

PSICOLOGÍA MÉDICA SALUD MENTAL

Dr. Elisa N. Cortese (compiladora)

Lic. Ricardo H. Cortese

Lic. Vidalina Díaz Álvarez

Lic. Ana Equisito

Dr. Ricardo A. Kuzmicki

Lic. Alicia I. Pilatti

Lic. Néstor Salvati

Lic. Gabriel Van Oostveldt

PSICOLOGÍA MÉDICA

SALUD MENTAL

DRA. ELISA N. CORTESE

LIC. RICARDO H. CORTESE

LIC. VIDALINA DÍAZ ÁLVAREZ

LIC. ANA EQUISITO

DR. RICARDO A. KUZMICKI

LIC. ALICIA I. PILATTI

LIC. NÉSTOR SALVATI

LIC. GABRIEL VAN OOSTVELDT

Diseño y armado:
Florencia Turek

Hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en Argentina / Printed in Argentina

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, no autorizada por los editores, viola derechos reservados; cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

© 2004 **nobuko**

I.S.B.N. 987-1135-54-8

Abril 2004

LIBRERIA TECNICA de Nobuko
Florida 683 - Local 13
C1005AAM Buenos Aires - Argentina
Tel: 54 11 4314-6303 - Fax: 4314-7135
E-mail: ventas@nobuko.com.ar

INDICE

CAPÍTULO 1: Introducción	
Dra. Elisa N. Cortese.....	5
CAPÍTULO 2: Psicología	
Lic. Alicia Pilatti.....	13
CAPÍTULO 3: Modelos Médicos	
Dra. Elisa Cortese - Dr. Ricardo A. Kuzmicki.....	29
CAPÍTULO 4: Relación Médico - Paciente	
Dra. Elisa N. Cortese	37
CAPÍTULO 5: Ciclo Vital	
Lic. Ana Equisito	51
CAPÍTULO 6: Crisis Vitales	
Dra. Elisa N. Cortese.....	61
CAPÍTULO 7: Personalidad	
Dra. Elisa N. Cortese - Lic. Ricardo H. Cortese	77
CAPÍTULO 8: Personalidades Pertinentes	
Lic. Vidalina Díaz Álvarez	87
CAPÍTULO 9: Grupo Familiar y Vínculos	
Lic. Vidalina Díaz Álvarez	95
CAPÍTULO 10: Concepto de Normalidad y Salud Mental	
Dra. Elisa N. Cortese	101
CAPÍTULO 11: Clasificación de las Enfermedades Mentales	
Dra. Elisa N. Cortese	111

CAPÍTULO 12: Entrevista Médica - Motivos de Consulta	
Dra. Elisa N. Cortese	125
CAPÍTULO 13: Entrevista Psicológica	
Lic. Alicia Pilatti	139
CAPÍTULO 14: Escuela Psicoanalítica	
Lic. Néstor Salvati	157
CAPÍTULO 15: Las Psicologías Conductistas	
Lic. Ricardo H. Cortese	167
CAPÍTULO 16: Psicología Cognitiva	
Lic. Ricardo H. Cortese	173
CAPÍTULO 17: Psicología de la Gestalt	
Lic. Néstor Salvati	183
CAPÍTULO 18: Prevención y Atención en Salud Mental	
Dra. Elisa Cortese - Dr. Ricardo Kuzmicki	191
CAPÍTULO 19: Especialización Médica	
Dr. Ricardo A. Kuzmicki	201
CAPÍTULO 20: Recursos Terapéuticos en Salud Mental	
Lic. Gabriel Van Oostveldt	209

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN DRA. ELISA N. CORTESE

Se habla de “crisis de la medicina” como “cambio de paradigma” en el sentido de Thomas Kuhn. La cuestión de la crisis pasa fundamentalmente por el plano de la ambigüedad o paradoja de la presente medicina, su poderío y fragilidad, al par el progreso científico-tecnológico y la deshumanización.

En sentido moderno y objetivo, crisis pasa a ser desajuste, desequilibrio o ruptura en un proceso de la realidad.

La medicina, que por su condición instrumental y finalidad práctica incuestionable, se enroló decididamente en el positivismo, comienza a sentir la debilidad de un modelo que ya no colma sus expectativas. Paradójicamente, en el momento en que la ciencia y la técnica médicas demuestran su mayor penetración y poderío, la medicina in toto se cuestiona y autocrítica, y en esa atmósfera de escepticismo fermenta el posible cambio de paradigma. La historia crítica de la medicina actual puede resumirse en tres momentos especialmente significativos. El primero ocurre en los años inmediatamente posteriores a la Primera Guerra Mundial, cuando por primera vez se registra en la letra la “crisis de la medicina”, un movimiento de la literatura médica alemana que proponía la reforma de la medicina oficial e introducía una mentalidad neokantiana en el estatuto epistemológico de aquella, esto es, una visión científico-cultural complementaria de la científico-natural. El siguiente punto de inflexión en el modelo biomédico se produce con la Segunda Guerra Mundial, tras la que surge justamente una “organización mundial de la salud” y el modelo sanitario propio del “Estado de bienestar”. Por último, la crisis económica de los años 70 ha puesto al descubierto las falencias de dicho modelo, por el cual la salud pasó de ser bien de producción a ser bien de consumo, con el efecto paradójico de que una mayor atención médica no lleva necesariamente a mejor sanidad.

La crisis en la presente medicina tendría, pues, su razón histórica en esas tres transformaciones, de características predominantemente académica la primera, sociopolítica la segunda, y económica la tercera. La situación actual es de creciente crítica al modelo biomédico y la concep-

ción positivista de la medicina, en un clima de incertidumbre sobre las expectativas de vida y salud del hombre como especie.

Parece hoy entonces completarse un cambio del paradigma biomédico, en todo caso su transformación o reformulación a favor de una racionalidad humanística, hermenéutica y normativa.

Salud Mental I (UBA) y Psicología (UAI) se encuentran insertas en el ciclo biomédico de la currícula de la Facultad de Medicina. Aspira a presentar un modelo biopsicosocial del hombre, contribuyendo a una concepción holística (abarcativa e integradora) de la Medicina misma.

La medicina antropológica es medicina integral del hombre. Implica diagnóstico integral y a la vez tratamiento integral: curar y, sobre todo, sanar cuando ese desiderátum sea posible, o sea, devolver la salud y no solamente curar el episodio patológico que justifica la demanda de atención y, por consiguiente, lograr la rehabilitación de la persona, tanto en su condición física como mental.

La concepción antropológica ha resaltado que la prevención de la enfermedad es tarea primordial de la medicina, para lo cual ésta debe formar un frente con las demás profesiones que participan en el cuidado de la salud. Ya en la actualidad las facultades de Medicina se van transformando en facultades de Ciencias de la Salud, y el médico debe formarse y trabajar en conjunto con psicólogos, sociólogos, asistentes sociales y, en particular, con enfermeras, para realizar efectivamente su tarea de prevención y curación.

La formación del médico general debe considerar un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, para lo cual se deberán tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico-técnicos, que lo capaciten para la atención de pacientes. En este marco se inserta la asignatura Psicología en el primer ciclo de formación de los futuros profesionales, como preludeo de la materia Psiquiatría que se cursará en años superiores.

La concepción de la cual parte la materia coincide con la definición de Salud que propone la Organización Mundial de la Salud, que dice que aquella, "es el completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo ausencia de enfermedad". La mayoría de las materias médicas, apuntan a pensar al hombre enfermo y a su enfermedad, y no tanto al hombre sano y su salud. Nos parece importante enfocar la salud en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales a través de una mirada interdisciplinaria. Pensar en una medicina holística ayuda a conformar una mirada más integral de la persona humana. Un profesional dedicado a promover y defender la vida, a participar en el desarrollo humano inte-

gral, que tenga respuestas concretas y dinámicas a los desafíos de las circunstancias y a las necesidades emergentes del medio socio-económico, cultural, y científico; y además, que tenga la capacidad de incorporar la investigación en todos sus estudios.

Los objetivos de la asignatura son:

- 1- Enfocar la salud en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales a través de una mirada interdisciplinaria.
- 2- Conformar una mirada integral de la persona humana (medicina holística).
- 3- Considerar los aspectos psicológicos, sociales, éticos y culturales para la atención de los pacientes.
- 4- Lograr un acercamiento a otros sujetos desde su propia subjetividad.
- 5- Estructurar una entrevista a una persona.
- 6- Volcar un perfil psicológico del paciente en una historia clínica.
- 7- Preservar la salud mental, restaurándola cuando se ha perdido.
- 8- Obtener una visión abarcadora de la totalidad de los problemas que pueden producir padecimientos.
- 9- Adquirir la formación para actuar como agente de cambio en la sociedad, que debe, no solamente curar la enfermedad, sino especialmente promover la salud mental.
- 10- Preparar al alumno para el estudio de la Semiología y la Psiquiatría.

El estudiante de medicina debe estar informado y formado en psiquiatría con sus ramas salud mental, psicopatología y psicología médica.

1) Psicología.

La psicología, que tiene por objeto la organización estructural no patológica del sujeto normal con su medio.

Si se realiza un recorrido por los textos de Psicología escritos en distintos momentos históricos por autores provenientes de contextos científicos diferentes, nos encontramos con muchas y disímiles definiciones de psicología. En cambio, lo que sí puede parecer sorprendente es la respuesta: "No existe una definición de psicología", al menos una definición que sea unánimemente aceptada.

Se pueden mencionar algunas de ellas, a modo de ejemplo: "es el estudio del alma", "es el estudio de la vida psíquica", "es el estudio de la conciencia", "es el estudio de la conducta", "es el estudio de los procesos mentales", etcétera. Históricamente se consideró que la

Psicología tenía como objeto de estudio el comportamiento humano. Por Comportamiento Humano se debe de entender no sólo los hechos observables externamente, es decir, los actos y acciones que se pueden observar y que se pueden, de algún modo, medir y cuantificar objetivamente, sino también los hechos de la experiencia subjetiva (emociones, pensamiento, prejuicios, valores, etc.) que, por el momento, no se pueden observar de un modo objetivo.

El estudio de la conducta se hace en función de la personalidad y del inseparable contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante. Se estudia la conducta en calidad de "proceso" y no como "cosa". La conducta es funcional, porque tiene como finalidad resolver tensiones.

La conducta implica siempre conflicto o ambivalencia. La conducta sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto en el que ella ocurre. Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna. Coinciden en estos cuatro puntos el Psicoanálisis, la Antropología Social y la Psicología del Learning. Sean cuales fueren los fundamentos teóricos y los "modelos de pensamientos" empleados, todas las corrientes y todos los campos psicológicos han estado estudiando consciente o inconscientemente la conducta (J. Bleger)

2) Psicología Médica.

Es el conjunto de reglas o preceptos psicológicos aplicables para obtener el mejor resultado en el accionar médico general.

3) Psicopatología.

La psicopatología es la rama de la psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales.

"El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente conciente. El deseo de saber qué y cómo experimentan los seres humanos, de conocer la dimensión de las realidades anímicas. Y no sólo el vivenciar de los hombres, sino que también investigar las condiciones y las causas de las que depende, las relaciones en que está y las maneras como se expresa objetivamente.

"La psicopatología es la rama de la psicología que estudia las manifestaciones psíquicas anormales".

En definitiva, la psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría.

4) Psiquiatría.

Psiquiatría se ha definido como: rama de la medicina, que se ocupa del

estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad.

La psiquiatría es una rama de las ciencias médicas, cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología.

5) Salud Mental.

Tiene al menos dos connotaciones. La primera de una forma amplia, sería una denominación genérica que abarca todas las ciencias implicadas en el prefijo PSI (campo psi). La segunda, en sentido restringido se refiere a los conocimientos actuales sobre los aspectos psicosociales de los seres humanos normales.

La Salud Mental no se trata de una especialidad más dentro de la medicina, pues su presencia es constante en cada acto médico, cualquiera sea su medio de acción, y/o técnica de abordaje, es una práctica permanente en la medicina.

La Salud Mental es una dimensión del ser humano individual que debe incluirse en el campo de la salud en general y debe estar presente en la formación del médico en diferentes formas.

Para el Prof. Dr. García Badaracco, la definición de Salud Mental es "la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida". Es decir que Salud Mental sería la capacidad potencial de realizarnos, en nuestra propia vida. No nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente, y que sufre vicisitudes.

Para el Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi, la Salud Mental es asemejable a una tríada que está formada por:

- 1) Plasticidad Psicológica.
- 2) Aporte Creativo, y
- 3) Participación.

- 1) **Plasticidad Psicológica:** es la capacidad que posee el ser humano para poder adaptarse activamente al medio ambiente cambiante (a diferencia de la forma estereotipada que la lleva a alteración o trastorno psíquico severo: la adaptación pasiva).
- 2) **Aporte Creativo:** le permite al individuo ser original, es la posibilidad por la cual puede trascender el aquí y ahora. Darle forma a lo

que todavía no la tiene o no es.

3) Participación: que la persona perciba y participe activamente de sus crisis y de las crisis del contexto. Se siente moviente y no movida.

En 1950 Marie Jahoda aplicaba cinco criterios para arribar a la definición de Salud Mental:

1. ausencia de síntomas y signos de enfermedad mental.
2. normalidad de la conducta.
3. adaptación al medio ambiente.
4. unidad interna de la personalidad.
5. percepción correcta de la realidad.

Para el Dr. Pablo Berrettoni, la meta de la asignatura es "poder apreciar al otro como un semejante y considerarlo como nos gusta que nos consideren".

BIBLIOGRAFÍA

- BERRETTONI, PABLO y col. *"Psiquiatría I"*. Editorial Dunken. Buenos Aires, 2001.
- BROWN, BERTRAM S.; *"Definiciones de salud y enfermedad mental"*; *"Tratado de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock"*; Salvat; Salvat Editores; Barcelona, 1982.
- CABALEIRO GOAS, MANUEL; *"Temas psiquiátricos"*; Tomo 1, Edit. Paz Montalvo; Madrid, 1959.
- CAPPONI, RICARDO M.; *"Psicopatología y semiología psiquiátrica"*; Editorial Universitaria; 6ª. Edición; Santiago de Chile, 2000.
- FAHRER, RODOLFO; *"Temas de Psicología Médica"*; Edit. CTM; Buenos Aires, 1990.
- FONTANARROSA, HÉCTOR; *"Elementos de Psicología Médica"*; Edit. Troquel; Bs. As., 1974.
- GEBSATTEL, V. EL. FREIHERR; *"Antropología médica"*, Cap. Sano y enfermo, pág. 455 y ss.
- LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *"Salud y enfermedad"*; Biblioteca Salvat de Grandes Temas, Vol 93; Salvat Editores; Barcelona, 1973.
- LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *"Enfermedad y pecado"*; Edit. Toray; Barcelona, 1964.
- MATERAZZI, MIGUEL ANGEL; *"Salud Mental enfoque transdisciplinario"*; Edit. Salerno; Buenos Aires, 1996.
- OFFER; DANIEL Y SABSHIN, MELVIN; *"Normalidad"*, Cap. 6.6 del Tratado de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock; Salvat Editores; Barcelona, 1982.
- RICÓN, LIA; *"Problemas del campo de la salud mental"*; Col Psicología Psiquiatría y Psicoterapia Nro. 116; Editorial Paidós; Buenos Aires, 1995.

CAPÍTULO II

PSICOLOGÍA LIC. ALICIA PILATTI

Históricamente se han planteado distintas respuestas a la pregunta *¿Qué es la Psicología?* Éstas sólo cobran sentido en la medida en que se vinculen con sus contextos socioculturales y económicos de los cuales emergen. La trama sobre la cual se van construyendo estas respuestas se apoyan en las diferentes concepciones filosóficas, epistemológicas y de los paradigmas vigentes en la comunidad científica a la que pertenece.

Según el esquema superador del dualismo, el monismo, el hombre es una unidad, y la Psicología *estudia el modo de ser de los individuos*. Un modo de ser (la *personalidad*) que es único e irrepetible en cada individuo y que es conocido a través del *repertorio de conductas* que tiene una persona.

Entonces, *¿qué es la Psicología? Es la ciencia que estudia la conducta y las motivaciones de la conducta. El porqué las personas piensan, siente o actúan de una manera u otra.*

La vida de una persona desde su nacimiento hasta su muerte es una sucesión de conductas. No hay momentos "sin conductas". La personalidad ya que esta es dinámica y las conductas la modifican constantemente.

La Lic. Noemí Allidière agrega: *"La psicología científica estudia la conducta del hombre en el nivel de integración superior (psicológicossocial), teniendo en cuenta la peculiar naturaleza humana que es social; considerando al hombre en concreto, es decir dentro de su contexto temporoespacial (aquí y ahora), con posibilidades y limitaciones en la expresión de estas conductas"*. (Fundamentos de Psicología - 1997)

LA CONDUCTA Y SUS ÁREAS DE MANIFESTACIÓN

Etimológicamente, la palabra *conducta* es de origen latino y significa *conducida* o *guiada*. El término *conducta*, no es exclusivo ni originario de la Psicología; éste fue incorporado desde otros conocimientos y ciencias (ej. Química). En todos los casos el término *conducta*, hace referencia al conjunto de fenómenos que son observables o factibles de ser detectados implicando ésto sujetarse a los hechos tal cual ellos se dan o se presentan.

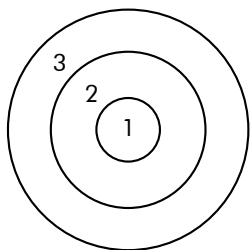
El Hombre es conceptualmente un todo integrado, una unidad biop-

sicosocial o psicosomática y la conducta es la expresión en cada instante de ese todo (*personalidad*).

Las conductas son generadas continuamente y se manifiestan a través de tres canales o vías de expresión. Es por esto que se le designa *unidad fenoménica* (expresión a través de una conducta) y *pluralidad fenoménica* (tres vías de manifestación).

José Bleger incluye bajo el término *conducta* a todas las manifestaciones del ser humano, cualquiera sea su característica de presentación (consciente o inconsciente) El estudio lo realiza en función de la personalidad y del nexo constante con la sociedad, tomando la personalidad del hombre desde una teoría dinámica, que interactúa constantemente con la sociedad.

Se pueden diferenciar tres áreas de manifestación de la conducta , tal como lo plantean Bleger y Pichon Riviere:



1. El área de los procesos o fenómenos mentales - mente
2. El área de los procesos o fenómenos corporales - cuerpo
3. El área de los procesos o fenómenos sociales - mundo Externo

El esquema se representa con tres círculos concéntricos enumerados como 1, 2, 3, a los fenómenos mentales, corporales y los de interacción con el mundo externo como fenómenos o procesos que se dan en una personalidad total. Son *cualidades* de la conducta.

a.- Coexistencia y Predominio

La conducta siempre implica interacción y *coexistencia* entre las tres áreas; la conducta es una manifestación de la totalidad del Hombre y por lo tanto no puede aparecer un fenómeno que no implique la relación o manifestación en las otras dos áreas. Esta constante interacción de las tres áreas no excluye la posibilidad que alguna de ellas predomine en un momento dado (*preponderancia*). Por ejemplo en la conducta de pensar hay un predominio de procesos mentales (área 1) aunque coexisten los procesos corporales (área 2) y sociales (área 3). En la conducta de beber, el predominio es del área 2, con coexistencia de las otras dos. En la conducta de cocinar, lo que se modifica predominantemente es el medio externo (área 3) pero también están implicadas las áreas 2 y 1.

Las áreas de manifestación de las conducta en cuanto a lo evolutivo del ser humano se dan en este orden: 2, 3, 1, ya que en los primeros meses de vida todo es corporal, para luego con el intercambio con el medio por la experiencia social se va delimitando el mundo externo y por último surge el fenómeno mental o representación.

A pesar que las tres áreas son siempre coexistentes, se puede observar en las conductas un cierto *predominio* de alguna de ellas. Esto permite calificar la mencionada conducta como mental, corporal o social. Este predominio puede alternarse o cambiar hacia otra de las áreas. Por ejemplo: ante una dificultad o problema, la primera reacción en un sujeto, puede ser de ansiedad (área mente), luego sufrir palpitaciones (área cuerpo) y transformarse la conducta en una actividad inestable (área social). El *predominio estable* de un área no implica necesariamente patología, sino *un estilo peculiar de la personalidad*.

Si el predominio de una de las áreas fuera *permanente* o *constante*, estaría indicando que las otras dos áreas se encuentran muy poco desarrolladas o el sujeto no las utiliza como modos de expresión de la conducta.

1.- Personalidad observadora poco participante (carácter esquizoide): En el caso, que predomine el área 1, de la mente. Estas personas se caracterizan por tener una escasa o nula intervención de reacciones corporales como así tampoco actúan en lo social. Son personas introversas, con tendencia al aislamiento afectivo y dificultad en establecer vínculos interpersonales.

2.- Si el predominio estable se presenta en el área 2, de lo corporal, se pueden describir dos subtipos:

Personalidad dependiente (carácter infantil) se comunican a través de la queja sobre sus procesos corporales: "estoy cansado", "me duele...". Son dependientes y todo lo expresan a través de manifestaciones en el cuerpo: palpitaciones si tienen miedo o están nerviosos, incremento del apetito si están contentos, constipación ante una frustración vivida, mala digestión o acidez estomacal si se enojan o tienen una preocupación, etc

Personalidad demostrativa (carácter histeroide) se comunican a través del lenguaje corporal y gestual: "habla con el cuerpo" provocando un impacto estético, manifestándose seductores y superficiales.

3.- Personalidad de acción (carácter psicopático). Cuando el predominio estable se presenta en el área 3, lo social, se consideran Hombres de acción donde la tendencia es al actuar en el Mundo Externo y existen pocas o ninguna intervención de las manifestacio-

nes mentales y corporales. Son impulsivos, pasan sin reflexionar a la acción. Son poco afectivas y pueden transgredir los límites: "Manejan a los otros"

b.- Contradicción sucesiva o coexistente

Entre las manifestaciones de las distintas áreas de la conducta pueden existir *contradicciones*. Estas contradicciones pueden ser *sucesivas* o *coexistentes* en la misma área o en diferentes áreas.

La *contradicción sucesiva*, se refiere a conductas opuestas, por ejemplo de *aceptación* y de *rechazo*. Estas actitudes polares pueden aparecer simultáneamente como manifestación en la misma o en diferentes áreas, por ejemplo: sentir rechazo pero actuar aceptando

Las *contradicciones* que aparecen en la misma área y al mismo tiempo, son los fenómenos de enorme interés para la Psicología y la Psicopatología, por ejemplo: "...si ésto me gusta, pero no me gusta". "...En un sueño era mi tía, pero no era...". La *duda* es un claro ejemplo de la existencia de manifestaciones contradictorias, que puede evidenciarse solamente en un área al mismo tiempo. En el cuerpo se puede presentar como vacilación, y en el Mundo Externo actuando de una manera insegura.

Las *contradicciones* en distintas áreas y en un mismo momento, se pueden presentar en condiciones tanto normales como patológicas, por ejemplo:

- ◆ cuando se desea concurrir a una entrevista pero se llega tarde (contradicción en área 1 y 3)
- ◆ Cuando se desea ser amable pero al mismo tiempo se está tenso o nerviosos (contradicción área 1 y 2)
- ◆ Cuando se actúa afectuosamente y al mismo tiempo está con el cuerpo tenso o nervioso (contradicción área 2 y 3)

Este tipo de contradicciones que se presentan en distintas áreas, al mismo tiempo, corresponden a un fenómeno llamado de *disociación de la conducta* o *división esquizoide*.

En base a esta teoría se puede decir que *la conducta es siempre funcional, o sea que posee una principal finalidad, la de resolver tensiones*. La conducta sólo puede ser comprendida en función del campo o del contexto en el que esto ocurre. Además la conducta es originada por un conflicto o ambivalencia que produce un desequilibrio.

La Lic. Noemí Allidière agrega: "*El objetivo fundamental de la conducta es, desde la perspectiva psicológica, tender al equilibrio del siste-*

ma mediante la descarga de las tensiones excesivas. Es decir que el objetivo de la conducta es la búsqueda de la homeostasis”.

Según Lagache se define la conducta como: “El conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación, integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo”, o como “el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación, reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades”.

El estudio de la conducta se hace en función de la personalidad y del inseparable contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante.

CONDUCTA Y PERSONALIDAD

Cada ser humano posee un “modo de ser” o personalidad único y que se expresa a través de un repertorio de conductas. Son éstas las que dan la posibilidad de deducir aquella. La personalidad es una y todo individuo la posee, no puede no tenerla.

No es medible ni cuantificable por lo que no es correcto desde la Psicología las expresiones: “no tiene personalidad”, “tiene poca personalidad”, “tiene mucha personalidad. Tampoco es correcto hablar de “doble personalidad”, ya que no es posible tener “varias” personalidades. En cada instante es una totalidad. Se pueden entonces considerar “aspectos” de una misma personalidad con modos de ser conflictivos o disociados.

EL PSICÓLOGO

Los psicólogos estudian funciones básicas, como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, las emociones y los motivos. También se interesan por temas de relevancia social; entre ellos el divorcio, la violación, el racismo, el sexismo, la violencia, la conservación y la contaminación. Investigan el desarrollo a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Se involucran en la salud, mental y física y en los cuidados sanitarios. Intentan encontrar relaciones entre estilos de vida y ansiedades. Tratan de entender de qué manera los sentimientos propician las enfermedades físicas como el cáncer y los problemas cardíacos. Rehabilitación de alcohólicos, de adictos, de víctimas de infartos y personas con lesiones de la médula espinal, entre otros. Atienden gente con dificultades emocionales e incluso diseñan máquinas que interactúen con las personas.

El psicólogo enfrenta problemas muy peculiares en su tarea profesional ya que su objeto de estudio es la conducta del ser humano. A

quien debe de estudiar es alguien muy semejante. Este hecho hace más intensas y agudas las ansiedades que crea el campo de trabajo y la investigación. Por otra parte, el "instrumento" con que trabaja el psicólogo es su propia personalidad. Es por esto que debe trabajar con un cierto grado de *disociación*, en parte identificado proyectivamente con el objeto de estudio y en parte fuera, observando lo que ocurre. Esta disociación debe a su vez ser dinámica y tiene que establecerse y ser mantenida con una distancia óptima.

Además el psicólogo está capacitado para participar en toda planificación que involucre la acción de personas, individuales o en grupo a fin de lograr metas deseadas. Pueden orientar en el mejor encauzamiento de los problemas personales o públicos que se originen en causas psicológicas.

CAMPOS DE DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA

Los campos a que se dedican actualmente son ya relativamente numerosos, si bien la mayor proporción de profesionales se consagran al

- 1) Psicodiagnóstico,
- 2) La Psicoterapia,
- 3) La Psicología estudiantil,

También es importante el número de psicólogos laborales, experimentales, orientadores vocacionales, especializados en investigaciones de mercado o de opinión pública, psicoestadísticos, etólogos (cuyas investigaciones sobre la Psicología animal han ampliado las perspectivas de la Psicología comparativa), especialistas en ingeniería humana, psicólogos sociales especializados en la dinámica de pequeños grupos.

1. **La Psicología Forense:** uno de los problemas principales es el de la responsabilidad en la comisión de delitos, con la motivación de los mismos, cuyas características varían según la edad, el estado mental o emocional. Estas circunstancias determinan el grado de veracidad de los testimonios, permitiendo calificar los delitos según sean intencionales o no.
2. **La Psicología Laboral:** La labor del psicólogo es la de la selección profesional para evaluar el mejor ajuste del hombre al trabajo y el mejor ajuste del trabajo al hombre. También evalúa la interrelación de los pequeños grupos que realizan tareas en común en fábricas o comercios, la relación del obrero y la dirección.
3. **Psicología en la comunidad:** El psicólogo puede actuar de asesor

de los poderes gubernamentales en diversos aspectos de la administración pública a fin de paliar o eliminar los efectos nocivos para la salud psíquica de la comunidad. Su actuación también puede referirse a ser consultor en la planificación urbana, sanitaria, sobre la propaganda, en la legislación.

- 4. Psicología de la vida cotidiana:** Donde aplica todos los recursos de la psicohigiene por ejemplo en los diferentes momentos del desarrollo normal, con sus cambios y necesidades de reubicación social, durante el embarazo, en los casos de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos médicos, en momentos de duelo, de pérdidas de empleo, en situaciones de adopción o de divorcio. En el esclarecimiento de emociones y conflictos suscitados por estas circunstancias críticas para ayudar a salir de la confusión y desorganización, disminuyendo la ansiedad y permitiendo el mejor empleo de todos los recursos psicológicos con que la persona cuenta.

EL ROL DEL PSICÓLOGO

a.- en el ámbito Clínico

El Psicólogo Clínico centra su atención en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud mental, siendo entonces su objetivo prevenir, curar o paliar o rehabilitar, respectivamente. El campo de aplicación del psicólogo clínico es en consultorio privado, en atención de pacientes de obras sociales o prepagas, en hospitales públicos generales, de niños, psiquiátricos y neuropsiquiátricos, centros de salud públicos y privados,, y en el seno de cualquier comunidad, como por ejemplo una Asamblea Vecinal o una ONG, entre otros.

Una de las habilidades que debe desarrollar el psicólogo en el ámbito clínico es la *flexibilidad*, cualidad indispensable para lograr algún cambio terapéuticamente inducido interactuando con la intuición, la creatividad, la capacidad de comunicación inter e intrapersonal y otras habilidades específicas inherentes al desempeño del rol profesional del psicólogo. Por *cambio terapéutico* se entiende una reestructuración inducida por la intervención de un terapeuta, y que pueda manifestarse a nivel observable como modificación de aquellas conductas juzgadas como patológicas, reemplazándolas por otras juzgadas sanas. *El cambio terapéutico se produce cuando el problema traído a consulta ha sido resuelto satisfactoriamente a criterio del terapeuta y del consultante.*

Además, la flexibilidad consiste básicamente en una capacidad de adaptación a la problemática del paciente, lo que implica evitar que la

teoría desnaturalice el objeto de estudio.

La Psicología Clínica comprende todo estudio, exploración e intervención en el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de la conducta y la personalidad

b.- en el Ámbito Educativo

El rol del *psicólogo educacional* sólo puede ser definido y comprendido dentro del marco de los objetivos generales y específicos de la Psicología Educativa. (para comprender y orientar el proceso educativo, actuando en los niveles individual e institucional)

El Psicólogo Educativo puede ejercer con docentes ayudándolos en su función básica que es la de enseñar, o en participar con personal de establecimientos escolares en grupos de reflexión tratando temáticas tales como la tarea escolar, construyendo una trama de sostén para el desarrollo pleno y eficaz de la función docente o la autonomía y la creatividad individual, grupal e institucional, y en la detección y resolución de las ansiedades y desinformaciones que en dicho desarrollo pueden generarse.

La Psicología Educativa comprende el diagnóstico, asistencia, orientación, asesoramiento e investigación en todo lo concerniente a los aspectos psicológicos del quehacer educativo y su campo de aplicación es en instituciones educativas en todos sus niveles, guarderías, escuelas diferenciales, centros de orientación vocacional públicos y/o privados, El psicólogo puede funcionar como consultor externo o interno a la escuela.

c.- en el Ámbito Laboral

Dentro de las empresas, los *psicólogos laborales* suelen encontrarse en el área de recursos humanos, en tres posiciones :

- a) *Tareas instrumentales*, como evaluación y selección.
- b) En el *diseño de ciertos instrumentos, tareas de capacitación y trabajo de equipo*.
- c) En *posiciones directivas*, para las que se requiere visión estratégica y capacidad de manejo del conflicto..

En general, se valora el manejo de la lógica de los negocios y la flexibilidad para adaptar el lenguaje y los conceptos psicológicos a la empresa y su cultura.

Un Psicólogo Laboral puede diagnosticar y eventualmente solucionar problemas organizacionales, desde la perspectiva de los objetivos de la

empresa, sus conflictos, deseos, modos de relación con otras empresas, con el personal y con los clientes, que afecten la productividad y/o el bienestar de los trabajadores

La Psicología Laboral comprende la orientación y selección profesional, el asesoramiento en la formación, distribución y promoción del personal, la detección de conflictos individuales o grupales en el desempeño laboral, propenden a la solución de los mismos.

Los campos de aplicación pueden ser Empresas y consultorías entre otros.

d.- en el Ámbito Forense

Las tareas del Psicólogo Forense son principalmente diagnósticas. Existen tres importantes áreas donde se lleva a cabo el proceso Psicodiagnóstico en el ámbito forense:

1. Tareas periciales. Como Peritos Psicólogos quienes en virtud de sus conocimientos y experiencia pueden aportar una opinión calificada sobre ciertos asuntos. Un perito psicólogo realiza diagnósticos psicológicos de las personas involucradas en el proceso judicial, como por ejemplo, aportar elementos de juicio para determinar si el acusado es imputable o inimputable, determina el daño psíquico.

Existen tres maneras en que un psicólogo puede actuar como perito:

- ◆ perito oficial (trabaja en forma estable en el Cuerpo Médico Forense),
- ◆ perito de oficio (no tiene ningún cargo en el Poder Judicial, pero es elegido por el juez)
- ◆ perito de parte (es propuesto por el abogado de alguna de las partes que conforman)

2. Minoridad: Un menor, sea niño o adolescente, puede ser llevado a una de las instituciones de recepción del Consejo Nacional de Minoridad y Familia por haber delinquido, o por haber sido abandonado, entre otras causales. En tales instituciones trabajan psicólogos en forma estable, quienes se encargan del psicodiagnóstico, a partir del cual se confecciona el informe psicológico que es elevado a las autoridades de Minoridad, y donde se ofrece una sugerencia de orientación o derivación, sin carácter vinculante.

3. En condenados: Otra posibilidad de hacer psicodiagnósticos en el ámbito forense es en el Servicio Penitenciario. Es preciso administrar un psicodiagnóstico a algún detenido o condenado, por ejemplo por que la persona acaba de ser condenada, y un informe del psicólogo

aportará elementos de juicio para derivarlo a una cárcel de máxima seguridad, a una colonia penal, o bien que no sea encarcelado y cumpla su pena con alguna tarea comunitaria (probation) y puede ocurrir también que una persona ya lleve un tiempo detenida, y se soliciten salidas extraordinarias, o reducción de la pena, o libertad condicional, etc., en cuyo caso el informe psicológico tendrá la finalidad de evaluar la posibilidad de dichas alternativas.

La Psicología Forense comprende el estudio de la personalidad del sujeto que delinque, la rehabilitación del penado, el tratamiento psicológico del delincuente, la realización de peritajes en juicio, entre otros y su campo es en tribunales, institutos penitenciarios, internados de menores, Patronato de liberados.

En cualquiera de los campos el psicólogo será el profesional capacitado para la aplicación de técnicas psicométricas, proyectivas y técnicas psicoterapéuticas individuales y grupales.

HISTORIA E INSTITUCIONALIZACIÓN CIENTÍFICA DE LA PSICOLOGÍA

La historia de la Psicología nace en el s. IV a.C. con Aristóteles (384 - 322 a.C.). Fue el primer filósofo de la ciencia. Creó la disciplina al analizar ciertos problemas que surgen en conexión con la explicación científica. En esa época se creía que existían dos mundos: *el mundo de las ideas* (un mundo perfecto, irreal) y *el mundo de la materia* (el real, el imperfecto). Pero Aristóteles creyó que solamente existía un mundo, el *real*, consideraba la naturaleza como algo sagrado, en donde todas las cosas podían estar de dos formas posibles: en *acto*, cuando se tiene todas las propiedades en ese mismo momento y en *potencia*, cuando todavía no han desarrollado las propiedades, pero las tendrán en un futuro. Por ejemplo, un niño es un adulto en potencia, pero un niño en acto. Para Aristóteles la mente o psique es el acto primero de todas las cosas. Existen además, tres tipos de psique: *vegetativa* (de las plantas), *sensitiva* (de los animales) y *racional* (del hombre). La psicología humana se basa en los cinco sentidos. Creía que los procesos de conocimiento se producen a través de los sentidos. Sostenía que la mente en el momento del nacimiento es como una *tabla rasa*, carece de ideas innatas y todo depende del aprendizaje. Aristóteles afirmaba que los procesos de motivación estaban guiados por dos polos: *agrado* y *desagrado*. La mente guía hacia el agrado y rechaza o separa del desagrado. El fin último de cualquier motivación es la *felicidad* y ésta se consigue con la búsqueda del autoperfeccionamiento.

René Descartes (1596-1650), es considerado el primer hombre moderno por su pensamiento. Postuló la doctrina del *interaccionismo*, según la cual el cuerpo y la mente se influyen entre sí en alguna medida, y que el punto de interacción entre ambos se halla en la *glándula pineal*. También argumentó que debía existir un universo externo al Yo pensante, un universo no opaco a las facultades cognoscitivas del hombre. Para él lo psíquico es lo consciente, o sea todo lo que existe en la conciencia: la imaginación, la fantasía, los sueños, los recuerdos...

En el siglo XVII-XVIII surge la corriente asociacionista, que hace una interpretación genético-biológica de la mente. Creen que la mente es como una *tabla rasa* al nacer, y que gracias a unos *átomos psíquicos* se

van obteniendo las sensaciones más elementales, que al repetirse van interaccionando y asociándose unas con otras dejando las *huellas psíquicas* con las que se va formando la mente. El ser humano es lo que vive, o sea las experiencias que tiene. La psicología asociacionista es práctica e intenta explicar las cosas de una manera sencilla y demostrable, de aquí surge el término empirismo.

Immanuel Kant (1724-1804) muy preocupado por el pensamiento humano y por cómo se conoce la realidad, sostuvo que existe un *conocimiento a priori* sobre la realidad de las cosas y luego la mente añade su propio orden a las sensaciones (*conocimiento a posteriori*). Afirma que no se posee una mente pasiva. Dijo además, que debe establecerse una distinción entre un *fenómeno* (la manera en que las cosas se aparecen en la mente) y un *nómeno* (se refiere a la "cosa-en-sí", la existencia efectiva de un objeto). Esta diferenciación sugiere que nunca se puede conocer la realidad directamente, que el ser humano es prisionero de sus órganos sensoriales y de las percepciones de la mente.

Los discípulos de Kant son los *psicólogos de la conciencia*. William Hamilton (1636-1704), postula que la psicología debe investigar los fenómenos de la conciencia por la observación externa y la estadística. Johan Herbert (1776-1841), dice que "lo que tenemos en la conciencia varía continuamente". "No se puede retener ni un pensamiento, ni un estado de ánimo, no hay nada que permanezca". "Todo lo que hay en la conciencia fluye en el tiempo, no en el espacio".

