tomará el aspecto de registro en el que vayan anotándose los hechos ilustrativos del proceso estudiado.

Los cuestionarios permiten recoger de un modo indirecto datos de observación sobre un aspecto cualquiera de la evolución infantil en una fase determinada de ésta, o bien nos ilustra sobre el comportamiento del niño en un momento o situación dada.

El registro en cambio, es una norma de observación sistemática de los fenómenos representativos de la evolución de un niño en particular en vista a ilustrarnos sobre el curso de dicho proceso.

mm

Es claro que aunque cuestionarios y registros son en principio planes de observación, pueden ampliarse o corroborarse los datos en ellos consignados con procedimientos experimentales.

Los tipos de cuestionario a que la investigación en la psicología infantil puede dar lugar, son innumerables, como innumerables son los asuntos a investigar; pero a continuación Peinado propone unos cuestionarios de interés general tanto para la aplicación en la clínica y la escuela.

MODELOS DE CUESTIONARIO PARA INVESTIGAR LA CONDUCTA ESCOLAR

Nombre del niño: Sexo:
Fecha de Nac.: Edad:
Escolaridad:

1.- Es dócil:

2.- Tiene tendencia a la oposición, (dirigida hacia los compañeros, el maestro. Activa, replica cuando se le reprende u ordena algo; pelea con los compañeros; es discutidos. Pasiva, deja de cumplir las consignas o tareas).

3.- Hace muchas preguntas en clase: De que tipo:

4.- Perturba el orden de la clase: Como:

5.- Tiene «tics» o hábitos viciosos: Cuales:

6.- Es inquieto (inestabilidad motriz): Se mueve mucho en el asiento, tiene movimientos exagerados, gesticulaciones:

7.- Sorprende por lo triste: Lo alegre:

8.- Tiene bruscos cambios de humor:

9.- Se distrae: Se distrae porque cualquier estímulo distrae su atención: Se queda por un instante dormido con los ojos abiertos:

10.- Se aísla: Busca la compañía de niños: De niños del mismo sexo o del contrario: Mayores o menores que él: Prefiere la compañía de los adultos:

11.- Molesta a los niños del sexo opuesto: A los del mismo sexo:

12.- Lloro con facilidad: Enrojece: Le tiembla la voz al contestar: Le sudan las manos: Tiembla al actuar ante sus compañeros:

13.- Le afectan los castigos u objeciones: Como lo manifiesta:

14.- Es mentiroso: Ejemplo de las mentiras:

ACTITUD ANTE EL TRABAJO INTELECTUAL

- 15.- Tiene gran dificultad para entender cualquier cosa nueva:
- 16.- Es incapaz de retener lo aprendido:
- 17.- Es incapaz de aplicar lo aprendido a nuevas situaciones:
- 18.- Es excepcionalmente hábil y rápido para sacar conclusiones correctas:
- 19.- Manifiesta marcada habilidad para concentrarse:
- 20.- Que asuntos le interesan especialmente:
- 21.- Es fácilmente detenido por las dificultades:
- 22.- Malgasta su tiempo:
- 23.- Es perezoso:
- 24.- Habitualmente presta ayuda a sus compañeros:
- 25.- Habitualmente pide ayuda:
- 26.- Es honesto en sus tareas: Busca trucos para eludirla:
- 27.- Muestra iniciativa: Necesita constante supervisión:
- 28.- Cuando fracasa muestra: desesperación, depresión, indiferencia.
- 29.- Tiene confianza en sí mismo:
- 30.- Muestra un exagerado espíritu de autosuficiencia:
- 31.- Se puede confiar en él: En que sentido:
- 32.- Es limpio:
- 33.- Se arregla exageradamente:
- 34.- Le gusta usar ropa u objetos extravagantes:
- 35.- Conserva en buen estado sus trabajos y útiles escolares:
- 36.- Es puntual en la asistencia:
- 37.- Qué clases de juegos prefiere:
- 38.- Juega en grupo o solo:

39.- Es líder del grupo:

40.- Se han notado cambios en su conducta últimamente:

41.- Fue reprobado alguna vez: A qué se atribuye:

No debe intentarse llenar el cuestionario con el recuerdo o concepto que tengamos del niño; sino que, aunque esto consuma tiempo, se irá llenando paulatinamente a medida que las formas de conducta se vayan observando y se repitan, perdiendo el carácter de excepcionales.

MODELO DE CUESTIONARIO PARA INVESTIGAR LA CONDUCTA EN LA CASA

Nombre del niño: Sexo:
Edad: Fecha de Nac.:
Lugar que ocupa entre los hermanos:
Ocupación de los padres:
Personas que integran el hogar:
Con quienes convive el niño preferentemente:
Grado cultural de los padres:
Situación económica:

CONDUCTA

- 1.- Es dócil:
- 2.- Tiene tendencias a la oposición: Dirigida hacia el padre, la madre o los hermanos:
- 3.- Maltrata a los hermanos menores: Es cariñosos con ellos:
Muestra preferencia por algún familiar: Hostilidad:
Indiferencia:
- 4.- Come bien, poco, demasiado:
- 5.- Es inquieto (inestabilidad motriz): Se mueve mucho:
Hace viajes: Gesticulaciones, se chupa los dedos, roe las uñas:
- 6.- Sorprende por lo triste o alegre:
- 7.- Tiene bruscos cambios de humor:
- 8.- Habla dormido:
- 9.- Es sonámbulo:
- 10.- Le gusta jugar con fuego:
- 11.- Se orina en la cama:
- 12.- Se queda privado cuando se irrita:
- 13.- Tiene celos de sus hermanos:
- 14.- Prefiere estar solo: 15.- Busca la compañía de adultos o de niños:
- 16.- Molesta a los niños del sexo opuesto:
- 17.- Lloro con facilidad: Enrojece: Se turba ante las personas extrañas:
- 18.- Le afectan los castigos u objeciones: Como:

- 19.- Es mentiroso: Ejemplo de mentiras:
- 20.- Es perezoso:
- 21.- habitualmente pide ayuda sin necesitarla realmente:
- 22.- Tiene miedo a la obscuridad:
- 23.- Otros motivos de miedo:
- 24.- Se puede confiar en él: En qué sentido:
- 25.- Es limpio:
- 26.- Se arregla exageradamente:
- 27.- Le gusta usar ropa u objetos extravagantes:
- 28.- Qué juegos de entretenimiento prefiere:
- 29.- Juega en grupo o solo:
- 30.- Es líder:
- 31.- Se han notado cambios en su conducta: A que se atribuye:

La función del registro en la psicología infantil se distingue en la del cuestionario en lo siguiente: Mientras con el primero nos proponemos el estudio de la marcha del proceso evolutivo a lo largo de un periodo más o menos largo, con el segundo obtenemos una visión estática de la conducta o grado de evolución infantil en un momento dado. (PEINADO, 1952).

PROCEDIMIENTO

Los pasos utilizados para la asignación y elaboración de un diagnóstico de los sujetos que asisten al Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga», son los siguientes: 1) Llega el usuario.

- 1.2) Se le informa que es el CAP; cobro en base a previo estudio socioeconómico.
- 1.3) Se llena la ficha de identificación con estudio socioeconómico, ya sea para niño, adulto o familias.
- 1.4) Se le da una próxima cita, para empezar con la realización de la historia clínica.
- 1.5) Se empieza a realizar la historia clínica basada en el formato Menninger si es para adulto y si es para niños se empieza la realización de la misma en base al formato peinado.
- 1.6) Generalmente la realización de las historias clínicas se hacen en un tiempo de máximo dos sesiones, con una duración de 45 a 60 minutos por sesión.
- 1.7) En la tercera sesión se aplican las pruebas proyectivas de personalidad (Machover o Goodenough).
- 1.8) En caso de estudio a niños, se le entregarán por escritos los resultados obtenidos en la aplicación de pruebas a

los padres, con el fin de que ellos estén enterados de el problema del niño y sepan el tipo de tratamiento que se le va a dar.

1.9) En caso de adulto; después de la tercera sesión se pasa con el terapeuta para que lo más pronto posible empiece su tratamiento. La historia clínica y las pruebas se les entrega al terapeuta para conocimiento del problema y la persona y pueda recibir un tratamiento adecuado.

1.10) Inicia el proceso de terapia.

2) Se revisarán las historias clínicas junto con las pruebas proyectivas de personalidad para obtener los datos de diagnóstico de los sujetos.

3) Se elaborarán cuadros porcentuales para cada tipo de diagnóstico.

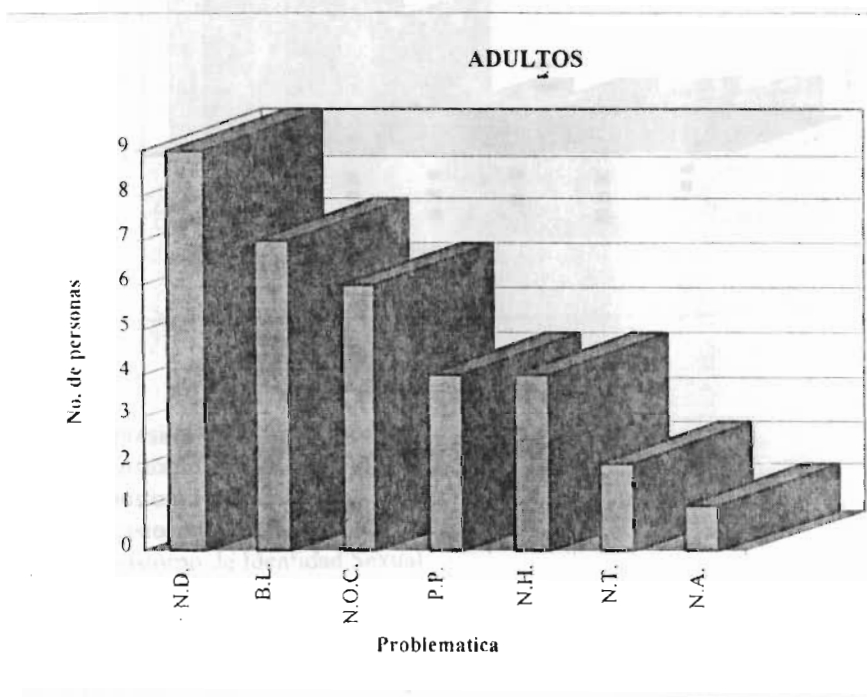
CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación, están representados en forma general en el siguiente cuadro, en el que se demuestra la principal problemática por la cual la gente acude al Centro de Atención Psicológica de "Universidad Vasco de Quiroga" a recibir apoyo terapéutico, así como también muestra el número de personas que fueron atendidas durante el periodo que comprende del 1o. de Junio de 1994 al 31 de Mayo de 1995.

| SUJETOS | PROBLEMATICA | CANTIDAD |
|-------------|--------------|----------|
| ADULTOS | DEPRESION | 25% |
| ADOLSCENTES | DEPRESION | 39% |
| NINOS | DEPRESION | 25% |

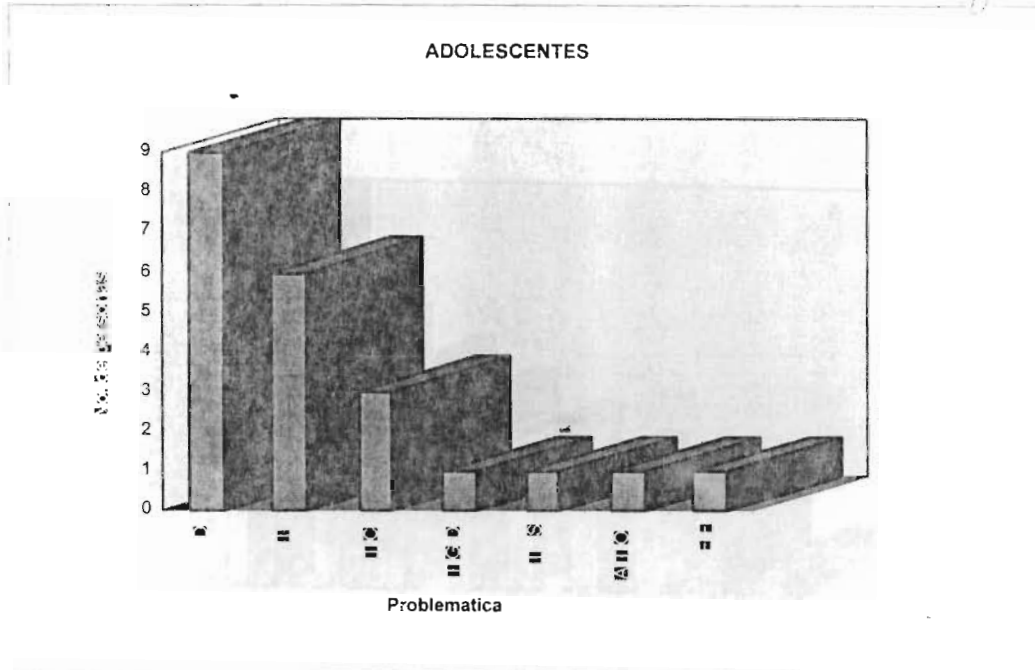
De forma gráfica los resultados, diagnóstico por diagnóstico se muestran de la siguiente manera:



Donde:

- N.D. Neurosis Depresiva
- B.L. Border Line
- N.O.C. Neurosis Obsesivo Compulsivo
- P.P. Personalidad Psicótica
- N.H. Neurosis Histérica
- N.T. Neurosis Traumática
- N.A. Neurosis Angustia

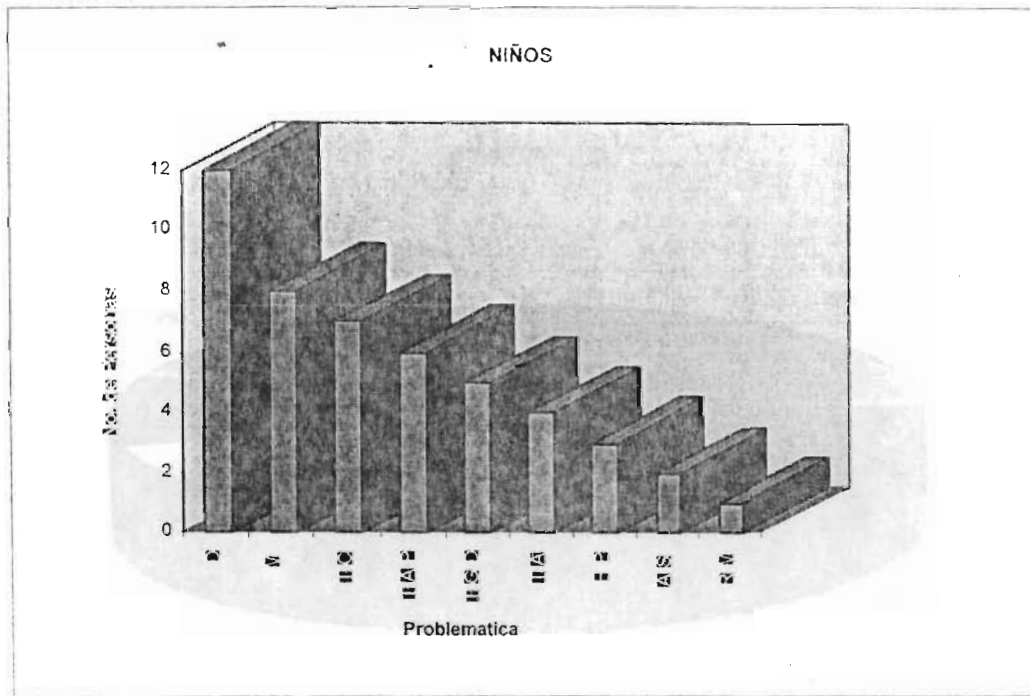
Total: 36 adultos atendidos
25% de los pacientes con Depresión.