En el siglo XIX, la Psicofísica - intenta buscar una relación entre las sensaciones y las magnitudes físicas. El Positivismo es una corriente que cree que todas las ciencias, incluida la psicología, deben mostrar sus descubrimientos con fórmulas matemáticas, todo debe ser expresado en números para poder ser medida y comprobarlo.

Además en este siglo se produce una gran transformación en Europa con la revolución industrial y la creación de las primeras fábricas, conjuntamente con la importante migración de la gente del campo a las ciudades. Surge la Psicología Descriptiva que se basa en la descripción de fenómenos. Uno de sus principales representantes fue el psicólogo inglés John Stuar Mill (1862-1873), un gran economista. Quiso entender la mente y la analizó desde el empirismo y el asociacionismo Dijo que en la mente se encuentra la experiencia formada por sentimientos y de ahí se pasa a las vivencias, a lo que se experimenta. Hace una psicología Descriptiva como una descripción de los sentimientos.

Herman Lotze (1812-1881) era un médico alemán. Fue el primer profesor que dio clases de psicología clásica sobre percepción y atención. El pensamiento para Lotze lo abarca todo, quiere decir que el pensamiento construye las percepciones que le dan sentido. Las cosas que se ven los ojos son datos inconexos, pero luego la mente construye la "historia" de lo que se observa para darle sentido.

El evolucionismo comienza a mitad del siglo XIX y considera que el hombre es una pieza más del mundo, un elemento más, no el centro de todo. Como resultado aparece el Funcionalismo, que define el comportamiento o conducta como "adaptación al medio". Un animal que no se adapta al medio, desaparece. Los que mejor se adaptan son los más fuertes. También surge la Psicología Comparada o psicología animal que dice que no hay grandes diferencias entre el comportamiento humano y el animal. Y finalmente se origina con la Psicología Diferencial en que lo importante es la adaptación, cada persona se adapta de forma distinta, según sus características, ante la misma circunstancia Pero la verdadera aportación de esos tiempos fue la de Charles Darwin (1809-1882) quien escribió que "el hombre viene de una especie menos evolucionada, del primate, que gracias a un pequeño cambio cromosómico nos hemos diferenciado". Un primo de Darwin, Francis Galton (1822-1911) después de leer su obra, decidió aplicar estos conocimientos a la psicología, concretamente al estudio de la inteligencia. Fue el primero en utilizar la estadística en sus observaciones. Mide la inteligencia de muchas personas en Europa y hace la media aplicando la Campana de Gauss. Para Galton el factor más importante de la inteligencia es el genético, mucho más que el ambiental.

En Alemania se empieza a estudiar también la psicología de los pueblos o Psicología Etnológica, que observa a los distintos pueblos y razas y su sentimiento de nacionalismo. Dicen que cada pueblo tiene un espíritu común.

Por otro lado, Hyppolite Taine (1818-1883) un psicólogo francés, aportó la idea de que el ambiente tiene una enorme influencia sobre la personalidad. Para él la psicología debe dejar de estudiar los fenómenos como la voluntad o la memoria y centrarse en los hechos observables: el comportamiento.

Pero el origen de *la Psicología como disciplina científica*, data de finales del siglo XIX, época, en la que surgen las distintas ciencias humanas o ciencias sociales, la Antropología, la Sociología, la Economía y la Psiquiatría.

Es en el contexto en el que el saber científico se vuelve sobre los propios sujetos y la sociedad, en el que surgen las ciencias sociales o humanas cuando confluyen el interés e importancia que alcanzara el ser humano, la persona o el sujeto, como objeto de conocimiento y, en su caso, de cara a alguna posible mejora tanto de los individuos como de la sociedad

Se suele citar como primer hito de la Psicología Científica la fecha de 1879, el año en que Wilhelm Wundt funda en la Universidad de Leipzig el primer laboratorio de Psicología. Sin embargo, es de destacar la simultaneidad con la que aparecen en los distintos países los laboratorios, los tratados y las figuras señeras. Así, se cita a William James en EEUU, quien ya disponía de un laboratorio de Psicología en 1875 y escribiera el primer tratado de Psicología en 1890 titulado Principios de Psicología, sin duda un tesoro del saber psicológico. Se cita igualmente a Francis Galton en Inglaterra por su estudio empírico de las diferencias individuales, con su primer centro para la medida psicológica de 1885, y a Théodule Ribot en Francia, alma mater del primer Congreso de Psicología Experimental en 1889. Se recuerda, también, que la fundación de la American Psychological Association fue en 1892, así como el de la revista Psychological Review, por citar la sociedad y la revista de mayor relevancia hoy día.

“Es un hecho histórico que la Psicología alcanza su institucionalización científica a finales del siglo XIX, en el contexto de las ciencias humanas o sociales”

BIBLIOGRAFÍA

ALLIDIÈRE, NOEMÍ y otros. *"Fundamentos de Psicología"* –2º edición 1997 by Noemí Allidière

CAPARRÓS, A. (1976). *"Historia de la Psicología"*. Barcelona. Círculo Editor Universo.

CHATEAU, J. y otros (1979). *"Las grandes psicologías modernas"*. Barcelona. Herder.

Fuentes de consulta: Material oral y escrito de la Cátedra de Técnicas de Exploración y diagnóstico psicológico (Módulo II, Prof. Tit.: Lic. Graciela Celener), de la Facultad de Psicología (UBA), Primer Cuatrimestre de 1996.

GOLDSTEIN, A. P. Y KRASNER, L. (1987/1991) *"La psicología moderna"* Madrid: Pirámide.

HEIDBREder, E. (1982). *"Psicologías del siglo XX"*. Barcelona. Paidós.

KAES R. *"Realidad psíquica y sufrimiento de las instituciones (en La institución y las instituciones)"*

MURPHY, G. (1971). *"Introducción histórica a la psicología contemporánea"*. Buenos Aires. Paidós.

CAPÍTULO III

MODELOS MÉDICOS

DRA. ELISA N. CORTESE - DR. RICARDO A. KUZMICKI

En general, "modelo" es una abstracción de la realidad que reúne las características más dominantes de un tema, sistema, etc. El modelo médico, puesto por consenso, se convierte en una característica estructuralmente dominante, que justifica el calificativo de hegemónico, adoptado voluntariamente por quienes aplican sus normas y procedimientos. Por iguales razones, es el modelo que se enseña.

Responde, al igual que la cultura, de la que forma parte, a la influencia de ésta y, como ésta, es eminentemente témporoespacial. En determinado momento comienza a restringir su utilidad y reducir su consenso, que es lo que sucede con el modelo médico actualmente hegemónico, y que se enseña y aplica sobre la sola base de las ciencias biológicas y su creciente desarrollo científico. Éste es el modelo "biomédico" o de la "medicina científico-natural", según la denominación de la escuela médica alemana. Alcanzó su cenit al finalizar la primera mitad del siglo XX. A partir de entonces, comenzaron a hacerse evidentes sus faltas y deformaciones, lo que justificó la aparición de propuestas de modificaciones y hasta de un cambio total.

No cabe duda que los adelantos de la ciencia y la tecnología médicas de este siglo han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar de importantes sectores humanos. Sin embargo, es también claro que la importancia de esa contribución ha sido constantemente exagerada por el poder médico, en desmedro de la influencia del progreso social y económico. Esta mistificación de lo técnico-científico genera concepciones de prevención y tratamiento de las enfermedades excesivamente subordinados al uso de alta tecnología y centradas en el individuo. Por otra parte, los propios adelantos tecnológicos están creando dilemas éticos complejos. Bastan como ejemplos, la contradicción entre la capacidad creciente para hacer sobrevivir a recién nacidos de extremo bajo peso y las graves secuelas neurológicas que suelen presentar a posteriori. O el abuso y mal uso de la tecnología genética con objetivos no médicos, como la selección de sexo en la descendencia.

El énfasis en lo tecnológico y en lo individual afecta también las con-

cepciones de causalidad de las enfermedades, privilegiando en forma reduccionista los aspectos biológicos por sobre los sociales.

EL MODELO BIOMÉDICO

Fundamentado en las ciencias biológicas, es, sin discusión alguna, el que generó los grandes adelantos de la medicina, surgidos de la investigación y aplicación de sus descubrimientos mediante la tecnología. Sus características principales son su contenido científico, positivista y experimental, lo que implica el:

1. Estudio analítico de los procesos mórbidos. (medicina descriptiva).
2. Sus conocimientos son concretos y debidamente verificados. La investigación se realiza con rigor y control; al igual que en la medicina asistencial se exige del diagnóstico y del tratamiento.
3. Aplica todos los recursos técnicos a medida que queda demostrada su utilidad y recurre a la colaboración de las matemáticas y la fisicoquímica.

En medicina asistencial, lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad: Su objetivo, tratar de conocerla en sus más íntimos detalles. De la macroscopía a la ultramicroscopía, y la estructura molecular. La anatomía patológica es la única en hacer diagnóstico definitivo e inapelable. A su vez, la fisiopatología se desarrolla paralelamente y la inmunología se incorpora junto con la genética en la etiopatogenia.

Los adelantos logrados explican cambios trascendentes en la atención médica que ha abierto la etapa de la especialización y subespecialización, con necesidad de formación de equipos interdisciplinarios intramédicos para diagnósticos detallados y precisos. En cirugía se llega a los trasplantes, la cirugía endoscópica, la microcirugía mínima que reemplaza casi totalmente a la cirugía agresiva que llevaba hasta la eliminación del órgano dañado, y que reinaba hasta hace poco tiempo. Es una medicina de órganos, organicista, somaticista, morfoloquista.

Así comprendido el modelo biomédico, debemos reconocer que el balance de sus aportes es netamente favorable, y como fruto de su empleo es posible anotar el extraordinario adelanto logrado en los últimos siglos en el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades en general. Laíng Entralgo, con justificable entusiasmo destaca que la medicina desde 1870 a la fecha ha progresado más que en todos los siglos anteriores.

Paulatinamente, se empezaron a ver sus vicios y defectos. Es morfoloquista hasta la más exquisita sofisticación, o sea, marcadamente

“reduccionista”, consecuencia de una riesgosa despreocupación por el resto de la persona, que es la que sufre ese proceso.

Es una medicina cuantitativa y analítica, filosóficamente materialista mecanicista, que por su tendencia a la fragmentación del ser humano deriva hacia el dualismo cuerpo-alma.

Propuestas Antirreduccionistas

Las propuestas más exitosas en ese enfoque antirreduccionista son las del estrés y, sobre todo, la psicosomática.

a) La concepción del estrés de Selye. Se refiere fundamentalmente a la manera como el organismo reacciona ante las agresiones de que es objeto, el organismo moviliza dos defensas. En la primera se produce la reacción de alarma o sistema de estrés *inespecífico*, de rápida aparición y complementaria de los sistemas de reacción específicamente. En la segunda aparecen los elementos específicos de la inmunidad celular y/o humoral, de carácter lento. Así la define el propio Selye: “Respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le hace”. Genera modificaciones de variada índole: estructurales, funcionales, psíquicas, y su finalidad es preservar la homeostasis. En su totalidad, es lo que Selye denominó “síndrome general de adaptación”, con su etapa final de agotamiento del organismo. Es el resultado común de la exposición a algo, se exterioriza por estimulación suprarrenal, involución de los órganos linfáticos y ulceraciones gastroduodenales, pérdida de peso, alteraciones de la composición química del organismo, etc.

Pero la palabra “estrés” tuvo rápida difusión, se escapó del terreno médico y terminó siendo empleada para designar la respuesta *psíquica* a la agresión. Se acepta esta extensión y se habla de estrés emocional, señalando que su característica fundamental es que el factor desencadenante, simple, común (excitación positiva o negativa), provoca en el individuo predispuesto reacción con angustia excesiva, ansiedad, culpa, depresión, frustración, hostilidad o resentimiento, más intensa que en el individuo no predispuesto.

Se terminó por considerar el estrés como una alteración funcional en la esfera psíquica, y el propio Selye diferenció entonces un estrés fisiológico y uno patológico. El primero es el estrés “normal”, el segundo es el llamado “distrés”. Selye, señalaba (en referencia al estrés normal) que cada persona tiene una cierta capacidad de gozar de la vida y gozar del trabajo. No hay que evitarlo, pero no es necesario hacer más de lo que se puede.

b) Otro aporte inspirado en el afán de eliminar el reduccionismo del modelo biomédico es la **concepción psicósomática** que se fue definiendo desde fines del siglo XIX.

El reconocimiento del factor psíquico en la patología humana es de vieja data, pues la medicina práctica fue siempre psicósomática por la sencilla razón de que para ser eficaz no podría ser de otra manera. Desde médicos y filósofos coincidieron en que el hombre es esencialmente una integración psicofísica y, por consiguiente, lo es igualmente el hombre enfermo.

El modelo biomédico intentó desde un comienzo ordenar y clasificar las enfermedades del ser humano, y lo hizo teniendo en cuenta varios aspectos: etiología, patogenia, sintomatología, topografía. Todo ello referido a lo que acostumbramos designar genéricamente "clínica", mientras formaban cuerpo aparte el conjunto de afecciones de la psiquis y la mente, agrupadas en el rubro "psiquiatría".

Se diseñaron clínica y psíquicamente dos campos que se mantenían separados, con el agregado que la medicina científico – natural ahondaba el foso porque se tenía la impresión, cuando no la certeza, de que los métodos de rigor científico aplicables en clínica no tenían posibilidad de emplearse en psiquiatría.

Sin embargo, la evolución de esta última disciplina (cada vez más empeñada en consolidarse con un fundamento neurofisiológico y bioquímico) y las escuelas de Freud, Pavlov y Cannon, dieron comienzo al intento de establecer puentes de conexión entre ambos campos de la patología, que se ampliaron cuando la realidad de la patología clínica se encontró con el hecho insoslayable de la participación del sector psíquico en gran cantidad de enfermedades, especialmente de evolución crónica. Se comenzó a hablar de afecciones psicósomáticas, denominación de connotación etiológica a la vez que sintomática que llevó, incluso, a establecer una distinción (que no llegó a concretarse) entre afecciones psicósomáticas y somatopsíquicas, según cual fuera el sector más comprometido o la etiología más destacable.

En este proceso surgieron al lado de las enfermedades psicósomáticas los trastornos psicofuncionales, y se pretendió establecer diferencias según que el factor psíquico fuera etiología de enfermedades somáticas con lesiones orgánicas evidentes o solamente de alteraciones funcionales de los diversos aparatos de la economía o de varios de ellos a la vez.

Pero a medida que se profundiza en el examen de todas las afeccio-

nes que padece el ser humano, se descubre que los factores psíquicos y somáticos actúan como etiología y simultáneamente como manifestaciones de uno y otro orden, por lo que se llega a la conclusión, sin establecer prioridad de lo uno sobre lo otro, que siempre estamos en presencia de padecimientos psicossomáticos.

En suma, todas las enfermedades reconocen factores psíquicos y somáticos en su etiología, y tienen tanto manifestaciones psíquicas como somáticas. Categóricamente, *la medicina es psicossomática o no es medicina*. Es imposible practicar buena medicina sin hacer medicina psicossomática.

Vinculada con la concepción psicossomática, cabe señalar el extraordinario desarrollo del psicoanálisis, con su derivación, la terapéutica psicoanalítica. No cabe duda de que esta concepción contribuyó al mejor conocimiento del hombre, especialmente en su interioridad afectiva y emocional, habida cuenta de que los procesos psíquicos se expresan y evidencian en forma indirecta y simbólica. También aquí cabe señalar su reduccionismo psicológico, sobre todo de tipo interpretativo, con riesgo de caer en la fantasía interpretativa. Se proclama integralista, pero en realidad dista de serlo, lo que explica que hayan surgido variantes de diversa clase y orientación: una exagerando la tendencia inicial (por ejemplo, el lacanismo), mientras otras (Klein y Langer) valoran la influencia del factor social, que nos interesa señalar pues nos aproxima a la concepción de la medicina integral.

Tomando en conjunto la concepción psicossomática y la psicoanalítica, no podemos dejar de reconocer que significaron un aporte indiscutible para la interpretación de la enfermedad y del hombre enfermo y contribuyeron de manera notable para el tratamiento adecuado de una serie de procesos de enfermedad orgánica. Me refiero a la posible participación, dentro de la historia de la enfermedad, de los componentes psicossociales, que se presume en el siglo pasado y en el presente que se han centrado en esta relación mente-cuerpo, capaz de imprimir matices en la tolerancia y evolución de los procesos tumorales malignos, tales como la fe, la esperanza, el amor a la vida, la meditación, la fuerza moral, etc.

MEDICINA ANTROPOLÓGICA

Si con la medicina psicossomática "el sujeto entró en la medicina", con la medicina antropológica es la sociedad la que entra en la medicina, a través del hombre social.

De esta manera arribamos a la medicina antropológica, que es la medicina del hombre social.

La medicina antropológica es sintética y cualitativa. Considera al hombre enfermo como *un todo*, como una *integridad*, suma de una serie de sectores, pero que tiene individualidad propia más allá al ser suma de estos sectores. Suma de cantidades genera cambio de calidad. La persona vive y se desarrolla en un entorno físico y social. Es igualmente la medicina ejercida con base ética. "El enfermo no es una idea teórica, filosófica; es una noción concreta, viviente, sensible, real, emocionante.

Sus antecedentes son de vieja data, pues surgen del mismo Hipócrates, quien se preocupaba más del enfermo que de la enfermedad. De ahí que en algún momento se habló de la vuelta de Hipócrates, y se calificó de "neohipocratismo".

La meta de la medicina es social; no se trata sólo de curar una enfermedad y restaurar un organismo. Su objetivo es mantener al hombre adaptable a su ambiente, como un miembro útil de la sociedad, o readaptarlo, según sea el caso. "La tarea de la medicina es buscar la salud, prevenir la enfermedad, tratar a los enfermos cuando ya la prevención no es posible y rehabilitar a las personas que ya han sido curadas. Éstas son funciones sociales y debemos considerar la medicina principalmente como una ciencia social".

La denominación "medicina antropológica" es preferible ya que define mejor el concepto de integralidad que subyace en esta medicina que considera al hombre como persona, como un todo.

La medicina antropológica con su condición esencial de ser medicina de la persona, es la que en la etapa actual de la historia de la humanidad, se constituye en el modelo médico que nos permite ejercer la profesión médica de acuerdo con las normas éticas que nos indican el camino para obrar: amor y respeto al prójimo; justicia y defensa de la libertad y dignidad humana.

Esta manera de pensar permite acercarse hacia el desarrollo de una teoría integral de la medicina que facilita a su vez comprender los fenómenos que predisponen, determinan y mantienen las enfermedades.

El modelo integral, holístico, está basado en los siguientes cinco principios:

1. un concepto positivo e integrativo de la salud,
2. la necesidad de participación activa del individuo en el cuidado de la salud,
3. el concepto de educador-facilitador del médico,
4. el concepto multifactorial de las enfermedades y
5. el empleo igualmente de procedimientos naturales, no invasivos, no ortodoxos para tratar enfermedades.

La concepción antropológica (suma de la medicina científico-natural y la sociopsicosomática) está basada en la idea de que la enfermedad es el producto de un proceso por el cual el organismo ha tratado sin éxito de protegerse de influencias adversas (adaptación biológica a amenazas a su estado de equilibrio). En este enfoque integral de la medicina deben considerarse todos los factores que actúan a distinto nivel. Solamente así se podrá entender a la enfermedad y al enfermo que reacciona ante ella en un momento dado.

La medicina, superando el exclusivísimo organicista y psicologista, emprende con vigor el camino de una concepción totalizadora del ser humano.

Comprende el estudio de las causas de la enfermedad, que implican el individuo y el ambiente en que éste se desenvuelve. Saltamos de una visión analítica a una visión sintética, dejando de ver la enfermedad como proceso localizado para apreciarla como una reacción vital e, incluso, como un modo de conducta. El resultado feliz es el modelo integral, holístico, de la persona, con lo cual "humanizamos la técnica".

La medicina antropológica, o sea integral no rechaza y menos reniega de la técnica, sino que amplía su terreno de acción. Con el mismo rigor que estudia y trata el cuerpo, debe hacerlo con la mente. La psicología y la psiquiatría son parte de las neurociencias y deben ser estudiadas ateniéndose a los conocimientos de la neurofisiología.

El modelo antropológico, permite el mejor aprovechamiento de la tecnificación creciente. Le adjudica mayor campo de acción: soma y psiquis más sociedad en que vive el hombre; pero también, por eso mismo, le impone un más adecuado uso en la práctica médico-asistencial.

La medicina antropológica es medicina integral del hombre. Implica diagnóstico integral y a la vez tratamiento integral: curar y, sobre todo, sanar cuando ese desiderátum sea posible, o sea, devolver la salud y no solamente curar el episodio patológico que justifica la demanda de atención y, por consiguiente, lograr la rehabilitación de la persona, tanto en su condición física como mental.

La concepción antropológica ha resaltado que la prevención de la enfermedad es tarea primordial de la medicina, para lo cual ésta debe formar un frente con las demás profesiones que participan en el cuidado de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

BERLINGUER GIOVANNI. *“Ética de la Salud”*. Lugar Editorial. Consejos de médicos de la provincia de Córdoba. Buenos Aires, 1996.

GRACIA GUILLÉN D. *“Ética de la calidad de vida”*. Ed. Fundación Santa María. Madrid, 1984.

GRACIA GUILLÉN D. *“Antropología médica”*. En Laín Entralgo (director). *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Editores. Barcelona, 1975.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO. *“La medicina actual”*. Seminarios y Ediciones. Madrid, 1973.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO. *“Antropología Médica”*. Ed. Salvat. Madrid, 1984.

MAINETTI, JOSÉ. *“La crisis de la razón médica”*. Editorial Quirón. La Plata, 1988.

NEEROFF, MARCOS. *“Curso de ética en Medicina”*. Asociación Médica Argentina (AMA). Editado por la Universidad Maimónides. Buenos Aires, 1994.

REVERTE, JOSÉ M. *“Las fronteras de la Medicina”*. Límites éticos, científicos y jurídicos. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 1983.

ROA, ARMANDO. *“Ética y bioética”*. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 1998.

CAPÍTULO IV

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

DRA. ELISA N. CORTESE

La relación Médico – Paciente (RMP) constituye el acto fundamental del quehacer médico. Se trata de un particular encuentro entre alguien que presenta un problema en su estado de salud (paciente), y alguien que cuenta con saberes y conocimientos pertinentes a la solución de esos problemas (el médico).

Fundamento de la práctica hipocrática. la peculiar vinculación entre hombre y hombre, establece el acto terapéutico, se halla constituida por movimientos concurrentes y complementarios, el que va del enfermo hacia el médico y el que va del médico al enfermo. Ambos fueron llamados por los griegos con el mismo nombre: Philia (amistad). Donde hay Philantropie (amor al hombre en cuanto hombre) hay también Philoteknie (amor al arte de curar).

El establecimiento de una relación terapéutica implica desde un primer momento que el médico se responsabiliza de la salud del paciente que acude a él y, por tanto, mientras la relación persista, está obligado a atender lo mejor que le sea posible, desde un punto de vista científico y ético.

La relación médico – paciente tiene ciertas connotaciones éticas, siendo éstas muy importantes para delimitar los diversos papeles que, mientras dure la enfermedad, van a ser asumidos por ambas partes, evitando que se produzca una transformación del carácter de la relación previamente establecida.

La alianza terapéutica que se establece entre médico y paciente se basa en la relación de confianza iniciada a partir de la primera entrevista. Por ella, ambos deciden colaborar juntos para intentar lograr un objetivo común: combatir el trastorno por el cual se consultó al médico.

Por tanto, una buena relación médico – paciente va a influir de un modo notable en la respuesta del paciente al tratamiento prescrito, ya que de ella depende, en buena medida, la confianza que en él va a poner el enfermo, y por lo tanto, que haga caso o no de las medidas que se le recomiendan.

Desde una óptica más psicoanalítica, debemos considerar yendo desde lo más obvio y real hacia lo más profundo, distintos planos:

1. El médico ofrece conocimientos, y el paciente aporta su afección. Esto constituye el motivo básico del encuentro.
2. Ambas personas tienen una estructura psicológica de base, que constituye su personalidad previa.
3. Se producen procesos psicodinámicos de intercambio inconscientes, más allá de lo concretamente expresado. Desde el paciente al médico este fenómeno se denomina transferencia. Desde el médico hacia el paciente ese movimiento se denomina contratransferencia. Estos fenómenos deben ser conocidos pues pueden llevar a generar problemas en la relación, pues se basaría en presupuestos de la fantasía y no de la realidad actual.

La relación médico – paciente, debe ser interpersonal, lo que implica que el médico debe considerar al enfermo como una persona, dotada de inteligencia, libertad y dignidad y poseedor de una vida íntima y no como un simple objeto de conocimiento y manipulación teórica.

La transferencia es “el secreto de la relación médico – paciente, cualquiera sea la enfermedad y cualquiera sea la especialidad del médico. Consiste en la absorción por el médico de la angustia del enfermo. Manipular la transferencia es tan delicado como manipular los órganos. No estará de más, por lo tanto, que los médicos las conozcan. Por lo menos que reconozcan la necesidad de aprenderlo”.

No cabe duda que el prestar atención a las manifestaciones de la transferencia ayudaría al médico a trascender la barrera hacia una efectiva relación médico – paciente, permitiendo al primero convertirse en aquello que el paciente necesita.

Un buen interrogatorio es una obra de arte. Para lograrla plenamente es preciso de parte del médico: saber, habilidad, tiempo, paciencia, penetración psicológica. De parte del enfermo: veracidad, prolijidad, confianza, que el médico debe saber obtener. La relación entre médico y enfermo no debe ser la del técnico con una máquina defectuosa, sino la relación con un ser vivo y además persona con razón y lenguaje.

“La amistad o el amor no pueden ser la norma de esta relación médico – paciente; la asimetría y la distancia son necesarias para ambas partes. La comunicación existencial no debe significar tampoco la total y mutua apertura, sino que será más bien la solidaridad en vista de la situación general del hombre con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, de la que participan tanto el paciente como el médico, una comunidad emocional, y no sólo intelectual, en las condiciones básicas de la existencia humana”.

El estudiante se debe habituar a considerar al enfermo, no como un portador de enfermedades, sino como un ser humano que piensa y discrimina sobre su estado, con una conciencia propia, individual, de su enfermedad (autognosis), que le hace apreciar los hechos en una forma absolutamente particular, según la forma como perciba sus sufrimientos, según sea su instrucción y su experiencia anterior. El individuo se siente enfermo, tiene sufrimientos físicos y psíquicos específicos de su enfermedad, y además se ha formado un criterio sobre ella y su situación.

Surge de manera incontrastable la importancia del diálogo con el enfermo, como primera y quizás decisiva manera de comenzar el estudio del paciente en forma correcta y útil.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

Modelo de Laín Entralgo

Para Pedro Laín Entralgo, eminente médico español, la relación consiste en un encuentro entre dos personas, una de ellas, el enfermo que necesita ser ayudado a recuperar su salud, el otro, el médico que está capacitado para brindar esta ayuda.

Plantea por lo tanto que esta relación está fundada genéricamente en lo que él llama el “binomio menester-amor”, en tanto que el fundamento específico tiene que ver con las características con las cuales se concreta esa necesidad de ser ayudado-ayudar.

En esta concepción todo enfermo puede básicamente ser considerado como un carenciado y todo médico tiene como función satisfacer dicha carencia en un acto que primordialmente es afectivo.

Establece que en el desarrollo de la relación existen diferentes momentos:

1) El momento cognoscitivo

Se refiere a la etapa del diagnóstico, que para este autor equivale al modo de conocer del médico.

El diagnóstico se realiza en el marco de una relación, que a su vez está inserta en una sociedad determinada. El autor se pregunta primero por la naturaleza de la vinculación que se establece entre el médico y el enfermo, que como todas las relaciones humanas puede ser objetivante o interpersonal.

Explica que las relaciones duales o dúos, son objetivantes y se caracterizan porque las personas que las establecen lo hacen por un interés común pero exterior a cada uno de ellos.

Las relaciones diádicas o díadas, son interpersonales y el interés que

convoca a los participantes es común e interno a cada uno de ellos, pertenece a su intimidad, tal como ocurre en la relación de la madre con el hijo, en la amistad y en el amor.

Laín Entralgo propone denominar a la relación médico enfermo como "cuasi diádica" porque compartiría algunas características con la diada, ya que el interés que une a ambos miembros de la relación es común y está representado por el deseo de la recuperación de la salud perdida, pero el que padece el problema es el enfermo y no el médico, es decir es interno para uno y está fuera del otro.

Cuando este autor define el momento cognoscitivo diciendo que el "diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi diádica entre el médico y el enfermo", quiere significar que el diagnóstico médico surge del encuentro y la interacción entre dos personas entre las que se establece una muy particular forma de relacionarse, sin olvidar además la cultura en la que ambas están inmersas.

2) El momento operativo

Se refiere a la actividad terapéutica del médico que, como sabemos, no corresponde únicamente a la prescripción de los medicamentos sino que comprende todo su accionar, desde la escucha empática del inicio, hasta el saludo final.

La acción terapéutica comienza cuando el paciente decide pedir la consulta, antes del encuentro propiamente dicho y no terminará hasta el alta. El momento del diagnóstico también es terapéutico.

3) El momento afectivo.

Existen tres formas de vinculación afectiva entre el médico y el paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencia y la amistad médica en sentido estricto.

a) En la camaradería médica, tanto el médico como el paciente, aspiran a solucionar la enfermedad y lograr la salud, pero con poco compromiso personal.

b) En la amistad médica, lo característico es la confianza por la cual el paciente puede hacerle confidencias a su médico acerca de sus más íntimos pensamientos y emociones.

Por parte del médico lo fundamental es la beneficencia, como intención de "hacer el bien" a su paciente, teniendo en cuenta que el bien buscado es la salud.

c) En cuanto a la transferencia, es un fenómeno universal, que el psicoanálisis describe y estudia como un instrumento de la terapia psicoanalítica. Consiste en la superposición inconsciente de

modos de relacionarse del pasado infantil del paciente en el presente, de tal manera que en sus conductas en el curso del tratamiento, la transferencia aparece como comportamientos inadecuados o como afectos desajustados que no corresponden ni en calidad ni en magnitud a la situación real.

La transferencia es lo irracional, lo inconsciente, lo infantil, de la conducta, que coexiste con lo racional, lo conciente, lo adulto, en serie complementaria.

La transferencia también acontece en las relaciones terapéuticas no psicoanalíticas, tales como en la relación que se establece entre el médico y su paciente, en la cual debido al significado de la enfermedad, el miedo a la muerte y el rol tan especial que tiene asignado el médico en nuestra cultura, se produce una situación que favorece la reactivación de conductas infantiles, sobre todo las referidas a la competencia por el afecto de los mayores o de las figuras de autoridad, la rivalidad entre hermanos, los enojos exagerados, etc.

Laín Entralgo postula que el afecto involucrado es máximo en la transferencia, de menor intensidad en la amistad médica y mucho menos profundo e intenso en la camaradería médica.

- d)** Contratransferencia. Freud en su trabajo "Las perspectivas futuras de la Terapia Psicoanalítica", describe como las emociones que aparecen en el analista como respuesta a las actitudes del paciente. Sin embargo, Freud no desarrolló una teoría de la contratransferencia. Estas emociones son percibidas como sentimientos frente a los pacientes. Algunos gratos, como la simpatía, la admiración, el cariño, que el médico reconoce con facilidad. Pero en general cuando las emociones que se sienten frente a un paciente son negativas, tales como aburrimiento, fastidio, repugnancia, desprecio, rabia, etc., son más difíciles de reconocer, especialmente cuando el médico tiene una imagen idealizada de sí mismo y no concibe que pueda sentir por su paciente otra cosa que afectos positivos.
- 4)** También la ética y la religiosidad tiñen esta relación de un modo singular distinto para cada sujeto humano. El autor postula que tanto lo ético como lo religioso son inherentes al hombre y por lo tanto en el hombre enfermo y en el médico relacionado con él, ambos aspectos también están presentes.

Modelo de Hollender

Se trata de un modelo centrado en las actitudes que tanto los médicos como los pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad.

Este modelo plantea que tanto el comportamiento del médico como el del paciente dependen del tipo de enfermedad que este último padezca, del momento evolutivo de la misma y de las particulares circunstancias que se estén atravesando.

- 1) Este autor plantea que existen situaciones en las cuales el enfermo, por la gravedad de su estado se comporta, con conciencia o sin ella, con mayor pasividad, tal como ocurren en las urgencias, los comas, los cuadros confusionales, en la cirugía, etc. En estas circunstancias el médico debe ser activo. (la relación entre la madre y el lactante).
- 2) Cuando la enfermedad es aguda, la forma adecuada es que el médico asuma la dirección del tratamiento con la cooperación del paciente (la relación padre – hijo).
- 3) En las enfermedades crónicas y en todas aquellas circunstancias en las que deba ponerse en funcionamiento una estrategia de rehabilitación, a forma más adecuada de llevar esto a cabo sería con una relación de participación mutua y recíproca (modelo adulto-adulto).

Los modelos de la bioética.

Son aquellos que se definen según los principios de esta disciplina.

Un dilema ético tiene lugar cuando los principios que se pretende defender entran en conflicto entre ellos, de tal forma que cada uno sólo puede ser protegido en desmedro del otro.

Se inicia así el desarrollo de la bioética que se ocupa de la reflexión acerca de los dilemas éticos que se plantean en la práctica de la medicina y de las ciencias biológicas, de acuerdo a reglas que guían y justifican el accionar en cada caso particular y principios que son enunciados más generales y constituyen el fundamento de las reglas.

Dichos principios son:

- ◆ **Respeto por la autonomía** (las personas tienen derecho a decidir por ellas mismas).
- ◆ **Beneficencia** (buscar el bien del paciente).
- ◆ **No maleficencia** (no dañarlo, no exponerlo a riesgos innecesarios).
- ◆ **Principio del doble efecto** (cuando las acciones que el médico realiza o indica pueden tener buen y mal efecto, se acepta que se realicen si lo que se intenta lograr es el buen efecto).

- ◆ **Justicia** (todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que necesitan).

Las normas morales básicas involucradas:

- ◆ **Veracidad:** sustenta la confianza que, a su vez, es uno de los pilares de la alianza terapéutica.
- ◆ **Confidencialidad:** éste es un principio muy arraigado en la tradición médica. Promueve la confianza. Este principio puede ser infringido cuando se trata de prevenir riesgos o daños graves a terceros.

El modelo de la ingeniería: “El médico mecánico”.

Describe aquellas relaciones en las cuales el médico actúa como un técnico y los enfermos acuden a él para que “repare” su organismo malfuncionante.

El médico ha sido instruido como “científico” para realizar dicha reparación.

Se espera de él que actúe con eficiencia e idoneidad y los temas que corresponden a otras categorías del conocimiento no le incumben ni deben interferir en su tarea.

El paradigma que fundamenta este accionar considera al hombre como una máquina orgánica y, por lo tanto, el médico se forma para reparar el daño o atenuar la disfuncionalidad cuando no puede hacer otra cosa.

El modelo sacerdotal: “El médico sacerdote”.

El médico se ocupa del “bien” de su paciente y en pos de este bien actúa vulnerando intencionadamente su autonomía si, según su criterio, es necesario hacerlo.

Aquí el médico diagnostica y decide el tratamiento mejor para su paciente, sobre la base de que él, sea por sus conocimientos, su estado emocional o por su situación social, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

Beneficencia-No Maleficencia versus Autonomía-Veracidad.

La concepción que fundamenta este accionar es el paternalismo.

El modelo de los colegas: “El médico socio”.

Cuando el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol. Las decisiones son compartidas. La responsabilidad también se comparte.

El modelo contractual.

En este caso se considera que el contrato que se establece es un acuerdo orientado al tema que motiva el encuentro que es la salud del paciente.

El diagnóstico lo realiza el médico y, si bien el que decide es el paciente, la responsabilidad es compartida.

Existe respeto por la autonomía del paciente al que se informa para que pueda decidir con fundamento.

Este modelo es el que parece más adecuado según los principios prevalentes hoy día, pero es importante considerar que "el contrato" que se establece con el paciente lo es desde el punto de vista de lo consciente.

Hay que considerar que lo que los pacientes saben de su enfermedad, no es resultado exclusivo de lo que les informa el médico.

Haber informado al paciente no garantiza que éste haya comprendido.

Del análisis de los Modelos de Relación Médico Paciente presentados resulta claro, que dicha relación puede definirse básicamente como "Un encuentro entre dos personas con necesidades complementarias: una está disminuida por su situación de enfermedad y la otra posee los recursos que atenuarán o harán desaparecer esa carencia o disminución".

- ◆ Debido a esta diferencia en la función y los objetivos que los unen, decimos que la relación es cuasi diádica y asimétrica (Lain Entralgo), regida por principios como el de no maleficencia y el de beneficencia.
- ◆ Ello no implica desigualdad, ni inequidad de la relación. Ambos miembros poseen derechos y también obligaciones.
- ◆ Ambos merecen respeto (Autonomía, Justicia, Confidencialidad).
- ◆ Dicha asimetría no puede ser excusa para ocultar información o tomar decisiones por el paciente (Autonomía, Veracidad).
- ◆ Esta relación así comprendida, se desenvuelve con características propias del momento histórico y del lugar, (contexto situacional), las que se expresan en el papel que desempeñan los integrantes de dicha relación, papel que está ligado a la posición social que ocupan y que la cultura les permite ocupar.

Motivos del Médico

Son diversos motivos cardinales por los que el médico presta atención clínica. Es necesario desglosar el tema en tres cuestiones distintas:

1. Como el médico siente y realiza su condición de tal.
2. Cómo el médico es como persona.

3. Cómo el médico se halla dispuesto frente al enfermo que va a asistir.
1. **Modo de ser médico:** “vir bonus medendi peritus = Hombre bueno perito en el arte de curar”. Más suficiencia en la capacitación técnica. Se destacan tres motivos esenciales: vocación – formación – profesión.
- a) **Vocación:** Es la inclinación profunda hacia la profesión (Maratón), la vocación ética.
Los dos aspectos de la vocación médica son:
- ◆ Práctica gratuita y entrañable a los pobres.
 - ◆ Estrecha alianza con la investigación científica pura.
- b) La formación del médico debe orientarse por dos propósitos distintos:
- ◆ La enseñanza técnica por método y el alumbramiento de la vocación.
- c) **Profesión:** El modo como el médico entiende y socialmente practica la Medicina. Como la sociedad orienta ese ejercicio.
- ◆ Dominio científico de la naturaleza. (Paciente objeto de conocimiento racional).
 - ◆ Afán de lucro. (Paciente objeto de lucro).
 - ◆ Deber de funcionario. (Paciente objeto operante de la sociedad).
 - ◆ Voluntad de ayuda. (Paciente sujeto, persona doliente y menesterosa).
2. **Modo de ser persona:** tres rasgos principales.
- a) Temperamental o vital. Intensa simpatía vital, halo acogedor y caliente, benéfico, espontáneo, para luchar contra la dificultad exterior.
- b) Mental. Capacidad de observación comparativa.
- c) Ético. Habitual renuencia del ánimo frente a lo ilícito, buena disposición constante para la práctica de lo lícito y beneficioso, es moralmente bueno quien quiere serlo de veras. Camino personal hacia la bondad.
3. **Personal disposición del médico frente al enfermo a que va a asistir:**

Esta relación se inicia cuando alguien es presentado o se presenta como enfermo, y lo que ocurre en este momento inicial es de importancia excepcional, y a veces ejerce acción irreversible sobre la personalidad del enfermo. Esto debiera generar en el médico una exi-

gencia de conocimiento de las variables intervinientes en esta situación, el más singular de los coloquios singulares.

Actitud del médico hacia el paciente

La actitud más adecuada por parte del médico es precisamente la que corresponde a la situación que representa, es decir, la de un profesional dedicado a mejorar la salud de las personas que acuden a él, lo cual supone una cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo a su vez un respetuoso distanciamiento.

- ◆ El médico debe centrarse en los problemas del enfermo, evitando exponer al paciente problemas o situaciones vividas por él aprovechando posibles analogías, ya que entonces se invierte el papel de ambos, destruyéndose el carácter propio de la relación médico – enfermo.
- ◆ También debe evitar el influjo que puede ejercer sobre el paciente en temas que sobrepasan el campo delimitado por su profesión. No cabe duda de que un paciente confiado y abierto puede ser muy receptivo frente a todo tipo de planteamientos en campos totalmente ajenos a los de la Medicina, especialmente en la psicoterapia.
- ◆ Es natural que algunos pacientes le resulten al médico más gratos que otros, lo mismo que sucede con las enfermedades. Aquí se suman diversos factores, además de la actitud de ambos puede influir su personalidad, la sintomatología propia de cada enfermedad, las posibilidades terapéuticas, el dominio y experiencia del médico en el tratamiento de ese tipo de enfermedad.

Es necesario que el médico mantenga siempre una actitud comprensiva y de ayuda, al margen de sentimientos personales de rechazo. Si éstos surgen, deben evitar que influyan negativamente en su práctica profesional y preguntarse los motivos de los mismos de un modo objetivo para intentar disminuir estas dificultades.

Si el paciente manifiesta en un primer momento rechazo hacia el médico, y éste reacciona a su vez con una actitud de rechazo, el resultado será que aumentará más el rechazo en el paciente, deteriorándose más aún la relación entre ambos. Por el contrario, si el médico se muestra amable, cordial y comprensivo a pesar de esa actitud de rechazo, se puede mejorar la relación hasta lograr que ésta sea idónea.

- ◆ Una buena relación médico – paciente no implica el hecho de participar directamente en el dolor o sufrimiento de los pacientes, sino todo lo contrario. Es necesario establecer una relación amable y cordial,

incluso intentar ponerse en el caso de enfermo para así comprenderlo mejor, pero con la finalidad de ayudarlo a resolver esa situación, no con la de compartir emocionalmente su dolor. Esto ya lo hacen sus familiares y amigos. El médico tiene una función diferente.

El paciente comprende perfectamente que esta situación es la más indicada para que el médico pueda actuar con mayor eficacia. Por otro lado, hacerse cargo emocionalmente de los sufrimientos de los enfermos llegaría a constituir una carga insoportable y nada beneficiosa para su ejercicio profesional, con lo que todos serían perjudicados. Es importante olvidarse de estos problemas cuando concluye el ejercicio profesional, para reanudarlos con el mayor interés posible al reanudar el trabajo de nuevo.

- ◆ Especial interés tienen los casos en los cuales el médico se ve en la obligación de comunicar a su paciente, o a sus familiares, que se trata de una enfermedad incurable y previsiblemente mortal.

En algunas especialidades, este hecho puede resultar relativamente cotidiano para el médico, facilitándole que se olvide del impacto psicológico que esta situación puede causar en el enfermo. En estas circunstancias conviene más que nunca recordar que nos encontramos ante un ser humano.

Además de la seguridad científica que es necesario tener antes de hacer este tipo de afirmaciones, por prudencia elemental, hay que tener en cuenta la forma y el momento que resultan idóneos para comunicar esta conclusión al paciente según sus características personales. En la mayoría de los casos conviene ir preparando paulatinamente al enfermo para evitar un impacto psicológico severo.

- ◆ También la indicación de intervenciones quirúrgicas de cierta envergadura requiere un mínimo de delicadeza, incluso el mero ingreso dentro de un hospital puede tener repercusiones psicológicas de cierta intensidad que requieren la atención, en este sentido, de los profesionales de este tipo de instituciones sanitarias.
- ◆ Especialmente en caso de los niños, es necesario que el médico adopte con ellos y sus padres una actitud particular tendiente a prepararlos psicológicamente.
- ◆ Siempre resulta conveniente que el médico escuche a los pacientes, favoreciendo así la adecuada canalización de la angustia del enfermo (catarsis), que se siente atendido, escuchado y comprendido. Además, resulta necesario evitar interrumpirlo con preguntas sobre otro tema, ya que en este caso podría pensar que el médico no está

interesado en sus preocupaciones.

Es preferible atender sus quejas y escuchar sus detalles, para, en un segundo momento, cuando el paciente ya ha dicho todo lo que deseaba, preguntarle sobre los aspectos más interesantes desde el punto de vista clínico.

Actuando de este modo, el paciente se siente satisfecho y se predispone a cumplir rigurosamente las medidas terapéuticas. Además, se mejoran su confianza y expectativas de curación, mejorando su estado de ánimo y la angustia que implica casi siempre el padecimiento de algún trastorno.

- ◆ La confidencialidad es imprescindible en todo acto médico. El médico está éticamente obligado por secreto profesional a no divulgar la información obtenida de un paciente, salvo que éste se lo autorice expresamente.
- ◆ A veces, el enfermo miente al médico o le oculta algo deliberadamente. Esto puede tener diversos orígenes. Muchos pacientes no tienen suficiente confianza como para descubrir al médico que no han realizado el tratamiento prescrito en una visita anterior. Piensan que el médico puede tomar una actitud hostil hacia ellos por este motivo y prefieren ocultárselo, a pesar de que comprenden que esta actitud, al ocultar la realidad, puede confundir al médico, y, como consecuencia, perjudicar el curso del tratamiento.

Para evitar este problema es conveniente que el médico pregunte con naturalidad si el paciente ha llevado a cabo lo acordado, admitiendo de entrada la posibilidad de que esto no haya sido así.

Otras veces, el enfermo oculta la verdad por la vergüenza que le supone admitirla, actuando la mentira, al fin y al cabo, como un mecanismo psicológico de defensa. Descubrirle abiertamente puede ser un error imperdonable. La mentira supone un mecanismo de defensa que transitoriamente le permite mantener a flote su conexión con los demás, si se lo arrebatamos, sin ofrecerle a cambio un nuevo salvavidas, el paciente puede hundirse definitivamente.

Ante la sospecha o certidumbre de un engaño, la actitud más adecuada pasa por ir elaborando cambios psicológicos en la relación que impliquen directamente al paciente, de modo que, de una forma progresiva y, en cierta manera, espontánea, éste relate los hechos reales una vez que su seguridad psíquica no se encuentre por ello seriamente amenazada. Para facilitarle esta labor, tan sólo resulta necesario incrementar los lazos de confianza y comprensión a la vez que se le ofrecen nuevas salidas a su situación existencial.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO FERNÁNDEZ, FRANCISCO; *“Fundamentos de la Psiquiatría Actual”*; 4ta. Edición, Paz Montalvo; Madrid, 1979.

DE MIGUEL, ROBERTO AMOR; *“Psicología Médica”*; Edit. Fund. Barceló; Bs. As., 1989.

EY, HENRI; *“Tratado de Psiquiatría”*; 8º. Edic; Toray Masson; Barcelona, 1978.

FAHRER, R. Y MAGAZ, A; *“Temas de psicología médica”*; CTM; Bs. As., 1988.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *“Relación Médico Enfermo”*; Revista de Occidente; Madrid, 1964.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *“La medicina Hipocrática”*; Alianza Universidad; Madrid, 1982.

POLAINA LORENTE, AQUILINO; *“Manual de Bioética General”*; Ediciones Rialp; Madrid, 1994; 3º. Edición, 1997.

ROA, ARMANDO; *“Ética y bioética”*; Editorial Andrés Bello; Santiago de Chile; 1998.

VIDAL Y BENITO, MARÍA DEL CARMEN; *“Acerca de la buena comunicación en Medicina”*; Instituto Universitario CEMIC; Buenos Aires, 2002.

CAPÍTULO V

CICLO VITAL HUMANO LIC. ANA EQUISITO

“El niño tiene la necesidad para su desarrollo, tanto físico como psíquico, de relaciones afectivas estables y privilegiadas tanto como de alimento”

JEAMMET, CONSOLI, REYNAUD

EL EMBARAZO Y LA HISTORIA PREVIA

Durante el embarazo y aún previamente, ya desde niños, aparecen las primeras representaciones acerca de cómo va a ser el hijo que alguna vez nacerá. Este hijo soñado comienza a aparecer en los primeros juegos infantiles de la muñeca y va modificándose con la historia del sujeto.

Siempre aparecerán las huellas de las relaciones con sus propios padres, la manera en que cada uno fue esperado y la relación que tuvo con sus hermanos. Así cada niño antes de nacer ha sido pensado, imaginado, es decir ya tiene una historia que lo antecede y es la historia de sus propios padres, el lugar que ocupe entre sus hermanos, su nombre, su sexo, su parecido físico.

No se trata del instinto maternal sino de una historia personal que posibilite alojar a ese hijo, darle un lugar en la pareja parental

Los padres por lo tanto se acercan a él con las experiencias y deseos que tuvieron desde niños, donde está comprometida toda su vida psíquica y de ella dependerá el modo en que logren acercarse a él.

Nacimiento: relación madre-hijo

El niño al nacer no posee la capacidad de valerse por si mismo y necesita de la ayuda de los adultos para sobrevivir y constituirse como sujeto. Sin embargo posee conductas que le permiten relacionarse con el medio, estas son los *reflejos del recién nacido*. Conductas automáticas que forman parte del bagaje hereditario y se ponen en funcionamiento a partir de ciertos estímulos que pueden ser internos o externos. Algunos de estos reflejos son los de succión, prensión, marcha, reptación.

Estas conductas reflejas son el inicio de todo el desarrollo psicológi-

co posterior, pero se hacen posible solo con la presencia de un otro que acude a los llamados del bebé.

Cuando el bebé tiene hambre necesita satisfacer esa necesidad ya que se produce un aumento de tensión, una sensación displacentera y genera una urgencia que requiere ser calmada. El modo que encuentra para descargar dicha tensión, es el llanto, el pataleo, pero esto solo no logra aliviarlo, para eso necesita del auxilio ajeno, alguien que lleve a cabo una acción específica. Puede ser su madre que acuda con el alimento y se convierte así en un otro primordial, estructurante para su psiquismo.

Freud expresa este primer momento diciendo: ..la indefensión del ser humano se convierte en la fuente primordial de todas las motivaciones morales"..."esta vía de descarga cobra así la función de la comunicación.

El niño al recibir el alimento materno recibe también sus miradas, sus caricias, sus palabras. Allí es la presencia de este otro la que cobra importancia, madre o sustituto que responde.

A partir de este intercambio mutuo entre la madre y el niño se va estructurando el mundo que lo rodea. De ahí que sea ya bien conocido que la relación madre hijo durante los dos primeros años de vida, es clave para el futuro crecimiento del niño. El estudio psicopatológico de los efectos de la carencia maternal es lo que ha permitido medir la importancia de la continuidad relacional del niño con su ambiente para lograr un normal desarrollo.

El comienzo del amamantamiento se da en un romance que muchas veces comenzó en el interior de ese cuerpo que lo contenía.. La piel comienza a tener un papel protagónico constituyendo el símbolo de las caricias, el abrazo, el roce. Cada estímulo tiene que ser transformado primero en una experiencia significativa, solo entonces puede convertirse en una señal, a la cual se irán añadiendo paso a paso otras señales para construir la imagen coherente del mundo del niño.

La madre ayuda al bebe a tratar con los estímulos que vienen del interior: dándole de comer cuando tiene hambre, cambiándolo cuando esta mojado, abrigándolo cuando tiene frío.

Muchos son los efectos que produce la carencia maternal (no hablamos de madre biológica sino de función materna) cuando es suprimida de manera brusca. Rene Spitz describió con el nombre de hospitalismo a una secuencia de reacciones (protesta, desesperación, desapego) en el niño hospitalizado. Insiste en la gravedad de los trastornos físicos, que acompañan a esta perturbación afectiva grave: pérdida de apetito, detención del desarrollo y el crecimiento, falta de adquisición de los aprendizajes normales o pérdida de los ya adquiridos: marcha, habla,

control de esfínteres, capacidad para establecer contactos.

Si bien la madre ocupa un lugar fundamental en la estructuración psíquica del niño y por lo tanto del mundo que lo rodea, es necesario la entrada de un tercero, el padre como portador de la cultura, la ley, para acceder al mundo simbólico y constituirse como sujeto.

Infancia

Comprende el periodo de la vida que transcurre desde el nacimiento hasta la adolescencia. En ese pasaje el niño en interacción con el medio (objetos, personas) atraviesa por diversos cambios tanto físicos como psíquicos, que le permiten construir estructuras de conocimiento cada vez más complejas, a partir de las cuales aumenta su capacidad cognitiva y el desarrollo de su inteligencia.

Estas etapas de conocimiento van desde la capacidad de relacionarse con el mundo a través de los sentidos, su cuerpo, su motricidad, el aprendizaje del control de esfínteres, la aparición del lenguaje, la posibilidad de simbolizar, el inicio de la escolaridad hasta la capacidad de realizar complejas abstracciones.

Desde el comienzo de la vida psíquica, el aprendizaje es una experiencia intensamente afectiva.

Su capacidad cognitiva está en íntima relación con las fases de desarrollo de la organización sexual. Entendiendo por sexual todo lo que produce placer, lo relacionado con la pulsión, la libido, tomada la sexualidad como una disposición psíquica universal.

Gracias a los aportes de S. Freud, quien sostuvo que la amnesia infantil hace olvidar a los adultos parte de su sexualidad infantil, hoy sabemos acerca de las manifestaciones sexuales en la infancia. Las impresiones olvidadas no han desaparecido de la memoria sin dejar huellas en el psiquismo, ya que esta exclusión es efecto de la represión que se ha ejercido sobre ellas.

El chupeteo es el modelo de estas manifestaciones sexuales, apareciendo en el lactante y conservándose hasta la edad adulta. Consiste en succionar con la boca en forma repetida sin tener por fin la nutrición. El niño chupa cualquier parte de su cuerpo que esté a su alcance. Descubre el placer que le causa chupar, más allá del momento de la alimentación, así la boca se convierte en una zona erógena, (que da placer). Esta fase en donde el placer está en la zona de la boca y donde la meta es la incorporación, Freud la denominó *fase oral*.

Durante esta fase y mediante la actividad de succión, el niño descubre el placer que le causa chupar, a su vez que descubre el mundo. La

succión se traduce en la modalidad preferencial de intercambio libidinal.

Es un tipo de organización pulsional que tiene como fuente la zona bucal y la incorporación es lo que caracteriza la relación de objeto, asimilando las cualidades del objeto y conservándolas en el interior de sí mismo. La incorporación es por consiguiente una actividad fundamental constitutiva de las bases de la personalidad, representa el prototipo corporal de mecanismos psíquicos más elaborados como la identificación. Esta a su vez es necesaria para la constitución del yo y de lo que produce la individualización.

La etapa oral es en un primer momento, oral de succión y con la aparición de los dientes se convierte en oral canibalística. Si antes el bebé, succionaba el pecho y los objetos circundantes como forma de conocimiento y placer, ahora los morderá y cobrará importancia el mordillo, a través del cual podrá canalizar su agresión y el dolor que le produce la aparición de los primeros dientes.

En el chupeteo observamos tres características esenciales de una manifestación sexual infantil:

- ◆ Se origina apoyada en una función fisiológica
- ◆ No reconoce ningún objeto sexual, es autoerótica, se satisface en el propio cuerpo
- ◆ Su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena.

La pulsión se satisface primero en una función vital, por ejemplo comer y luego adquiere autonomía y se satisface en forma autoerótica (chupeteo).

Los primeros meses de vida están marcados por la ligazón madre-hijo, en donde la madre es el objeto libidinal privilegiado. Entiéndase por libido a la energía de la pulsión sexual, todo lo relacionado con el amor.

El niño empieza por confundirse con esta figura sin poder discriminar lo que es él de lo que es el otro. Hacia la mitad del primer año se desprende progresivamente de la simbiosis primitiva. Son experiencias de frustración especialmente, las que le permiten la percepción de la falta de coincidencia entre los deseos del niño y los de la madre. La madre no está en forma incondicional para el niño y no es porque sea mala madre sino porque no puede hacerlo.

Una relación conflictiva con la madre puede aparecer manifestada a través de la anorexia por ejemplo. El alimento unido a la madre, servirá de lugar de desplazamiento de la agresividad, destinada en gran parte a la madre.

La segunda fase pregenital (llamada así porque la zona de los geni-

tales no han alcanzado hegemonía) es *la anal*. Es el período en que el niño logra el control esfinteriano, adquirió mayor independencia y cierto poder, el de retener las heces para oponerse a su madre o aceptar sus demandas por amor.

Se percibe como persona autónoma y reconoce a su madre como separada de él.

La actitud de la madre influirá notablemente en el valor que el niño le da a los contenidos corporales de su interior y participará de la formación del carácter.

Se desprenderá de allí el sentimiento de poseer cosas buenas y apreciadas en su interior o desagradables, sin valor.

Dejar los pañales y lograr el control de las heces, es una tarea que realiza por el amor hacia sus padres y por la adquisición de pautas culturales.

Los juegos característicos de esta etapa están marcados por la modalidad retentiva y expulsiva: jugar con agua, abrir y cerrar canillas, formar castillos, hacer tortas de arena.

El desarrollo sexual del niño continúa hacia una fase en que los genitales desempeñan un papel fundamental. A esta fase se le llama *fálica*, por la primacía del falo. El pene va a dejar de valer como pene para valer como falo. El placer se organiza por la excitación de las mucosas genitales.

La masturbación se hace notoria a través de la estimulación de los genitales. El placer que produce la excitación de los mismos, es postergado en función de las amenazas verbalizadas por los adultos. El interés del niño por saber se centra en los genitales propios y en el de sus hermanos o amiguitos. Siguiendo a Freud, el niño hasta ese momento no reconoce la diferencia de los sexos y atribuye a ambos el mismo genital, determinando la primacía del falo.

Durante esta fase se estructura el *Complejo de Edipo*, esencial en la formación de la personalidad y la orientación del deseo humano.

J. Laplanche y Pontalis lo definen como el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey, deseo de muerte al rival, que es el personaje del mismo sexo y amor hacia el personaje del sexo opuesto. Los psicoanalistas han hecho de este complejo un eje de referencia fundamental de la psicopatología, intentando determinar para cada tipo patológico, las modalidades de su planteamiento y resolución¹.

1 Psicología Médica: Jeammet, Consoli, Reynaud

- ◆ Separa al niño de la relación dual con la madre ya que este necesita superar progresivamente esa relación en espejo. Al elegir como objeto de amor al padre, la madre permite la salida de un modelo distinto de ella misma
- ◆ Permite la posibilidad al niño de identificarse a sus padres a pesar de las diferencias.
- ◆ Permite el mejor reparto de amor entre los progenitores.

El complejo de Edipo es importante como estructura de prohibición y de intercambio. Lleva en sí mismo la prohibición del incesto, permite una salida de las relaciones primarias y es una exigencia a la familia para que no se cierre en sí misma y el acceso a la socialización.

Período de Latencia

Aproximadamente a partir de los seis años, con la declinación del Complejo de Edipo, el niño comienza una etapa que se denomina *período de latencia*. Caracterizada por una detención de la sexualidad, hasta el comienzo de la pubertad.

Se observa una disminución de las actividades sexuales manifiestas con la aparición de sentimientos de pudor, asco, y aspiraciones morales y estéticas.

Se caracteriza por un doble movimiento: rechazo de la sexualidad infantil y amnesia sobre las experiencias de los primeros años y refuerzo de las adquisiciones del yo y de los lazos sociales.

Coincide con el inicio de la escolaridad y es hacia donde el niño dirige la mayor parte de su energía. Su interés se centra en la incorporación de conocimientos.

Predominan los sentimientos de ternura sobre los deseos sexuales, desarrollo de la amistad con la intensificación de la salida hacia modelos extra familiares.

Dice Freud con respecto a este período: "...no cesa de ningún modo la producción de la excitación sexual, sino que esta sufre únicamente una detención produciendo un acopio de energía utilizada en su mayor parte, para fines diferentes de los sexuales".

Este período de latencia, con la represión, es un tiempo inevitable y a su vez necesario para concederle al yo la posibilidad de adquisiciones intelectuales.

El interés por temas sexuales se expresa de manera socializada, varones por un lado y niñas por otro.

Se abandona el egocentrismo y aparecen las amistades, las pandillas y los clanes donde quedan excluidos los adultos.

Pubertad

Etapa de grandes cambios corporales, que sorprende al púber con la desaparición del cuerpo de niño luego de las transformaciones en la musculatura, la voz, el ensanchamiento de caderas, estatura, peso, y desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

El hipotálamo determina la producción de hormonas que transmiten los órdenes a otras partes del cuerpo, poniendo en funcionamiento los ovarios y los testículos que comienzan a producir hormonas femeninas y masculinas y determinan cambios visibles: aumento del tamaño de los senos, en las mujeres, del pene y los testículos en los varones. Aparece la barba y los bigotes. En ambos sexos aparece bello en las axilas y alrededor de los genitales.

Estos cambios pueden ir acompañados de angustia. Como se viven dependerá en parte del entorno familiar, social y las experiencias anteriores.

El crecimiento corporal es asimétrico, las niñas logran un desarrollo más rápido que los varones. La menarca hace su aparición y las niñas comienzan con ansiedades en torno a su femineidad, las variaciones del ciclo menstrual y sus fantasías temidas de desfloración y penetración de su cuerpo.

En los varones la preocupación se torna alrededor de la potencia física, como potencia sexual con el advenimiento de los impulsos agresivos. La eyaculación resignificada como paternidad potencial.

Se siente generalmente muy extraño, abandonándose a la suciedad, sin cambiar su ropa ni desear higienizarse. El desarrollo físico no siempre progresa en la forma esperada, produciendo a veces gran inestabilidad afectiva, inhibiciones y conductas de automutilación.

Necesitará un tiempo hasta hacer suyo ese cuerpo.

La edad promedio en donde se ubica la pubertad es entre los trece en las niñas y los catorce en los varones.

En esta etapa se produce un aumento de la actividad masturbatoria y un mayor conocimiento de las respuestas corporales a los nuevos estímulos.

Adolescencia

La adolescencia representa un momento crucial en la vida de todo sujeto ya que deberá dejar el mundo infantil para asumir la nueva identidad adulta.

Para un adolescente definir su futuro próximo no es solo qué hacer sino quien ser.

La pulsión se impone al yo, se produce una reactualización de la conflictiva edípica sin haber encontrado aún nuevos modelos.

Aberastury plantea tres duelos en la adolescencia:

- 1) duelo por el cuerpo infantil
- 2) duelo por la identidad y el rol infantil
- 3) duelo por los padres de la infancia

Deberá enfrentar un lugar diferente dentro de la familia, ya no será el niño mimado y protegido sino que tendrá que responder a nuevas responsabilidades.

Tampoco serán sus padres, los de la infancia, aquellos portadores de una verdad absoluta, incuestionable, sino que irán cayendo de ese lugar para ser cuestionados, criticados y reemplazados.

“El adolescente se encuentra en una situación de conflicto psíquico por un mensaje paradójico: tú debes ser independiente y para conseguirlo has de reconocerte dependiente de tus padres y aceptar recibir de ellos aquello que te permitirá ser tú mismo”²

La mayoría de las conductas del adolescente van dirigidas a los adultos, y en especial a los padres.

Es necesario el abandono de las conductas autoeróticas, propias de la sexualidad infantil, para que esto facilite el vínculo con el objeto de la elección sexual.

La adolescencia es un estado mental de turbulencia que confronta con los valores establecidos.

Cuando la adolescencia no culmina adecuadamente, puede transformarse en un período que perdure de manera interminable.

Adultez

Si bien algunos autores marcan una edad de comienzo para la adultez desde el final de la adolescencia entre los veintiuno o veintidós años, hasta los treinta o treinta y cinco como adultez temprana, la entrada a la misma no estaría dada por una cuestión cronológica sino más bien por la posibilidad del sujeto de asumir responsabilidades con los posibles beneficios que ello ocasiona.

Un segundo período estaría dado por la adultez madura, alrededor de los cuarenta o cincuenta años, donde se afirman los logros y finalmente la adultez tardía alrededor de los sesenta años.

La adultez constituye una etapa en donde se espera del sujeto que pueda asumir la paternidad, ejercer la patria potestad, desarrollar una profesión o actividad, tendiendo a la estabilidad y continuidad.

2 Ob. Cit.

En el primer período se espera que el sujeto salga a competir al mercado laboral aunque muchas veces las posibilidades encontradas no concuerdan con lo esperado ni con los ideales pensados.

La formación de una pareja y la convivencia, generan cambios en sus vidas produciendo algunas de las mayores crisis de la etapa, al tener que aceptar las diferencias que implican la singularidad de las subjetividades de cada integrante de la pareja. La llegada de los hijos hace implicar la propia historia de cada uno produciendo profundos cambios.

A partir del segundo y tercer período aparecen las pérdidas ocasionadas por la aparición del climaterio con la correspondiente imposibilidad de tener hijos en la mujer y la aparición de las arrugas y la pérdida del cuerpo joven.

Por otro lado es momento de logros profesionales, de estabilidad en los roles asignados con una producción acorde a la experiencia lograda.

Vejez

Este último período del ciclo vital, produce en muchos ancianos estados de vulnerabilidad y necesidad de refugiarse en rutinas que les permitan sentirse seguros.

Sin embargo quizás sea el momento en donde mas claramente aparezca la verdad del sujeto, frente a la proximidad de la muerte, la pérdida del cuerpo joven, y la pérdida de reconocimiento que aparece desde el entorno.

S. de Beauvoir dice: "para que la vejez no sea una pérdida ridícula de nuestra existencia anterior, no hay mas que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo, trabajo social o político, intelectual, creador.

BIBLIOGRAFÍA

DELVAL, JUAN. *“Crecer y Pensar”* - Editorial Laia – Barcelona – 1985.

FERRARI, H. *“Salud Mental en Medicina”* - López, librerías editores - Bs. As. – 1996.

FREUD, S. *“Obras completas”* - Amorrortu Editores – Buenos Aires.

JEAMMET, CONSOLI, REYNAUD, *“Manual de Psicología Médica”* - Edit. Masson - Barcelona – 1995.

MAUD, MANNONI. *“Lo nombrado y lo innombrable”* - Editores Nueva Visión – Buenos Aires – 1992.

CAPÍTULO VI

CRISIS VITALES

DRA. ELISA N. CORTESE

Crisis significa:

- ◆ cambio considerable y súbito, favorable o adverso.
- ◆ momento culminante o decisivo de un proceso.

Lo crítico es una característica de cambio, decisivo, momento de progreso – regresión, integración – desequilibrio.

La vida sería un estado de crisis casi permanente apenas interrumpido por lapsos de relativa estabilidad.

Por lo cual el proceso de desarrollo global es la suma de adaptaciones múltiples y progresivas.

En general asociamos el concepto de crisis con el de dificultad. No todos los cambios son dolorosos ni tienen porque dificultar o detener el curso madurativo.

Con frecuencia consideramos las situaciones críticas poniendo el acento en lo que fue el estado previo y no en lo que viene, en lo que nace a partir de la crisis.

Una situación aparentemente estable, entra en estado de turbulencia, se quiebra el orden previo y las nuevas alternativas nos llenan de temor y desconfianza.

Las crisis se superan de manera diferente según sea lo que está en juego, la estructura de personalidad del sujeto, la edad, las circunstancias del entorno y sobre todo la matriz emocional que cada uno le otorga a cada acontecimiento.

La crisis condiciona la vida del individuo, puede llevar a mayor integración o estancamiento y/o derrumbe.

La crisis se considera un disturbio, que puede ser:

- a) un hecho estresante, (pérdida que amenaza la autoestima).
- b) Una amenaza real o imaginaria, para el bienestar físico y psíquico de la persona.

El sujeto en crisis hace una ruptura significativa en las respuestas afectivas, conductuales, sociales y fisiológicas, se percibe una gran sensación de incomodidad.

El sujeto está desesperado e impotente, dando fenomenológicamente: agitación, retraimiento, sentimiento de dolor, vuelta sobre sí mismo.

TIPOS DE CRISIS.

Se dividen:

- 1) Crisis Madurativas o Evolutivas.
- 2) Crisis Situacionales.
- 3) Crisis Accidentales o Inesperadas.

1) Crisis Madurativas:

Las crisis madurativas o evolutivas, son transitorias, durante un período determinado de la vida, produciendo desequilibrio psíquico.

Por ej.: ♦ ingreso escolar

- ♦ pubertad
- ♦ adolescencia
- ♦ casamiento
- ♦ nacimiento de los hijos
- ♦ desarrollo profesional y laboral
- ♦ menopausia
- ♦ jubilación
- ♦ casamiento de los hijos
- ♦ nacimiento de los nietos

Este tipo de crisis es predecible, produce desequilibrio interno, desorganización yoica. Al comienzo es gradual, con oscilaciones del humor, desadaptación con reacción negativa.

2) Crisis Situacionales:

Ocurre ante un hecho específico, hay relación entre lo externo y lo interno. Se presenta desequilibrio individual y grupal del afectado en dicha crisis.

Son inesperadas.

Por ej.: ♦ pérdida de trabajo.

- ♦ divorcio
- ♦ muerte de un ser querido
- ♦ problemas escolares
- ♦ enfermedad
- ♦ migración y desarraigo.

3) Crisis Accidentales:

Son ocasionales, infrecuentes e impredecibles.

Por ej.: ♦ accidente

♦ catástrofes ambientales

♦ muerte, etc.

Se caracterizan por llegar a límites impredecibles, producen severos cambios en poco tiempo, desajusta a la persona interna y externa, tiene la cualidad de ser azarosas e irrumpen bruscamente en la vida de las personas, producen importante desorganización yoica.

EVALUACIÓN DE LAS CRISIS.

- a) Hecho precipitante.
- b) Percepción del individuo del evento.
- c) Naturaleza y fortaleza yoica.
- d) Sistema de sostén o soporte (familia, pareja, amigos).
- e) Mecanismo de defensa.

Hay mejor posibilidad de superarla cuando:

- a) Percepción del hecho en forma realista.
- b) Adecuado respaldo ambiental.
- c) Utiliza mecanismos de defensa primarios y/o secundarios. Por ej.: negación, proyección y racionalización, o intelectualización.

Actitud del Médico y/o Psicólogo

Todo individuo en situación de crisis, debe ser visto en un contexto amplio biopsicosocial.

Teniendo en cuenta:

- 1) Edad del paciente y/o persona en crisis.
- 2) Capacitación intelectual de la crisis, valores éticos y morales de la persona. Y su nivel de creencias y/o pensamiento mágico que utiliza.
- 3) Hipótesis o ideas acerca de porque se produjo la crisis.
- 4) Percepción de los hechos según el mismo, lo ve a nivel consciente.
- 5) Significado que le da a los hechos y/o sistemas que aparecen en la situación y en igual valoración subjetiva.

El trabajo del terapeuta en caso de ser consultado, no es eliminar la crisis, sino reducir la severidad previniendo una eventual ruptura y tratar de que logre restablecer el equilibrio psíquico.

ENTENDER UNA CRISIS:

El lugar del médico, como el de cualquier observador, permite comprender y ayudar a personas en crisis.

1er. paso, entender lo que ocurre.

2do. paso, una vez conocidas las notas distintivas de la situación, es necesario que el observador se ubique en el lugar de cada uno de los afectados.

Ponerse en “el lugar de” es diferente “confundirse con”. La diferencia pasa por mantener el papel de observador participante, el cual comprende afectivamente al otro, pero sabiendo al mismo tiempo, que lo que se siente es del otro y no de uno, también es fundamental evitar la posición de distancia excesiva.

3er. paso. Ayudar a pensar y/u orientar. (Solo quienes padecen la crisis pueden encontrar la solución adecuada a ella).

Escuchar y contener afectivamente tiene un gran valor para enfrentar la solución.

¿Pueden prevenirse las crisis?

Lo que puede lograrse es minimizar sus efectos negativos.

La capacidad de enfrentar la crisis dependerá de su historia personal.

El concepto de crisis vital se asocia al devenir de la existencia.

Crisis del nacimiento e infancia.

En este momento del desarrollo, la vida afectiva está profundamente enraizada en los procesos biológicos. El niño tiene una serie de necesidades: hambre, sed, sueño, descanso, actividad, excreción, sexualidad. A la vez necesita cariño, cuidado y respuesta a sus manifestaciones.

Los estados de tensión son la expresión psíquica de una necesidad. Determinados estados tróficos, tono de los músculos lisos o estriados, balance neurovegetativo, etc., tienen una expresión psíquica como sensación de displacer o dolor. La satisfacción de la necesidad y el alivio de la tensión engendran placer.

En los primeros momentos de la vida, en esta etapa, globalmente crítica, es donde se suceden a su vez infinitas mini – crisis que van jalando el crecimiento.

1- La ansiedad, es un fenómeno básico y normal de aparición temprana y, reacciones ante estímulos que introducen una variación súbita en las condiciones de vida han sido comprobadas en el feto antes del nacimiento.

- 2- El niño vive además los estados de ansiedad de la madre. Los siente a través de su actitud, de su tensión muscular cuando lo tiene en brazos. La ansiedad, no tiene contenido específico. La amenaza para la existencia es sentida cuando están en peligro valores esenciales para el individuo.
- 3- Según la edad y las condiciones, son esenciales los cuidados físicos de los cuales depende su supervivencia, el amor y la ternura que son indispensables estímulos para la vida y el desarrollo.
- 4- Aunque no es pertinente profundizar aquí la conflictiva edípica, no podemos dejar de mencionarla como una etapa esencialmente crítica y decisiva para el desarrollo posterior del psiquismo.
- 5- El período de la escolaridad desde el jardín de infantes es crítico. La separación de la madre y la incorporación al ámbito social ponen en juego todo lo vivido y elaborado en término de experiencias positivas y negativas, en relación con su núcleo primario y con las demás personas. A los 4 o 5 años hay una verdadera participación y comunicación con sus pares. El niño necesita y busca compañía. Su familia y su madre en particular, son muy importantes pero, el niño se abre a la vida social y sufre si no la tiene. Posteriormente, la concurrencia a la escuela constituirá uno de los factores de mayor importancia en la vida del niño con huellas que marcarán la vida del adulto. El rendimiento escolar, que lo afirma o hace surgir en él sentimientos de desvalorización, el reconocimiento o no de sus capacidades por parte de maestros y fundamentalmente, su inserción social.
- 6- El ingreso a la escuela exige la adaptación a un mundo nuevo con normas y reglas propias y en el cual será uno más entre muchos niños en las mismas condiciones.

Esta situación de crisis vital puede ser origen de dificultades o trastornos cuando el niño no está capacitado para enfrentarla. Un niño sobreprotegido o inmaduro, que no sepa desenvolverse razonablemente solo, o bien quien no haya tenido contacto suficiente con otros niños de su edad puede sufrir al tener que adaptarse a exigencias, tareas y formas de conducta para las cuales no ha sido preparado. Este desajuste puede manifestarse con alteraciones orgánicas, ansiedad, trastornos de conducta, agresión y rebeldía, o bien timidez y retraimiento.

La escolaridad es una etapa fundamental y crítica. No se trata solamente, de adquirir conocimientos sino, de encontrar el lugar donde se producirá el intercambio con sus pares.

Pubertad y Adolescencia.

Este período entre la niñez y la adultez, supone por la celeridad y la profundidad de los cambios producidos, orgánicos y psicológicos, una etapa de crisis. A esta edad el sentimiento de no sentirse un niño ni adulto es el predominante. Por lo tanto, el adolescente no sabe si comportarse como uno u otro y es frecuente que fluctúe entre ambos extremos, o incluso que sea niño y adulto al mismo tiempo. Esta ambigüedad acerca de su rol no es solo observable en el adolescente mismo, sino también en quienes lo rodean, que suelen limitarlo o sobreprotegerlo como a un niño y le exigen al mismo tiempo responsabilidad, autosuficiencia y seriedad de adulto.

- 1- Uno de los fenómenos centrales es una agudización de la conciencia de sí y una lucha por el logro de la independencia. El adolescente no solo es más consciente de sí mismo sino, que lo es también de su mundo. Surge una gran sensibilidad hacia los problemas sociales y se despierta el interés por la política. El adolescente tiene una aguda capacidad crítica, es profundamente idealista y cree en los valores absolutos. No obstante, su yo es el centro de interés: necesita ser reconocido y aceptado por los demás, necesita autoafirmarse y ser comprendido, cosa que el adolescente piensa que pocas veces sucede, en parte porque tampoco llega a comprenderse totalmente.
- 2- Esta es una etapa de impulsos apasionados de afectos intensos, de grandes alegrías y de momentos dolorosos, de temores y de incertidumbres. A los ya propios de esta edad debemos añadir hoy, el miedo a contraer SIDA, el estar inmersos en el riesgo de la drogadicción, y la angustia ante un futuro incierto.
- 3- Dentro de la familia, el adolescente pasa una vinculación estrecha con los padres a una forma de vida más independiente y autónoma. Cuando niño, el marco del hogar le brinda seguridad y protección y la valoración de sus padres y la identificación con los mismos fijan los ejemplos que imita.