Donde:

- D. Depresión
- T.I. Transtorno de identidad
- T.C. Transtorno de Conducta
- T.G.D. Transtorno Generalizado del Desarrollo
- T.I.S. Transtorno de Identidad Sexual
- A.T.O. Autismo
- E.F. Enuresis Funcional

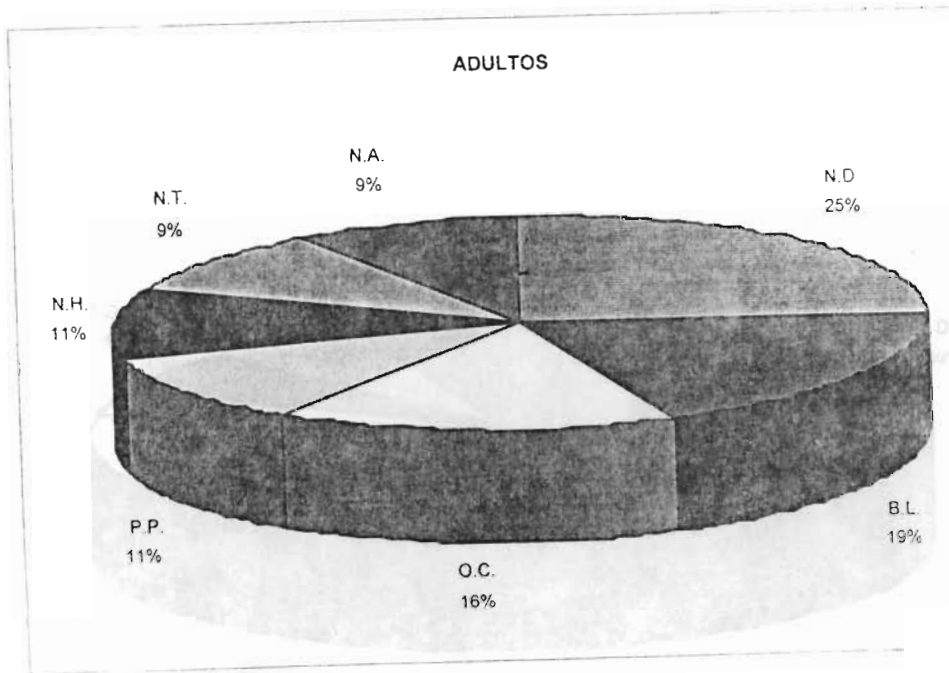
Total: 23 pacientes atendidos
39% de los pacientes con Depresión



Donde:

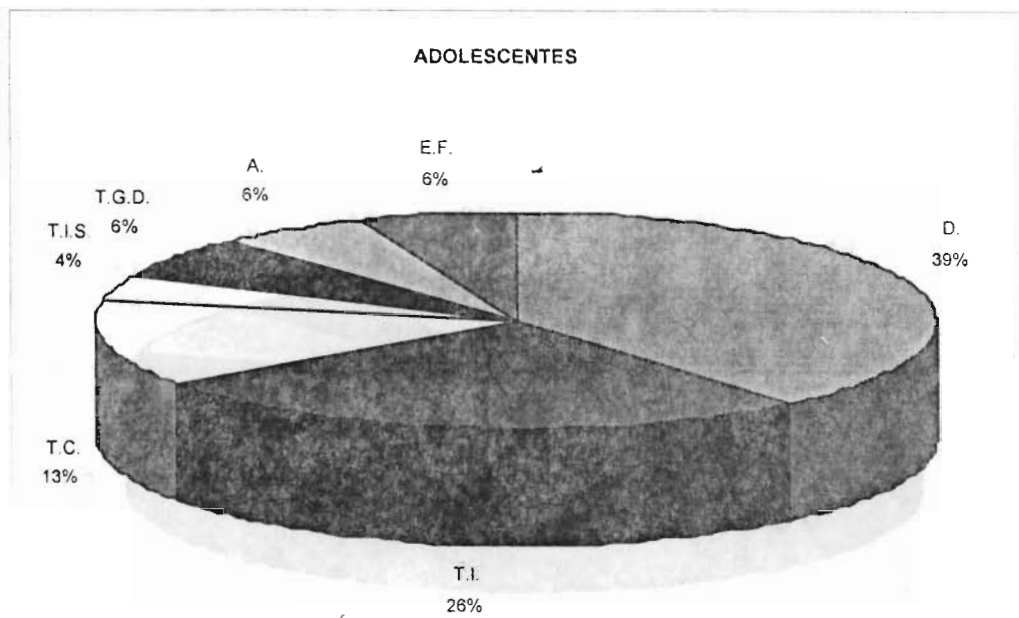
- D. Depresión
- M.I. Maltrato Infantil
- T.C. Trastorno de Conducta
- T.A.P. Trastorno de Aprendizaje
- T.G.D. Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- T.A. Trastorno de Ansiedad
- H.P. Hiperquinesia
- A.S. Ansiedad por Separación
- R.M. Retraso mental

Total: 48 pacientes atendidos
25% de los pacientes con Depresión



Donde:

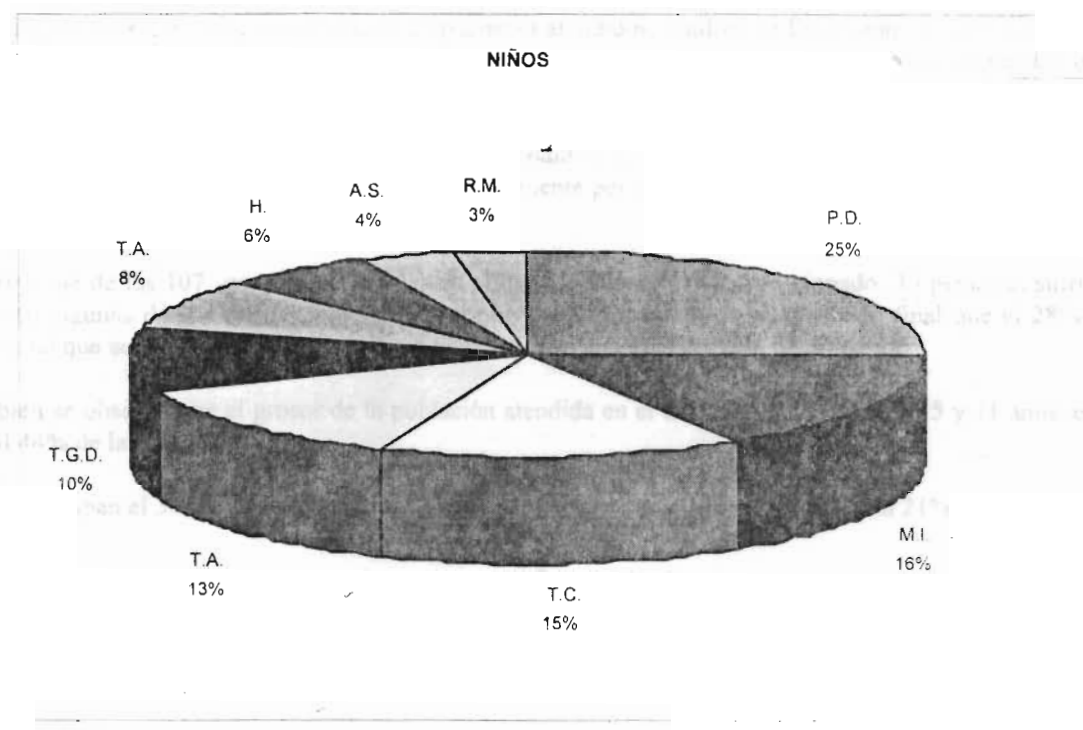
- N.D. Neurosis Depresiva
- B.L. Border Line
- O.C. Obsesivo Compulsivo
- P.P. Personalidad Psicótica
- N.H. Neurosis Histérica
- N.T. Neurosis Traumática
- N.A. Neurosis de Angustia



Donde:

- D. Depresión
- T.I. Transtorno de Identidad
- T.C. Transtorno de Conducta
- T.I.S. Transtorno de Identidad Sexual
- T.G.D. Transtorno Generalizado del Desarrollo
- A. Autismo
- E.F. Enuresis Funcional

b



Donde:

- P.D. Pacientes con Depresión
- M.I. Matrato Infantil
- T.C. Transtorno de Conducta
- T.AP. Transtorno de Aprendizaje
- T.G.D. Transtorno Generalizado del Desarrollo
- T.A. Transtorno de Ansiedad
- H. Hiperquinesia
- A.S. Ansiedad por Separación
- R.M. Retraso Mental

En el tiempo comprendido de un año, desde que se inauguró el Centro de Atención Psicológica, hasta el 31 de Mayo de 1995, en donde se atendió un total de 107 personas, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se observó que la principal problemática por la cual la gente acude al CAP-UVAQ a recibir servicio de apoyo Psicológico es la Depresión, originado generalmente por duelo y abandono.

- Así mismo, otra causa por la cual la gente acude al CAP es, en adultos, por Personalidad Fronteriza o Border Line; en adolescentes por Transtornos y en niños por maltratos infantiles.

- En lo que se refiere a los adultos, se observó que de 36 pacientes atendidos en total, 9 sufren de depresión por lo que se considera que el 25% de la población de adultos mayores de 18 años presentan algún nivel de depresión, ocasionada por diferentes situaciones.

- En adolescentes se registró que de un total de 23 pacientes atendidos, 9 sufren de Depresión, lo que hace notar que el 39% de la población de adolescentes atendida en el CAP-UVAQ han llegado en algún estado de Depresión, que en su mayoría, presentan alguna manifestación de intento o pensamiento suicida.

- En cuanto a los niños, se observó que de 48 pacientes atendidos, 12 llegan con depresión, siendo un 25% los niños que presenta algún tipo de Depresión, ocasionado generalmente por abandono temprano, ya sea físico o afectivo de algunos de su progenitores.

- Se observó que de las 107 personas atendidas en el lapso de tiempo antes mencionado, 30 personas sufrían de Depresión en algunas de sus formas, por lo que esta investigación arrojó como resultado final que el 28% de la población total que acude al CAP a recibir apoyo terapéutico es por alguna causa de depresión.

- Así también se observó que el grosor de la población atendida en el CAP son niños de entre 5 y 11 años, el cual equivale al 44% de la población.

- Los adultos ocupan el 34% de la población total y los adolescentes equivalen únicamente al 21%.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Desde el siglo XVI, en México, se ha pensado en la creación en centros en donde se albergaran a los enfermos mentales. En el año de 1566, se funda el primer hospital específicamente creado para las personas desquiciadas, el cual llevó por nombre «San Hipólito»; a partir de ese momento, y con los cambios que surgieron en México se fueron fundando más y más hospitales para la atención de enfermos mentales, los cuales fueron: el Hospital de «La Canoa» (1700), el Hospital de «La Castañeda» (1910), y los Hospitales Granjas (1944); los cuales alcanzaron su éxito para el año de 1960-1964. (CALDERÓN, 1984)

El concepto de Hospital Granja, viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante mucho tiempo se había manejado. Dando paso con esto a que se abrieran las puertas para diferentes tipos de conceptos en la salud mental.

Los Centros de Atención Comunitaria, son un nuevo enfoque en la salud mental que empezó a realizarse en México desde el año de 1969. (CALDERÓN, 1984)

Estos Centros, en un principio, se crearon con el fin de prestar servicios de saneamiento mental en las poblaciones suburbanas, en las cuales, el principal tipo de atención es la prevención de problemas psicosociales, como lo es, el alcoholismo, drogadicción, madres solteras, personalidades psicóticas, entre otras.

Guillermo Calderón (1984), menciona que la Salud Mental es un movimiento internacional, que dentro de América Latina a tenido mucho empuje. Esto se corrobora con los estudios hechos por Ricardo González (1992), el cual menciona que, en los países como Nicaragua, Brasil, Honduras, se han abierto centros comunitarios; los tres con características diferentes, pero con una misma meta, la prevención de problemas psicosociales y la salud mental de las poblaciones suburbanas y marginadas.

El Centro de Cd. Sandino en Nicaragua, se creó para tratar problemas de alcoholismo y prostitución; el Proyecto de Salud Mental del Barrio de Santa Eduvigis en Tegucigalpa, fue creado para la prevención de problemas sociales que ocasionan situaciones de stress entre los habitantes del barrio; el Programa de Salud Mental del Estado de Santa Catarina en Brasil, fue creado pensando en la readaptación de los pacientes psiquiátricos a la sociedad, cumpliendo con la función de un Centro Extra-hospitalario.

Con el empuje de la Psicología en México cada vez con pasos más firmes y ampliándose cada vez a diferentes áreas, se empezó a dar una separación entre la psiquiatría y la psicología, por lo tanto, los centros de comunitarios de salud mental dejaron de ser un concepto netamente psiquiátrico. La psicología empezó a tomar partido en esta área, adentrándose tanto que se creó un concepto al que BARBA (1993), define como, «una propuesta dentro de la psicología que pretende revertir el término utilitarista de la psicología, dirigiendo su capacidad de servicio profesional hacia los sectores de la sociedad que más lo necesitan. Sostiene como premisa principal la prevención de la salud mental...». A esta nueva propuesta se le llamó Psicología Comunitaria.

Los principales exponentes de la Psicología Comunitaria en México son: Juan Lafarga y José Gómez del Campo; los cuales elaboraron todo un marco teórico y fueron los pioneros en la creación de los Centros Comunitarios de Atención Psicológica en México, tomando como punto de referencia, «la insatisfacción con una psicología académica comprometida principalmente con el sector privilegiado de nuestra sociedad...» (LAFARGA, GOMEZ DEL CAMPO, 1986)

SERRANO (1993), explica las características, hipótesis, ventajas y limitaciones que conforman a los centros comunitarios de atención psicológica, con un enfoque 100% psicológico.

Con esto hemos visto de una manera general el comienzo de la creación de centros para ayudar a las personas con problemas mentales; pero en un principio se hizo desde un enfoque psiquiátrico, ahora, con esta explicación, se puede ver claramente la separación de la psicología y la psiquiatría en cuanto a sus trabajos dentro de la salud mental en las comunidades marginadas en México.

En México, algunos centros comunitarios de atención psicológica, se enfocan principalmente al trabajo y prevención del stress y neurosis traumática; como se puede ver en el trabajo elaborado por la Dra. Ma. Teresa Lartigue (1985), en el cual estudió a una comunidad del Valle de México, la manera en que el stress y las neurosis traumáticas pueden perjudicar a las personas que viven en comunidades marginadas y la manera en como pueden salir adelante en esas situaciones.

Así mismo, MIRABENT (1991), realizó trabajos con niños de la Casa-Hogar de «La Esperanza», para tratar el abandono a los que fueron víctimas; el cual tuvo como objetivo, «el intentar establecer un contacto afectivo que permita elaborar la pérdida de los miembros de una comunidad para favorecer su desarrollo individual y grupal».

Adentrándonos de lleno a esta investigación, los objetivos principales son, primeramente el demostrar como trabaja el Centro de Atención Psicológica creado por la Universidad «Vasco de Quiroga»; así mismo el detectar cual es la principal causa por la cual la gente acude al Centro a recibir un servicio de tipo psicológico.

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD «VASCO DE QUIROGA»

Una vez otorgado el título de Universidad «Vasco de Quiroga», al IESVAQ, se empezó a replantear la posibilidad de un programa de psicología comunitaria. Para la iniciación del proyecto, hubo como antecedentes para su formación dos proyectos de psicología comunitaria, de los cuales, el primero (1990-1991), no tuvo éxito, pues no se consiguió una comunidad que brindara el apoyo necesario, para el desarrollo del proyecto.

El segundo proyecto de psicología comunitaria, estuvo a cargo de la Lic. Rosana Torres Esquivel y el Lic. Bulmaro Vilorio Negrete. Poco tiempo de iniciado el proyecto, la Lic. tuvo que abandonarlo, entrando en su lugar la Lic. Lelia Barajas.

Se buscó y eligió de entre varias comunidades una que cubriera con las características necesarias para el proyecto, se encontró la comunidad llamada «Mil Cumbres». Se trabajó en esta comunidad por espacio de año y medio a dos años, pero debido a los problemas económicos que se presentaron en el Instituto y de ahí la cancelación de las plazas, por lo que se tuvo que cerrar el proyecto comunitario.

Se siguió insistiendo en la creación de un Centro de Atención Comunitaria, y para realizar un presupuesto, el Lic. Francisco Esquivel Hernández, Director de la Escuela de Psicología de la UVAQ, fue a observar como funcionaba el Centro de la Universidad Iberoamericana. En dicha Universidad le presentaron un programa con una infraestructura muy grande, que la UVAQ, no podría cubrir.

Posteriormente, el Lic. Francisco Esquivel, revisando la revista del CDC, de la Universidad Iberoamericana, encontró como una de las fundadoras de dicho Centro a una de las que en ese momento estaban como profesoras en la Escuela de Psicología de la UVAQ, la Lic. Ma. Inés Gómez del Campo del Paso a quién le propuso trabajar en el desarrollo de un proyecto de Psicología Comunitaria para presentarlo al Rector de la Universidad.

El día 27 de Mayo de 1994, se inauguró el Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga» (CAP), ubicado en Av. Acueducto No. 544-A, abriendo sus puertas el día 4 de Junio del mismo año, dependiendo directamente de la Facultad de Psicología de la mencionada Universidad.

El 18 de Agosto de 1995, el CAP, tuvo que cambiar de domicilio, el problema era que las instalaciones con las que se empezó el proyecto eran muy pequeñas. Por lo que, a partir de esa fecha el Centro se ubica en la calle Atzimba No. 75, en la colonia Eréndira, en la ciudad de Morelia, Mich.; contando con cuatro consultorios, una área de recepción, una oficina y teléfono.