El adolescente, en cambio, necesita ser él mismo para diferenciarse con los demás y poder establecer relaciones más ricas y fructíferas. Pero todo proceso de crecimiento, de independización, es hasta cierto punto doloroso, implica rupturas, soledad, y afecta intensamente tanto al joven como a sus padres. La emancipación y búsqueda de sí mismo es tal vez el aspecto central y más conflictivo de la adolescencia y el que plantea graves crisis tanto a los padres como a los hijos.

Se trata de un punto de confluencia de crisis vitales. Los hijos pierden la niñez y los padres “pierden” a sus hijos.

- 4- Con frecuencia la necesidad de independencia y el deseo de autorrealización se manifiestan como choques y oposición frente al adulto. El adolescente necesita una nueva visión de sus padres, más desvalorizada y posiblemente más cercana a la realidad para poder emanciparse y buscar nuevos horizontes sin sentirse demasiado culpable ni demasiado desposeído.

Si los sigue considerando casi perfectos, como lo fueron alguna vez durante su infancia, perdería demasiado al alejarse de ellos. Así perderá esa protección y seguridad de la niñez pero irá en busca de nuevos valores que lo enriquezcan y lo impulsen hacia adelante.

- 5- Si pensamos que en esta situación el adolescente busca (y debe) integrarse al mundo del estudio o del trabajo, buscar y hallar una pareja, ampliar sus relaciones humanas y decidir cual es el tipo de vida que le gustaría hacer, y cuales son las posibilidades para ello, podemos inferir por qué es este período tan crítico.

A diferencia de lo que ocurría con sus padres, el adolescente actual se encuentra con un enorme mercado que le propone el consumo. La pos-modernidad ha ubicado al adolescente en el lugar del ideal social. Entrar en la adolescencia y no salir más de ella puede ser la aspiración colectiva. Los más chicos deben apurarse para llegar lo más pronto posible y para que puedan lograrlo, adultos “comprensivos” de sus necesidades les ofrecen sitios en los cuales desarrollar su erotismo antes de la pubertad, les alcanzan drogas a la escuela primaria, les compran todo lo que pidan, antes que lo pidan y los entrenarán para ser atletas de alta competencia desde los cinco años. Si tenemos que hablar en términos actuales, pos-modernos, hasta el término duelo para referirse a las etapas perdidas en la adolescencia, aparece demodé. Hoy hay –buenas ondas y –energía positiva-. En este marco cultural, de valores inestables y mensajes deliberadamente contradictorios elaboran los adolescentes su crisis.

Es dificultosa la tarea de reducir el concepto de adolescencia a una definición por lo cual me limitaré a plantearlo como un período entre la niñez y la edad adulta, durante el cual sería condición la “elaboración” de tres duelos para arribar a la madurez. Ahora bien, el planteo es, en primera instancia, si se pueden atravesar estos duelos y en segunda instancia, si es que se atraviesan, ¿qué es ser un adulto?

Los Duelos.

Situamos así:

- 1- por el cuerpo infantil
- 2- por la identidad y el rol infantil
- 3- por los padres de la infancia.

1- El cuerpo infantil:

Se dan en la pubertad cambios importantes e inevitables en el cuerpo, tales como la activación de ciertas hormonas necesarias para el desarrollo sexual, con lo que comienza la producción de óvulos y espermatozoides maduros, trayendo como consecuencia el desarrollo de las características sexuales primarias (los genitales) y secundarias (crecimiento del vello, cambios de voz, etc.). Cambios a los que se le suman los del crecimiento en general.

El cuerpo, al niño le cambia de un modo tan rápido que muchas veces sólo puede ser un observador más del mismo; su mente aún infantil comienza a tener un cuerpo adulto.

Entonces de un modo defensivo se refugia en un mundo fantasioso y comienza a elucubrar ideas revolucionarias para modificar el mundo, así puede participar del mismo sin la necesidad de su cuerpo. Este recurso hace que el contacto con el mundo real sea muy lábil, y su relación con los objetos cambie continuamente.

- 1) En otros tiempos, en otras culturas el pasaje de la adolescencia a la adultez estaba marcado por normas y pautas bastante claras, vestigios de los antiguos rituales de iniciación. Las exigencias sociales de hoy están poco diferenciadas, muy indefinidas, cosa que dificulta aún más este pasaje, es muy difícil que el adolescente pueda desarrollar una mentalidad adulta, ya que la sociedad tiene como interés sostener un modelo ideal de cuerpo joven y atlético, viéndose así el joven tomado como un ideal que no es y está muy lejos de poder sostener, pero ¿cómo renunciar a eso que es el máspreciado tesoro de los adultos?
- 2) Si se corre con la ventaja de ser uno de los elegidos, como por ejemplo las "lolitas" se podrá hacer un culto del cuerpo, como otro entretenimiento infantil, cuando en realidad este ingreso a la vida adulta es solo aparente, ya que al asumir este rol, le exigen perpetuarse en la condición de "lolita", podemos esperar que aquí se elabore un duelo ¿qué será de ella a los 30? ¿Habría algún mágico cirujano que pueda hacer algo por ella?

2- La identidad y el rol infantil:

El niño tiene una relación de dependencia necesaria con sus padres, ellos deben hacer cosas que él no puede y el niño acepta esto, por lo general, de modo espontáneo. En el adolescente esta situación es dilemática ya que no puede mantener la dependencia infantil, pero tampoco puede sostener la independencia adulta.

La tendencia a moverse con su grupo de pares suele ayudarlo a resolver esta disyuntiva, dividiendo las cosas de la siguiente manera: Los padres a cargo de las obligaciones y responsabilidades y el grupo acreedor de los beneficios. De esta manera, él mismo no tiene nada que ver con nada y los responsables son los demás. Tiende a confundir la realidad con la fantasía y a tratar a los otros seres como objetos necesarios para su satisfacción, por lo que sus vínculos también serán intensos, pero sumamente fugaces, lo que a su vez explica su inestabilidad afectiva.

Se describe así una etapa necesaria y transitoria, ya que posteriormente el adolescente comenzará a funcionar con las características grupales, lo que le brindará una mayor estabilidad sostenida en la identificación con el grupo. Seguirá así hasta reconstruir un mundo propio de valores y normas, hasta lograr la independencia. Coloca al adolescente en una posición complicada, ya que la adolescencia no puede ser eterna pero tampoco hay un modelo adulto con el que identificarse.

El niño al no estar conforme con su propia imagen desarrolla una imagen ideal en la cual se refugia. Este yo ideal es omnipotente, no puede esperar para satisfacer sus deseos y no es capaz de considerar el otro. Este yo sólo se irá acotando en la medida en que la realidad le muestre sus límites. En base a modelos adultos se irá conformando el ideal del yo, lo que el niño debe ser. Los valores de este yo serían el esfuerzo, el reconocimiento y la consideración por el otro, como así también la postergación de logros. Pero cómo conformar este yo frente a un medio que propone dietas sin esfuerzo, tonificación muscular sin esfuerzo, infinidad de placeres que cada vez desplazan más al otro, y satisfacciones inmediatas.

El entorno social dificulta la independencia de muchas maneras, el trabajador de hoy debe ser mucho más especializado, para lo cual debe estudiar y formarse, lo que no permite que tenga experiencia laboral. Este período de formación dificulta las posibilidades de independencia, y una vez obtenido el título, comienza el momento de obtener experiencia laboral. Otros años más todavía. ¿Se logra entonces la independencia? Cómo puede un adulto fomentar la

independencia de un joven cuando él mismo es dependiente del mercado de consumo.

3- Los padres de la infancia

El niño ve a sus padres como figuras omnipotentes, ellos lo pueden todo, el adolescente comienza a notar sus debilidades, sus falencias, puede percatarse que no serán eternos, que envejecerán, pero ¿puede aceptarlo?

Una de las maneras de elaborar este duelo es proyectando estos padres ideales en otros ídolos, maestros, actores, deportistas.

La generación de adultos actual, tuvo una adolescencia muy diferente a la de la época, se podría decir que en su adolescencia se les exigió actuar como adultos maduros, por lo que ahora anhelan ser adolescentes. Estos adultos si bien no quieren este tipo de pautas para la crianza de sus hijos, tampoco han logrado plasmar pautas claras y definidas, lo que hace que el adolescente se sienta más cerca que nunca de sus padres en esta etapa. Se comparten las mismas dudas, inquietudes e inseguridades, facilitando esto la identificación con los mismos y dificultando de gran manera la elaboración de este duelo. O bien la crisis no la tienen solo los adolescentes o bien la adolescencia se extendió a un grupo etario mucho mayor.

La Primera Juventud

Este período que arbitrariamente comienza alrededor de los 20 años se caracteriza por ser la etapa en la que se concretarán o no, los proyectos de los años previos.

- 1-** La obtención del primer trabajo es una motivación de primer orden, no solamente por el ingreso económico, sino porque significa la afirmación de la identidad individual mediante el ejercicio de una actividad. Esto permite asociarse a una forma de vida distinta de la del estudiante que depende de su familia y diferente de la del desempleado que sobrevive en medio de privaciones. Trabajar debiera constituir la conclusión del largo proceso de socialización durante el cual la preparación en la familia y en la escuela han sido en buena medida, preparación para el trabajo.

Esa esperada incorporación al mundo laboral está muy lejos de ser una transición sin obstáculos. No se trata tan solo de la escasez de posibilidades sino también de la virtual imposibilidad de encontrar el tipo de trabajo deseado, para el cual ha venido preparándose y con el cual, en el mejor de los casos, identifica sus aspiraciones.

- 2- Por otro lado, debido a que se supone que carece de experiencia y de capacitación laboral, quienes tienen la buena suerte de encontrar un primer empleo, suelen ser objeto de diversos tipos de discriminación, pese a que sus tareas sean a veces las mismas que ejecutan los empleados de mayor edad y antigüedad.
- 3- Los jóvenes que no encuentran ese anhelado primer empleo hallan un primer desempleo, situación para la cual nadie los prepara. Con el desempleo y con la marginalización y resentimiento que esto supone, se inicia una etapa de crisis de los valores sociales y culturales anteriormente asimilados.
- 4- La formación de la pareja, eventualmente del matrimonio.
- 5- La llegada de los hijos.

La Edad Media de la Vida

Durante los 40 años y hasta los 60 transcurre este período, donde se comienza a hacer un balance de lo hecho, y se toma conciencia de los proyectos que alguna vez existieron y que tal vez, queden solo en sueños. La pos - modernidad al haber ubicado al adolescente en el lugar ideal social, ha producido un nuevo motivo de crisis entre la gente de mediana edad: el horror a la vejez.

- 1- Quienes ya no pueden conservar el cuerpo ideal habrán caído en la vergüenza de la vejez, fuera de toda posibilidad de éxito o de algún reconocimiento.
- 2- Esto multiplica las exigencias deportivas, con riesgo de muerte en quienes esta práctica no ha sido un hábito temprano.
- 3- Hay un lugar, a nivel social, un conjunto de valores que en otras épocas fueron propios del yo ideal: omnipotencia, egoísmo y falta de tolerancia a la frustración.

Sin duda responder a estas exigencias sociales es uno de los desencadenantes de crisis en estos años. El modelo loser (perdedor) o winner (ganador) polariza los valores. Finalmente todo termina siendo un símbolo de status: desde el auto o el lugar de veraneo hasta el propio cuerpo. Los adolescentes, observadores críticos han acuñado el término "pende – viejos" para la gente de la edad media que quiere mantener una imagen juvenil. Esta expresión muestra la crítica de los verdaderos jóvenes hacia lo que entienden es una caricatura de la juventud.

Por lo tanto, a las crisis vinculadas con los proyectos vitales hay que sumar estas otras derivadas de la exigencia social.

- 4- La meno y andropausia son situaciones críticas en si mismas.
- 5- En esta parte de la vida comienza el éxodo de los hijos del hogar y, últimamente con frecuencia al extranjero. Se ha caracterizado esto, desde lo familiar, como el "síndrome del nido vacío", otra circunstancia desencadenante de crisis.
- 6- Un cuerpo que no condice con el ideal social, la ausencia de los hijos, viejas o nuevas enfermedades y la perspectiva de un futuro de estrechez económica, son los factores desencadenantes más frecuentes de crisis a esta edad.

La Tercera Edad.

La población del mundo envejece. En las naciones industrializadas, la proporción de personas mayores ha aumentado. Lo mismo ocurre, aunque en menor medida en los países del Tercer Mundo. Nunca como hasta ahora se ha dado la convivencia de grupos etarios tan extremos, en proporciones significativas. Si hay algo que todo individuo debe tener en claro es que envejecerá.

Los cambios que implican la crisis de la vejez abarcan las tres áreas: física, psicológica y social. No se puede decir cuál empieza primero, pero sí se puede observar cómo se realimentan o inciden las tres.

- 1- En el síntoma físico hay que saber leer y decodificar qué mensajes nos está dando, que área se está expresando, qué nos quiere decir a través de esa queja. Es también de muy fácil observación como, a partir de un estímulo psicosocial, se provoca una respuesta a nivel de lo físico. Desde el punto de vista los síntomas más importantes son los sensoriales y los motores.
- 2- En lo social, la merma de vínculos e interacciones con compañeros al producirse la jubilación, que trae aparejados cambios en la situación económica que se torna debilitada. Todo esto produce un fuerte impacto en lo psicológico creando un estado de disminución de la autoestima, con gran inseguridad y extrañeza en su identidad. Se establece así un estado de desconocimiento personal, y donde antes "todo lo podía y emprendía" ahora todo está cambiado; cambiando desde adentro y también desde afuera, desde donde les devuelven una imagen desvalorizada porque ya no lo ven como lo veían antes.
- 3- Psicológicamente es un momento en el cual las pérdidas ocupan la primera escena. Hay que dar de baja muchas cosas, fundamentalmente la juventud. Según quién sea esa persona, se encuentra apartado, ensimismado, a veces irritado.

- 4- Al empezar a transitar este período después de los 60 años, aparece el límite de la vida como más preciso, a partir de aquí puede pensar en cifrar en un número de años su existencia, en tanto que desde la juventud, ese número parecería ilimitado. Esto significa que también se enfrenta al duelo fundamental que tiene que procesar, que es el de su vida entera, su vida física. Estos son los elementos psicológicos que hay que elaborar; las pérdidas anteriores y aún la de la vida. Recién una vez que esto pudo ser procesado, se recupera la energía psíquica necesaria para insertarse en la vida. Es en este momento cuando aparece una función psicológica que va a servir para realizar todo este proceso de aceptación y de nueva adaptación. Esta función habitualmente la significamos negativamente, pero al revés. Es una función que cuando está presente denota salud mental. Es la reminiscencia. No es un recuerdo fotográfico de hechos. Está hecha de recuerdos y olvidos significativos. Esta función va a permitir el reciclaje del pasado, con lo cual se refuerza la identidad y la autoestima. También tiene una función de comunicación con los que los escuchan para mostrar su valía, la estima de que era objeto en su trabajo, con sus amigos. Y también la posibilidad de comunicar sus experiencias vividas, partes de su vida, trascender con su vida en los otros. Con lo cual se restablece la comunicación interrumpida por la introversión y, a veces, el aislamiento.
- 5- Una parte importante de todo este proceso que con frecuencia no se evalúa suficientemente, es el tema de las dificultades en la audición. Este fenómeno que no es registrado, a veces por el entorno, es el comienzo del aislamiento. De aquí que si no se interviene para ayudarlo a resolver este problema, aparece el sentimiento de soledad, que significa la aparición de la tristeza, de depresión. Si en otras edades de la vida es importante para la buena integración psicológica y mental la función de la audición, en la vejez es importante para prevenir la desintegración mental y psicológica. Muchos de los medios de comunicación en el viejo son del área de la audición, y que éstos medios le transmiten vida. Escuchar una voz para un viejo que vive solo, es un elemento de acompañamiento. Finalizar la vida con una buena cabeza es prioritario para llenar el sentido de toda la vida que se tiene por delante.

La vejez se toma como una rama definida de la ciencia médica, en la última mitad del siglo pasado, para ser más precisa, en 1886, cuando Charcot, profesor titular de Clínica Médica, inició curso sobre "enfermedades de la vejez", señalando tres hechos esenciales:

- 1- La "vejez" constituye una auténtica rama de la medicina.
- 2- El conocimiento de la vejez y por ende de las enfermedades que le son propias requiere tiempo, con lo cual señaló, sin proponérselo, la necesidad de una metodología determinada para su estudio.
- 3- Hasta la fecha, si el "viejo" prácticamente no despertaba interés, menos aún lo hacía el viejo "sano".

Desde ese momento la terminología médica va enriqueciendo su caudal expresivo con un nuevo vocablo. Geriatria (del griego: geros, viejo y latría, curación), expresión a su vez de una nueva especialidad: "La que se ocupa de la descripción, investigación y tratamiento de las enfermedades humanas de la vejez".

Luego surgió la Gerontología; relacionada con los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y económicos referentes a la vejez. También es importante establecer la diferencia entre Senectud; vejez normal y Senilidad; vejez patológica. Si bien dicha diferencia no es fácil, se define como normal a aquél anciano que se conduce de acuerdo a las pautas propias para su edad.

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla en el transcurso del tiempo y modifica la forma, las condiciones internas y las funciones de todo cuanto existe. El envejecimiento se da en el campo material y espiritual, desde las formas más simples de organización, como el átomo, hasta la materia más altamente organizada, como los seres vivientes y sus funciones psicológicas. Estos cambios se producen tanto por las relaciones de la materia y el ser vivo con el medio, cuanto por sus propias contradicciones internas. El envejecimiento lleva a un incremento de la vulnerabilidad.

Cambios funcionales físicos en la senectud.

- 1- Disminución de la capacidad de adaptación a los esfuerzos por modificaciones en las funciones digestiva, renal, respiratoria y cardiovascular. Disminuye irregularmente la fuerza muscular, dependiente del modo de existencia del individuo.
- 2- Cambios a nivel del sistema nervioso central. (Alteraciones morfológicas, metabólicas y neuroquímicas). Por ej.: mayor lentitud en la velocidad de conducción y asociación del sistema nervioso. A medida que envejecen las células, aumenta en su interior la cantidad de lipofusina (llamada "pigmento de envejecimiento").
- 3- Disminución de la potencia sexual. En el hombre retardo de la fase de excitación y de la erección, disminución de las contracciones del

líquido seminal, del largo del chorro eyaculador, de la cantidad de líquido seminal. En la mujer; disminución de la frecuencia de las contracciones rítmicas de la vagina y de los músculos pélvicos, de las contracciones del útero y prolongamiento de la fase de excitación con lubricación vaginal y orgasmo. También se advierten alteraciones en las hormonas sexuales.

Cambios de las funciones psíquicas en la senectud.

- 1-** Trastornos de la memoria. Mayor dificultad para recordar los hechos recientes. (Disminución de la memoria de fijación).
- 2-** Disminución de la agudeza sensorial y sensitiva.
- 3-** Enlentecimiento de los procesos mentales. Declinación progresiva de la llamada "inteligencia fluida" (que es la que permite resolver problemas nuevos).
- 4-** Trastornos de la atención. Dificultad para concentrarse. Deterioro de la atención espontánea.
- 5-** Fallas en la capacidad de síntesis. Relatos morosos y reiterativos.
- 6-** Estrechamiento del campo de interés.
- 7-** Tendencia a ceñirse a una actividad rutinaria.
- 8-** Mayor serenidad o estabilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA

CAMPBELL, J. *"Reflexiones sobre la vida"*. Ed. Emecé – Buenos Aires – 1995.

CAPLAN, G. *"Principios de psiquiatría preventiva"* – Buenos Aires – Paidós – 1966.

ERIKSON, E. *"Identidad, juventud y crisis"*. Buenos Aires – Paidós – 1971.

MATERAZZI, MIGUEL ANGEL y col. *"Salud Mental, Enfoque Transdisciplinario"* – Editorial Salerno – Buenos Aires – 1997.

RICÓN, LÍA y col. *"Problemas del campo de la salud mental"* – Editorial Paidós – Buenos Aires – 1995.

CAPÍTULO VII

PERSONALIDAD

DRA. ELISA N. CORTESE - LIC. RICARDO H. CORTESE

Concepto:

No existe una definición universalmente aceptada de personalidad. El principal obstáculo estriba en que se trata fundamentalmente de una formulación hipotética, y por lo tanto, sujeta a factores tales como parámetros de referencia, variables experimentales y hasta prejuicios de escuelas.

Etimológicamente persona procede del latín persona hace alusión a la máscara de actor con la que se acentuaban los rasgos más característicos del hombre o mujer representados.

En la enciclopedia de idioma de Martín Alonso dice: "Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra".

La personalidad es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico pre-establecido. En la clínica no hay, pues, ninguna posibilidad de observación inmediata de la personalidad, sino que su tipificación es el producto de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas de cada sujeto. Cada escuela psicológica sostiene y defiende un modelo teórico de personalidad.

Gilford (1959), tras pasar revista a muchas definiciones de personalidad, las clasificó en cuatro grupos:

- 1) Definiciones de conjunto:** toman en cuenta todos los procesos o actividades de que es capaz un individuo (intereses, hábitos y habilidades). Estas definiciones, sin embargo, no se interesan en el aspecto integrativo de la personalidad.
- 2) Definiciones integrativas:** enfatizan especialmente la organización de la personalidad.
- 3) Definiciones de totalidad:** subrayan la integración o forma, no los componentes o partes de la personalidad.
- 4) Definiciones que tienen que ver con el ajuste del individuo al ambiente:** dan relevancia a factores de adaptación individual.

Todas las definiciones tienen mucho en común a pesar de tratar el problema desde marcos conceptuales diferentes.

Para el DSM IV: "son los patrones de conducta profundamente enraizados, que incluyen el modo en que uno se relaciona, percibe y piensa el entorno y si mismo".

Criterios jurídicos: el Código Civil habla de la normalidad, particularmente la psíquica, reside en los siguientes atributos: discernimiento, intención, libertad y completa razón, sano juicio (art. 897,900,3616).

El Código Penal dice que el concepto de personalidad normal queda concretado en la "aptitud psíquica en el momento del hecho para comprender la criminalidad de un acto o dirigir sus acciones".

La personalidad se nos va apareciendo como una totalidad, estructura coherentemente con rasgos propios en cada individuo, capaz de autoconocerse, y en la medida en que se conoce de autodirigirse, abierta a las influencias ambientales que la configuran, y a la vez que, configura en una relación que siempre es dialéctica, y fundamentada sobre el hecho básico de la naturaleza corporal del hombre.

Se infiere que el concepto de personalidad implica ideas diferentes como: organización, integración e individualidad. Hablar de personalidad humana es afirmar que el hombre es uno y único.

La integración puede ser más o menos perfecta y variar entre la armonía perfecta y la discordancia más conflictiva. La individualidad admite semejanza con otros hombres.

Estas características suponen la existencia de una estructura psíquica, o sea de una dirección coherente y permanente, o relativamente permanente del comportamiento anímico global.

Personalidad es una entidad, a la vez, interna y objetiva, ya que se trata de una estructura abierta al mundo circundante. Influye sobre el mundo y es influida por él.

La personalidad se desarrolla en una incesante evolución, es decir, a una estructuración en progresiva armonía de los aspectos: cognitivos, afectivos, fisiológicos y morfológicos del individuo. Una unidad sintética, siempre en movimiento.

La personalidad hace a la persona y la persona hace a la personalidad, y no está dada al nacer, ni está condicionada solamente por factores genéticos, sino que fragua en el curso de la vida.

¿Cuál es la utilidad de estos conocimientos para el personal de salud?

No desconocemos que la vida en sociedad nos ha llevado a practicar la relación entre personas y hay, por lo tanto, un saber previo sobre cómo establecer vínculos. Los conocimientos teóricos y una práctica diri-

gida a aplicarlos da una base de sustentación que proporciona una mayor seguridad. Según el tipo de personalidad surgirán los “diversos estilos comunicacionales”.

Características de la Personalidad

- ◆ Unidad. Centrarse en lo propio y característico del individuo, armonizando la unidad y continuidad.
- ◆ Estructura durable. Construir una organización personal, continua y persistente.
- ◆ Dinámica de cambio. Disponible a un desarrollo dinámico y permanente. Los cambios se producen dentro de una línea de comprensibilidad psicológica que da continuidad de sentido a la personalidad.
- ◆ Relacionabilidad. Abierto a la riqueza del mundo circundante.
- ◆ Organización e integración. La personalidad no es solo una suma, una totalidad de funciones.
- ◆ Temporalidad. La personalidad es temporal porque es siempre la de un individuo que vive históricamente.
- ◆ Permanente y fija. Es la configuración única, que toma en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.
- ◆ Dinamismo. No es un proceso cerrado o estático.
- ◆ Estabilidad. A lo largo del tiempo.
- ◆ Se presenta como una variable intermedia, se afirma como un estilo a través de la conducta y por medio de ella.
- ◆ Asintomática. Deprovista de ansiedad.
- ◆ Egosintónica. No siente los síntomas como propios.

Según Alonso Fernández, la personalidad tiene la misión rectora en la organización de la vida psíquica y de la conducta humana. Se realiza, regulando sistemáticamente:

- | | |
|----------------|-------------------|
| ◆ Inteligencia | ◆ Dinamismo vital |
| ◆ Afecto | ◆ Valores |
| ◆ Voluntad | ◆ Espiritualidad |

“La personalidad se entiende como una totalidad expresada en conductas (Implícitas y/o explícitas), que se traducen en el nivel de la Mente, del Cuerpo y de Las Relaciones Interpersonales”.

- ◆ **Biológico:** Sistema Nervioso Central.
- ◆ **Psicológico:** Aprendizaje y desarrollo
- ◆ **Social:** Aprendizaje y proceso de socialización.

Los diferentes elementos de la personalidad se irán integrando como los pisos de un edificio, es imposible construir el 2do. Piso si no está el 1ro., es decir que debe haber maduración, la que dependerá en primera instancia de la integridad del nivel biológico; a modo de ejemplo en un niño con trastornos en su SNC no podrán integrarse adecuadamente elementos que dependen del factor psicológico, es decir que aún presentes los estímulos externos (enseñanza), no alcanzará el nivel promedio de desarrollo intelectual.

Así sucesivamente estos tres niveles se van integrando de una manera compleja donde dependerán de la indemnidad y presencia del anterior, y a su vez se modificarán mutuamente.

“La estructura de la personalidad es la resultante de la interacción entre la programación genética y la programación social”.

Cuando nace un niño este tiene en su código genético la programación para su desarrollo. Si fuera posible concebir al individuo fuera de un contexto social, se reproduciría casi fielmente la programación genética, al mejor estilo “Tarzán”. Como esto es imposible para el desarrollo de la personalidad de un sujeto, la sociedad va influyendo sobre él para que se adapte al momento histórico, social y cultural que le toque vivir.

Programación genética vs. Programación social = Desarrollo de la Personalidad.

“La estructuración de la personalidad, resulta del frágil equilibrio entre los requerimientos internos que hacen al ser individual y las postulaciones o exigencias externas que condicionan al ser social”.

Las motivaciones generan en el niño necesidades cuya satisfacción puede o no ser facilitada por el medio ambiente. Si es satisfecha, se genera un cambio que da paso a una nueva motivación. Se instaura la posibilidad de expresarse genuinamente en armonía con su entorno, lo que a su vez genera un feed-back positivo, de confianza, autoafirmación, y satisfacción, lo que da curso a nuevas motivaciones.

Si el medio es desfavorable, amenazante o incomprensivo el niño se siente mal, no expresará la motivación genuina y se acumulará energía que produce un estado de desequilibrio interno. Optará entonces por otras Conductas Sustitutas de la motivación genuina, que si cuentan con la aprobación del medio. La prohibición de la motivación genera un mandato u orden de renunciar a ella.

La repetición de conductas estereotipadas sustitutas determinarán trastornos de la personalidad (ej.: Neurosis).

Del interjuego entre las posibilidades del individuo y las respuestas de su medio ambiente, en las distintas etapas del desarrollo instintivo y motivación surgirán las diferentes estructuras de personalidad predominantemente adecuadas o patológicas.

La estructura de la personalidad se conforma con la integración complementaria y sumatoria de:

- ◆ **Temperamento:** es el componente más profundo de la personalidad. Expresa la forma verbal del ser del individuo. Es fundamentalmente hereditario y biológico y está conformado por los impulsos y los sentimientos vitales (lo innato del talento artístico).

Es el aspecto funcional o dinámico de la constitución (se refiere a las características afectivas más estables). Es un concepto estrictamente biológico, y se remite a aquello que está directamente influido por la estructura endocrina y neurovegetativa más aún que el sistema nervioso central.

El temperamento es cuerpo (morfo-fisiología) más instinto (núcleo original de lo psíquico). Instinto es el conjunto de tendencias innatas que permiten el ejercicio de actos específicos, comunes a la especie, que se ejecutan perfectamente sin necesidad de aprendizaje previo.

El temperamento es la constitución psicofísica particular del individuo. Sólo se modifica con los traumatismos físicos corporales, por carencias o excesos.

Es la base de los mecanismos biológicos responsables de la capacitación precisa del medio ambiente, la percepción sensorial óptico-acústica y táctil cenestésica y las relaciones intersensoriales en la raíz de elaboraciones nominales: lenguaje.

Originaría actitudes generales de orientación afectivas en el mundo: dar importancia – permanecer indiferentes.

El temperamento es lo contrario a carácter. El temperamento aparece como si estuviera determinado por la constitución.

- ◆ **Carácter:** es la forma habitual en que un sujeto organiza su conducta en función de sus propios impulsos internos, su propio sistema de valores y las exigencias culturales del mundo externo.

El carácter sería el aspecto exterior de la personalidad, su manifestación más fiel. Cualquier esfuerzo para analizar el carácter presupone el conocimiento de la estructura de la personalidad. Hablar de carácter y de personalidad es hablar de dos niveles de la misma realidad.

El carácter designa el conjunto de rasgos grabados observables, los cuales, en un individuo o en un grupo, definen una manera habitual de comportamiento en cierto tipo de situaciones, o frente a ciertos objetos. Implica pues, un valor diferencial que marca lo que permite identificar al individuo, reconocerlo.

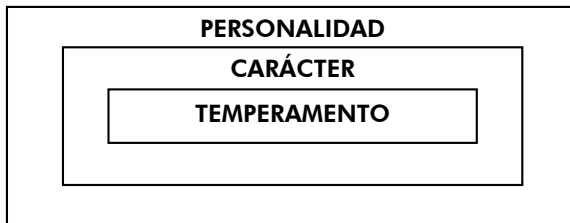
Carácter es temperamento más experiencias y educación social. Por ello depende de la capacidad de aprendizaje del individuo (desarrollo cerebral) y de la información disponible (cultura).

Básicamente es aquella parte de la personalidad que es maleable por el aprendizaje y por la influencia de lo social. Es lo que puede ser modificado en el individuo por la incorporación de la cultura.

El carácter es la forma específica individual de comportarse, el estilo habitual de nuestra conducta, la forma de responder ante estímulos y situaciones, y de reaccionar anímicamente. Es el aspecto expresivo de la personalidad.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contactos personales y sociales.

Mientras que los rasgos de personalidad son relativamente flexibles el carácter lo es muchísimo menos y el temperamento es decididamente invariable.



- ◆ **Instinto** (Yo filogenético, heredado, genérico, común de la especie).
- ◆ **Temperamento** (Yo fisiológico).
- ◆ **Carácter** (Yo social).

Organización del Yo:

- a) Relaciones de nuestra historia.
 - b) Nuestro organismo.
- } Integra lo diacrónico
y lo sincrónico.

El yo es la persona, es el sujeto de la vida en relación. No puede ser escindido. Se construye con el desarrollo del ser psíquico (ciclo vital).

La individuación se da:

- 1) La integración de un sistema de valores lógicos (instrumento de dominio sobre la realidad).
- 2) La propia historia (de los acontecimientos, de la existencia).
- 3) El ideal de mi (imagen unificadora como identidad).
- 4) Autoconstrucción.

Organización sincrónica: cosas que suceden al mismo tiempo del campo de la experiencia. Es el aquí y ahora, el presente. Campo de la conciencia, organiza las experiencias vividas, ordenamiento de la realidad. El estado de nuestro cuerpo en un momento dado.

Organización diacrónica: a través del tiempo. Es la ontogénesis; la historia del yo. Conciencia a lo largo del tiempo, cronológico y personal.

La personalidad se forja en un doble movimiento:

- a) **de construcción:** sobre la base de un fondo neurobiológico matriz.
- b) **De subordinación:** para adaptarse a las exigencias socioculturales del entorno.

Es una integración dinámica que favorece la individualidad y la singularidad de una persona con respecto a los demás:

- 1) Desarrollo del comportamiento psicomotor.
- 2) Desarrollo de las conductas y comportamiento psicológico.
- 3) Desarrollo instintivo afectivo.

Etiopatogenia:

Es multifactorial, existen factores individuales, ambientales, experienciales y elementos biogenéticas (psicológicos, socioculturales o conductuales).

- 1) Factores genéticos o herencia.
- 2) Disbalances neurofisiológicos (sensibilidad del sistema nervioso central a los factores patógenos: crecimiento, formación, desarrollo).
- 3) Factores ambientales inmediatos tales como el vínculo materno filial o la respuesta emocional de los padres.
- 4) Factores ambientales mediatos (aceptación, rechazo), (la integración o la desadaptación de los grupos o instituciones sociales que median la configuración de la personalidad).

Características de la Personalidad Normal

La Normalidad es la capacidad para desempeñarse de forma independiente y competente, que permite obtener una sensación de satisfacción y bienestar.

- 1)** Autodominio y autoconocimiento.
- 2)** Responsabilidad de acciones.
- 3)** Correcta percepción y adaptación a la realidad.
- 4)** Madurez afectiva.
- 5)** Estabilidad emocional.
- 6)** Cultivo intelectual.
- 7)** Educación de la voluntad.
- 8)** Vivir con valores éticos.
- 9)** Elaboración de un proyecto existencial.
- 10)** Vida espiritual.

BIBLIOGRAFÍA

- BERRETONI, PABLO ARMANDO. *"Psiquiatría I"* – Ed. Dunken – Buenos Aires – 2001.
- CORTESE, ELISA NORMA. *"Manual de Psicopatología y Psiquiatría"* – Editorial Nobuko – Buenos Aires – 2003.
- FILLOUX, JEAN CLAUDE. *"La personalidad"* – Ed. Eudeba – 4^o. Edición – Buenos Aires – 1965.
- MARCHANT, NÉSTOR F. *"Tratado de Psiquiatría"* – Ed. Ananke – Buenos Aires – 2002.
- MATERAZZI, MIGUEL ANGEL. *"Salud Mental"* – Ed. Salerno – Buenos Aires – 1993.
- RICON, LIA. *"Problemas del Campo de la Salud Mental"* – Ed. Paidós – 2da. Edición – Buenos Aires – 1995.
- VALLEJO RUILOBA, J. *"Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría"* – Ed. Masson – 4ta. Edición – Barcelona – 1998.

CAPÍTULO VIII

PERSONALIDADES PERTINENTES

LIC. VIDALINA DÍAZ ALVAREZ

La noción de personalidad en tanto individualidad psicológica, no significa la influencia ejercida por un individuo sobre otro ("tiene una personalidad notable"): todos tenemos una personalidad, hasta los más simples. La personalidad tampoco significa la *apariciencia* de que uno se revisite ("adoptar" una personalidad): esta apariciencia no es sino un aspecto de la personalidad total. Ni mucho menos significa el ideal que un individuo puede forjarse sobre sí mismo ("tratar de cultivar la personalidad").

Determinante social: cultura y personalidad.

Toda cultura guarda una relativa independencia respecto de aquellos que la viven y la practican. Esto se traduce, en particular, en el hecho de que ningún individuo de determinado grupo conoce todos los detalles de los modos de vida del grupo. Pero ese hecho responde igualmente a la estructura interna de la cultura que presenta elementos comunes, compartidos prácticamente por todos los miembros del grupo (lengua por ejemplo) y elementos particulares de algunos miembros (aquellos que practican igual profesión, tienen igual edad, etc.).

En segundo término, toda cultura toma, respecto de los miembros del grupo, el aspecto de modelos admitidos, compartidos. Objetivamente la cultura es, como dice Linton, "la configuración de los comportamientos aprendidos y de sus resultados, cuyos elementos son compartidos y transmitidos por los miembros de una sociedad determinada".

Si es cierto que en el hombre predominan los modos de conducta adquiridos, los procesos de adquisición deben tomar la forma de una "endoculturación", vale decir, de una integración a una cultura de la cual el ambiente familiar (tan determinante en la primera infancia) es un elemento y un agente de transmisión fundamental.

Las experiencias fundamentales del niño no dependen solo de la estructura familiar misma, sino además, de las actitudes que adopten frente a él las personas a las que está ligado por lazos de parentesco determinados y por obligaciones definidas.

De todas formas, si en cada cultura normas culturales idénticas rigen la educación de los niños, seguramente se crearán en ellos estructuras reaccionales comunes que son, a su vez, causa de la formación en la edad adulta de rasgos fundamentales comunes.

En 1937 Kardiner formuló el concepto operacional de "personalidad básica" para expresar la idea de una identidad necesaria de los aspectos de la Personalidad formadas en condiciones culturales comunes.

La Personalidad es una conformación única, propia de un individuo, no es solo una suma de funciones sino una organización, es temporal, toma en el transcurso de la historia de un individuo el conjunto de los sistemas responsables de su conducta. El carácter es el aspecto expresivo de la personalidad.

Diferencia entre Personalidad, Neurosis y Psicosis

- ◆ **Personalidades:** Presentan rasgos en grado más o menos intenso., determinando o no patología.
- ◆ **Neurosis:** Trastornos cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. Se trata de trastornos de la conducta, las ideas o los sentimientos que manifiestan una defensa contra la angustia y una transacción de la cual el sujeto obtiene en su situación neurótica, cierto beneficio secundario.
- ◆ **Psicosis:** Enfermedades graves que presentan síntomas tales como alucinaciones y delirios.

PERSONALIDADES PERTINENTES

Los mecanismos de formación de síntomas neuróticos son equiparables a los del desarrollo y estructuración de los rasgos de carácter. La línea divisoria entre alguien que podamos considerar en estado de salud mental y alguien neurótico y también en algunos casos psicótico, es una línea con límites imprecisos, las diferencias culturales pueden determinar grandes diferencias en cuanto a la consideración de una característica, de un rasgo, o de un comportamiento. Un rasgo considerado como patológico e indeseable en un medio cultural, puede ser considerado positivo o saludable en otra cultura.

Generalmente decimos que todos somos neuróticos, aludiendo justamente a la similitud entre los mecanismos que determinan síntomas neuróticos y rasgos de carácter de personalidades que se comportan adecuadamente dentro de su medio sociocultural, que logran una adaptación activa y mantienen un comportamiento adecuado, que no

se someten pasivamente a las condiciones impuestas por pautas con las que no acuerdan.

Cuando hablamos de personalidades pertinentes, nos referimos a estructuras de personalidad que caracterizan a individuos ubicados en la franja de salud.

Pertinente implica que su estado emocional mostrará fluctuaciones como respuesta a las circunstancias en las que se vean envueltos y que mostrarán conductas que en nuestra cultura parecen promover estados de mejor desarrollo y bienestar.

Estas personalidades son las que consultan habitualmente por distintas patologías orgánicas. Cuando consultan, es importante que el médico, para lograr el cumplimiento de su rol reparador, implemente un estilo complementario que ayude al paciente que está en una situación de stress y exalta sus rasgos, pudiendo deslizarse a situaciones de mayor sufrimiento y dificultades en la curación de los padecimientos físicos. Esto está relacionado con la disminución de las defensas, con las dificultades en el cumplimiento de las indicaciones, con la negación de la patología padecida que puede necesitar medidas preventivas que no se efectivizan en muchos casos porque no se han tenido en cuenta sus características comportamentales que necesitan un trato diferente por parte del personal de salud.

Clasificación:

- ◆ Persona demostrativa
- ◆ Persona observadora no participante
- ◆ Persona suspicaz
- ◆ Persona atemorizada y huidiza
- ◆ Persona lógica
- ◆ Persona variable de ánimo
- ◆ Persona de acción

◆ Persona Demostrativa:

Las primeras etapas del desarrollo transcurrieron sin mayores dificultades, son conscientes de su aspecto que está al servicio de la reacción que necesitan producir en el otro. Estas reacciones producen un impacto estético, y su plasticidad les permite adaptarse al otro, por lo que son capaces de una captación efectiva de aquel a quien quiere seducir. Su entrada en el consultorio no pasa inadvertida, ya sea por grandes gestos o por su aparente indiferencia. El profesional puede

sentirse seducido y experimentar un fuerte rechazo, perdiendo objetividad. Las artimañas de estos pacientes deben entenderse como los juegos infantiles, en los que la representación de los personajes está como a mitad de camino entre lo consciente y lo inconsciente.

Pueden ser teatrales, sugestionables, mentirosos, seductores y creen en sus propias mentiras. Dan pocos datos concretos, su lenguaje es abundante en adjetivos dada la subjetividad con que evalúan los hechos. Se expresan adecuadamente en todas las áreas (mente, cuerpo y mundo externo). Cuando no hay coherencia entre las áreas porque la disociación les hace transmitir con prevalencia en un área privilegiada que es la del cuerpo. Sus conductas incluyen el beneficio secundario. Por una parte resuelven el conflicto y por la otra obtienen el beneficio de ser atendidos por sus síntomas. Presentan atención dispersa y memoria mejor implementada para los afectos concomitantes que para los hechos concretos. La percepción tiende más a lo global que a los detalles.

Es frecuente observar la existencia de padres que han tenido conductas seductoras y que han privilegiado la expresión del afecto a través del cuerpo.

El trato con estos pacientes debe ser firme. Generalmente consultan por conversiones somáticas, simulaciones, psoriasis etc.

◆ **Persona Atemorizada y Huidiza**

Su actitud revela temor, observan atentamente el entorno, tienen dificultades de expresión al comienzo que pueden superar si encuentran el objeto acompañante contrafóbico (aquello que los reasegure y disminuya el miedo). Se muestran desvalidos y necesitados. El profesional trata de que el paciente se sienta confiado y para ello utiliza el cuerpo, las palabras y los gestos.

Su atención esta puesta en el entorno disminuyendo el contacto con las sensaciones internas, generalmente se sientan en el borde de la silla. En el lenguaje de estas personas se observan separaciones atípicas de las palabras. Hablan muy rápidamente y con voz suave. Presentan temor a las enfermedades. Hipocondríacos.

◆ **Persona Observadora no participante**

Son lánguidos y silenciosos, entran como si quisieran pasar inadvertidos, la primera impresión es de distancia y hermetismo, esperan ser interrogados y difícilmente toman la iniciativa en una entrevista, están más conectados con los estímulos internos que con los cambios que se operan en el medio, provocan curiosidad y deseo de ayudarlos,

ponen una barrera que dificulta la comunicación y tratan a su vez de disminuir la distancia. Son hipersensibles y necesitan defenderse de las agresiones exteriores con una coraza que pretende aparentar indiferencia, pueden intelectualizar cuando deben emocionarse, por temor a no poder soportar las emociones, son susceptibles y a veces irritables, se refugian en la fantasía y el idealismo, tienen temor al ridículo. Suelen ser envidiosos, fríos, calculadores.

El médico deberá tener una actitud paciente, a fin de inspirar confianza y permitirle expresar sus inquietudes, no puede forzarse el contacto porque se incrementaría la dificultad para establecer vínculos.

Patología orgánica: gastritis, diarreas, constipación.

◆ **Persona Suspica y desconfiada**

Se presentan muy serios, como buscando algo muy definido e importante, carecen de espontaneidad, están expectantes sin perder ningún detalle de lo que ocurre porque esperan cualquier cosa y muestran cierto grado de impasividad debido a un extremado control, responden a las preguntas pero son contestatarios en algún aspecto de la respuesta. No aceptan sugerencias, son muy rígidos.

Pueden sorprender al entrevistador al no poder compartir los cambios circunstanciales del entorno, esto ocurre porque son suspicaces y todo lo dicho u ocurrido lo interpretan como un ataque, provocan en el médico un gran cuidado en lo que dice y como lo dice para protegerse ya que "todo lo que diga o haga será tomado en su contra". Mantienen la distancia con el otro para no comprometerse y poder tener la objetividad que les permita percibir los datos que confirmen sus sospechas. Focalizan la atención en los temas de su interés, su conducta puede ser imprevisible porque responde a la necesidad de confirmar sus sospechas, tienen gran dificultad para desarrollar actividades lúdicas, son arrogantes como modo de tapar su inseguridad, tratan de mostrarse independientes, suelen estar sometidos a algún personaje de su mismo sexo, la memoria es selectiva para los temas que les interesan, su estado de hiperalerta (paranoide) no los lleva a estados de confusión.

◆ **Persona Lógica**

Suelen presentarse muy arreglados, con una preocupación especial por los detalles en función de mantener el orden. Son ceremoniosos y formales, se presentan a sí mismos, piden permiso para sentarse, esperan ser interrogados.

En la entrevista pueden provocar incomodidad en el médico, ya que si no respondió a sus necesidades puede aparecer como poco gentil. Su discurso está lleno de detalles inútiles y produce aburrimiento, parecen no discriminar lo esencial de lo secundario. No pueden evitar la duda y la angustia que les produce la posibilidad de no estar en lo cierto y haber dejado de lado un detalle importante. Esta duda los hace disculparse por los rituales, las repeticiones y el exceso de detalles. Su rasgo de personalidad más importante es la rigidez, retienen muchos datos pero no pueden procesarlos con éxito, la preocupación por los detalles los lleva a perder el sentido general de la comunicación, a no tener en cuenta el objetivo final de sus conductas. Tienen dificultad para aceptar los cambios en el vínculo con otras personas. El control les hace perder autonomía. No se conectan con la realidad como totalidad estructurada, ya que están pendientes de los detalles. Tienen dificultades para sentir emociones porque no tienen una lógica que los satisfaga. Son económicos, moralmente estrictos, tenaces, cumplidores, ordenados y formales.. Pueden ser excesivamente puntuales o impuntuales. Carácter obsesivo.

Tipos de patología orgánica: son frecuentes los trastornos gastrointestinales.

◆ **Persona de ánimo variable**

Son particularmente demandantes, quejosos y pesimistas, descalifican la ayuda que vienen a buscar, son pasivos, caminan con lentitud, el personal de salud generalmente las contacta en estado de ánimo triste. Producen en el médico una sensación de impotencia, nada de lo que se les brinda es suficiente. La intensa demanda produce agotamiento y agresión. La falta de autoestima hace que sean muy exigentes consigo mismos y muy sensibles a la crítica, de aquí la variación del estado de ánimo que puede cambiar de triste a alegre si consiguen satisfacer sus demandas. Tienen poca tolerancia a la frustración y se desorganizan ante las pérdidas debido a los mensajes de desaprobación que reciben desde sí mismos. Estas dificultades los hacen ávidos y demandantes. Necesitan estar siempre haciendo algo por su deficiente autovaloración. La elaboración de las pérdidas es dificultosa e insuficiente. Idealizan lo bueno, cuando lo alcanzan dejan de valorarlo. Pueden deprimirse por los triunfos. Su ánimo es depresivo.

Tipos de patología: cefalea, cansancio crónico inespecífico.

◆ **Persona de Acción**

Entran en el consultorio haciendo notar su presencia, tratan de llamar la atención a fin de utilizar al otro como objeto, como fuente de gratificaciones. Su actitud ante el médico, aunque se sientan enfermos, causa sorpresa, porque intentan cambiar permanentemente el sentido de la entrevista, en vez de pedir ayuda, la exigen con arrogancia. El entrevistador se siente entrevistado por los comentarios y las preguntas que hacen, los gestos, actitudes corporales y tonos de voz ocupan un lugar más importante que las palabras, que expresan los pensamientos o emociones. Son arrogantes y descalificadores. El médico se siente sacado de su lugar, es necesario replantear la diferencia de roles, decirle al paciente que estamos para hablar de él y sus problemas, de sus necesidades, no para hacer comentarios que estén fuera de tema, es importante mantenerse firme. Sus respuestas son inmediatas, no reflexionan, no tienen capacidad de espera, ni sentimientos de culpa, sus impulsos y necesidades deben ser satisfechos de inmediato, no aprenden de la experiencia. Tienen dificultades para identificarse con el otro, para pensar en las necesidades del otro. Su noción del tiempo es sin continuidad, en bloques separados, así es como su conducta puede aparecer sin coherencia, regida por impulsos. La necesidad de inmediatez se opone a la concentración. Tienen conductas que aparecen como amorales, asociales, sin reglas, sin escalas de valores, ancladas en la inmediatez de un beneficio que puede no tener futuro (psicopáticas). Presentan fallas en la simbolización que dificultan el proceso de pensamiento, la falta de tolerancia a la frustración es muy intensa y los lleva a saltar etapas y a intentar una salida a través de la acción. Tienen un Superyo frágil e inestable, como si un primitivo odio a los padres se trasladara a las relaciones que establecen con la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

EY HENRI, *“Tratado de Psiquiatría”* – 6ta. Edición – Barcelona – Editorial Toray-Masson – 1988.

FILLOUX, JEAN CLAUDE. *“La personalidad”* – Ed. Eudeba – 4ª. Edición – Buenos Aires – 1965.

RICON, LIA. *“Problemas del campo de la salud mental”* – Ed. Paidós – Buenos Aires - 1995.

CAPÍTULO IX

GRUPO FAMILIAR Y VÍNCULOS

LIC. VIDALINA DÍAZ ALVAREZ

La familia, como grupo y como institución social ocupa un lugar clave a la hora de hablar de promoción de la salud. Se trata de un grupo que forma personas, el vínculo afectivo hace posible la crianza y el desarrollo intelectual de los seres humanos.

El niño nace prematuro con respecto a otras especies superiores, y por lo tanto, necesita durante un periodo relativamente largo, cuidados familiares, y mas específicamente, maternas para poder sobrevivir. Por otro lado, un niño carente de estímulos sociales próximos, desde el primer momento de su nacimiento y a lo largo de la primera infancia, no se socializa, no desarrolla sus capacidades humanas ni se adapta a la sociedad. La familia asegura la propagación, el desarrollo y la socialización del hombre. La familia es la institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, un sujeto. Es el vehículo inicial e imprescindible para la transmisión de pautas culturales, fines y valores, y el fundamento de la organización social

Como grupo primario se caracteriza por las identificaciones proyectivas masivas, cruzadas y múltiples entre los miembros del grupo familiar, configurando un grupo de participación. La participación implica que la identidad sea una identidad grupal. La familia se caracteriza por el establecimiento de una simbiosis. La dinámica del grupo familiar se caracteriza por ser la familia el reservorio o el depositario de los aspectos menos diferenciados o menos discriminados de la personalidad, haciendo posible que los sujetos actúen fuera del grupo de un modo mas adaptado, mas discriminado, con los aspectos mas evolucionados de su personalidad.

Consideramos a la familia como un sistema homeostático que responde a los cambios de los miembros al modo de ensayo y error. Este sistema comprende procesos auto correctivos que le permiten continuar funcionando de modo habitual.

Los términos para describir las interacciones entre dos o más personas serían:

- a) Las tácticas o conductas del individuo
- b) La interacción de tácticas, como un tipo particular de relación.
- c) El sistema total que resulta del juego de interrelaciones de las clases sociales y la estructura familiar.

La célula de la familia en nuestra cultura es la Pareja, el sentimiento que construye el vínculo es el amor, apoyado en la comunicación en el nivel emocional, intelectual y sexual.

- a) El nivel emocional se refiere a lo afectivo, la capacidad de compartir los diferentes estados emocionales por los que transita cada uno de los integrantes de la pareja.
- b) El intelectual hace referencia a la inteligencia aplicada a resolver los problemas que se presenten.
- c) El sexual hace referencia a la comunicación sexual y todo aquello que pueda brindar placer.

El vínculo es la interacción entre dos o más personas, relacionadas afectivamente configurando una estructura dinámica en continuo movimiento. El vínculo es intrasubjetivo, porque es necesario que haya una internalización del otro, se fundamenta en el primer vínculo que es el del niño con la madre, que se inscribe en el aparato psíquico y determina el modo de vincularse posteriormente con otras personas.

En el vínculo de la Pareja se producen tres crisis básicas:

- ◆ **Primera.** Entre los seis primeros meses de conocerse y el año y medio, a pesar de darse la Complementación Integrativa Creativa, el diálogo en los tres niveles, ser prevalente el vínculo y secundario el resto (sin dejar de lado otros aspectos de la vida), se produce la crisis. La influencia de lo negativo de la sociedad a la cual está expuesta la pareja da lugar a la rutina y la cotidianidad, se pierde la creación y el diálogo, se invierte la prevalencia y comienzan las disputas que van produciendo ruido y desgaste. Si surge del diálogo que la pareja debe ser un acto creativo de ellos, sin servir a otros fines, se superará la crisis y continuará su proyecto en la existencia. Cuando alguno de los dos recurre a los modelos familiares introyectados, positivos o negativos, e impone su propuesta, se da una pareja sometedor-sometido, lo cual si no se clarifica lleva a la disolución de la misma.

- ◆ **Segunda.** Se suscita cuando sobreviene la convivencia cotidiana bajo un mismo techo, surgiendo nuevamente la interacción sometedor-sometido, pues cada uno o alguno de los polos de la pareja inconscientemente pretende imponer el modelo del grupo de pertenencia. Si los canales de comunicación son permeables, se puede elaborar la crisis, estableciendo que ese lugar donde habitan debe ser creado por los dos y no debe estar al servicio de uno de los miembros de la pareja.
- ◆ **Tercera.** Ocurre cuando llegan los hijos, si estos son hijos utilitarios al servicio de la institución matrimonial, parche que remienda la relación, al servicio del logro de la mujer y/o del machismo del padre. Si en cambio son hijos de la complementación Integrativa creativa, es decir productos del amor, también puede producirse una crisis si alguno de los dos utiliza al hijo para gratificarse plasmándose en él.

Grupo Familiar Equilibrado

Esta compuesto por progenitores que forman concretamente una pareja. La comunicación es fluida y en todas las direcciones. Su líder emergente es el padre, que mantiene el equilibrio del grupo. Constituiría un grupo familiar satisfecho y estable

Grupo Familiar con Trastornos

- ◆ Grupo familiar insatisfecho pero estable: los progenitores forman una pareja como si, los hijos son utilitarios o fueron producto del amor de una pareja que al principio funcionó como pareja, pero luego se quedó. El padre no asume el rol de líder y delega ese rol inconscientemente en otro miembro del grupo familiar. Este miembro aglutina al grupo, disimula la no comunicación y mantiene una estructura familiar insatisfecha pero estable.
- ◆ Grupo familiar insatisfecho e inestable: es el más patológico. Los progenitores no constituyeron nunca una pareja, establecieron una relación mercantilista, de pura transacción, los miembros de la familia están aislados e incommunicados. Los conflictos del grupo y de cada uno de los integrantes son depositados en uno de los miembros. Para que ese miembro se enferme y se erija como portavoz es necesario que haya un factor desencadenante que dispare la predisposición que da como resultado la enfermedad. El miembro enfermo se constituye en el portavoz, mediante su enfermedad denuncia la enfermedad del grupo familiar, y es segregado, dentro del grupo cuando predomina la culpa y se lo segrega fuera del grupo cuando predomina la persecución y el miedo a la contaminación.

Elementos Fijos en la Familia del paciente con Trastornos

- ◆ El miembro con trastornos es el portavoz y depositario de las ansiedades y tensiones de sus respectivos grupos con trastornos.
- ◆ Debemos considerar a la persona con trastornos psíquicos como una "persona concreta en crisis"
- ◆ El líder en "crisis" mantiene una estrecha relación con el líder grupal, al transformarse en líder del grupo familiar alterado.
- ◆ Las ansiedades paranoides (temor al ataque) y depresivas (temor a la pérdida) son ansiedades básicas de las que se defiende el grupo, a las que agregaría la ansiedad confusional.
- ◆ El miembro con trastornos en "crisis" cargado con el desequilibrio grupal, es segregado y cosificado por el grupo familiar. Esta segregación puede ser intra grupo cuando prevalece la "culpa", y extragrupo cuando predominan la persecución y el miedo a la contaminación.
- ◆ El pronóstico de la persona con trastornos tiene una relación con el grado de receptividad que muestra el grupo familiar para con él.
- ◆ Cuando las tensiones permanecen equitativamente distribuidas, el grupo tiende al equilibrio - al crecimiento- y se mantiene "sano" y activamente creativo.

+

BIBLIOGRAFÍA

MATERAZZI, MIGUEL ANGEL. *"Salud Mental"* – Editorial Salerno – Buenos Aires – 1993.

PICHON RIVIERE, E. *"El proceso grupal"* - Editorial Nueva Visión – Buenos Aires - 2000.

CAPÍTULO X

LOS CONCEPTOS NORMALIDAD – ANORMALIDAD, SALUD – ENFERMEDAD DRA. ELISA N. CORTESE

A pesar del interés que suscitan temas tales como la delimitación de los conceptos de salud-enfermedad, normalidad-anormalidad, es escasa la literatura que existe al respecto.

Las primeras preguntas que surgen son de índole especulativa, en torno a qué tipo de características debe presentar un individuo para ser considerado sano, normal, enfermo o anormal. Esta reflexión se ha acentuado en especial estos últimos 30 años, debido al cuestionamiento de la norma rígida y la relativización de ésta. También ha influido el psicoanálisis y su visión de la psicopatología como un continuo, en que la normalidad y anormalidad se plantean como una cuestión de grados sin diferencias cualitativas, sino sólo cuantitativas, y donde todos estamos expuestos en mayor o menor medida a transitar de un extremo al otro. Algo similar ha sido el aporte de la antropología cultural, que ha mostrado pueblos y culturas diversas de la nuestra, con una coherencia interna que lleva a relativizar el concepto despectivo de "primitivez". En ambos casos, ya sea frente al enfermo mental como a culturas aparentemente más rudimentarias, se ha perdido el aire de superioridad arrastrado tantos años y se ha relativizado la norma.

Normalidad etimológicamente significa dar cumplimiento a una norma. Para entender el concepto de normalidad debo abordar el tema de la norma, tal como es usado en la actualidad.

Existen dos significados del término norma:

1. Norma ideal
 2. Norma descriptiva o estadística o modal
- 1. Norma Ideal:** Se considera normal todo aquello que cumple con un cierto modelo que el hombre valora y supone que debe tratar de tener. Sería un estado convencional de perfección que no siempre es posible lograr, pero es la norma a la que se debe aspirar. Aquello considerado como norma ideal puede provenir de un modelo creado por el hombre, el cual se supone debe cumplirse para

poder considerarse normal, o de un modelo extraído de la naturaleza de los seres vivos, al que se le da el carácter de paradigma en que basarse para calificar lo sano de lo desviado.

2. Norma descriptiva o estadística modal.

Normal es aquello que se observa más a menudo, identificándose la norma con la mayor frecuencia.

La diferencia entre normal-anormal es cuantitativa. Las conductas, las personalidades, las predisposiciones, las capacidades, los rasgos, etc., se distribuyen según la curva de Gauss. El rango medio abarca la psicología normal, los dos extremos corresponden a la psicopatología, anormalidad o desviación. La línea que separa estos grupos es antojadiza.

Relatividad de la Norma.

El comportamiento anormal es sólo aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico dado. El cuestionamiento de la norma rígida y opresora de fines de siglo pasado, señalado por Nietzsche, reforzado por las teorías psicoanalíticas de Freud y por los análisis sociológicos de Marx, creó las condiciones para el surgimiento de una actitud relativista frente a la norma; lo establecido, lo considerado convencionalmente como verdadero.

Ilustra de manera concreta este tránsito desde una normatividad rígida hacia un relativismo más respetuoso, el cambio ocurrido en las posturas antropológicas.

Lévi-Bruhl y los etnólogos del pasado concebían la sociedad primitiva como un escenario de los estados infantiles de la humanidad. Un ingenuo etnocentrismo llevaba a considerar tal cultura como detenida, atrasada, respecto a la sociedad occidental. Esta postura de superioridad de Occidente confirmaba los sustratos ideológicos de la intolerancia, el racismo y de la tendencia a colonizar, o sea, a sustituir violentamente la cultura de los demás por la propia "por el bien de los otros".

La moderna antropología cultural, de la cual C. Lévi-Strauss es el exponente más célebre, reconoce el error de quien pretende enjuiciar otra civilización con los criterios de la suya propia. El relativismo étnico plantea que no existe una cultura superior a la otra, ya que no existen parámetros en base a los cuales hacer el juicio. Cualquier parámetro, norma o paradigma, se origina en el seno de una determinada cultura, cada una de las cuales tiene su sentido y coherencia interna, siendo imposible demostrar su mejor o peor postura vital frente a otros. Al no disponer de criterio externo para enjuiciar otras culturas, debemos aceptarla y respetarla globalmente.

La psiquiatría transcultural, o psiquiatría comparada o etnopsiquiatría, investiga los aspectos psiquiátricos que separan los límites de una sola cultura.

El concepto de norma, en relación al enjuiciamiento de lo que sería normal o anormal en cierta cultura, es materia de investigación de esta rama de la psiquiatría, se ha visto fuertemente influido por la antropología moderna y los factores que anteriormente señalé. Estos investigadores han elaborado el problema de la relatividad cultural del concepto de enfermedad mental, señalando y describiendo numerosas culturas que manejan concepciones significativamente diferentes de lo que se considera un enfermo mental. A su juicio, un comportamiento psicótico en nuestra cultura, puede ser normal en otra.

En otras palabras, la etnopsiquiatría rechazaría el concepto de norma ideal, y se adscribiría al concepto de norma descriptiva, estadística o modal. La cultura es la norma, y ésta no puede confrontarse con otras. Sin embargo, se debería precisar que los etnopsiquiatras no rechazan el concepto de norma ideal, lo que sucede es que se adscriben a él en otra categoría. Consideran como norma ideal el relativismo. O sea, lo ideal, lo deseado, lo que debe ser, es aquello que una cultura determina como tal. Y al interior de cada cultura la normalidad estará dada por el cumplimiento de estas normas buenas para tal cultura, que evidentemente tenderán a ser las más frecuentes.

“Ser sano o normal significa no sólo tener una norma en una situación dada, sino ser normador en esta y en otras eventuales situaciones”.

“El enfermo es enfermo por no poder admitir más que una norma... El enfermo no es tal por falta de norma, sino por la incapacidad de ser normativo”.

La anormalidad sería una patología de la libertad que impide la expansión de la existencia, del existir, del “ex - sistere”, del ser del hombre.

CONCEPTO DE SALUD

Se han elaborado muchas definiciones de salud pero pocas satisfacen; la salud es una experiencia y a la vez un estado objetivo, mensurable.

La salud es algo que experimenta y percibe el sujeto dentro de sí y a su vez es un estado psicobiológico observable y medible por la ciencia médica y los métodos de diagnóstico.

Características de estar sano:

1. Percepción del bienestar psicosomático y social.

Una persona está sana cuando experimenta esta sensación de bien-

estar biológico, psicológico y social.

La sensación de bienestar social también forma parte de la salud. Esta sensación de bienestar es una percepción de equilibrio entre los componentes de mi ser y entre el yo y mi contorno.

2. Percepción de la integridad:

Cuando una persona no siente amenazada la integridad de su ser, ni percibe señales de destrucción está sana.

3. Libertad de acción:

El hombre sano es el que se percibe libre para actuar, (limitaciones físicas y mentales de la enfermedad).

4. Capacidad de comunicación:

El ser humano es un ser social, el comunicarse es para él, una necesidad tan vital como el respirar y alimentarse.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD

Se puede definir la enfermedad como un modo de VIVIR aflictivo, anómalo y reactivo a una alteración del cuerpo, que hace imposible la vida biológica (enfermedad letal), impide o entorpece transitoriamente la realización de la vida personal (enfermedad curable). O limita de modo penoso o definitivo (Enfermedad incurable, residual o cicatrizable).

Si analizamos la definición, "un modo de vivir", quiere decir un modo morboso de vivir (esencia de enfermedad).

Cabaleiro Goas en cuanto al concepto de hombre enfermo afirma que la enfermedad es un concepto de valor creado por el hombre.

El paciente no tiene la concepción de la enfermedad sino la sensación de dolor y sufrimiento. El concepto de enfermedad es por lo tanto un concepto médico y ha sido establecido para clasificar las diversas alteraciones físicas y psicológicas que puede sufrir el ser humano.

Cuando el enfermo va al médico no entiende el nombre de la enfermedad que padece o sus características; él sólo busca el alivio de su sufrimiento.

Hasta acá he tratado de precisar los criterios que subyacen al acto de señalar un fenómeno como normal o anormal, pero también como sano o enfermo. Pero ambos términos se usan con una connotación diferente. Por anormalidad entiendo una falla o una deficiencia en aspectos estructurales del ser humano, habitualmente mantenidos y persistentes a través del tiempo. El término enfermedad en cambio, si bien puede también significar lo anterior, en muchos casos apunta a fenómenos totalmente diversos.

En cuanto a la definición de las enfermedades en particular, se siguen criterios muy heterogéneos: algunas son definidas en base a la causa, otras en base a la lesión, otras en relación a los síntomas.

La introducción de nuevos métodos y nuevas técnicas de investigación han continuamente modificado la clasificación de la enfermedad y el concepto global de enfermedad. De cada periodo histórico se ha extraído algún criterio. Así entonces las múltiples enfermedades resultan definidas según criterios lógicos muy diversos.

1. El prurito senil, y la proctalga fugaz son simples síntomas.
2. La mayor parte de las enfermedades mentales son síndromes, o sea una constelación de síntomas relacionados entre sí, y con un pronóstico determinado.
3. La estenosis mitral, la colitis ulcerosa y los tumores, son definidos en base a la anatomía y a la historia. La enfermedad adquirió una anatomía patológica que la definía, observable en el cadáver, además de los síntomas y signos registrados en la cabecera del enfermo.
4. La tuberculosis y la parálisis general progresiva son definidas en base a la bacteriología y en relación al concepto de agente etiológico externo.

Resulta evidente que las vicisitudes del concepto de enfermedad coinciden con la historia misma de la medicina. En nuestra clasificación actual sobreviven y coexisten enfermedad-síntoma, enfermedad-síndrome, enfermedad-lesión, enfermedad-agente etiológico.

La psiquiatría no ha estado ajena a esta mezcla. Se ha hablado de enfermedad-síntomas en los albores de la psiquiatría y posteriormente enfermedad-síndrome (Síndrome de Ganzer), de enfermedad-lesión (Demencia artereosclerótica), de enfermedad agente-etiológico (Psicosis anfetamínica).

Anormalidad y enfermedad son un concepto, una abstracción, creada por el hombre, invención útil para clasificar los fenómenos en base a sus semejanzas y a sus diferencias; con el fin de controlarlas según sus propios deseos. Con el progreso del conocimiento se modifican unos, se abandonan otros, mientras surgen algunos nuevos.

El acto de calificar a alguien como sano o enfermo, normal o anormal, es un acto ético, un juicio valorativo. Un juicio que denota el compromiso de las posibilidades de moverse con flexibilidad y libertad por parte del sujeto.

Las reflexiones sobre normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, si bien ocupan a todo quehacer médico, cobran especial interés y por qué

no decirlo atractivo, en el ámbito psiquiátrico. La praxis ética del médico en relación a considerar tal condición como enferma o no, se ve exigida sólo en forma excepcional. No así el psiquiatra, o el psicólogo, quien a menudo se ve enfrentado al dilema de dirimir si un sujeto está normal o anormal, o si está enfermo o sano. Si aceptamos que esta decisión implica un juicio ético, debiera preocuparnos nuestra formación ética, y apreciar en profundidad su importancia en nuestro quehacer.

Es evidente que el juicio ético no sólo surge en el procedo diagnóstico, sino que está continuamente presente en el quehacer terapéutico, en una praxis que al pretender cambiar, está continuamente enjuiciando esto o lo otro como inferior o indeseado, para transformarlo en algo más valorado y deseado.

SALUD MENTAL.

Es la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida.

Salud Mental sería la capacidad potencial de realizarnos en nuestra propia vida, y esta capacidad no nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente a través del ciclo vital.

Cada uno de nosotros tendrá mayores o menos capacidades para poder conquistar esa salud mental, y eso dependerá, según puede enfrentar mejor las situaciones conflictivas por las que debemos atravesar a lo largo de nuestra vida.

La vida psíquica es una creación, una realización personal, una obra única, a la manera de una obra de arte.

Es la identidad individual la que se pondrá de manifiesto en la realización de cada uno y le pondrá el sello particular a la manera de una huella digital.

Esos recursos de los que estamos hablando, nacen en la infancia, así el ser humano viene al mundo en estado de total dependencia. El bebé nace en estado de total dependencia con las figuras parentales.

El bebé abandonado no puede sobrevivir en estado de salud mental, necesita de sus padres para poder ir desarrollando su inventiva, su imaginación y su creatividad, respetando sus propias inclinaciones y ayudándolo a progresar, de acuerdo a sus posibilidades.

La Salud Mental por su naturaleza propia, no es un bien solitario, es un bien a compartir con los demás. Se desarrolla en la vida familiar, que es el medio ambiente en el que surge, lo que llamamos el desarrollo psicoemocional.

La Salud Mental debe estar presente en el clima institucional, que se refleja en las formas de convivencia y que sirve, de modelo formativo, durante la carrera, hasta el campo específico, que debe conocer el médico para estar capacitado para enseñar Salud Mental y transmitir conocimientos y habilidades para promover el desarrollo de la Salud Mental en los otros, en particular, en el enfermo y en el medio ambiente que lo rodea, especialmente su familia.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Los límites son claros con las enfermedades médicas, pero si difuminan cuando nos acercamos a los comportamientos especiales o anormales, en el campo de la enfermedad mental.

La consideración científica de lo que es un trastorno psíquico varía con el tiempo, de forma que comportamientos antes valorados como patológicos (homosexualidad) hoy no se incluyen en los actuales sistemas diagnósticos y, por el contrario, se incluyen otros que eran considerados vicios (juego patológico, exhibicionismo), productos de la maldad humana (piromanía, cleptomanía, paidofilia) o normales (trastornos del deseo sexual, trastornos orgásmicos, sobre todo la frigidez en la mujer).

En el contexto de la psiquiatría se integran tres tipos de trastornos diferentes, si dejamos al margen las toxicomanías y las demencias. Por una parte, las psicosis esquizofrenia, trastornos bipolares, psicosis afectivas, en las que el sujeto pierde el contacto de los criterios de la realidad y se instala en un mundo cualitativamente distinto. Son las verdaderas enfermedades mentales en sentido estricto.

Los trastornos psíquicos no psicóticos que comportan síntomas y un sufrimiento para el paciente o un riesgo de vida (neurosis clásicas, patología sexual, trastornos de la alimentación, trastornos psicósomáticos). Finalmente, también acoge la psiquiatría los trastornos de personalidad, en los que la patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos), que hacen sufrir al sujeto (por ej.: personalidad evitativa o dependiente) o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal (por ej.: personalidades histriónicas, narcisistas, paranoides o esquizoides) y/o social (por ej.: personalidades antisociales o límites).

La naturaleza y origen de cada una de estas patologías son distintas, ya que en las psicosis la base biológica es fundamental, en los trastornos de personalidad priman los condicionantes educacionales y ambientales, sin que pueda descartarse en alguno de ellos una participación hereditaria y en el resto de patologías se imbrican causas biológicas y psicosociales según el trastorno.

- 1)** Unos comportan síntomas clínicos (psicosis y neurosis), mientras que otros (trastornos de personalidad) generan conflictos, pero no síntomas.
- 2)** La personalidad se introduce como un factor que condiciona el tratamiento y el pronóstico, y
- 3)** Los tratamientos son básicamente distintos, según se trate de psicosis o trastornos de personalidad.

Con estos presupuestos podemos acotar la auténtica enfermedad mental, del resto de trastornos psíquicos, cuya naturaleza no es fundamentalmente biológica, como es el caso de las clásicas neurosis o de los trastornos de personalidad.

Las enfermedades mentales quedan delimitadas por los siguientes elementos:

- 1)** Representan una ruptura biográfica.
- 2)** La enfermedad genera experiencias subjetivas desagradables
- 3)** Se restringe la libertad personal
- 4)** Se presenta como un conjunto organizado y constante de síntomas
- 5)** Tienen un curso y un pronóstico predecibles, y son sensibles generalmente a un tratamiento biológico específico, aunque las terapéuticas psicológicas y/o rehabilitadoras contribuyen a configurar un mejor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

BROWN, BERTRAM S.; *"Definiciones de salud y enfermedad mental"*; *"Tratado de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock"*; Salvat; Salvat Editores; Barcelona, 1982.

CABALEIRO GOAS, MANUEL; *"Temas psiquiátricos"*; Tomo 1, Edit. Paz Montalvo; Madrid, 1959.

CAPPONI, RICARDO M.; *"Psicopatología y semiología psiquiátrica"*; Editorial Universitaria; 6ª. Edición; Santiago de Chile, 2000.

FAHRER, RODOLFO; *"Temas de Psicología Médica"*; Edit. CTM; Buenos Aires, 1990.

FONTANARROSA, HÉCTOR; *"Elementos de Psicología Médica"*; Edit. Troquel; Bs. As., 1974.

GEBSATTEL, V. EL. FREIHERR; *"Antropología médica"*, Cap. Sano y enfermo, pág. 455 y ss.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *"Salud y enfermedad"*; Biblioteca Salvat de Grandes Temas, Vol 93; Salvat Editores; Barcelona, 1973.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO; *"Enfermedad y pecado"*; Edit. Toray; Barcelona, 1964.

MATERAZZI, MIGUEL ANGEL; *"Salud Mental enfoque transdisciplinario"*; Edit. Salerno; Buenos Aires, 1996.

OFFER; DANIEL Y SABSHIN, MELVIN; *"Normalidad"*, Cap. 6.6 del Tratado de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock; Salvat Editores; Barcelona, 1982.

RICÓN, LÍA; *"Problemas del campo de la salud mental"*; Col Psicología Psiquiatría y Psicoterapia Nro. 116; Editorial Paidós; Buenos Aires, 1995.

CAPÍTULO XI

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

DRA. ELISA N. CORTESE

La medicina se basa en el reconocimiento de entidades nosológicas. Nosología es la parte de la patología que trata acerca del ordenamiento o clasificación de las enfermedades.

El campo de la salud mental, de la psiquiatría, está gobernado por síntomas (la realidad interna que describe el paciente siempre es subjetiva), lamentablemente no cuenta con signos, como la medicina en general.

El primer paso es realizar el diagnóstico (conocimiento a través de) a través de la semiología que es el arte de recoger signos y síntomas de la enfermedad para poder integrarlas en síndromes, que nos llevará a un preconceito de lo que será el diagnóstico, después se harán los exámenes complementarios para detectar la etiología; el reconocimiento de qué enfermedad se trata, y luego vendrá el tratamiento, lo que producirá la cura.

Es muy importante poder clasificar nosológicamente las enfermedades mentales, es decir poder hacer un diagnóstico.

Una clasificación de las enfermedades mentales debe permitir que aquellos que la usan se puedan comunicar en forma expedita acerca de dichos trastornos. Esto significa usar nombres de categorías que sean como abreviaturas standard, que resuman y denoten ciertos rasgos y características sobre los cuales existe sin duda común acuerdo, y que de otra manera requerirían el uso de una interminable enumeración de términos. Por ejemplo: cuando un clínico se refiere a un trastorno de personalidad determinado, él está tratando de comunicar un conjunto de rasgos clínicos acerca de una persona sin tener necesidad de mencionar todos y cada uno de los rasgos que en su conjunto constituyen dicho trastorno.

El control de una enfermedad mental en términos ideales apunta a la capacidad, ya sea para prevenir su presentación o para modificar su curso con un determinado tratamiento. Por esta razón, el control es el objetivo más importante de una clasificación de las enfermedades psiquiátricas.

Una clasificación es comprensiva cuando permite entender las causas de las enfermedades mentales y el proceso que se desarrolla en su persistencia y evolución en el tiempo. La comprensión no es un fin en sí

misma (una enfermedad puede tratarse sin conocerse su origen), pero conviene que una clasificación la tenga muy presente, ya que a menudo lleva a un mejor control de la enfermedad.

a) Clasificación nosológica tradicional (ver cuadro).

Neurosis, Psicosis (endógenas y orgánicas) y personalidades psicopáticas.

b) clasificación nosológica moderna. (DSM IV).