OBJETIVOS

1.- Favorecer la formación universitaria de los estudiantes de la Licenciatura de Psicología a través de prácticas profesionales o servicio social supervisadas, que les permitan poner en práctica sus conocimientos y desarrollar sus habilidades y experimentar nuevas opciones de práctica profesional acordes a nuestra realidad social.

2.- Proporcionar servicios psicológicos principalmente de tipo preventivo, a personas o instituciones públicas o privadas, que lo requieran siempre y cuando no estén en posibilidades de costear un servicio particular, por ejemplo:

- Casas de Cuna.
- Hospitales.
- Asilos.
- Escuelas.

3.- Favorecer la investigación en los diversos campos de la Psicología y de otras disciplinas afines, de tal forma que permita un avance de estas ciencias en sus aplicaciones prácticas a la realidad cotidiana de nuestro estado.

4.- Abrir alternativas para la prestación de servicios a la comunidad, entendiendo como una actitud permanente de servicio para toda la vida y como complemento de la definición ideológica de la UVAQ.

ORGANIZACIÓN

El Centro de Atención Psicológica, es atendido por estudiantes (de 3ero. a 10o. semestre), maestros y egresados de la Escuela de Psicología. Desde sus inicios la Lic. Ma. Inés Gómez del Campo es la que tiene la responsabilidad de la Coordinación del Centro.

El Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga» cuenta con grupos de supervisión para los estudiante que prestan sus servicio social y prácticas profesionales. Estos grupos son llevado a cabo una vez cada quince días en los cuales se les da una orientación a los estudiantes para los casos que están atendiendo, además de que es un espacio donde se presta para que ellos hablen de los sentimientos que le surgen por estar en contacto con personas con problemas psicosociales.

Para lograr el sostenimiento y avance del mismo, se ha necesitado de mucho trabajo y esfuerzo de sus colaboradores, que para prestar un mejor servicio sin descuidar la parte administrativa y de publicidad, fueron nombradas tres comisiones, cada una con un trabajo específico, a saber:

Como moderadores de los grupos se cuenta con psicoterapeutas especializados para la orientación y supervisión de estos grupos en los centros comunitarios de atención psicológica.

a) **ÁREA DE DIFUSIÓN:** La cual se encarga de hacer promoción del Centro en los diferentes medios de comunica-

ción, como lo es prensa, radio, televisión, instituciones públicas o privadas, así como también, solicitar a las mismas su apoyo para que los alumnos de esta Universidad puedan realizar tanto prácticas profesionales como servicio social en dichas instituciones; esto con el fin de dar apoyo a los profesores de la UVAQ, que requieran en sus clases que los alumnos realicen prácticas en lugares específicos para mejor aprovechamiento de la materia.

b) **ÁREA DE INDUCCIÓN:** Una vez terminado el estudio de diagnóstico de las personas que acuden al CAP, los expedientes de todos los pacientes pasan a esta área para su estudio, con el fin de, buscar el tipo de terapia y el terapeuta adecuado a la problemática que presenta la persona y así se puedan obtener mejor aprovechamiento y resultado dentro del tratamiento.

Esta área también tiene la función de contactar con terapeutas para que, en una forma de labor social puedan ofrecer sus servicios en el Centro, con una remuneración económica simbólica y así el CAP pueda contar con una amplia cartera de buenos terapeutas de diferentes tipos de corrientes psicológicas.

c) **ÁREA DE ORGANIZACIÓN:** La cual se encarga de proveer el material necesario para poder ofrecer un mejor servicio, es decir, el estar al pendiente de que no falte nada en el Centro ya sea papelería, pruebas psicológicas, formatos de nuevo ingreso, de historias clínicas para niño, adolescente y adulto. También se encarga del mantenimiento; de estar al pendiente de que el lugar donde se labora está limpio, el inmobiliario presentable y el mobiliario adecuado para que se pueda prestar un servicio cada vez mejor; esto con el fin, de que tanto el paciente como el terapeuta, se sientan agusto laborando dentro de las instalaciones.

También se encarga de los préstamos de material psicométrico a los maestros, alumnos y egresados de la Universidad y el ser responsables de estos para que el Centro cuente siempre son un número adecuado de pruebas psicométricas y ofrecer un óptimo servicio.

Todas las comisiones están formadas por los estudiantes que laboran en el CAP, lo que a llevado a la formación de un gran equipo de trabajo, y esto a tenido como consecuencia que los estudiantes tengan la oportunidad de pasar más tiempo juntos, dentro y fuera de las instalaciones de la Universidad, el empezar a conocerse mejor los ha llevado a una buena convivencia, formando un buen grupo de trabajo.

ÁREAS DE ACCIÓN

ÁREA DE DESARROLLO INFANTIL

Esta área se encarga de evaluar los aspectos más importantes del desarrollo del infante, desde su nacimiento hasta su edad actual: ubicar su nivel de desarrollo, mediante la aplicación de pruebas psicológicas, valorando si el infante a logrado el estándar de desarrollo correspondiente a su edad.

Dentro de la valoración del infante, se enfoca principalmente en 3 áreas:

1.- ÁREA COGNITIVA:

Valora principalmente aspectos de la memoria, inteligencia y la capacidad de razonamiento, así como, la comprensión y su lenguaje, correspondiente a la edad del niño que se esté evaluando, se mide también nivel de maduración.

Estas mediciones se hacen por medio de pruebas psicométricas, basadas principalmente en la escala de Wechsler. La cual está basada en la teoría bifactorial, es decir, existe un factor fundamental en las funciones intelectuales.

Las escalas de Wechsler son escalas compuestas, verbales y de ejecución, constituidas por una serie de test específicos, que al pasar a formar parte de una escala, se denominan «subtest». Son, por una parte, escalas heterogéneas

intertest, debido a que miden diferentes funciones y, por lo tanto, distintos factores en cada uno de ellos; y, por otra parte, son escalas homogéneas intrates, porque cada subtest mide un solo factor en toda su amplitud. (MORALES, 1986)

2.- ÁREA AFECTIVA:

Esta área mide principalmente, el estado emocional en que se encuentran los infantes en el momento en que acuden al Centro a recibir servicio psicológico. Estos estados emocionales pueden ir desde el enojo hasta el llanto.

Mediante las pruebas proyectivas de personalidad, (figura humana de Goodenough), que se aplican al menor, al empezar con su estudio psicodiagnóstico, nos podemos percatar del estado emocional por el que el niño está atravesando en esos momentos, y así, la persona que realiza el estudio tiene una visión más amplia de la problemática del niño y cuenta con más herramientas para su mejor tratamiento.

3.- ÁREA SENSORIOMOTRIZ:

En esta área mide motricidad, propiocepción, sensibilidad para las vibraciones, deficiencias en tacto, (fino y grueso), vista u oído.

Para la medición de tacto grueso o simple; se pide al niño que cierre los ojos. Luego se le toca suavemente la región de la piel con una bolita de algodón y se le pregunta si siente o no.

En cuanto a tacto fino, propiocepción y sensibilidad para vibraciones utilizan la misma vía. La propiocepción es el sentido que nos permite saber con exactitud y en todo momento dónde están situadas las partes del cuerpo y su relación mutua. Así hace posible que una persona con los ojos cerrados alce la mano y se toque la punta de la nariz con el dedo índice. El tacto fino es el sentido que le permite a un sujeto, también con los ojos cerrados, identificar objetos diversos, como llaves, terciopelo, monedas, pelotas de tenis de mesa por el solo tacto. El tacto fino, también incluye la facilidad para discriminar la distancia que separa a dos puntos tocados simultáneamente. La sensibilidad a las vibraciones, es como su nombre lo indica, la sensación de objetos que vibran.

La corteza cerebral motora, nos permite efectuar movimientos de gran destreza y con propósito determinado, sobre todo con las manos. (LIEBMAN, 1987).

ÁREA DE APOYO ESCOLAR

El trabajo de esta área, se divide en dos partes, la primera es el de prestar un servicio a las instituciones educativas que así lo requieran, como lo sería el dar cursos de capacitación a maestros, alumnos y padres de familia, la realización de estudios de orientación vocacional, en los niveles de secundaria y preparatoria; y la otra parte es, el prestar apoyo psicológico individual a niños con problemas de aprendizaje en todos los niveles educativos, los cuales tienen como consecuencia un bajo rendimiento escolar, y la detección temprana de problemas que conllevan a tener al niño deficiencias en el aprendizaje.

Otro de los servicios que proporciona el área de Desarrollo Infantil es, la de «Estimulación Temprana», servicio de tipo preventivo, en donde se acrecienta el desarrollo cognitivo y psicomotriz en el niño, desde su nacimiento hasta los tres años de edad, logrando con esto, el nivel óptimo de desarrollo de capacidades y habilidades en el infante, evitando así el que presente problemas de maduración en años posteriores.



ÁREA DE DESARROLLO HUMANO

El área de desarrollo humano, se encarga de prestar servicios a personas adolescentes y adultas que requieran apoyo psicológico individual.

Para este fin, se requiere de varios pasos; primero se realiza una historia clínica para saber cual es la forma de desenvolvimiento de las persona en las diferentes esferas (social, familiar, laboral, sexual). Después se aplican las pruebas proyectivas de Machover; con la aplicación de esta prueba se da una idea general de la personalidad de la gente. A este proceso se le denomina Diagnóstico Psicológico.

Después de concluido el diagnóstico psicológico, se pasa al segundo punto, que es la terapia individual, se canaliza al paciente con el terapeuta adecuado, para que se lleve a cabo el proceso de iniciación. El tiempo designado para las personas que ya están dentro del proceso terapéutico es, de una vez por semana, con una duración por cada sesión de 45 a 60 minutos.

Todo este proceso se lleva a cabo dentro de la primera etapa del Centro; ya que más adelante entra en función la etapa número 2, en el cual se implementarán los servicios de Intervención en Crisis Hospitalaria y terapia de Apoyo Individual a pacientes Crónicos y Terminales.

El primer servicio de la segunda etapa, como su nombre lo indica, se encargara de la atención a pacientes internos dentro de los Hospitales que tengan afiliación al Centro, prestando apoyo psicológico a pacientes que se encuentren en estado crítico, como lo es alguna pérdida, enfermedades incurables, etc.

Actualmente se está llevando a cabo la etapa dos, con un grupo de pacientes crónicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el cual se realizan grupos de encuentro para que los pacientes puedan hablar y mostrar los sentimientos que le produce el hecho de estar padeciendo del riñón. Estos grupos están coordinados por parte del CAP, por la Lic. Inés Gómez y su grupo, conformado por 3 pasantes de Psicología, y por parte del IMSS el coordinador del los grupos es el Dr. Juan Carlos Castillo Pineda.

El segundo bloque se encargará de la realización de grupos con personas diagnosticadas con cáncer o alguna otra enfermedad en fase terminal, por lo que, en esos grupos se manejarán las etapas de duelo establecidas por la Dra. Kubler-Ross.

Así como se prestará atención psicológica individual, en forma de seguimiento, del tratamiento prestado en el Hospital Psiquiátrico, a personas con enfermedades mentales crónicas como lo son, la psicosis, esquizofrenia, etc.; siempre y cuando los pacientes estén bajo estricto control psiquiátrico.

POBLACIÓN USUARIA

El Centro ofrece ayuda a toda la población de Morelia, enfocándose a las comunidades de bajos recursos; ofreciendo cuotas bajas dependiendo de los ingresos mensuales de la familia. Las cuotas varían desde \$10.00 hasta los \$45.00 pesos. por sesión.

Por no contar con los recursos, tanto económicos como profesionales que se quisieran; el CAP no puede prestar sus servicios a cierta población que requieren de una atención específica más profesional, como lo son, personas con desordenes mentales graves, daño orgánico cerebral, alcohólicos crónicos, no personas farmacodependientes.

Para este tipo de casos en especial, CAP, tiene afiliación con otras Instituciones, siendo estas El DIF, CERESO, Hospital Psiquiátrico, CESAME. Dependiendo de la problemática detectada en el paciente se canaliza, el mismo, a alguna de estas Instituciones, para ofrecerles un servicio más completo y recibir atención especializada.

DIFICULTADES

Conforme va pasando el tiempo, desde la inauguración del Centro hasta hoy día, nos hemos encontrado a lo largo del camino con algunas dificultades, que poco a poco se han ido afrontando y salido adelante de ellas.

Nos encontramos que a veces hay mucha demanda de atención de la gente por el Centro, por lo que, los terapeutas no son suficientes en algunos momentos, para dar un tratamiento a toda la población usuaria. Esto repercute en el hecho de que, se retarda el tiempo entre el término del psicodiagnóstico y el entrar a su tratamiento psicológico, por lo que algunos pacientes dejan de asistir al CAP.

El hecho de que algunos estudiantes de Psicología que están como colaboradores del Centro, no estén bajo tratamiento psicológico, en buena parte es una gran dificultad. Al momento de que una persona llega a solicitar servicio y pasa con un estudiante sin atención psicológica previa, puede repercutir en el ánimo del estudiante y más si presenta un problema parecido al del paciente, esto trae consigo el hecho de, que el estudiante pueda sentirse cansado, triste, deprimido y no saber porque, causando deserción por parte del estudiante o que empiece a faltar sin previo aviso o que empiece a tener problemas en sus relaciones interpersonales con los demás colaboradores del Centro.

Otra dificultad que nos hemos encontrado, es la falta de constancia por parte de los usuarios. El paciente acude al Centro durante dos semanas consecutivas y de repente ya no regresa, algunas veces el paciente vuelve acudir de nuevo pero la mayoría de las veces esto ya no sucede. Y conforme pasa el tiempo este fenómeno se va haciendo más grande.

Esta dificultad llamó me particularmente la atención, ya que no había una respuesta en el hecho de porque la gente deja de asistir al Centro. Por lo que esta investigación se centra en estudiar este fenómeno en especial para poder encontrar una respuesta y atacar el problema desde la raíz y así saber si la gente se va por algún tipo de problemática en especial o por alguna deficiencia en el trato con la población usuaria.

El segundo objetivo de esta investigación arrojó como resultados que la DEPRESIÓN es la principal causa por la cual la gente acude al CAP a recibir atención psicológica provocada principalmente por situaciones de abandono.

Las situaciones de abandono provocan estados de agresión, rebeldía, sentimientos de tristeza y desesperanza acentuados más por el hecho de no haber sido elaborado un proceso de duelo. (MIRABENT, 1991)

Para poder lograr estos resultados, se tuvo que sacar diagnóstico de los expedientes de las personas que en el transcurso de un año llegaron al CAP a demandar nuestros servicios. Para este fin, se tomó como base para el diagnóstico las pruebas proyectivas de personalidad de Karen Machover, para adultos, y las pruebas proyectivas de personalidad de Goodenough, para niños. (ANDERSON & ANDERSON, 1980)

Así también, se tomó en cuenta las historias clínicas de cada paciente, basándonos en el formato Menninger (DIAZ, 1989), en adultos; y el en formato Peinado (PEINADO, 1952), en los niños.

Con todo este procedimiento, me pude percatar de cuan importante es el hacer un diagnóstico atinado y certero; ya que si hacemos lo contrario, esto puede traer como consecuencia el que la persona abandone el

tratamiento, por el hecho de, no ver satisfechas sus necesidades inmediatas y más si los resultados de la investigación arrojaron como problema principal la depresión. Ya que no es lo mismo una persona depresiva con ideas suicidas que una persona deprimida sin nunca haber pensado en quitarse la vida.

En estos casos tenemos que ser muy cuidadosos y hacer muy concienzudamente un buen diagnóstico; ya que esta es la causa principal por la que la gente deserta de su tratamiento psicológico dentro del Centro de Atención Psicológica (CAP), de la Universidad «Vasco de Quiroga».

Hay que saber también detectar el grado o fase en que la problemática se encuentre; ya que dentro de los estados depresivos se encuentran diferentes niveles de estado depresivos. El no tener conocimientos básicos de psicopatología y no saber detectar si el problema se presenta leve/moderado/severo, es factor importante para la deserción de las personas. (VALDEZ, 1987)

Es por esta razón, por la que hay que tener siempre presente que la depresión tiene muchas formas de manifestación, tanto en adultos como en niños, por tal motivo, el cuadro puede confundirse o desviarnos hacia otros caminos o tratarlo de una manera muy superficial.

CALDERÓN (1985), propone unos términos para la detección oportuna de la depresión, basándose en el supuesto que hay partes de la personalidad que sufren trastornos cuando una persona se encuentra en un estado de depresión. Estos trastornos son:

- * Trastornos afectivos.
- * Trastornos intelectuales.
- * Trastornos conductuales.
- * Trastornos somáticos.

LAWRENCE (1985), menciona que la ingestión de alcohol, de sustancias tóxicas, son formas de vencer a la angustia y las tensiones.