En la actualidad el esfuerzo hecho por la American Psychiatric Association's plasmado en el DSM. Clasificación que, como se ha planteado, es provisoria y que aunque presenta varias limitaciones, debiera servir de marco de referencia para elaborar año a año una clasificación que cada vez se acerque más a ser comunicativa, comprensiva y controladora, objetivos en los que la praxis psiquiátrica se realiza.

Es un sistema multiaxial (toma en consideración varios ejes para efectuar el diagnóstico).

Eje I: síndromes clínicos actuales.

Eje II: trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.

Eje III: trastornos y estados físicos.

Eje IV: gravedad del estrés psicosocial.

Eje V: evaluación global del rendimiento del sujeto.

NEUROSIS

Las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. (Henri Ey).

“Las neurosis son enfermedades menores de la organización de la personalidad, cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes y las defensas contra la angustia”.

El contingente más importante de pacientes que forman el campo de la psiquiatría es el representado por los trastornos neuróticos en alguna de sus diversas expresiones (neurosis clásicas, problemas psicósomáticos, depresiones neuróticas, etc.).

Sin embargo, hay que distinguir entre síntomas y personalidad neurótica, o sea aquella personalidad cuyas características facilitan la instalación de una neurosis (neuroticismo).

a) Síntomas neuróticos.

Su diferente estructuración dará lugar a las distintas formas clínicas de las neurosis (de angustia, fóbica, histérica, obsesiva).

b) Personalidad neurótica.

Existen unas características consustanciales a este tipo de sujetos, lo que nos permite plantear una serie de rasgos comunes.

El carácter neurótico es expresión de una intensa conflictiva interna.

1) Tiene un mal control de su vida instintiva y afectiva, por lo que está sometido a una lucha pulsional que le ocasiona constantes y penosas tensiones internas.

Para algunos (Ey), el drama del neurótico estriba en no ser capaz de identificarse con el personaje que todos intentamos representar por constituir el ideal de nuestro yo, bien porque fracase la identificación parental (imagen parental del mismo sexo) o por imposibilidad de llevarla a cabo, bien porque tal identificación le ocasione una angustia intensa.

2) No tiene ni puede tener una buena imagen en sí mismo, por lo que frecuentemente no se acepta y se rechaza como personaje.

3) Un sujeto inseguro, con notables sentimientos de inferioridad.

4) La ansiedad se erige en el centro de su vida, la cual está marcada por una profunda frustración al no lograr realizarse existencialmente.

5) En general son personas con poca naturalidad, ya que su inseguridad les hace adoptar posturas defensivas que impiden una relación fluida.

6) Rigidificación, un mecanismo de protección, empleado frecuentemente por estos individuos, en el que el sujeto repite, sin apenas variación, las mismas pautas de conducta, eliminando así la posibilidad de que nuevos estímulos perturben su precaria seguridad, aunque a costa de un empobrecimiento existencial..

7) La actividad profesional de estos sujetos está generalmente entorpecida por este modo peculiar de existencia que es la neurótica. Sin embargo, en ocasiones, el neurótico sobrecompensa sus problemas personales a través de éxitos profesionales, y en este caso el trabajo pasa a ocupar la meta final de estos sujetos, convirtiéndose en objetivo de su existencia más que en una actividad potencialmente enriquecedora.

Características Generales de las Neurosis.

Las neurosis tienen unas características básicas que las diferencian claramente de otros trastornos psíquicos.

- 1) No son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica.
- 2) Su naturaleza es dimensional ya que el neuroticismo es un factor de personalidad que se desplaza cuantitativamente de menos a más a lo largo de un continuo.
- 3) La clínica es, asimismo, cuantitativa, ya que los síntomas corresponden a fenómenos que todo sujeto puede sentir en situación normal.
- 4) El curso es, en general, crónico, con fluctuaciones
- 5) El pronóstico es variable según parámetros personales, sociales y terapéuticos
- 6) El tratamiento, excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo, se debe enfocar psicológicamente.

a) Las neurosis no son enfermedades

El criterio médico de enfermedad es indefendible en este caso, ya que en los trastornos neuróticos no existe una causa orgánica subyacente que actúe como tal provocando al espectro clínico típico de estos cuadros.

El peso etiológico del trastorno recae sobre contingencias fundamentalmente psicológicas.

Las neurosis son trastornos menores, en las neurosis el sujeto no pierde el juicio de realidad.

b) Las neurosis son trastornos dimensionales.

Las neurosis no son problemas categoriales, sino dimensionales. No hay neuróticos y normales, sino que, con propiedad, debería hablarse de personas con alto nivel de neuroticismo y otras con un bajo nivel. Las primeras constituyen el grupo de las llamadas neuróticas, en tanto que las segundas, el de las denominadas sanas. Tan sólo diferencias cuantitativas separan unas de otras.

Todas las personas pueden llegar a tener clínica neurótica si las circunstancias ambientales constituyen un problema suficientemente importante para el sujeto como para romper sus mecanismos de equilibrio del yo.

Lo que ocurre es que el individuo con un alto nivel de neuroticismo (personalidad neurótica nuclear) se descompensa con facilidad ante situaciones que apenas entrañan conflicto ni amenaza, mientras que los sujetos poco neuróticos sólo llegan a la clínica neurótica en circunstancias altamente traumatizantes o estresantes.

c) La clínica de las neurosis es comprensible.

Los síntomas que estructuran los cuadros neuróticos son comprensibles, en el sentido de que pueden guardar relación con las vivencias que todo sujeto normal puede experimentar a lo largo de su vida. Ansiedad, tensión, apatía, irritabilidad, insomnio (características de los trastornos de ansiedad), temores, conductas de evitación.

Delimitación clínica de las neurosis.

1. Alteración parcial de la personalidad: no se distorsiona, está alterada por conflictos específicos (dificultades en la relación interpersonal).
2. Conservación del juicio de realidad: conocimiento correcto del mundo tal cual es.
3. Conciencia de enfermedad: reconoce sus síntomas y el carácter anómalo de ellos.
4. Síntoma capital: la angustia.
5. Puede determinarse una época de comienzo: la enfermedad tiene una época de comienzo precisa, reconoce una historia.
6. Los síntomas son vividos como ajenos al Yo: el neurótico reconoce la presencia de síntomas que interfieren en sus rasgos habituales de personalidad, vivencia "algo" que no le pertenece a su manera de ser; impotencia, frigidez, rituales, miedos, angustia.
7. Concurre espontáneamente a la consulta: lo hace presionado por las dificultades crecientes en sus relaciones interpersonales e intrapsíquicas.
8. Evolución dinámica: según el tipo de personalidad y sus posibilidades disposicionales, adopta una u otra forma clínica y a veces alternan síntomas que pertenecen a más de una forma.
9. Etiología pluralista: la causa es preponderantemente psicológica, pero los conflictos se producen entre las instancias normativas y las instintivas, generándose así la disarmonía intrapsíquica.
10. La terapéutica es psicológica: psicoterapia.

Clínica de las neurosis

1. Trastornos de la afectividad, generalmente ansiedad-angustia.
2. Trastornos de las conductas instintivas: agresividad mal controlada o inhibida, anorexia y, más rara vez, bulimia, trastornos del sueño y problemas funcionales de la conducta sexual (eyaculación precoz, impotencia, frigidez).

3. Síntomas físicos, derivados de la hiperactivación funcional del SNC y del desequilibrio neurovegetativo y neuroendocrino.
4. Estigmas neuróticos (enuresis, tartamudez, tics, enrojecimiento facial).

Clasificación de las Neurosis.

- a) Según la escuela psicoanalítica: Neurosis indiferenciada (N. de Angustia).
Neurosis diferenciadas: N. Fóbica. N. histérica. N. obsesiva. N. Hipocondríaca.
- b) En el actual DSM-IV (1995) estos trastornos quedan recogidos en tres apartados (trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos).
En el DSM-IV los trastornos obsesivos y trastornos por estrés se incluyen entre los trastornos de ansiedad.

Neurosis

Trastornos de ansiedad

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastornos de ansiedad fóbica.

Trastornos del ánimo (no psicóticos)

Trastornos somatomorfos

Trastornos disociativos

Trastornos de la conducta alimentaria, sexuales, del sueño, etc.

Génesis.

El hombre (yo personal) tiende a regular el equilibrio entre el yo psicológico y el yo corporal.

El neurótico elabora a través de su desarrollo infantil un modelo incierto y amenazante del mundo exterior, y su personalidad es, tal como hemos visto, débil e insegura. En consecuencia, tiene dificultades en su relación interpersonal y en la resolución de los problemas que se le van planteando, pues le falta objetividad suficiente para juzgar las situaciones y la energía necesaria para afrontarlas.

La génesis de esta problemática se encuentra, sin duda, en conflictos infantiles generados especialmente en las relaciones parentales, sobre todo con el padre del mismo sexo que sirve como modelo de identificación. Problemas entre los padres, desacuerdo en el tipo de educación y padres excesivamente rígidos y autoritarios o, por el contrario, pusilánimes y con conflictos personales son situaciones que abonan la posibilidad de que el niño estructure una personalidad neurótica, porque impiden una adecuada visión del mundo y de la forma de afrontarlo.

Existen otras vías a partir de las cuales también se puede llegar a la neurosis. Los casos en los que la personalidad no es particularmente patológica y la representación del mundo es correcta, pero los problemas reales que debe solventar el sujeto sobrepasan los límites de su propia capacidad resolutoria. En esta situación, el sujeto adulto puede llegar a tener manifestaciones neuróticas, frecuentemente de la serie angustiosa, pero no provocadas por su conflictividad interna, sino por su reacción al problema exterior. De ahí que se hable en estos casos de reacciones neuróticas, las cuales, si no llegan a solventarse, pueden derivar hacia un conflicto neurótico permanente, de cualquier forma de mejor pronóstico que cuando éste es esencial o nuclear.

Otra vía de acceso a la neurosis es la asentada en problemas de orden biológico, no porque lo somático *per se* pueda ser causa de neurosis, sino porque desde este nivel se puede poner en marcha mecanismos psicológicos propios de la dinámica neurótica. Al igual que partiendo de lo psicológico se puede llegar al plano somático (trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos), también se puede establecer una corriente inversa de influencia (neurosis somatógenas). En este último caso, el paciente reacciona emocionalmente ante su problema físico y puede llegar a elaborar una neurosis propiamente dicha si no es capaz de reestructurar su equilibrio. La alta incidencia de trastornos afectivos (angustia, depresión) en enfermos orgánicos crónicos (diabetes, poliartritis crónicas progresivas, etc.) corrobora estas afirmaciones.

La personalidad previa del sujeto es un factor importante que interviene para facilitar o superar el establecimiento de un conflicto neurótico. Se puede llegar a engendrar un conflicto neurótico:

- 1) nuclearmente
- 2) por presiones del mundo externo, y
- 3) por presiones del mundo interno.

El resultado de este conflicto es la ansiedad. La ansiedad y su correlato fisiológico que es la angustia son fenómenos que señalan la amenaza que el individuo (yo personal) siente a su integridad, sea ésta físico o psíquica.

Existe una tendencia a yugular la angustia a través de actitudes existenciales positivas que intenten resolver el conflicto por medio de los llamados mecanismos de defensa del yo.

El neurótico usa y abusa de estos artilugios defensivos que le permiten controlar la ansiedad y no tener que afrontar la siempre penosa experiencia de solucionar un conflicto. En ocasiones, el sujeto neurótico logra por este sistema yugular la angustia permanentemente.

Pueden, sin embargo, pasar toda su existencia asintomáticos si las circunstancias no los llevan a situaciones excesivamente traumáticas.

No obstante, es más frecuente que el neurótico a lo largo de su vida fracase, de forma transitoria o persistente, en el control de la situación y acabe teniendo síntomas-signos de la serie neurótica.

Podemos decir que la clínica neurótica deriva de la imposibilidad del sujeto de mantener controlada la angustia a través de los mecanismos de defensa, excepto en algunos casos (síntomas de conversión histérica, somatizaciones) en que el propio mecanismo defensivo se constituye en síntoma

- 1) Lo descrito anteriormente corresponde a la constitución de la personalidad neurótica.
- 2) Aunque en la génesis de las neurosis se han enfatizado los aspectos psicológicos, la genética es muy importante en determinados cuadros clínicos, como las crisis de angustia y los trastornos obsesivos. En estos casos intervienen otros parámetros de índole biológica.

PSICOSIS

La psicosis, o los síntomas psicotiformes como son definidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aparecen en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos.

De acuerdo con él, un trastorno psicótico se manifiesta por si mismo mediante cuatro signos o síntomas principales, de los cuales debe estar presente al menos uno para realizar el diagnóstico:

- ◆ Ideas delirantes.
- ◆ Alucinaciones.
- ◆ Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- ◆ Comportamiento catatónico gravemente desorganizado.

Además, la psicosis debe mostrar uno o más de los siguientes tres signos (los cuales, sin embargo, no son necesarios para el diagnóstico de psicosis o de síntomas psicóticos):

- ◆ Falta de introspección.
- ◆ Afectividad inapropiada.
- ◆ Acciones irracionales.

En el grupo de trastornos del Eje I llamados “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, la psicosis es un elemento necesario, pero no suficiente. Este grupo incluye:

- ◆ Esquizofrenia, con sus tipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.
- ◆ Trastorno esquizofreniforme.
- ◆ Trastorno esquizoafectivo.
- ◆ Trastorno delirante.
- ◆ Trastorno psicótico breve.
- ◆ Trastorno psicótico compartido (folie a deux).
- ◆ Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica con ideas delirantes o alucinaciones.
- ◆ Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- ◆ Trastorno psicótico no especificado.

En las psicosis la perturbación es de tal magnitud que la apreciación de la realidad es defectuosa y particular.

La psicosis es una enfermedad que conduce a que el inconsciente se torne consciente y tome posesión del control sobre el individuo.

Implica que el individuo es peligroso para sí mismo, la sociedad o los demás. (Juicio desviado).

Se afecta toda la personalidad, el individuo se encuentra desorganizado, desintegrado, falta de armonía, le falta discernimiento para darse cuenta que está enfermo psiquiátricamente y se alteran casi todas sus funciones psíquicas.

Generalmente presentan síntomas inadecuados, pero específicos, duraderos, crecientes y progresivos.

Todos los síntomas anormales como alucinaciones, delirios, etc., son vividos como una realidad y se manifiestan en sus comportamientos conductuales.

Las psicosis se pueden clasificar en tres complejos clínicos:

- 1. Psicosis endógenas:** son las enfermedades en donde tradicionalmente se pensaba que no había fundamento orgánico demostrable y cuyo origen real era oscuro o desconocido; hoy, en los últimos años de investigación y con el avance de las llamadas neurociencias, se puede afirmar que las psicosis endógenas en cuestión son de última psicosis orgánicas, ya que hay múltiples hallazgos neurobiológicos que ratifican este concepto. (Esquizofrenia) o una base genética (trastornos bipolares).
- 2. Psicosis exógenas:** El concepto exógeno alude a una causa biológica externa (al sistema neuronal) demostrable, en cuya ausencia cesa

la manifestación psicótica. Se dividen en: causas intracerebrales (epilepsias del lóbulo temporal, neoplasias cerebrales, enfermedad de Parkinson, vasculopatías, esclerosis múltiple, etc.), extracerebrales-intracorporales (deshidratación intensa, hiponatremia, hipopotase-mia, insuficiencia hepática grave, septicemias, anemias graves, hipoxias, etc.) y extracorporales (alcohol, anfetaminas, cocaína, CO, traumatismo de cráneo, virus, bacterias, etc.).

- 3. Psicosis reactivas breves:** este concepto, hoy en discusión, se refiere a un grupo de pacientes (con trastornos de la personalidad) que frente a determinadas circunstancias estresantes muy intensas y súbitas presentan una psicosis aguda de breve duración (horas a días). Para llegar a este diagnóstico debe comprobarse, entonces, un estímulo psíquico traumático grave para nuestra cultura, previo al desencadenamiento de la psicosis. Esta, debe ser de breve duración y debe descartarse una psicosis orgánica breve aguda (una epilepsia temporal, una abstinencia de sustancias de abuso o la presencia de un tóxico como el, alcohol –embriaguez patológica- o las drogas estimulantes) y luego detectar un trastorno de personalidad.

PERSONALIDAD NORMAL:

Todas las definiciones de personalidad, se refieren a un modo de ser único o individual, sin embargo se ha tratado de comprender la personalidad desde distintos enfoques: Biológicos, psicológicos, filosóficos, jurídicos, etc.

Teniendo en cuenta los diferentes enfoques se puede definir la personalidad de las siguientes maneras:

- ◆ “Es aquello que permite una predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada”.
- ◆ “Es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”.
- ◆ “Es la configuración única que toma en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta”.

Vemos que en las distintas definiciones aparecen elementos comunes, que son:

- 1.** La individualidad: a pesar de que varios individuos compartan características comunes, la personalidad es irrepetible, (algo similar a las huellas dactilares).

2. La integración de varios factores, no como una mera sumatoria sino como una especial organización.
3. La estabilidad, a través del tiempo en el modo de conducirse.
4. El dinamismo de la personalidad, concepto que no se contrapone con la característica anterior, sino que implica que no es un proceso cerrado o estático sino factible de un continuo crecimiento y modificaciones, por ejemplo en situaciones críticas, enfermedades, en el proceso de curación.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo.

Cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, y causan incapacidad social, disfuncionalismo ocupacional, y/o malestar subjetivo, hablamos entonces de “trastorno de personalidad”.

La personalidad es asintomática, está desprovista de ansiedad, es egosintónica y está orientada esencialmente a la adaptación mutua y constructiva entre individuo y ambiente.

Las personalidades pertinentes son aquellas cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio – cultural en el que viven.

“La estructuración de la personalidad, resulta del frágil equilibrio entre los requerimientos internos que hacen al ser individual y las postulaciones o exigencias externas que condicionan al ser social”.

Adecuación implica adaptación activa y pertinentes, un psiquismo organizado y con cierto nivel de coherencia interna.

Teniendo en cuenta los rasgos que distinguen a cada individuo, se puede decir que implementan dichos rasgos de carácter para conseguir algún tipo de éxito.

Personalidad de un individuo es el conjunto de sus sentimientos y valoraciones de sus tendencias y voliciones.

Se pueden considerar tres componentes del psiquismo individual.

- a) La inteligencia.
- b) La personalidad
- c) El conjunto de sentimientos e instintos corporales o vitales.

A) Personalidades pertinentes

Son aquellas cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio - cultural en el que viven.

Adecuación implica adaptación activa y conductas pertinentes, un

psiquisimo organizado y con cierto nivel de coherencia interna. Los individuos implementan dichos rasgos de carácter para conseguir algún tipo de éxito.

B) Trastornos de la personalidad.

Cuando los rasgos de carácter son: 1) inflexibles, 2) desadaptativos, 3) causan incapacitación social, 4) disfuncionalismo ocupacional, 5) malestar subjetivo hablamos entonces del Trastorno de la personalidad.

El DSM IV agrupa los trastornos de la personalidad en torno a 3 grandes tipos de características genéricas:

I. Sujetos extraños: (esquizoides, esquizotípicos y paranoides).

II. Sujetos inmaduros (histriónicos, narcisistas, antisociales y límite).

III. Sujetos temerosos (evitadores, dependientes obsesivo compulsivos y pasivo agresivos).

C) Personalidades Pertinentes

Trastornos de la personalidad

1- Personalidad suspicaz y desconfiada

1- Trast. Paranoide de la personalidad

2- P. Observadora y no participante

2- T.P. Esquizoide
T.P. Esquizotípico

3- P. demostrativa

3- T.P. histriónico.

4- P. de ánimo variable

4- T.P. narcisística

5- P. de acción

5- T.P. antisocial

6- P. atemorizada y huidiza

6- T.P. por evitación
T.P. por dependencia

7- P. lógica

7- T.P. obsesivo – compulsivo

CARACTERÍSTICAS de los TRASTORNOS de la PERSONALIDAD.

a) Desde el punto de vista intelectual no definen al psicópata los defectos del desarrollo intelectual, los psicópatas alcanzan un desarrollo intelectual que sobresale al promedio, si bien su formación cultural suele ser inferior a la clase social a la que pertenecen y a la escolaridad recibida.

Posee un caudal intelectual que suelen derrochar y aplicar antisocialmente, al mismo tiempo que son incapaces de reflexión, de escuchar, de prestar atención durante mucho tiempo.

La falta de atención, la indiferencia y el desinterés se refieren también

al medio ambiente, resbalando sobre estos sujetos todo aquello que no les afecta personalmente.

Es típica la tendencia a la mentira habitualmente sin objeto, por gusto de mentir (fabulación) y sirviendo a una imaginación exaltada que se engaña a sí misma.

- b)** Desde el punto de vista afectivo se destaca la rápida y fácil excitabilidad de los afectos sin frenos, risa y llanto se desbordan y emergen injustas y violentas simpatías y antipatías.
Falta en el comportamiento de estos sujetos equilibrio afectivo, firmeza y rectitud y sobran variabilidad del humor, raptos de ira y furor, susceptibilidad, temor y angustia.
- c)** Voluntad: siempre falta consistencia. Negativista o contradictorio, unas veces se niegan por terquedad sin razones, otras veces por deseo de llevar la contra.
Las alteraciones de la voluntad se reflejan muchas veces en el desorden y falta de cuidado de las cosas.
- d)** En la esfera instintiva los trastornos son más graves especialmente por su precoz y perversa hipersexualidad y por tendencias homosexuales, también se comprueba tendencia al robo sin utilidad ni objeto y a causar daño a la propiedad ajena o al maltratar a los animales o a niños o personas más débiles
- e)** En la esfera corporal: nerviosidad, pueden observarse crisis convulsivas aunque generalmente acompañados de buena salud.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

- 1.** Sus síntomas son egosintónicos
- 2.** Respuesta inflexible e inadaptaada al stress. (baja tolerancia a la frustración).
- 3.** Incapacidad para trabajar y amar.
- 4.** Los trastornos de la personalidad casi siempre se producen en respuesta a un contexto social.
- 5.** Una peculiar capacidad para ponerse debajo de la piel de los demás.
- 6.** Tienen uniformemente problemas en sus relaciones laborales y afectivas.
- 7.** No suelen verse a sí mismos como los ven los demás y carecen de empatía para los demás.
- 8.** Afectan profundamente a los demás a menudo de forma sutil e inconsciente.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. *"Manual de Psiquiatría Infantil"* – 4ta. Edición – Barcelona – Ed. Toray-Masson – 1977.
- ALONSO FERNÁNDEZ, FRANCISCO. *"La depresión y su diagnóstico"* Nuevo modelo clínico. 1ra. Edición – España – Ed. Labor – 1998.
- BECK, AARON. et al *"Terapia Cognitiva de la depresión"*, Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer 12ª. Edición – España – 2000.
- CAPPONI, RICARDO. *"Psicopatología y Semiología Psiquiátrica"* – 6ta. Edición – Chile – Editorial Universitaria – 2000.
- CIA ALFREDO H. *"La ansiedad y sus trastornos"* - 1ra. Edición – Buenos Aires - Editorial Polemos – 2003.
- CORTESE, ELISA N. *"Manual de Psicopatología y Psiquiatría"* – Editorial Nobuko – Bs. As. – 2003.
- DSM IV. *"Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"* – 4ta. Edición - Barcelona – Editorial Masson S. A. – 1995.
- EY HENRI. *"Tratado de Psiquiatría"* – 6ta. Edición – Barcelona – Editorial Toray-Masson – 1988.
- FREEDMAN A. Y KAPLAN H. *"Tratado de Psiquiatría"* – 4ta. Edición – Barcelona – Editorial Salvat – 1994.
- ICD 10 *"Clasificación de las enfermedades mentales"*.
- KAPLAN, HAROLD – SADOCK, BENJAMIN. *"Psiquiatría Clínica"* – Hispanoamericana AWW 2da. Edición – Editorial Médica – 1990.
- MARCHANT NÉSTOR F. *"Tratado de Psiquiatría"* – 1ra. Edición – Editorial Ananké – Bs. As. – 2002.
- RÉ ROBERTO F. *"Nuestra Salud Mental"* – 1ra. Edición, 2da. Reimpresión – Bs. As. – Distribuidora San Pablo – 2003.
- SUÁREZ RICHARDS, MANUEL. *"Introducción a la Psiquiatría"* – 2ª. Edición, Bs.As. – Editorial Salerno – 2000.
- VALLEJO RUILOBA J. *"Introducción a la psicopatología y la psiquiatría"* – 4ª. Edición - Barcelona – Ed. Masson – 1998.
- YAYURA TOBIÁS, JOSÉ ANÍBAL. *"Un viaje al interior del cerebro"* – *"El espectro obsesivo compulsivo"* – 1ra. Edición – Buenos Aires – Editorial Polemos – 2001.

CAPÍTULO XII

ENTREVISTA MÉDICA – MOTIVO DE CONSULTA

DRA. ELISA N. CORTESE

La entrevista médica, es una herramienta de fundamental importancia en la práctica clínica, no solamente porque permite recabar la información necesaria que fundamentará una hipótesis diagnóstica, sino porque en el espacio interpersonal que se genera, se facilita la comunicación de dicho diagnóstico y de la propuesta de tratamiento. Además, permitirá el control y la evaluación de los resultados de la terapéutica implementada.

La entrevista no es solo una tarea médica orientada tan sólo a obtener información específica y que terminará cuando se haya conseguido ésta, como si un médico fuera un mero encuestador.

La entrevista constituye el momento de encuentro de los participantes de un vínculo que persistirá a lo largo del tiempo, modificándose y evolucionando con sus protagonistas.

La entrevista médica es en sí misma terapéutica, desde el momento en que una persona decide recurrir al médico para que éste le ayude a conservar su salud o porque se siente enferma, comienza a percibir cierto alivio ya que irá al encuentro de un profesional que con sus conocimientos ayudará a lograr estos propósitos.

Sucede frecuentemente que algunos síntomas se alivian o desaparecen luego de la visita al médico, antes de haberse iniciado el tratamiento prescripto por él.

La entrevista es un instrumento imprescindible de la práctica médica. Es esencial para realizar la historia clínica, y para entablar una relación adecuada que va a superar los factores técnicos, ya que los factores más humanos de la relación tienen una gran importancia para que el paciente se sienta comprendido y deposite su confianza en el médico, lo cual ya en sí mismo puede ocasionar un alivio de la sintomatología y un mejor pronóstico a más largo plazo.

Se debe considerar al hombre de forma individual y en todas sus dimensiones, sin caer en el error de verlo como una mera máquina que es necesario reparar.

La primera entrevista que se realiza está siempre claramente dirigida

a lograr esencialmente una aproximación diagnóstica. Lo que predomina es la recolección de información, la información en medicina no solamente está referida a datos objetivos.

El médico observará atentamente también la afectividad del paciente, su estilo de comportamiento, las características de su pensamiento y su modalidad de relación, ya que todos los datos obtenidos de este tipo de observación constituyen una rica y útil información adicional que contribuyen a la implementación de un tratamiento médico más efectivo.

Especial relevancia suele tener la entrevista inicial. Durante la misma, el paciente elabora una primera impresión y opinión sobre el médico que puede verse influida por la información previa recibida a través de otros pacientes que le han recomendado a ese médico o a esa institución sanitaria.

Frecuentemente, el enfermo analiza al médico, sobre todo durante la primera entrevista, en un afán de obtener elementos de juicio sobre su capacidad profesional, su personalidad y el modo en que establece su relación terapéutica con el paciente.

Es necesario dedicarle tiempo suficiente al paciente, especialmente durante la primera entrevista, para que éste llegue a la conclusión de que se lo ha atendido suficientemente bien como para que su caso haya sido comprendido por el médico y éste le pueda procurar lo que realmente necesita.

Se corre el riesgo de perder una información que puede resultar de gran importancia y, puede defraudar al enfermo favoreciendo indirectamente que la enfermedad tome un curso más desfavorable.

Por ejemplo, algunos pacientes sólo anuncian a sus médicos su deseo de quitarse la vida al final de la entrevista, cuando el clima favorece un ambiente de confianza que les permite hablar más libremente de su situación y de sus ideas más íntimas. Una entrevista rápida o inadecuada puede dificultar que el paciente relate su intencionalidad suicida.

Algunos pacientes pueden perderse en detalles sin relevancia, a pesar de lo cual es conveniente escucharlos con atención, ya que de otro modo pueden no sentirse satisfechos y considerar que el médico no ha reunido toda la información necesaria para establecer un diagnóstico certero.

En estos casos, se corre el riesgo de que no realicen el tratamiento adecuadamente (disminuyendo las dosis, etc.) o caso omiso del tratamiento indicado, ya que pueden pensar que el médico se comporta de un modo imprudente o que tiene una excesiva confianza en su "ojo clínico".

El paciente debe sentirse cómodo, relajado, en un ambiente de naturalidad y confianza. La entrevista no debe ser tan sistemática que las

preguntas se sucedan recordando el tono de un interrogatorio. Es preferible adaptarse todo lo posible a la secuencia con que el paciente nos refiere sus problemas, con lo cual la conversación es más fluida, natural y espontánea.

También se deben evitar expresiones de reproche o actitudes de superioridad (al margen del terreno puramente científico), que puedan dar al paciente la impresión de hallarse delante de un juez, y no con un profesional cuya función es comprenderle y ayudarlo.

Conviene evitar incluso disposiciones materiales que sitien al paciente en una impresión de inferioridad.

El ambiente debe ser suficientemente silencioso y evitar interrupciones durante la entrevista, o la presencia inesperada de personas, incluso de personal sanitario auxiliar, ya que pueden coartar la exposición de problemas íntimos o lesionar el sentido del pudor durante exploraciones somáticas.

El médico debe limitarse a escuchar al paciente, y ampliar detalles sobre aspectos que verdaderamente puedan resultar relevantes con miras al tratamiento posterior.

Algunas preguntas sobre temas delicados o muy personales deben ser evitadas siempre que no se considere que esto podría perjudicar el establecimiento del diagnóstico o los resultados del tratamiento. Si no se trata de una información que se requiere con cierta urgencia, la obtención de la misma puede ser aplazada hasta visitas posteriores, buscando un momento más adecuado, cuando haya aumentado la confianza entre médico y paciente.

Existen diferentes modos de entrevistar según el objetivo que se desee lograr, lo cual implica que también el tiempo invertido es variable.

Pueden ser clasificadas del siguiente modo:

1) Entrevistas orientadas a recabar información:

- ◆ Admisión.
- ◆ Historia Clínica.
- ◆ Seguimiento.
- ◆ Proyectos de investigación.

2) Entrevistas psicoterapéuticas.

La información es fundamentalmente psicosocial. Los signos y síntomas que se recaban corresponden al área del pensamiento, de los afectos o del comportamiento. El objetivo no está focalizado en recabar información sino en producir cambios en el área de su compe-

tencia: atenuación o desaparición de síntomas emocionales displacenteros, mejoramiento de los vínculos interpersonales, del propio rendimiento intelectual, personal, etc.

Es una entrevista cuya técnica dependerá de la orientación del terapeuta. (Psicoanalista Freudiano, Kleniano o Lacaniano, Sistémico, Fenomenólogo, Gestáltico, Cognitivo, Conductista, etc.).

3) De los médicos especialistas.

En este caso todo el esfuerzo se concentra específicamente en lograr información del área que les compete. Generalmente estos profesionales reciben a sus pacientes por derivación de otros colegas, especialmente médicos clínicos.

4) En las emergencias.

La entrevista está orientada especialmente a lograr la obtención de datos que faciliten la rápida resolución de la patología aguda. Es diagnóstica y también terapéutica.

Tipos de Preguntas

El hacer preguntas acertadas es un arte. Cuando la comunicación resulta perturbada a veces es útil preguntar sobre aquellos miedos que suelen incrementar la reticencia del paciente, tales como: la locura, la enfermedad, la muerte, la soledad, la internación, etc.

1) Preguntas exploratorias.

Están dirigidas a definir con la mayor precisión posible lo que el paciente manifiesta como síntoma.

2) Preguntas clarificadoras.

Son las que están orientadas a lograr certeza acerca de lo que el paciente quiere decir en realidad. Para ello hay que tener en cuenta algunas circunstancias particulares que ocurren en la consulta con frecuencia:

2.1. El paciente utiliza vocablos médicos. Ej.: Los pacientes suelen hablar de "náuseas", "mareos", "dolor en el hígado", "estoy deprimido". El significado popular de estas palabras puede diferir del significado médico.

2.2. El paciente utiliza términos personales para definir sus molestias. Ej.: Una enferma manifiesta que cuando pensaba en su problema "se le ajustada el moño en el estómago". Ella estaba reconociendo la naturaleza emocional de la molestia, pero no la llamaba "angustia".

- 2.3.** El paciente no reconoce lo que le está pasando. Esto sucede especialmente con los síntomas emocionales o cuando éstos son reemplazados por sintomatología física. Los enfermos no se dan cuenta de lo que les está pasando aunque dicen “sentirse mal”. Una paciente se quejaba de que “se le cerraba el estómago”, dejó de comer, se sentía débil y cansada, pensaba que tenía “debilidad física”. Al seguir indagando, se llegó a la conclusión de que padecía una depresión ansiosa que curó con el tratamiento específico.
- 2.4.** Se puede preguntar sobre alguna apreciación realizada por el médico, confrontando al paciente, para evaluar si éste comparte esta apreciación. Ej.: Médico: Lo hice esperar mucho: debería estar disgustado conmigo ¿es así?

3) Preguntas cerradas.

Se caracterizan por restringir al paciente a brindar una información precisa y limitada. Este tipo de preguntas se utiliza habitualmente en las entrevistas diagnósticas. Se emplean mucho menos como instrumento terapéutico, aunque es muy probable también que una pregunta de este tipo pueda ser útil como señalamiento, al destacar una circunstancia que el paciente tiende a minimizar o a negar. Motivan que el paciente dé respuestas breves e inmediatas. No estimulan las asociaciones del entrevistado. Se obtiene información precisa pero incompleta. Es poco útil en la valoración de la emocionalidad del consultante. Son preguntas útiles en circunstancias en las que hay que actuar con rapidez. ¿Recuerda qué le pasó?

4) Preguntas abiertas.

Son preguntas amplias que estimulan al paciente a que se extienda en sus respuestas, asocie, piense y comente todo lo que se le ocurre en el momento. De esta forma se obtiene una información muy amplia, especialmente centrada en los pensamientos, actitudes y afectos del paciente. Esta técnica estimula las asociaciones, permite la catarsis, hace sentir al paciente que el control de la entrevista está en sus manos. Evidentemente insume más tiempo. Este tipo de preguntas pertenecen al ámbito de la psiquiatría y de las psicoterapias dinámicas, especialmente al psicoanálisis. En general no son útiles para los fines que un médico clínico persigue, sobre todo si se utilizan durante todo el tiempo de la entrevista. ¿Por qué no me cuenta acerca de su adolescencia?

5) Preguntas mixtas.

Son preguntas abiertas pero con un rango de respuesta limitado. Le permiten al paciente expresarse y realizar agregados dentro de la temática propuesta por el entrevistador. Esta técnica requiere esencialmente que el médico esté muy atento a fin de no perder el foco de lo que se desea averiguar. Para ello deberá realizar pequeñas interrupciones e intercalar preguntas refocalizadoras. ¿Alguna vez padeció un dolor semejante a éste?

6) Preguntas con varias opciones.

Son útiles cuando se desea evaluar si el paciente está en condiciones de seleccionar según algún orden de prioridades. Pueden tener acción psicoterapéutica cuando permiten que el paciente se sienta más activo y considerado de una forma personalizada, si se le da la posibilidad de elegir. ¿Prefiere hacer la toma de la mayor parte de los medicamentos que le indiqué con el desayuno, con el almuerzo o la cena?

Síntesis

- 1) La entrevista, es la formalización de un encuentro de dos o más personas con un fin determinado, para llegar a un diagnóstico y posterior tratamiento, con el objeto de promover la salud de uno o de varios de los concurrentes. La entrevista intenta el estudio y la utilización del comportamiento global del sujeto durante la relación establecida con el médico, es decir que en esta relación humana, uno de los integrantes (el médico), trata de saber que es lo que está pasando en la misma y actuar sobre ese conocimiento. La Entrevista es un campo de trabajo en el cual se investiga la conducta y la personalidad de seres humanos, a través de un proceso de comunicación verbal o no verbal. Según la actuación del profesional, se satisfacerán o no los objetivos de la entrevista.
- 2) Es el lugar donde la relación Médico – Paciente se manifiesta como un vínculo, una experiencia emocional compartida, que se estructura de una manera particular en torno a una demanda. En ella se exteriorizan las pautas de la vida y conjunto de posibilidades del sujeto, que pudiendo conocer una parte de la vida del paciente, que se despliega en la relación con nosotros y frente a nosotros. La Entrevista Médica pone de relieve la importancia del Vínculo que se establece entre el Médico y el Paciente, a partir del cual tiene sentido el diálogo verbal que acompaña la tarea.

Según Bleger, la entrevista es un Instrumento Fundamental del médico clínico, y es una técnica de investigación científica de la psicología.

- 3) La Entrevista se estructura alrededor del motivo de consulta, o queja principal y a desarrollar la historia de padecimiento actual, conocer el estilo de vida del paciente, y el donde, el que y el como del síntoma.
- 4) La escucha atenta introduce un clima de confianza y testimonia el interés hacia los problemas del enfermo.
- 5) En el interrogatorio se pueden emplear la entrevista cerrada, pero luego se da lugar a la conversación libre, es decir se emplea la entrevista semidirigida o mixta.

En primer término, el entrevistador debe situar la significación y finalidad de la entrevista. El paciente es invitado a hablar libremente de lo que le inquieta, del motivo inmediato de la consulta. Una primera fase de libre expresión se deja a la iniciativa del paciente. En una segunda fase, para completar la investigación semiológica y la anamnesis, las intervenciones del examinador serán más frecuentes teniendo en cuenta la dinámica relacional ya establecida.

De una primera entrevista es indispensable que se desprendan datos precisos sobre la historia pasada y actual de la persona, sobre las situaciones conflictivas que pudo encontrar y la forma en las que se las ha resuelto.

Consulta Médica:

La consulta Médica consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser La Entrevista.

Consulta no es sinónimo de Entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el médico o psicólogo, puede atender la Consulta.

El sujeto quiere informarse sobre algo, con respecto a su salud, una vez logrado éste puede o no continuar la relación.

Motivo de Consulta:

Cuales han sido las molestias que lo llevaron a recurrir a la misma. Tiene en cuenta el deseo del paciente en busca de ayuda.