Así pues encontramos que un paciente alcohólico, no es más que una persona con un estado de angustia muy grande el cual provoca un estado de depresión moderado; presentando síntomas como baja autoestima, descuido de su apariencia física, quiere aliviar las tensiones y olvidar los problemas por medio del alcohol. (DAVIDSON, 1992)

Las personas con cuadros de angustia, se encuentran sentimientos de inferioridad, difícil la toma de decisiones; si la angustia se vuelve más perturbadora puede expresarse en sentimientos de depresión, insomnio, irritabilidad, trastornos psicósomáticos, ataques de llanto, sentimientos de impotencia e inferioridad (LAWRENCE, 1985). Si nos basamos en el criterio diagnóstico de CALDERÓN (1985), podemos darnos cuenta que todos los síntomas de las reacciones de angustia no es más que estados de depresión. Las personas depresivas, generalmente se encuentran angustiadas.

La farmacodependencia es, al igual que el alcoholismo, una manera de vencer la angustia provocada por un estado depresivo por medio de la ingestión de sustancias tóxicas. (LAWRENCE, 1985). La farmacodependencia también va aunado con otros trastornos de la personalidad relacionados con problemas con la autoridad y conductas sociopáticas. (DAVIDSON, 1992).

La relación entre la homosexualidad y la depresión no es directamente consecuencia una de la otra. Una persona homosexual no puede tener ningún trastorno de tipo depresivo. Sin embargo, podemos inferir, que la homosexualidad puede provocar un cuadro de depresión siempre y cuando el homosexual no se acepte tal y como es. (VALDEZ, 1987)

El incesto, definido por BARNAT (1986), como: «el intercambio libidinoso entre dos individuos del sexo opuesto pero que están vinculados estrechamente por lazos de parentesco carnal, ya sea entre ascendentes, descendientes o colaterales...»

Ayudan a las relaciones incestuosas el alcoholismo. (BARNAT, 1986).

El incesto como tal, no es un problema en el que aparezca la sintomatología de depresión; pero puede causar un cuadro de depresión mayor a la víctima del incesto; así también, el alcoholismo juega un papel importante dentro de las relaciones incestuosas, como ya mencionamos anteriormente, el alcoholismo es una manera de manejar la angustia provocada por estado de depresión moderada. (LAWRENCE, 1985).

Dentro de las personalidades psicóticas, se encuentra un trastorno grave de la personalidad, las defensas son regresivas, distorsiona y cambia su realidad por otra que sea menos amenazante. (LAWRENCE, 1985).

Aunque hay una relación muy estrecha entre la depresión y la psicosis, no es difícil el poder diagnosticar a una persona con personalidad psicótica que una persona deprimida.

En el caso del suicidio, «los estados depresivos pueden estar ligados a profundos sentimientos de odio y afán de destrucción contra el propio yo...» (BARNAT, 1986).

El suicidio así como la farmacodependencia, el alcoholismo y la depresión, van de la mano, los primeros como consecuencia del segundo; y todos son salidas para bajar el estado de angustia provocados por los cuadros depresivos.

Estos problemas de conducta que he presentado anteriormente son solamente los más frecuentes, por los que, las personas acuden al CAP a recibir apoyo; ya he hecho la comparación de estos y la depresión. Es importante señalar que detrás de estos «problemas», se encuentran encerrados rasgos de personalidad y neurosis de diferentes tipos en las personas. Como lo es: (LAWRENCE, 1985)

- * Neurosis de Angustia.
 - * Neurosis Histérica. - de tipo Conversivo.
 - de tipo Disociativo.
 - * Neurosis Fóbica.
 - * Neurosis Obsesivo-Compulsiva.
 - * Neurosis Depresiva.
 - * Neurosis de Despersonalización.
 - * Neurosis Hipocondriaca.
 - * Neurosis de otro tipo.

Por lo que no es lo mismo, un estado depresivo de una persona con rasgo de personalidad histérica, que una persona con un cuadro depresivo con rasgo de personalidad obsesivo-compulsivo o. Es por esto, que es tan importante el tener los conocimientos de psicopatología para poder detectar que rasgo de personalidad, el grado en el que se encuentra su problema y si es depresión como tal, o un estado depresivo provocado por la angustia de una situación de stress.

Con respecto a los niños y adolescentes, pude encontrar que la relación entre el maltrato infantil y la depresión infantil, están estrechamente ligados. Para poder hacer esta comparación, me base en la definición hecha por MANZO (1995) y por el DSM 111-R (VALDEZ, 1987).

«En la adolescencia es frecuente la conducta negativista o claramente antisocial; agresividad, hurtos, llegando al consumo de alcohol y/o drogas, sentimientos de no ser comprendidos, o aprobados, inquietud, maña humor o irritabi-

lidad, dificultades escolares...» (VALDEZ, 1987).

«La depresión que se da en la infancia en donde se presenta un estado de infelicidad, tristeza, sentimientos de desamparo, soledad, nostalgia, sentimientos de inadecuación, baja autoestima...» (MANZO, 1995).

Un niño con maltrato infantil presenta trastornos de la personalidad tales como, agresión, mal alimentado, abusado sexualmente, experimenta sentimientos de tristeza, manifestados por estados de infelicidad, sentimientos de desamparo, soledad, nostalgia; todos estos síntomas inherentes de depresión infantil. (CALDERÓN, 1985).

En los niños con problemas de aprendizaje, debemos valorar muy bien dos aspectos muy importantes, ya que si no son detectados podemos dar un mal tratamiento en el problema del niño.

Debemos de tomar en cuenta el origen real del problema de aprendizaje que el niño está padeciendo; ya que puede ser provocado por un bajo nivel en el desarrollo de sus habilidades para percibir, procesar, almacenar, expresar información. (GOMEZ, 1991); o puede ser por que el niño esta presentando un cuadro de depresión «enmascarada», la cual se manifiesta cuando el niño se vuelve hiperactivo, disminuye su rendimiento escolar, hay desordenes somáticos y trastornos alimenticios. (MANZO, 1995).

En conclusión, puedo decir, que para que el Centro de Atención Psicológica de la Universidad «Vasco de Quiroga», pueda ofrecer un mejor servicio; los estudiantes que prestan sus servicios en el CAP, tienen que tener un amplio concepto en cuanto a psicopatología para poder detectar de una manera más rápida y oportuna el cuadro depresivo y el grado en el que se está manifestando en ese momento.

Esto con el fin de que las personas se sientan entendida y se pueda dar de una manera más rápida la atención que se requiere. Aunque hay trastornos de la conducta que presentan síntomas parecidos al de la depresión, hay que saber detectar cuando es un cuadro de neurosis depresiva, como tal y cuando es un trastorno diferente con un estado depresivo.

BIBLIOGRAFIA

- * AGUILERA, Donna.: CONTROL DE CONFLICTOS EMOCIONALES. Ed. Interamericana. México, 1985.
- * ANDERSON & ANDERSON.: TECNICAS PROYECTIVAS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO. Ed. RIALP, S.A., México, 1980.
- * ARROYO, J.: «PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DEL NIÑO EN EL NIVEL COMUNITARIO». En: TEMAS DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD. Serie Paltex, No. 19, Organización Panamericana de la Salud, OMS, Washington, D.C. 1992.
- * BARBA, R.: «LA PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SUS VALORES: ALGUNAS IMPLICACIONES ETICAS». En: FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.
- * BARBA & MOCH.: «ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CONFORMACION DE UNA PSICOLOGIA COMUNITARIA». En: FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.
- * BARNAT, J.: DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE LA VIDA SEXUAL. Ed. ETESA, México, 1986.
- * BARRERA, G.: «PSICOSIS». En: PSICOLOGIA: PERSONALIDADES PSICOPATICAS. Tomo: 28, Ed. UNAM, México, 1992.
- * CALDERON, G.: DEPRESION: CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO. Ed. Trillas, México, 1985.
- * CALDERON, G.: SALUD MENTAL COMUNITARIA. Ed. Trillas, México, 1984.
- * CAMPBELL & STANLEY.: DISEÑOS EXPERIMENTALES Y CUASIEXPERIMENTALES DE LA INVESTIGACION SOCIAL. Ed. Amorrourtu, Buenos Aires, 1982.
- * DAVIDSON, G.: PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA ANORMAL. Ed. Noriega, México, 1992.
- * DIAZ, I.: ENTREVISTA PSICODINAMICA. Ed. TAX, México, 1989.
- * GOMEZ, C.: «PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN EL NIÑO». En: PSICOLOGIA: PSICOLOGIA EDUCATIVA. Tomo 21, Ed. UNAM, México 1991.
- * GONZALEZ, R.: «SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA». En: TEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD. Serie Paltex, No. 19, Organización Panamericana de la Salud, OMS. Washington, D.C. 1992.
- * HAMILL, D.: EDUCATIONAL PERSPECTIVES IN LEARNING DISABILITIES John Wiley & Sons Inc., New York, USA. 1971.
- * JAMES, B.: TREATING SEXUALLY ABUSED CHILDREN. Consulting Psychologist Press. United States, 1990.
- * LAFARGA, J.: «ANTECEDENTES DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, EN MEXICO». En: DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. Vol. III, Ed. Trillas, México, 1986.
- * LAFARGA & GOMEZ DEL CAMPO.: DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. Vol. III, Ed. Trillas, México, 1986.
- * LARTIGUE, M.: «ESTRESS Y NEUROSIS TRAUMATICA EN MARGINADOS URBANOS». En: REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA. Vol 2, tomo I México, 1985.
- * LARTIGUE & BECERRA.: «LA FORMACION EN PSICOLOGIA COMUNITARIA: PROGRAMAS DE ESTU-

DIO Y CAMPOS DE APLICACION». En: FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.