Entre el momento en que una persona reconoce las primeras preocupaciones sobre su salud, y el que decide consultar, puede pasar un tiempo variable.

Desde una larga espera, en la confianza de una evolución espontánea, hasta el apuro de una solución inmediata.

Puede exagerar sus molestias, o atenuarlas hasta restarles toda importancia.

De esta manera, Consultas pedidas de urgencia, pueden resultar sin hallazgos clínicos, o por el contrario, patología corporal grave, transitar aparentemente asintomático durante cierto tiempo.

Para enterarse como responde un paciente, es necesario tener en cuenta los determinantes concientes e inconscientes de la conducta.

Junto a los primeros indicios preocupantes, referidos al cuerpo se activan fantasías primitivas de enfermedad, que pueden alertar o alarmar, y utilizan mecanismos defensivos, en los cuales desconocen o ignoran las señales provenientes de su cuerpo con los riesgos consiguientes.

Cuando finalmente la consulta se realiza, el paciente no siempre conoce los motivos que lo llevaron a la misma.

El motivo Manifiesto, es aquel que es verbalmente explicitado en la consulta. Pero hay otros más ocultos de los que el paciente nada parece saber.

Son las demandas "latentes o Inconscientes" de la consulta, con las cuales el médico se puede encontrar.

Las estadísticas de consultas de consultorios externos, dan cuenta de que al menos el 75% de los que consultan no tienen patología corporal detectable, constituye la patología funcional. Consultan por sus preocupaciones corporales, pero encubren necesidades y malestares de todo tipo de origen familiar, personal, laboral, de frustración existencial, etc.

El paciente llega a la consulta deseando ser liberado del dolor y del sufrimiento, a veces negando la presencia de signos alarmantes de enfermedad, teniendo creencia de curación realista o mágica.

Busca alguien que lo escuche, contenga, acepte, y comparta su dolor.

Para que una persona concurra a una consulta debe haber llegado a una cierta percepción o insight de que algo no anda bien, que algo ha cambiado, o se ha modificado, o bien se percibe a sí mismo con ansiedad o temores.

Algunos han definido como enfermo a toda aquella persona que solicita una consulta.

Principales Motivos de Consulta:

1) Situación de Crisis:

Es un disturbio interno, que resulta de un suceso estresante o de la amenaza sobre sí mismo.

Puede originarse por un hecho o acontecimiento estresante que implica una pérdida o privación fundamental, la que es percibida

como amenazante para la autoestima e integridad personal, o por acontecimientos inesperados.

2) Trastornos de la Conducta Alimentaria:

- ◆ Anomalías por exceso (Bulimia con o sin obesidad).
- ◆ Anomalías restrictivas (Anorexia nerviosa).

3) Trastornos del Sueño:

- ◆ Insomnios: trastornos de la iniciación y mantenimiento del sueño.

4) Problemática Sexual:

- ◆ Disfunciones sexuales, (impotencia, frigidez, eyaculación precoz).

5) Neurosis:

- ◆ Alteración parcial de la personalidad.
- ◆ Juicio de realidad conservado.
- ◆ Conciencia de enfermedad: acepta tener un trastorno mental.
- ◆ Síntomas egodistónicos: el paciente considera el trastorno como ajeno al Yo, y desea eliminar esta molestia.
- ◆ Síntomas esenciales: Angustia, ansiedad, anomalías de la actividad sexual, alteraciones en el sueño, astenia, mecanismos de defensa neurótico.
- ◆ Consulta al médico a veces por síntomas somáticos.

6) Psicosis:

En el psicótico hay una grave alteración de la personalidad reflejada en todas las esferas: afectivas, intelectivas y en la conducta social.

- ◆ Juicio de realidad: alterado, desviado.
- ◆ Conciencia de enfermedad: no acepta tener un trastorno mental.
- ◆ Los síntomas son vividos como propios del Yo (egosintónicos).
- ◆ El grado de estereotipia o pérdida de la plasticidad es máximo.
- ◆ Síntomas esenciales: Delirio, alucinaciones, seudoalucinaciones, embotamiento afectivo, retraimiento emocional y social, Desorientación, Trastorno en el juicio, en la voluntad. Alucinaciones que pueden ser: visuales, auditivas, cenestésicas (percepción sin objeto), Seudoalucinaciones: percepción dentro de la cabeza de imágenes o pensamientos. Esquizofrenias. Parafrenias. Síndrome Delirante.

7) Trastornos Afectivos:

- ◆ Trastorno Adaptativo: Depresión Reactiva.
- ◆ Distimia: Depresión Neurótica.
- ◆ Secundarias o sintomáticas.
- ◆ Depresión Endógena: Enfermedad Maníaco – depresiva. Melancolía. Manía.
- ◆ Conciencia de Enfermedad: Sí en el Neurótico. No, en el Psicótico.
- ◆ Síntomas: Egodistónicos: sentimiento displacentero de culpa y tristeza ideación o intentos de suicidio.

8) Trastornos Mentales Orgánicos:

- ◆ Epilepsia, Trastornos convulsivos.
- ◆ Demencias – Confusión Mental. Oligofrenias.
- ◆ Síntomas esenciales: deterioro cognitivo progresivo e irreversible, y síntomas focales de acuerdo a la zona y tipo de alteración, disminución de la lucidez de la conciencia. Trastornos tiempo – espaciales.
- ◆ Juicio de realidad: debilitado.
- ◆ Conciencia de enfermedad; Epilepsia, Sí. Confusión, No.

9) Trastornos Psicósomáticos:

Es una afección psicogenética parcial, ya que presenta sintomatología somática o trastornos fisiológicos capaces de provocar una alteración estructural somática. Tienen la característica de recrudecer a partir de un suceso emocional perturbador. Abarca desde enfermedades en donde lo psicológico es una concausa etiológica como en la úlcera, asma, hipertensión, infarto, trastornos endócrinos, infecciones, afecciones dermatológicas, colitis ulcerosa, y otras afecciones, pues el organismo suele responder a las situaciones vitales de estrés con una reducción de las defensas orgánicas, lo que favorece su instalación.

Tienen juicio de realidad conservado. Conciencia de enfermedad con respecto a la alteración somática, no tiene de su influencia mental. Disociación entre fenómeno psíquico y físico. No considera que su malestar físico tiene relación con un conflicto psíquico.

10) Trastornos Adictivos:

- ◆ Dependencia o abuso de alcohol: Alcoholismo agudo – Delirio Tremens. Todos los cuadros de alcoholismo crónico.

- ◆ Dependencia o abuso de alucinógenos, anfetaminas o simpaticométicos sedantes, hipnóticos y/o ansiolíticos, de cocaína, de opiáceos, de inhalantes.
- ◆ Juicio de realidad, conservado. Puede alterarse durante la ingesta de sustancias psicoativas.
- ◆ Conciencia de enfermedad, no acepta ser adicto, lo oculta o lo niega.
- ◆ Síntomas esenciales: negación de la situación de abuso o dependencia. Cree que controla la ingesta. Alteración del carácter y de las conductas sociales. Trastornos físicos y de la conciencia.

11) Trastornos de la Personalidad:

Personalidad Anormal – Psicopática. Se trata de un modo de ser sin que sientan su anormalidad, como algo extraño, no tienen angustia, ni ansiedad, ni culpa.

Los Sociopatas: la anormalidad se manifiesta hacia fuera en las relaciones interpersonales en el medio social.

Los Caracterópatas: lo esencial del conflicto se da en su interioridad, carácter obsesivo, histérico, etc.

Juicio de realidad conservado. No acepta tener trastornos mentales, ni le perturba su conducta.

Modalidades de la Consulta:

- 1) El Neurótico concurre sólo en busca de ayuda porque desea eliminar el trastorno físico o psíquico que es ajeno a su Yo.
- 2) El Psicótico concurre acompañado, pues no tiene conciencia de enfermedad, y por situaciones de urgencia como Excitación Psicomotriz, intentos de suicidio, violencias, estados de confusión mental.
El niño es traído por su familia que es generalmente el emergente de los conflictos grupales de la familia. La familia es un sistema, y la normalización del paciente, hace que la tensión del grupo familiar no se descargue sobre ese paciente, sino sobre todo el grupo familiar. En los matrimonios que se inculpan mutuamente de neurosis, conflictos, infidelidad, la consulta se realiza con todos los que han concurrido, manejados como un grupo diagnóstico.
- 3) Los Pacientes Psicósomáticos, son generalmente derivados por un médico clínico, pues ellos desconocen su conflictiva emocional.
- 4) El paciente puede ser derivado por un juez para hacer una pericia médica, psiquiátrica, psicológica, donde se debe realizar un informe pericial.

- 5) Hay pacientes que simulan afección mental para tener beneficios para la declaración de invalidez, indemnización, o para no ser llevados a la cárcel, por lo que consultan al especialista.
- 6) Otra modalidad de consulta es cuando se deriva un paciente para que se le efectúe un psicodiagnóstico, o sea la entrevista y el conjunto de test, proyectivos y psicosomáticos. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado corresponde al Psicópata.

BIBLIOGRAFÍA

- BLEGER, JOSÉ. *"Psicología de la Conducta"*. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1977.
- CORTESE, ELISA NORMA. *"Manual de Psicopatología y Psiquiatría"*. Editorial Nobuko. Buenos Aires, 2003.
- FIORINI, HÉCTOR JUAN. *"Teoría y técnica de psicoterapias"*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.
- OTHMER, E Y OTHMER S. *"DSMIV – La entrevista clínica"*. Tomo I. Fundamentos, Masson. Barcelona, 1996.
- SULLIVAN, HARRY SNACK. *"La entrevista psiquiátrica"* - Edit Psique. Buenos Aires, 1974.

CAPÍTULO XIII

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA LIC. ALICIA PILATTI

La entrevista es un encuentro, reunión o cita de dos o más personas en un lugar determinado, para tratar de resolver algún anuncio o negocio. La Entrevista Psicológica es una técnica, un instrumento clínico que servirá para revelar y relevar datos acerca del consultante. En este tipo de entrevistas se persiguen objetivos *psicológicos* para la investigación y también para el diagnóstico o considerando una futura terapia.

La Entrevista Psicológica se constituye en uno de los procedimientos con los que se puede atender una *consulta*; en ella se intenta el estudio del comportamiento total del sujeto en la relación establecida con el psicólogo. Esta relación es "particular", ya que uno debe actuar en su *rol de psicólogo* y él o los otros que necesitan de la intervención de la técnica de aquel. Es una relación humana, pero el psicólogo debe actuar en función de sus conocimientos y de ese saber depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista.

La Entrevista Psicológica representa una herramienta de trabajo del Psicólogo para el diagnóstico o la investigación, o ambas cosas a la vez y no es sustituible por otra práctica. Es irremplazable ya que corrobora y confronta información o la complementa. Es un encuentro cara - a - cara y provee de toda la información que proporciona el sujeto entrevistado, con la condición de que el Entrevistador sepa decodificar aquellos que se haya comunicado fenoméricamente.

Una entrevista psicológica no es un interrogatorio, un reportaje o la posibilidad de responder a una encuesta o fórmula, tampoco una charla o conversación.

La regla básica de la Entrevista psicológica consiste en obtener datos completos del comportamiento total de una persona en el curso de la misma. La entrevista psicológica se constituye en un *procedimiento de observación en condiciones controladas*, o por lo menos en condiciones conocidas.

Tomando en cuenta el número de participantes se reconoce la entrevista Individual y Grupal, según sean uno o más los entrevistadores y / o entrevistados. Pero en realidad la entrevista es siempre un fenómeno grupal.

FUNDAMENTACION TEÓRICA

Las características de la Entrevista Psicológica a partir de la fundamentación teórica que marca lo fenoménico y los principios que rigen la interrelación humana son:

1. Son dos seres humanos enfrentados
2. La posición es opuesta y contrapuesta, en cierto modo invertida.
3. Existe un espacio - temporalidad inherente al evento, síntesis de ambos sujetos.
4. Cada uno de los intervinientes tiene asignado un "espacio", y la "temporalidad" estará dada de acuerdo a la de cada miembro.
5. Como fenómeno, se da una interrelación cuya dinámica es la "comunicación"
6. El sujeto representa un "límite", fundamentalmente a nivel temático, para el entrevistador
7. Existen un / unos objetivos y propósitos por los cuales se realiza la entrevista. Estos conforman el eje principal sobre el cual toma sentido la misma.
8. Se establece un orden por el cual el entrevistador trata de cumplir los objetivos en base a los aportes comunicacionales que surgen en la interrelación.
9. El entrevistado es llamado a ofrecer pasajes de su existencia: información, cualidades, particularidades, etc.

Además, la Entrevista Psicológica está influenciada por:

- ◆ El Psicoanálisis con el conocimiento de la dimensión inconsciente de la conducta, de la transferencia y la contratransferencia, de la resistencia y la represión, de la proyección y la Introyección.
- ◆ La Gestalt en cuanto a la comprensión de la entrevista como "un todo", en el cual el entrevistador es uno de sus integrantes y considera el comportamiento de éste como uno de los elementos de la totalidad.
- ◆ La Topología que plantea y reconoce el campo psicológico y sus leyes.
- ◆ El Conductismo que influyó con la importancia de la observación del comportamiento.

EL CAMPO DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

"En la entrevista tenemos configurado un campo" (José Bleger). Esto pretende significar que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece, es *"tratar de obtener*

que el campo se configure especialmente y en su mayor grado por la variables que dependen del entrevistado, o sea por sus modalidades de personalidad”.

El entrevistado es quien dirige la entrevista, pero el entrevistador es quien la controla. La relación entre ambos delimita y determina el campo de la entrevista. Es una situación en la que se observa una parte de la vida del Entrevistado, que se desarrolla en relación al psicólogo y frente al psicólogo, pero no agota el conocimiento de la personalidad total.

El campo de la entrevista psicológica se conforma con un *encuadre fijo*. Este consiste en una transformación de parte del Psicólogo, de cierto conjunto de variables en constantes. Como la actitud técnica y los roles, los objetivos, el lugar y el tiempo de duración. Si el encuadre se modifica, será por cambios del Entrevistado y esta modificación debe ser considerada como una variable sujeta a ser observada.

El campo de la entrevista es dinámico y se debe observar y entender el cambio específico existente en cada momento, en la continuidad y con su sentido.

Una sistematización para el estudio detallado de la entrevista consiste en centrar el estudio en:

- ◆ **el entrevistador**, en el que se incluye su actitud, su disociación instrumental, su contratransferencia, su identificación, etc.
- ◆ **el entrevistado**: incluyéndose aquí la transferencia, estructuras de conducta, rasgos e carácter, ansiedades, defensas, etc.
- ◆ **la relación interpersonal**: en la que se incluye la interacción entre los participantes, el proceso de comunicación, el problema de ansiedad, etc.

MODALIDADES DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Las variantes que se pueden realizar para encarar una entrevista, tienen en cuenta básicamente la capacidad del entrevistador y los objetivos. A partir de lo cual, la estrategia de abordaje y búsqueda de datos se hace más pautado y estricto, libre o una combinación de ambos.

Las Entrevistas Psicológicas pueden adquirir entonces diferentes modalidades:

1. Entrevista Pautada:

La entrevista pautada, “pauta” la respuesta. Es el clásico cuestionario o “fórmula” que asta se pueden encontrar preimpresos. El entrevistador formula las preguntas y toma nota de las respuestas. La consigna debe ser precisa, clara y siempre la misma para posibilitar pos-

teriores estadísticas, cruce de información , etc. Tiene valor para encuestas o discriminaciones rápidas de aspectos o características, pero poco valor como herramienta en las relaciones humanas.

Como ejemplo de entrevista pautada la Anamnesis, implica una recopilación de datos de tal extensión y detalle que permite obtener una síntesis de la situación presente como de la historia, la enfermedad y salud de un individuo. Más allá de los datos necesarios, todo aporte del paciente es considerado como una perturbación de la anamnesis y se desecha. Generalmente se realiza una anamnesis por razones estadísticas o para el cumplimiento de reglamentos en las instituciones.

2.- Entrevista Dirigida o Cerrada:

En esta modalidad de Entrevista está definida la información que se desea obtener. El entrevistador orienta el diálogo hacia los temas sobre los cuales desea indagar. Impone una dirección basándose en una guía de preguntas a realizar, o un formulario de "informe de entrevista" o similar, que completará con posterioridad al encuentro o simultáneamente. El rol del Psicólogo entrevistador es directivo. En general se aplica teniendo en cuenta exclusivamente el material verbal y repreguntando aquellos aspectos que el entrevistado no ha dejado bien en claro. Los temas transcurren de acuerdo a lo pautado de antemano y siguiendo el orden establecido. Se sistematiza sobre un orden que privilegia ciertos aspectos sobre otros y genera una cadena causal de estímulos ante la cual el sujeto tiene que contraponer sus recursos intelectuales o bien su estrategia.

La entrevista dirigida supera a la pautada en que las riquezas de las observaciones pueden ser contempladas e incluidas. Se estructura el diálogo en base a las preguntas, dejando nulo margen a preguntar a partir de lo deducido e inferido.

3.- Entrevista Semidirigida:

Esta modalidad fluctúa entre lo que es direccionado por el entrevistador y lo que no lo es, según el ritmo que surge del propio encuentro y de los objetivos bien entendidos. Es de múltiples aplicaciones. Comienza con preguntas direccionadas, y a partir de estas se efectúan preguntas "abiertas". El sujeto hablará de sus situaciones, características, cosas "conocidas". El entrevistador mostrará su oportunismo cuando pueda cortar la alocución, para una economía en tiempo, energía temática, etc., o insertando una pregunta a partir del tema tratado que reoriente el discurso. Es una técnica mixta, por lo

que permite abrir o cerrar un tema, y volver a él si es necesario.

Este tipo de técnica se utiliza en la entrevista inicial de todo proceso psicodiagnóstico.

4.- Entrevista Libre o Abierta:

En esta modalidad de entrevista psicológica se parte del principio de *dejar hablar al entrevistado de lo que desee*, con amplia libertad en cada uno de los momentos, y de tratar aquello que le surge como importante. Por parte del entrevistado "todo vale", y por parte del entrevistador es necesaria la experiencia, la atención flotante y todas sus potencialidades. Este último debe tener un amplio autodominio para poder llevar adelante los silencios y los períodos de indefinición. Su rol es poco participativo.

El concepto de entrevista libre es característico y utilizado por el psicoanálisis.

MOMENTOS DE LA ENTREVISTA PSICOLOGICA

Fernando ULLOA señala que *la entrevista se da en un campo que condiciona y es condicionado*. O sea que la Entrevista puede verse afectada por el campo y el contexto. Asimismo agrega que "es un proceso, donde los diferentes momentos condicionan las actitudes técnicas". Para este autor existen diferentes momentos y ellos son:

1. Pre - entrevista:

Se inicia con el pedido de consulta y continúa hasta la apertura de la Entrevista Inicial. A través de la Pre-entrevista se obtienen datos del Entrevistado antes de conocerlo personalmente, que podrán ser confirmados, revisados, modificados o descartados.

Los *Objetivos* de la Preentrevista son: averiguar el "motivo de consulta", escuchar la demanda y de dónde proviene la derivación; obtener datos de filiación del consultante; pautar y acordar horario de la entrevista; fijar y comunicar duración de los encuentros; plantear todas las hipótesis (aunque simples) posibles a partir de este primer contacto

2. Entrevista

a. Apertura: es el primer momento del encuentro entre el Psicólogo y entrevistado / s, que está acompañado de ansiedad, por la situación desconocida. El entrevistador debe estar atento en extremo a los mensajes no verbales del entrevistado.

b. Acontecer propiamente dicho: es el transcurrir de la entrevista. Se debe ajustar a las motivaciones y fines de la misma. El objetivo principal es recoger los datos de la historia evolutiva y vincular,

las áreas de conflicto y las potencialidades del entrevistado

- c. **Cierre:** donde se evaluará la posibilidad de separación, las fantasías y la ansiedad concomitante.
- d. **Post - entrevista:** es el espacio en el cual el entrevistador ya sin el entrevistado presente, elaborará el material verbal y no verbal obtenido en la experiencia de la entrevista.

EL PRIMER CONTACTO: LA CONSULTA

La *Consulta* consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la Entrevista.

La toma de contacto con un sujeto, es el primer paso, el inicio de una relación psicólogo - paciente, que puede derivar en un proceso Psicodiagnóstico o en un tratamiento psicológico

Esta toma de contacto del caso puede devenir desde diferentes emisores, tales como:

- ◆ El paciente mismo o sujeto que solicita.
- ◆ Un profesional (médico, abogado, juez, maestro) que “deriva” al sujeto para que realice la consulta, para conocer algún aspecto del mismo o de su situación o personalidad
- ◆ Un familiar del sujeto. En los casos “esperables” que la solicitud de consulta sea realizada por un familiar es por ejemplo para un niño, para un adolescente o un adulto con retardo mental o psicopatología.

El motivo aducido por el paciente es el *Motivo Manifiesto*, es por lo que él siente que esta realizando esta consulta, aunque muchas veces no sea el más auténtico. Es el *síntoma* que preocupa y que opera como señal de alarma. En la mayoría de los casos, son una gama de síntomas que aquejan al paciente, o a quienes conviven con él. Representan lo más inocuo, lo menos ansiógeno, lo más fácil y convincente de decir al psicólogo, pero por lo general el motivo es otro,

El motivo subyacente y / o inconsciente del sujeto, es el *Motivo Latente*, que puede coincidir o no con el motivo manifiesto. Puede aparecer enmascarado y alejado de la intención de la consulta, debido a ser éste el que más angustia, el que en realidad el sujeto no está preparado para asumir y mucho menos para referir.

El *Síntoma* es “lo que le duele al sujeto y dice que le duele”, o sea lo que dice que siente que le pasa. Es lo que trae como *motivo manifiesto* a la consulta. Cuanto más trivial parece el motivo manifiesto, es cuan-

do más se puede sospechar un *motivo latente* de mayor envergadura, ya que más energía debe de poner a disposición el sujeto para enmascarar el motivo subyacente.

La *gravedad del síntoma* dependerá de la etapa del desarrollo del consultante. (Diferente es que un niño de 2 años sufra de enuresis, a que le suceda a un niño de diez años y que los padres no hubieran concurrido a la consulta debido a “que sus hermanos mayores se hicieron pis hasta los 12 o 13 años”).

¿Qué se debe conocer del Síntoma?. Es imprescindible conocer:

- ◆ Porque molesta el Síntoma.
- ◆ A *Quienes Molesta* el Síntoma (a los padres del niño, a el niño, a los hermanos, a la maestra...)
- ◆ En *qué Grado Molesta* el Síntoma
- ◆ Porque molesta *Ahora* el Síntoma si quizás es un síntoma de larga data? (enuresis a los 9 años, o impotencia varonil a los 30 años?)

En el Síntoma o Motivo de la Consulta hay implícita una *Fantasía de Enfermedad* y una *Fantasía de Curación* que es necesario detectarla ya que dará información acerca de las resistencias del sujeto.

OBJETIVOS GENERALES DE LA ENTREVISTA PSICOLOGICA

Según M. OCAMPO, M. ARZENO y E. GRASSANO algunos de los puntos más importantes a tener en cuenta en la entrevista psicológica son:

- ◆ observar la impresión que causa el entrevistado; si se mantiene, si se modifica, en que momento y en qué sentido, teniendo en cuenta el lenguaje corporal, verbal, gestual.
- ◆ observar el ritmo de las verbalizaciones, cuando, cómo y porqué se producen cambios
- ◆ apreciar las características del lenguaje
- ◆ observar la articulación del pasado, presente y futuro en el relato.
- ◆ establecer el grado de coherencia o discrepancia entre lo verbalizado y lo expresado en lo no verbal.
- ◆ dentro del relato, en que aspectos de su vida hace más hincapié, cuáles le provocan bloqueo o ansiedad, que parte de su historia elige para comenzar.
- ◆ captar lo que le sujeto transfiere en el Psicólogo Entrevistador
- ◆ captar lo contratransferencial
- ◆ determinar el modelo vincular del Entrevistado

- ◆ distinguir entre el motivo de consulta manifiesto (síntoma) y el latente (el que se vislumbra a partir de lo que se escucha y piensa acerca del paciente)
- ◆ verificar si posee sintomatología clínica u orgánica.
- ◆ observar si el paciente tiene posibilidad de insight.
- ◆ indagar acerca de las fantasías de salud y enfermedad del entrevistado y su aceptación de la curación
- ◆ poder determinar con la mayor precisión posible el estado mental del paciente, evaluando:
 - apariencia y comportamiento
 - actitudes hacia el entrevistador
 - actitud psicomotriz
 - estado anímico
 - pensamiento y lenguaje
 - posibles distorsiones perceptivas (alucinaciones)
 - atención y capacidad para la concentración
 - memoria (inmediata o mediata)
 - tipo y nivel de inteligencia
 - juicio de realidad

ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA

Al ser la Entrevista Psicológica dinámica, es decir, factible de constantes cambios que llevan a la construcción de hipótesis sobre el Entrevistado, se hace necesario sistematizar los elementos recogidos que acompañan lo expresado verbalmente.

Estos son:

1. La Transferencia y la Contratransferencia

La transferencia se refiere a la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar.

En la Entrevista Psicológica se establece por parte del Entrevistado la *transferencia*. Éste deposita en la persona del Psicólogo entrevistador estas situaciones pasadas, asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos y con ello aporta elementos que deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

Según Sigmund Freud la transferencia es: *“las reediciones, recreaciones de las emociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico”*.

Se distingue la *transferencia positiva* y la *transferencia negativa*, ambas son coexistentes, aunque con un predominio relativo, estable o alternante de alguna de las dos. Integran la parte inconsciente de la conducta.

En la transferencia aparecen las actitudes afectivas que el entrevistado vivencia o actúa en relación con el entrevistador. La observación de estos fenómenos dejan traslucir aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no puede referir voluntaria o conscientemente. Son aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia y su pensamiento mágico.

En la *contratransferencia* se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el Psicólogo entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él. Estos mismos efectos son provocados en otros vínculos que establece el entrevistado. Se los considera como elementos perturbadores de la entrevista, pero se debe reconocer que son indefectibles o ineludibles en su aparición, y el entrevistador debe también registrarlos como emergentes de la situación presente y de las reacciones que provoca el entrevistado. Éste debe hacer su propia autoobservación.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal, pero deben ser utilizados como *instrumentos técnicos de observación y comprensión*.

2. La Ansiedad

La *ansiedad* es necesaria en la entrevista como en toda situación nueva y desconocida. Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta *“desorganización”* de la personalidad de cada uno de los participantes, esta desorganización es la *“ansiedad”*. No se la debe anular o suprimir, sino observar y considerar cuales son los factores que la producen para operar sobre ellos. La ansiedad debe ser vigilada en su aparición, su grado e intensidad. El umbral de tolerancia a la ansiedad debe ser permanentemente detectado.

El monto adecuado de ansiedad es "generador". El exceso de ansiedad, "obstaculiza o abruma" al entrevistado, y recurrirá a mecanismos defensivos más extremos.

El entrevistado revelará en su manejo de la ansiedad su forma de conducirla ante situaciones similares. Frente a la ansiedad del entrevistado no se debe recurrir a ningún procedimiento que la disimule o reprima, como puede ser el apoyo directo o el consejo. La ansiedad sólo debe ser manejada comprendiendo los factores por los cuales aparece y operar según sea esa comprensión.

La ansiedad del entrevistador es uno de los factores más difíciles de manejar. Este debe poseer la capacidad para tolerarla y poder instrumentalizarla. El entrevistador entonces deberá disociarse a los fines de no invadir la entrevista con su propia ansiedad, ni dejarse influenciar con la ansiedad del entrevistado.

E. Rolla señala y diferencia tipos de ansiedad que se presentan en la entrevista psicológica, las que predominan algunas sobre otras en los distintos momentos.

- ◆ ansiedad de abordaje o ansiedad de encuentro: se da en el comienzo de la entrevista, es de predominio paranoide o persecutorio, debido a la necesidad del entrevistado en descubrir quien es y cómo es el entrevistador.
- ◆ ansiedad de mantenimiento: es una ansiedad de tipo depresiva, debido a la necesidad de mantenimiento y el temor a la pérdida del vínculo establecido.
- ◆ ansiedad de separación: se establece al final de la entrevista, con un predominio de ansiedad de tipo confusional.

La aparición de la ansiedad en el orden esperado brindan la probabilidad de que el sujeto cuente con suficientes recursos yóicos y una organización afectiva que le permita un adecuado manejo de la angustia.

3. La Disociación Instrumental

El instrumento de trabajo del Psicólogo entrevistador, es "él mismo", su propia personalidad. Ésta entra indefectiblemente en juego en la relación interpersonal, con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano; de tal manera que al examinar la vida de los demás se halla directamente implicada: la revisión y examen de su propia vida, de su personalidad, de sus conflictos y sus frustraciones.

Según JOSÉ BLEGER el entrevistador debe actuar "disociado", observando y controlando lo que ocurre. Esto es, en parte actuando

con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte fuera de esa identificación.

Distintos tipos de personas pueden provocar fastidio, cansancio, sueño, irritación, bloqueo, lástima, cariño, rechazo, seducción, entre otros. Estos son todos indicios contratransferenciales que el entrevistador debe percibir como tales en la medida en que se producen y debe resolverlos analizándolos en función de la personalidad del entrevistado, de la suya propia, del contexto y del momento en que aparecen en la comunicación.

Una buena disociación del profesional le permitirá “meterse” en la situación, pero al mismo tiempo tener la capacidad de observación y el examen de la vida del consultante.

4. La Comunicación

En la Entrevista Psicológica se produce el proceso de comunicación con todos los elementos que componen la misma (transmisor, receptor, mensaje, código, contexto y canal).

El mensaje o conducta debe ser observado en sus tres niveles:

- ◆ **Auditivo lingüística**, o sea las palabras, con su código conocido y formalizado en el léxico de la lengua.
- ◆ **El auditivo paralingüística**, configurada con los componentes sonoros del mensaje, por presencia o ausencia (silencios) que crean la comprensión afectiva del mensaje
- ◆ **El no auditivo paralingüístico**, que abarca los gestos, la mímica y la pantomima, donde se compromete el esquema corporal.

5. Las intervenciones del Entrevistador

El Entrevistador es un observador participante, por lo que interviene y participa de la misma con dos tipos de intervenciones:

- ◆ Técnica del counseling: repetición de las últimas palabras del entrevistado en tono interrogativo, para estimular y obtener más datos del sujeto.
- ◆ Señalamiento: es la explicitación de mensajes que no aparecen verbalizados en el discurso.

AREAS DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA DIRIGIDA A ADULTOS

Se genera un incremento de ansiedad por ser una situación nueva para ambos. Es probable que dicha ansiedad tenga su correlato en el cuerpo, para lo cual, el Entrevistador deberá prestar especial atención a

los mensajes del lenguaje corporal, y establecer una distancia óptima que le permita escuchar y vivenciar lo transferido por el consultante.

Se deben recopilar los siguientes datos:

A. Datos de Filiación

- ◆ Nombres, Sobrenombres, Apellido: Permite realizar una primera aproximación acerca de la identidad del sujeto, y posibles identificaciones.
- ◆ Edad: obtener fecha y lugar de nacimiento, para orientar a cerca de los comportamientos esperables según el momento vital que se encuentre atravesando, así como posibles conflictos inherentes al mismo.
- ◆ Nacionalidad y religión: Brinda información a cerca de influencias culturales, costumbres y actitudes típicas.
- ◆ Familia Nuclear de Origen: Se indaga a cerca de los nombres, edades, estado civil, escolaridad y ocupación de cada uno de los miembros por los que está conformada su familia de origen.
- ◆ Escolaridad: Se explora sobre los ciclos escolares atravesados y el nivel educacional alcanzado.
- ◆ Ocupación Actual: Detecta la coherencia entre las potencialidades y capacidad y su desempeño real.
- ◆ Familia Nuclear Actual: Se solicita la conformación y la descripción de la misma.
- ◆ Personas con las que convive:

B. Autopresentación

A través de la consigna "hábleme de usted", se le otorgará al sujeto total libertad y se podrá observar qué imagen intenta dar el sujeto sobre su identidad. Puede ser que comience su descripción por "lo que es", por "lo que desearía ser", ó por lo que "otros piensan que es él".

C.- Familia de Origen

Se apunta a evaluar los tipos de vínculos infantiles y actuales; cómo fue la relación con sus padres y hermanos; en su infancia y cómo es en la actualidad.

D.- Parejas

Este ítem apunta a detectar incidencias y fantasías acerca de la pareja parental en la posibilidad de elegir una pareja, qué tipo de rol desempeña y qué espera del otro.

E. Sexualidad

Se indaga acerca de las características y la modalidad con que el consultante asume el rol sexual y su incidencia en su historia vital.

F.- Familia Actual

Se investiga cómo está conformada su familia actual, su caracterización e historia. Se solicita la descripción de su cónyuge e hijos y cómo es la relación con éstos.

G.- Amistades

En este ítem se deberá reparar en la existencia o ausencia de vínculos amistosos, qué duración han tenido los mismos; qué criterios utiliza para la elección de amigos y que expectativas tiene puestas en éstos.

H.- Trabajo y Estudio

Se explora sobre los ciclos escolares atravesados. Las características de los mismos, logros y fracasos.

En cuanto al área laboral se indaga sobre su labilidad ó estabilidad en la inserción laboral y el grado de satisfacción ó frustración que obtiene en el mismo.

I.- Tiempo Libre

Se averigua si el sujeto se permite tener tiempo libre ó no; qué actividades realiza y con quién; si tiene hobbies, actividades artísticas, deportivas u otras.

J.- Actividades Religiosas y Políticas

Se investiga que tipo de actividades religiosas y/o políticas tiene el sujeto y que tiempo les dedica.

K.- Enfermedades - Intervenciones Quirúrgicas - Accidentes

Se explora qué tipo, con qué antecedentes, en qué momento de su ciclo vital se produjeron, con qué gravedad, duración y secuelas.

L.- Proyecto de Futuro

Observar si el entrevistado esboza proyectos de futuro en forma espontánea y en qué áreas los imagina.

El análisis de la entrevista es el producto resultante de diferentes lecturas sucesivas de todos los datos recopilados. Cada una de ellas implica la relación de cada área con las pautas evolutivas esperadas, según

el ciclo vital y una comprensión dinámica de la forma individual en que cada sujeto enfrenta y resuelve sus conflictivas.

La integración de los datos recogidos va a permitir comprender algunos aspectos dinámicos y estructurales de la personalidad, originando la formulación de hipótesis. surgirá el diagnóstico y pronóstico presuntivo del caso.

LA FUNCIÓN Y EL EJERCICIO DEL ENTREVISTADOR EN LAS ENTREVISTAS

J. M. HADLEY explicita la función y el ejercicio del Psicólogo Entrevistador en las entrevistas psicológicas, como las de:

- ◆ Establecer un buen punto de partida para la Entrevista
- ◆ Efectuar las preguntas de manera clara, económica y natural
- ◆ Adecuar la secuencia de los tópicos a examinar al nivel de ansiedad del individuo.
- ◆ Registrar la información durante el encuentro
- ◆ Formular las preguntas delicadas en forma directa
- ◆ Actuar con habilidad en el manejo de las pausas
- ◆ Intentar descubrir lo que se oculta bajo las respuestas superficiales
- ◆ Las discrepancias deben ser tenidas en cuenta
- ◆ Alentar la libre expresión de opiniones y emociones
- ◆ Prepararse a dar respuestas.

Además se debe considerar que existen para cada modalidad de Entrevista y para cada objetivo, una serie de "reglas" tales como:

- ◆ El Entrevistador tiene la obligación de mantener el clima emocional dentro de márgenes que aparezcan como sanos y congruentes con la situación.
- ◆ El Entrevistador no debe generar ansiedad en el entrevistado.
- ◆ No es conveniente "interpretar" en la entrevista.
- ◆ El Entrevistador nunca debe agredir al entrevistado
- ◆ El entrevistador no debe inducir las respuestas del Entrevistado,
- ◆ El entrevistador sabe del tiempo que dispone para cumplimentar su tarea: y debe actuar de acuerdo a este.

La ubicación del entrevistador con respecto al entrevistado: (C. Ramillón)

La posición más ortodoxa es la de "entrevistador - entrevistado enfrentados", o sea el ojo derecho de uno mira el ojo izquierdo del otro y viceversa. La situación ideal será sin objetos intermedios entre ambos. Pero la utilización de una mesa o escritorio entre el entrevistador y entrevistado permite tener una distancia que se puede considerar como "conveniente" en la mayoría de los casos.

La utilización de la mesa o el escritorio permite a su vez la observación de características del entrevistado que se depositan en éstos. Recordando a Liberman se puede pensar en que *"el escritorio devuelve un objeto de transición fóbica, donde ambos intervinientes tienen una distancia, quizás conveniente a raíz de tener un objeto que permite esta distancia que es la mesa o escritorio"*.

Si se piensa en una histeria, se puede pensar en la erotización del objeto en consonancia con el diálogo, este puede ser acariciado, tocado, mirado, acariciado con la mirada; a un obsesivo, un escritorio ordenado le permitirá una mayor compulsividad en el diálogo y una mayor aproximación a temas reiterados y repetitivos. Un depresivo puede aferrarse al escritorio, mientras que un psicópata o esquizofrénico no tolerarán el escritorio o mesa, ya que estos lo alejarían de la realidad.

Tener en cuenta a la mesa o escritorio con sus objetos posibles, que esté conteniendo sobre sí, es permitir un juego imaginativo fantaseado por parte de los protagonistas a favor o en contra, apoyando los objetivos o permitiendo pequeñas evasiones o diversificaciones con respecto a la temática.

ACERCA DEL ENTREVISTADO

Para que una persona concorra a una Entrevista Psicológica debe haber llegado a una cierta percepción o insight de que *algo no anda bien*, que algo ha cambiado o se ha modificado, o bien se percibe a sí mismo con ansiedad o temores.

Todas las personas han participado de entrevistas en algún momento y en diferentes ámbitos, por lo que cuando llega a una Entrevista Psicológica tiene *"una teoría anterior"*. Es indispensable esclarecer entonces una *"teoría actualizada"* de la situación, cuales son los objetivos y cómo se distribuyen los roles.

P. SCHILDER ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico o psicólogo, sea porque sufren o hacen sufrir a los demás:

1. los que concurren por quejas corporales
2. los que concurren por quejas mentales
3. los que concurren por quejas debidas a la falta de éxito
4. los que concurren por quejas referentes a dificultades en la vida diaria
5. los que concurren por quejas de otras personas.