* LAWRENCE, K.: PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1985.

* LIEBMAN, M.: NEUROANATOMIA. Ed. Interamericana, México, 1987.

* LOPEZ, D.: «DINAMICA DE LAS RELACIONES OBJETALES EN EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD». En: CUADERNOS DE PSICOANALISIS. Vol 28, Num. 1 y 2, México, 1995.

* MANZO, M.: LA RELACION DE LA FAMILIA CON LA DEPRESION INFANTIL. Tesis de Licenciatura, Universidad «Vasco de Quiroga», México, 1995.

* MOCH & LEIFERMAN.: «CENTRO DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD: UNA OPCION PARA EL CAMBIO SOCIAL DESDE LA UNIVERSIDAD». En: FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.

* MORALES, M.: PSICOMETRIA APLICADA. Ed. Trillas, México, 1986.

* PEINADO, J.: PAIDOLOGIA: VISION ANALITICA DE LA INFANCIA. Ed. Nueva Pedagogía, México, 1952.

* PICK, S.: COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. Ed. Trillas, México, 1990.

* PINTOS, E.: «ALGUNAS RAICES FILOSOFICAS DE PSICOCOMUNIDAD». En FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.

* PISZK, K.: «ALGO SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS: CDC Y MENDAO». En: BOLETIN CDC. Vol. 10, México, 1992.

* ROJAS, R.: GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Ed. P&V, México, 1993.

* SERRANO, BARBA, AHUJA, BARRETO.: «PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCION COMUNITARIA». En: FORMACION UNIVERSITARIA Y PROMOCION SOCIAL. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.

* SMIRNOV, A.: PSICOLOGIA. Ed. Grijalbo, México, 1994.

* VALDEZ, M.: MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADISTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. DSM III-R. Ed. Masson, Barcelona. España, 1987.

* VILORIA & BARAJAS.: «MIL CUMBRES: UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA EN LA FORMACION PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN EL TRABAJO COMUNITARIO». En: PSICOLOGIA IBEROAMERICANA. Vol. 1, No. 1, Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1993.

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

FICHA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS

ENTROGA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- 1.1 fecha de estudio
- 1.2 nombre
- 1.3 edad y fecha de nacimiento
- 1.4 sexo
- 1.5 estado civil
- 1.6 escolaridad
- 1.7 ocupación
- 1.8 lugar de residencia
- 1.9 referencia
- 1.10 fuente de información
- 1.11 persona que hace el estudio

2. DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

4. HISTORIA FAMILIAR (familia de origen)

- 4.1 estructura: hermanos, edades y nombres, lugar que ocupa, y relación con ellos.
- 4.2 actividades de los padres y relación con ellos
- 4.3 familia actual, relación con la pareja e hijos, nombre, edades, ocupación y tipo de relación
- 4.4 religión en la casa paterna y en su familia. Cual y como la viven
- 4.5 diversiones y entretenimientos

5. PERIODO DE DESARROLLO

- 5.1 historia del embarazo y el parto de los cuales fué producto.
- 5.2 historia postnatal hasta los dos años.
- 5.3 historia de la primera infancia hasta antes de entrar a la primaria
- 5.4 historia de la segunda infancia hasta antes de la adolescencia
- 5.5 historia de la adolescencia

6. AJUSTE A LA VIDA ACTUAL

- 6.1 ajuste familiar
relaciones de la familia e influencia de esta en el problema
- 6.2 ajuste vocacional
grado de estudios, interés por la escuela, materias favoritas y desagradables, elección de profesión, motivos y satisfacciones.
- 6.3 ajuste de trabajo
trabajos que ha tenido, factores que han motivado los cambios, actividades más agradables y desagradables. Logros en el trabajo, metas y aspiraciones profesionales y económicas.
- 6.4 ajuste social ✓
amigos, facilidad para relacionarse, actividades recreativas favoritas, si pertenece a un grupo o asociación.
- 6.5 ajuste sexual ✓
educación sexual, información recibida de dónde y por quien, desarrollo sexual hasta el momento, relaciones de pareja, vida sexual activa o no. Relaciones anteriores. Satisfacción por su propio sexo y sexualidad.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

CAP

FICHA PSICOLÓGICA INFANTIL

DATOS GENERALES

Fecha de la entrevista _____
Nombre del niño (a) _____
Fecha de nacimiento _____ edad _____
Grado escolar que cursa _____
Quién proporciona la información _____

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre _____
Edad _____ Ocupación _____
Nombre de la madre _____
Edad _____ Ocupación _____
Nombre y edades de los hermanos
1.- _____
2.- _____
3.- _____
Lugar que ocupa entre los hermanos _____
¿Quiénes viven en la casa? _____
¿Cómo es la relación de los padres? _____
¿Han existido conflictos en la familia? (Divorcio, viudez, abandono, económicos, de agresión)

Descripción del problema: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

¿Fue planeado el embarazo? SÍ NO

¿Cómo reaccionaron los padres con la noticia? _____

Tuvo la madre algún problema de salud durante el embarazo? _____

¿Hubo complicaciones en el parto? _____

¿Presentó algún problema en su primera infancia? (Hasta los 2 años) _____

¿Cómo fue su desarrollo motor? _____

¿Cómo fue su desarrollo del lenguaje? _____

¿Qué enfermedades ha tenido el niño(a)? _____

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? _____

PAUTAS DE AJUSTE SOCIAL

FÍSICAS

¿Cómo es su apetito actualmente? _____

¿Tiene algún problema en la alimentación? _____

¿Cómo es su salud? _____

¿Tiene alguna alergia o problema de salud crónico? SÍ NO

¿Cuál? _____

FAMILIARES

¿Cómo es la relación del niño (a) con su padre? _____

¿Con su madre? _____

¿Con sus hermanos? _____

¿Cómo son sus relaciones con la familia extensa? _____

¿Ha estado la familia separada en alguna ocasión? _____

SOCIALES

¿A qué juega normalmente? _____

¿Cómo se relaciona con otros niños? _____

¿Le agrada platicar? _____

¿Cuáles son sus principales intereses o aficiones? _____

¿Cuánto tiempo ve la televisión o juega nintendo? _____

AFECTIVAS

¿Es cariñoso (a) _____

¿Le gusta que lo (a) mimen? _____

¿Tiene alguna mascota o juguete especial? _____

¿Cómo reacciona ante los extraños? _____

¿Tiene miedos? _____

¿Tiene hábitos como chuparse el dedo, morderse las uñas, mojar la cama u otros? _____

FORMACIÓN DE HÁBITOS

¿Es obediente? _____

En general, ¿cumple con las reglas de casa? _____

¿Quién y cómo lo(a) corrigen? _____

¿Cómo reacciona cuando lo(a) castigan? _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

Nivel de estudios de la madre _____

Nivel de estudios del padre _____

¿A qué edad empezó el niño(a) a asistir a la escuela o guardería? _____

¿Cómo fue su adaptación a esta? _____

¿Ha habido cambios de escuela? _____

¿Por qué motivos? _____

¿Cómo ha reaccionado frente a ellos? _____

¿Cómo se expresa el niño(a) de la escuela? _____

¿Ha existido algún problema o dificultad relacionado con la escuela? _____

CONCLUSIÓN

¿Cómo describiría el carácter de su hijo(a) _____

¿Existe en este momento algo que le preocupe respecto del niño(a) _____