PICHON RIVIERE afirma que *“podemos considerar tres grupos, según el predominio de inhibiciones, síntomas, quejas o protestas recaiga más sobre el Área de la Mente, del Cuerpo o del Mundo Externo”*.

En cuanto a la concurrencia a una Entrevista Psicológica, el neurótico concurre con un cierto insight o percepción de su enfermedad, mientras que el psicótico en cambio es traído por otro . El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo mandan corresponde a los “psicópatas”

BIBLIOGRAFÍA

ALBAJARI, VERÓNICA. *“La entrevista en el proceso psicodiagnóstico”* Psicotea Editorial - Buenos Aires – 1996.

BLEGER, JOSÉ. *“Temas de Psicología (entrevista y Grupos)”* - Editorial Nueva visión - Bs.As.

CASULLO, M. MARTINA. *“Teoría y Técnica de evaluación psicológica”* - Psicotea Editorial - Buenos Aires – 1991.

RAMILLON, CRISTIÁN. *“Entrevista, Teoría y Técnica”* - CR Ediciones - Buenos Aires - 1995.

CAPÍTULO XIV

ESCUELA PSICOANALÍTICA

LIC. NÉSTOR SALVATI

La historia del Psicoanálisis comienza con Freud, quien nació en Moravia en 1856 y vivió en Viena desde los cuatro años hasta 1938, en que se exilió en Londres. De su matrimonio con Martha Bernays nacieron seis hijos. Con un cáncer de maxilar inferior que lo aquejó por 16 años, muere en 1939 a los 83 años.

Manifestó tempranamente sus dotes intelectuales. Siendo estudiante de medicina realizó investigaciones en anatomía comparada y fisiología. Se recibe de médico en 1881. Ingresa al Hospital General de Agudos de Viena y se interesa por pacientes "nerviosos".

Freud toma contacto con la "histeria" y a partir de allí se dedica al estudio de esa afección. Comienza a trabajar con Breuer (psiquiatra alemán) en uno de sus casos de histeria (el caso Ana O). También tuvo contacto con Charcot (psiquiatra francés) que por ese entonces estaba empleando como método terapéutico la hipnosis, con la que producía curaciones asombrosas en pacientes histéricas, logrando que los síntomas desaparecieran.

Freud nota que en la base de la afección histérica hay causas de origen sexual. Trabajando en su consultorio de Viena trata algunos casos de histeria por el método hipnótico, al que abandona rápidamente, debido a que llega a establecer que con el tiempo y superados los efectos de la hipnosis, los síntomas volvían. Comienza a utilizar el método del "apremio" (método catártico), que consistía en aplicar su mano en la frente del paciente y conminarlo a asociar oralmente. Luego cambia este método por el de Asociación Libre., donde el paciente debía decir todo aquello que se le presentara en su mente aunque lo considerara sin importancia. Este será el método propio del Psicoanálisis.

Recibió el premio Goethe por su magnífico estilo literario. Entre algunas de sus numerosas obras se cita: "Más allá del principio del placer", "La interpretación de los sueños", "Psicopatología de la vida cotidiana", "Psicología de las masas y análisis del yo", "El malestar en la cultura".

Muchos han sido los aportes que Freud hizo al conocimiento humano entre los que se destacan:

- ◆ El Inconciente
- ◆ La Sexualidad Infantil

1.- El Inconciente:

La Psicología se ocupaba del estudio de los procesos manifiestos u observables directamente, concientes. Freud en cambio, fue el primero en estudiar y sistematizar aquellos procesos que no pueden ser observados directamente, sino que se deben de inferir a partir de sus manifestaciones. Son los procesos Inconcientes.

El Inconciente se manifiesta por:

- ◆ Los sueños
- ◆ Los actos fallidos
- ◆ Los chistes
- ◆ Los síntomas neuróticos
- ◆ Los lapsus

A partir del desciframiento de las manifestaciones inconcientes estas adquieren significado.

En su *Metapsicología*, es que Freud desarrolla sus concepciones teóricas acerca del psiquismo. Ésta trata de modelos de alto nivel de abstracción y de términos teóricos no cotejables directamente en la realidad.

A lo largo de su obra se desarrollan dos modelos teóricos acerca del funcionamiento psíquico:

1.a. La Primera Tópica freudiana

Freud sostiene que la descripción del aparato psíquico debe abarcar tres aspectos:

- ◆ *Estructural* o *Topográfico*: es una representación "espacial" del psiquismo. Son tres sistemas: El Inconciente, el Preconciente, el Conciente
- ◆ *Dinámico*: La energía psíquica circula dinámicamente por los tres sistemas. No es estática sino que hay incluso una "lucha" de fuerzas (conflicto) entre las cargas psíquicas.
- ◆ *Económico*: Los tres sistemas están constituidos por energía psíquica en cantidad o carga

1.b. La Segunda Tópica freudiana

En 1923 Freud habla de tres Instancias en su segundo modelo teórico acerca del funcionamiento psíquico, que no invalida al primero sino que lo complementa

- ◆ El ello
- ◆ El yo
- ◆ El superyó

2.- La sexualidad infantil

Freud plantea que el ser humano “nace como ser sexuado” a diferencia de lo que se consideraba hasta ese momento, es decir que “la sexualidad era una adquisición tardía de las personas”.

Para Freud la actividad sexual continúa, aunque de diferentes maneras hasta la muerte. Además el concepto de sexualidad lo usa de modo extenso, ya que no está restringido a la “genitalidad”.

Las formas que adopta la organización de la sexualidad son:

- ◆ Oral
- ◆ Anal
- ◆ Fálico – edípica
- ◆ Latencia sexual

Acerca de la primer Teoría del Aparato Psíquico:

Los tres sistemas en los que Freud divide al aparato psíquico implican “modos diversos de procesamiento”.

a.- El Sistema Inconciente:

Freud afirma la existencia de un *psiquismo inconciente*, desde donde se pueden explicar fenómenos psíquicos, que antiguamente eran considerados como carentes de sentido, tales como: los sueños, los actos fallidos, los chistes y los lapsus y los síntomas neuróticos.

El Inconciente tiene características propias. Está constituido por aquellos contenidos psíquicos a los que le ha sido negado el acceso al sistema preconciente y consciente, o sea lo *reprimido*. Todo lo reprimido es Inconciente, está sometido a su legalidad y está constituido fundamentalmente por los deseos infantiles.

El Inconciente está regido por el Proceso Primario, el que se caracteriza porque la energía que circula en él, en términos económicos, no se encuentra ligada, o sea que pasa de una representación a otra libremente, sin ningún impedimento. No rigen las leyes del pensamiento lógico. Es un caos desorganizado. Pero sin embargo Freud sostiene que está regido por “leyes”, y éstas son:

- ◆ Desplazamiento: es la transferencia de carga psíquica de una representación a otra aparentemente insignificante, de mayor a

menor intensidad.

- ◆ Condensación: Es una representación que contiene en sí misma a varias representaciones. Supone el desplazamiento, ya que no hay condensación sin desplazamiento (se hace evidente en los sueños y en los lapsus lingual).
- ◆ Ausencia de Cronología: Todo es presente, no hay orden sucesivo. No hay registro del tiempo
- ◆ Ausencia de negación: No existen “términos contrarios”, no es posible la contradicción.
- ◆ Sustitución de la realidad exterior por la realidad psíquica: No hay distinción entre lo subjetivo y lo objetivo.

b.- El Sistema Preconciente:

Se encuentran en este sistema todos aquellos contenidos psíquicos que no estando en el campo actual de la conciencia pueden ser traídos a ella. Está ubicado entre el sistema Inconciente y el sistema conciente y separado por la censura.

La primer censura entre el Inconciente y el Preconciente tiene que ver con la *Represión*, mientras que la segunda censura (entre el Preconciente y el conciente) tiene que ver con la *Supresión*.

Está caracterizado por la modalidad de funcionamiento del proceso secundario con energía ligada, o sea que es una energía más controlada y puede aplazarse o postergarse su descarga a través de rodeos para establecer situaciones más apropiadas para su satisfacción. Se caracteriza por formar series de representaciones, unas relacionadas con otras.

Es todo aquello que se puede traer a la Conciencia, proveniente de los recuerdos.

c.- El sistema conciente:

Freud dice que corresponde al sistema perceptual – conciencia, que está situado en la periferia del aparato psíquico y es el encargado de recepcionar los datos provenientes del mundo exterior (estímulos externos) y también del mundo interior (estímulos pulsionales).

Es fundamentalmente “actual” a diferencia del preconciente y el inconciente que funciona por huellas mnémicas.

El sistema conciente es lo que está presente en todos los momentos de la vigilia, sirve para detectar las percepciones, o sea todo aquello que impresiona a los sentidos en el momento en que ocurre. Por lo tanto conciencia y percepción están íntimamente relacionados. La

conciencia es instantánea, es lo que está presente o es aquello que mediante la memoria puede traerse como recuerdo a la conciencia.

El Proceso Secundario rige los sistemas concientes y preconcientes con las leyes de la lógica.

Leyes del proceso secundario:

- ◆ Principio de Identidad: toda cosa es idéntica a sí misma
- ◆ Principio de No Contradicción: Una proposición o juicio que se ha demostrado que es verdadero, no puede demostrarse en el mismo sistema que es falso, pues sino este sistema entraría en contradicción.
- ◆ Principio del Tercero Excluido: Un proposición o juicio es verdadero o falso, no hay una tercera posibilidad.
- ◆ Principio de razón suficiente: Asegura este principio que todo tiene razón de ser y por lo tanto puede ser entendido en relación al pensamiento lógico

Acerca de la Segunda Teoría del Aparato psíquico

a. El Yo:

Es una instancia intermedia ya que está al servicio de tres amos: el ello, el superyó y la realidad, e intermediadora, ya que a través del yo se tramitan las pulsiones del Ello teniendo en cuenta los mandatos del superyó y los obstáculos que le presenta la realidad.

Al comienzo de la vida no hay una diferenciación Yo (sujeto)– No Yo (objeto – Mundo exterior). El bebé es puro Ello, El Yo surge del Ello por maduración y por el contacto con el mundo exterior.

El Yo, una vez constituido y diferenciado del Ello va a estar delimitado por los tres sistemas de la Primera Tópica, o sea, la mayor parte del Yo, es Inconciente (representada por los mecanismos de defensa) y sólo su superficie está constituida por los sistemas preconciente e inconciente . En este último nivel es que el Yo es capaz de desplegar una serie de funciones entre las que se pueden mencionar:

- ◆ Percepción: a través de los órganos de los sentidos recepciona los datos provenientes del mundo exterior y también las sensaciones provenientes del mundo interior (lo que tiene lugar en el cuerpo).
- ◆ Memoria: Conserva la experiencias vividas para poder utilizarlas en un mejor manejo de la realidad.
- ◆ Pensamiento: implica la posibilidad del Yo de postergar la acción

inmediata para actuar de un modo más adecuado.

- ◆ **Dominio motor.:** El Yo es el ejecutor, previa censura de los impulsos provenientes del ello, con acciones motrices.

b. El Superyó

Freud dice que el Superyó en su origen es “externo” y tiene que ver con los valores transmitidos al niño por sus padres durante el proceso de socialización (aprobación – desaprobación, normas, ideales). El Superyó surge como heredero del Complejo de Edipo y como resultado de su restricción. Lo que en su origen fue externo, pasa a ser interno.

El superyó es la *instancia normativa* de la personalidad. Es el que le indica al Yo lo que está bien y lo que está mal según los valores transmitidos a través del cuerpo normativo y valorativo del discurso cultural.

Las funciones del Superyó son:

- ◆ **Conciencia moral:** contiene las prescripciones transmitidas por los agentes socializadores. Esta conciencia moral varía de un individuo a otro y depende esta variación de factores históricos y pulsionales.
- ◆ **Ideal del Yo:** Contiene todos los ideales de perfección transmitidos por la cultura, es aquello que el Yo quiere alcanzar.
- ◆ **Autoobservación:** Es una instancia evaluadora del Yo en cuanto éste se aleje de la conciencia moral o del Ideal del Yo. El castigo será fundamentalmente sentimientos displacenteros o culpa.

c. El Ello

El Ello es el polo pulsional de la personalidad, es lo impersonal, lo involuntario e incontrolable. Es la “sede de los Instintos”.

El Ello es heredado filogenéticamente.

Características del Ello

- ◆ **Es Inconciente:** todo el Ello es Inconciente o sea desconocido e inmanejable.
- ◆ **Regido por el Proceso Primario:** sus mecanismos fundamentales son el desplazamiento y la condensación.
- ◆ **Es el más arcaico:** en el nacimiento el psiquismo es casi todo ello.
- ◆ **Busca satisfacción inmediata:** no tolera la tensión y exige gratificación en forma inmediata
- ◆ **Está regido por el placer-displacer:** Las exigencias del ello producen displacer por aumento de tensión. El displacer solo disminuirá al satisfacerse la necesidad y restablecerse el equilibrio.

Acerca del Desarrollo Psicosexual

La sexualidad infantil comenzará con el nacimiento y transitará por diferentes etapas que en realidad no se superan sino que se agregan nuevos elementos que diversifican la actividad del niño.

1. La etapa que dará comienzo es la llamada **etapa oral**, pues la pulsión se manifiesta a través de la actividad de succión mediante la cual el niño satisface su necesidad de alimento. El chupeteo causa placer en sí mismo, sin necesidad de que esté en juego el alimento. En esta etapa la fuente de la pulsión es la boca y la mucosa bucal, el objeto de la pulsión es el pecho materno, el fin es disminuir la tensión en la zona erógena.
2. **Etapa anal:** donde la zona es el ano y la mucosa nasal. Freud dice que el niño desarrolla una intensa actividad relacionada a esta zona, donde intervienen los trastornos intestinales, la tensión de la expulsión, los cuales aportan a la zona una particular excitación. El interés de la madre por el control de esfínteres también aporta erogenización a la zona.
3. **Etapa fálica:** finalmente la excitación se localiza en la zona de los genitales, los cuales se transforman en "fuente" de excitación (pene y clítoris). Freud dice que es por variadas causas que comienzan a aparecer sensaciones voluptuosas que tienen su origen en la zona de los genitales, y al ser placenteras exigen su repetición.

ACERCA DEL METODO PSICOANALITICO DE FREUD

Sigmund Freud en 1903/ 1904 propone para su Método Psicoanalítico:

- ◆ Tratar al Enfermo sin someterlo a influencia personal ninguna, haciéndolo adoptar una postura cómoda en un diván y situándose él a su espalda fuera del alcance de su vista.
- ◆ No pedirle que cierren los ojos
- ◆ Evitar todo contacto y manejo
- ◆ *...La sesión transcurre como un diálogo entre dos personas igualmente dueñas de sí, una de las cuales evita todo esfuerzo muscular y toda impresión sensorial que pudiera distraerla y perturbar la concentración de su atención sobre su propia actividad anímica.*
- ◆ se lo invita a que comunique todo aquello que acuda al pensamiento aunque lo juzgue secundario, impertinente o incoherente, o que sea o parezca vergonzosa o penosa su confesión.
- ◆ Se deben reunir las ideas espontáneas a las que generalmente no se les presta atención alguna.

- ◆ Los enfermos revelan ciertas lagunas de su memoria: un olvido de hechos reales, una confusión de las circunstancias de tiempo o un relajamiento de las relaciones causales, que hacen incompresibles los efectos. Si se le pide al paciente que llene estas lagunas de su memoria, se observa que rechaza, con críticas, molestias. *Freud deduce que las amnesias son el resultado de un proceso al que da el nombre de represión y causadas por sensaciones displacenteras. En la resistencia que se opone a la reconstitución del recuerdo cree vislumbrar las fuerzas psíquicas que produjeron la represión.*
- ◆ La labor terapéutica reposa en la "relación de las ocurrencias espontáneas inintencionadas con el material psíquico reprimido".
- ◆ El arte de interpretación: es la función de extraer del mineral representado por las ocurrencias involuntarias el metal de ideas reprimidas en ellas contenidas. Objeto de la interpretación son las ocurrencias del paciente, sus sueños, sus actos involuntarios y casuales (actos sintomáticos), los errores de su vida cotidiana (equivocaciones orales, extravío de objetos, etc.).
- ◆ La interpretación consiste en una serie de reglas empíricamente deducidas para extraer de las ocurrencias el material psíquico, el sentido que ha de darse a una ausencia o cesación de tales ocurrencias en el enfermo y experiencias sobre las principales resistencias típicas que se presentan. (ver Interpretación de los sueños).

La labor del método psicoanalítico:

- ◆ el fin del tratamiento es suprimir las amnesias. Una vez cegadas todas las lagunas de la memoria y aclarados todos los misteriosos afectos de la vida psíquica, se hace imposible la persistencia de la enfermedad, o incluso todo nuevo brote.
- ◆ El fin perseguido es destruir todas las represiones, pues el estado psíquico resultante es el mismo que el obtenido una vez resueltas todas las amnesias.
- ◆ Se trata de hacer asequible a la conciencia lo inconciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia.

El tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce. Si no ha sido suficientemente prolongado, se consigue por lo menos un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo.

El **Procedimiento terapéutico** es el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de histeria y neurosis obsesiva.

Es más favorable en:

- ◆ Psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos o sea todas las formas de neurosis obsesivas, ideas o actos obsesivos.
- ◆ histerias con fobias, abulias, y las formas somáticas (no anorexias).
- ◆ casos agudos de histerias hay que esperar una fase más tranquila.
- ◆ evitar los pacientes con agotamiento nervioso.

Para tener amplias *posibilidades de éxito* debe haber determinadas condiciones:

- ◆ el paciente debe ser capaz de un estado psíquico normal, o sea NO en estados de confusión mental o depresión melancólica.
- ◆ Debe poseer un cierto grado de inteligencia natural y un cierto nivel ético.
- ◆ en casos de deformaciones graves del carácter y en constitución verdaderamente degenerada, no se pueden casi superar las resistencias.
- ◆ En edades próximas a los cincuenta años se crean condiciones desfavorables, ya que la facultad de dar nuevo curso a los procesos psíquicos comienza a paralizarse.

La duración del tratamiento:

- ◆ período muy amplio de seis meses a tres años en casos muy graves.
- ◆ en casos menos graves debe ser menor la duración y se alcanzaría una mayor garantía de curación para el porvenir.

BIBLIOGRAFÍA

HALL, CALVIN. *"Compendio de psicología Freudiana"* – Buenos Aires – Editorial Paidós – 1984.

FREUD, SIMUND. *"El yo y el ello"* – Buenos Aires – Amorrortu – 1923.

LAPLANCHE, J – PONTALIS, J. B. *"Diccionario de Psicoanálisis"* – Barcelona – Edit. Labor – 1977.

ALLIDIÈRE, NOEMÍ. *"Fundamentos de Psicología"* – Buenos Aires – by N. Allidière - 1997.

CAPÍTULO XV

LAS PSICOLOGÍAS CONDUCTISTAS

LIC. RICARDO H. CORTESE

El movimiento conductista aparece como una reacción en contra de la psicología alemana que de acuerdo a el espíritu de la época (fines del siglo XIX) consideraba que toda concepción o doctrina psíquica debía estar enmarcada en el ámbito de las leyes físicas y biológicas (de las que la Fisiología era un derivado), y que los problemas de la Psicología debían ser reducidos a la forma de problemas de la Física. El objeto de estudio era la conciencia y la introspección, tomando un fuerte arraigo la formulación positivista de erradicar de la ciencia toda formulación o propuesta posible de ser considerada metafísica.

La crítica en cuanto al método introspectivo estaba en relación a su subjetividad, por cuanto consiste en un sujeto hablando de sí mismo. No hay en ese método, posibilidad de verificación científica, y sus resultados carecen de validez, cosa que no ocurre en las ciencias de la naturaleza.

También se critica a la psicología de la conciencia, su academicidad o falta de aplicación.

La psicología conductista o (con mayor propiedad) el conductismo, es una disciplina estrictamente objetiva y experimental, ubicada dentro del orden, ubicada dentro del orden de las ciencias de la naturaleza, cuya finalidad es el control y la predicción de la conducta, tanto animal como humana.

El fundador de esta nueva corriente psicológica fue John B. Watson (1878 – 1958), quien proclamará la necesidad de una psicología radicalmente diferente respecto de la que estaba en boga, que tenga por objeto de estudio solo lo que pueda ser abordado en forma objetiva y experimental: la conducta.

Los nutrientes de esta concepción son: la filosofía positivista (o epistemología positivista) de Comte; la Biología de corte darwiniano (su concepción de la continuidad de las especies); los empiristas ingleses; las investigaciones objetivas sobre psicología animal, los desarrollos en neuro-fisiología (los aportes de Ivan Pavlov).

Era necesario que el objeto de la psicología fuera de un carácter tal que se lo pudiera abordar con métodos objetivos y científicos. Pero además que fuera de aplicación y de utilidad para la sociedad.

Watson se nutre de las concepciones biologists y mecanicistas que explicaba el comportamiento animal, extendiéndolas al ser humano para dar cuenta de sus conductas.

La analogía que establece entre el hombre y el animal, la extiende a las máquinas: "La criatura humana, y todas sus actividades pueden ser explicadas como una máquina que responde a estímulos. El psicólogo deberá comprender al animal humano tal como un ingeniero comprende a una máquina".

El fenómeno que investiga es un hecho observable y mensurable. Realiza la observación y experimentación del comportamiento en estrictas condiciones de laboratorio, con control de variables, procedimientos estandarizados y análisis cuantitativos.

Por lo tanto, la finalidad de la psicología conductista es la predicción y control de las conductas. Formular leyes que rigen el comportamiento humano; y ser, de esa manera, una ciencia útil para la vida humana. La idea de que una ciencia no puede ser "ciencia pura", sino tiene que ser "ciencia aplicada".

El comportamiento se define como el conjunto de respuestas adaptadas, objetivamente observables, determinadas por estímulos igualmente observables en forma objetiva, que ejecuta un organismo biológico (respuestas a estímulo efectuadas por un organismo).

Aparece el esquema E – R (estímulo – respuesta). El estímulo (E) es toda acción que incide sobre el organismo corresponden al medio, tanto físico como social, en el que se desenvuelve el organismo. Hay dos clases de estímulos internos (acción de glándulas y músculos) y externos (situaciones físicas: temperaturas, presión, ruidos, situaciones sociales). Los estímulos también pueden ser simples (orden de lo físico-químico) y complejos (situaciones sociales).

Las respuestas (R) son las reacciones a los estímulos. Son siempre adaptativas, de ajuste del organismo al medio.

Esta postura de Watson, tiene una posición determinista, mecanicista; ante un estímulo se produce siempre, de manera inmediata e inevitable, una respuesta. Ante el mismo estímulo, la respuesta será la misma. Dentro de su sistema, otorga más importancia al estímulo que la respuesta.

Por otro lado, rechaza la existencia de rasgos innatos, de herencia psíquica y la presencia de lo que podríamos llamar instintos sostiene que no se hereda, ni una inteligencia general, ni aptitudes especiales, ni dones, ni talento.

Las diferencias y similitudes que podemos encontrar en las personas,

tanto como los ajustes y desajustes, son sólo el resultado del ambiente y la educación.

Cómo conclusión de sus investigaciones sobre niños, aporta que en el momento de nacer, habría 3 tipos de respuestas emocionales básicas (no aprendidas), como reacciones ante estímulos muy específicos: miedo, ira y amor.

El amor se desencadena como respuesta a la caricia de la madre, bajo la forma de la sonrisa del bebé. La respuesta de ira surge ante el específico estímulo de serle impedido el movimiento. La conducta de miedo, aparece tanto ante la pérdida de sustentación, como ante un miedo fuerte. Sobre la base de estas tres emociones básicas, el ser humano desarrollará una multiplicidad de emociones diferentes.

Aprendizaje

El aprendizaje (animal primero y humano por extensión) se explica por la conexión de las conductas que el sujeto ejecuta con mayor frecuencia hasta arribar a la conducta final.

Watson toma los descubrimientos del neurofisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849 – 1936) como paradigma para su doctrina del aprendizaje: el concepto de “reflejos y reflejos condicionados”. Los reflejos son movimientos de respuestas a estímulos provenientes del mundo exterior, efectuados por el sistema nervioso central.

Los reflejos se dividen en “incondicionados” a los reflejos innatos, mas o menos invariables, que forman parte del bagaje de respuestas a estímulos que cada sujeto trae al nacer.

Los reflejos condicionados son formas nuevas, cambiables, de reacciones (respuestas más complejas) formadas en el curso de la vida.

Los agentes que motivan los reflejos incondicionados se llaman “estímulos incondicionados”. Los que provocan las respuestas reflejas condicionadas, por haber adquirido el valor de la señal o equivalente a los primeros estímulos se denominan “estímulos condicionados”.

La importancia que Watson concede a la estimulación, su concepción del aprendizaje y su ambientalismo, determinan el contexto donde formularía su declaración:

“Dadnos una docena de niños bien formados y un mundo apropiado para criarlos y garantizarnos convertir a cualquiera de ellos, tomado al azar, en determinado especialista médico, abogado, artista, pordiosero o ladrón, sin importar los talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades o razas de sus ascendientes”.

Por lo tanto, al plantear que no cabe la existencia de comportamientos innatos, ni espontáneos, y que todo lo observable como comportamiento complejo se debe al condicionamiento adquirido y asociado de comportamiento simples. Es una interpretación mecanicista del aprendizaje.

El refuerzo del Paradigma de la Conducta:

Se considera refuerzo a la presencia de algún elemento “positivo” que surge junto con, o acompañando la aparición de una respuesta, el cual actúa fortaleciendo la probabilidad de emergencia de la misma. Cumple la función de recompensa de la respuesta, y se basa también en el esquema E – R aunque (a diferencia de Watson) enfatizan el papel de la “respuesta” y no en el estímulo.

Burrhus Fred Skinner (1904 – 1992) doctor en Psicología, en la Universidad de Harvard, investiga desde el laboratorio experimental la problemática de adquisición de las conductas, desinteresándose por los estímulos.

Subraya el papel del refuerzo en la determinación de la emergencia de la conducta. Entiende que existen dos tipos distintos de conductas: conductas respondientes y conductas operantes.

Para las conductas respondientes, dado la presencia de un estímulo, la respuesta tendrá lugar en forma automática (es la posición sustentada por Watson).

Los operantes son aquellas conductas complejas, que no dependen de estímulos específicos para su emergencia y que responden a situaciones de tipo social. En general las conductas son conductas operantes; es emitida por el organismo, sin que haya un estímulo particular y determinado.

El “refuerzo” es todo (cualquiera que sea) factor positivo que se encuentra presente en el entorno de la operante y en algún grado de conexión con la misma cuando esta es emitida. Es toda recompensa que obtiene el organismo por la emisión de su conducta. La recompensa que acompaña a un operante, aumenta la probabilidad de que esta respuesta reaparezca.

La Variable interviniente.

Edward Chace Tolman (1896 – 1959), profesor de la Universidad de Berkeley hace una síntesis entre conductismo y Gestalt, reaccionado contra cierta rigidez del conductismo.

El estudio de unidades molares de la conducta que aporta debe considerar la presencia e intervención de numerosas variables, dentro de los

esquemas E – R, las llamadas independientes (herencia, aprendizajes, situación fisiológica del organismo, etc.) como la intervención de las variables intervinientes que fue necesario agregar en las consideraciones psicológicas.

Tolman, llama la atención sobre la necesidad de considerar la intervención de esas variables (la existencia de hechos mentales como variables intervinientes), un conductismo intencionalista.

Mediante la participación de algún factor, al que se puede denominar variable, el organismo realiza una suerte de discriminación, en sus respuestas. Hay algo intermedio entre Estímulo y Respuesta, existe una mediación.

Qué sucede entre E – R, al encontrar que no siempre los mismos estímulos producen iguales respuestas, sino que existen variaciones. Podría haber “algo” en el organismo, que le da a éste cierto carácter de factor central y permita explicar las variaciones observables entre los E y R. Ese algo es de orden de lo llamado psíquico o mental.

Se introduce así la posibilidad de existencia de variables mentales (aspectos psíquicos, los gestaltistas), participando, mediante en los procesos de E-R.

Los seres humanos no responden, de acuerdo a Tolman, solo a estímulos; entre éstos y las respuestas intervienen otros factores; creencias, actitudes, esfuerzos por alcanzar metas.

BIBLIOGRAFÍA

DAVIDOFF, LINDA L. *“Introducción a la Psicología”* - Ed. Mc Graw-Hill - México - 1989.

DELAY, JEAN; PICHOT, PIERRE. *“Manual de Psicología”* - Ed. Masson S.A. - Barcelona - 4º. Reimpresión - 1991.

FREIRÍA, JORGE. *“Psicología Contemporánea”* - Universidad de Buenos Aires (CBC) - Buenos Aires - 1980.

CAPÍTULO XVI

PSICOLOGÍA COGNITIVA LIC. RICARDO H. CORTESE

La Psicología Cognitiva trata de responder acerca de lo que conocemos, cómo lo conocemos, quién es el que conoce, los tipos de conocimientos que existen y la relación que hay entre ellos.

Se ocupa del estudio del procesamiento de la información y sus diferentes manifestaciones, tales como la atención, el reconocimiento de patrones de aprendizaje, memoria, procesamiento del lenguaje, solución de problemas y razonamiento.

El estudio de la cognición requiere de la consideración de diferentes aspectos del sistema¹ que incluye partes internas como externas del sujeto cognoscente. Entendemos como internos al conocimiento de los mecanismos del procesamiento, las reglas, las estrategias y los mecanismos de control. Los externos serían el entorno, la sociedad, la cultura y la interacción de todos ellos entre sí.

La ciencia cognitiva abarca el estudio científico de las capacidades cognitivas. Se ocupa de los sistemas inteligentes y su naturaleza.

Hasta principios de los años sesenta, el paradigma conductista dominaba en la Psicología considerada Científica. En el campo de la Psicología Clásica, el psicoanálisis tenía un gran auge. El cognitivismo surgió como reacción al paradigma estímulo-respuesta, estableciendo la necesidad de centrar su estudio en las variables mediadoras: atención, memoria, percepción, motivación.

La Psicología Cognitiva reaccionó contra la objetividad empirista, el peso de la metodología positivista y contra el sujeto como mero reproductor de la realidad externa. Planteó que las personas actúan activamente en la construcción de la realidad y trazan un mapa dentro del territorio. Mapa no es igual a territorio. El primero es la representación que hace la persona del territorio (realidad).

¹ Sistema es un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se encuentra en interacción. El todo es más que la suma de las partes.

Períodos de la Psicología Cognitiva

La primera revolución cognitiva (1960/70) Aron Beck y Ellis A., se interesaron en buscar caminos más eficaces y breves para tratar a las personas que padecían desórdenes psicológicos.

La tesis central se fundamentó en la idea que los pensamientos erróneos e irracionales que caracterizaron a los desórdenes psicológicos operan afectando negativamente el estado emocional de las personas. El planteo se centró en la modificación de las creencias y cogniciones irracionales que tiene el paciente de sí y del mundo.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje, generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose el mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje (ej.; modelo social cognitivo de Albert Bandura).

Las técnicas y recursos psicoterapéuticos abarcan un amplio espectro basadas tanto en la teoría como en la experiencia clínica.

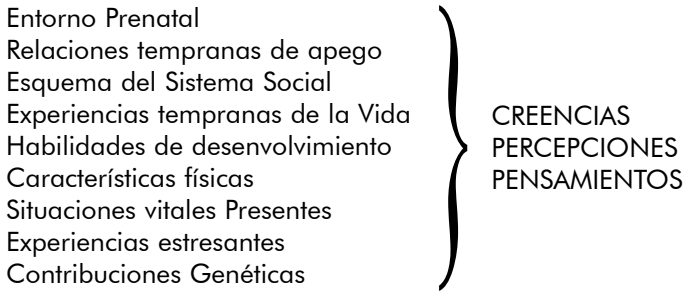
La psicología cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre si mismas, su mundo y el futuro, es relevante e importante, y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.

Lo que conduce a reconocer factores positivos o distintas alternativas en la vida de una persona, o que evalúe en forma diferente que le permite conceptualizar la situación. En general, tendemos a ser consistentes en nuestras respuestas, ya que ciertos patrones cognitivos son bastante estables y constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un conjunto de situaciones.

El término "esquema" designa a estos patrones cognitivos estables. Son modelos internos o aspectos del Self y del mundo a través de los cuales el sujeto percibe, codifica y rememora o recuerda la información.

Situación → Esquema → Significado

Los esquemas se forman con:



Un esquema puede verse como una unidad estructural de conocimiento, en forma de redes asociativas de concepto, supuestos, creencias, que varían de un individuo a otro de acuerdo a su experiencia personal.

El esquema es una estructura cognitiva para la detección, codificación y evaluación de los estímulos que actúan sobre el organismo.

Los esquemas desarrollados en la niñez son muy estables y persistentes. Sufren sucesivas elaboraciones y confirmaciones (o no) a lo largo de la vida. Son categorías (soy ... es ... etc.). Las creencias subyacentes son condicionales (si ... entonces).

El Sistema Cognitivo

Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción.

El modelo se representa por la relación $S \rightarrow P \rightarrow R$. Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma "verbal" (lo que me estoy diciendo a mi mismo) y/o "visual" (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas tomadas por la persona como verdades absolutas. Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan, ni aún a sí misma, no tienen clara conciencia de ellas.

Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de "si mismo", de las "otras personas" y de su "mundo".

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles.

Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas “creencias intermedias”, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las “creencias intermedias” están constituidas por:

- ◆ Reglas (normas)
- ◆ Actitudes y
- ◆ Supuestos.

Los procesos de evaluación responden a mecanismos automáticos y no a un cálculo deliberado.

En cada persona los mecanismos automáticos están determinados por:

- a) El modo idiosincrásico de procesar información, el “estilo cognitivo”.
- b) La integración de la experiencia previa.

La conducta es un agente “modificador” de los procesos automáticos.

La psicología cognitiva estudia el modo en que el sujeto le pone “texto” a sus cogniciones. Ideas que justifican las creencias (pensamientos deformados).

Método de la Psicoterapia Cognitiva.

La psicoterapia cognitiva cuenta con una serie de recursos técnicos que pueden implementarse en el tratamiento de los distintos trastornos.

En el curso de la psicoterapia, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente le habían parecido insuperables, mediante la reestructuración y modificación de sus pensamientos, creencias, imágenes, etc.

El terapeuta orienta al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas (Beck 1976).

El abordaje tiene como objetivo la corrección de creencias distorsionadas y supuestos que se tornan en obstáculos para el paciente.

Ellis habló de la terapia racional emotiva (T.R.E.), el esquema A.B.C. de las emociones:

- A:** Acontecimientos activadores (acontecimientos vitales)
- B:** Pensamientos y creencias (creencias irracionales sobre las A)
- C:** Consecuencias emocionales y conductuales (consecuencias apropiadas).

Entonces:

- A:** Experiencias activadoras (Pensamientos perturbadores)
- B:** Creencias irracionales (perturbación emocional)
- C:** Consecuencias inapropiadas (problemas emocionales, conductuales disfuncionales).
- D:** Desafiar creencias irracionales (detectarlas y desafiarlas)
- E:** Creencias racionales y conductas funcionales (reemplaza las conductas y emociones disfuncionales).

En este modelo se análoga la computadora al cerebro. Una de las críticas que tuvo este modelo la realizó Neisses donde adujo que resulta insuficiente ya que la esfera afectiva, social y cultural; se ubican en un plano secundario. Estos cuestionamientos dieron lugar al surgimiento de la Segunda Revolución Cognitiva. En 1986, aproximadamente, se destacaron Bandura, Safran, Ginberg, Guilano, Mahoney, quienes revalorizaron el papel emoción, y lo social-cultural cobró un lugar preponderante.

Ellos acentuaron la idea que el ser humano puede autoprogramarse y anticiparse a las situaciones. Su manera de procesar es recursiva.

Hablar de Psicología Cognitiva es hablar de constructivismo, de percepción de la realidad, de otorgar significado a la misma.

Los cauces de la memoria, las emociones, producen percepciones diferentes. Es importante destacar que nuestras cogniciones, modos de otorgar significado a la realidad inciden sobre nuestra psicología, afecto y conducta. Por otro lado nuestros esquemas juegan un papel fundamental en el momento, como modos de organizar la experiencia y conducta que guían el procesamiento de la información de sí y de los otros. La mente trata de encontrar sentido a las confusiones e incertidumbres a través de los esquemas familiares. Las creencias y las reglas representan el contenido de los esquemas, del afecto y de la conducta.

La premisa básica del modelo cognitivo es que la fuente principal del afecto y de la conducta disfuncional en los adultos reside en la distorsión atributiva.

Tomando a Beck, las principales distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información son:

- 1) Pensamiento de todo o nada, o sea es perfecto o se es un fracasado.
- 2) Pensamientos catastróficos: se imagina que le va a ocurrir algo terrible.
- 3) Sobregeneralización; se extraen conclusiones generales de un simple incidente o de una evidencia parcial. Ej: falló a un ejercicio y dice: "reprobé el examen".

- 4) Abstracción selectiva.
 - a) Ignoran lo positivo, magnifican los defectos, sólo perciben las limitaciones, los errores y se anticipan al futuro negativamente.
 - b) Recortan una serie de señales del ambiente, excluyendo el resto para configurar una visión generalizada.
- 5) Descalificación de lo positivo. Ej.: "Salió todo mal".
- 6) Inferencias arbitrarias: Adelante una determinada conclusión sin una evidencia que la apoye.
- 7) Magnificación o minimización. Ej: "Esto salió un desastre".
- 8) Razonamiento emocional: "Yo lo siento así, es así".
- 9) Debo.
- 10) Etiquetarse: "Soy un fracasado".

En resumen, la terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico, que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que el individuo otorga significado al mundo.

La cognición es el acto de conocer, comprender la adquisición, procesamiento, organización y utilización del conocimiento, que cada uno tiene de sí mismo y del mundo circundante.

Las cogniciones se refieren a los procesos de conocimiento y a los productos de los actos del conocimiento, abarcando la percepción, la memoria, el juicio, el lenguaje, así como las creencias, actitudes y estrategias de resolución de problemas.

Los procesos cognitivos intervienen en las diversas representaciones del mundo, en forma de transformaciones, atención selectiva, almacenamiento en la memoria completo o parcial, o modificaciones de las representaciones preexistentes.

La terapia cognitiva es una terapia estructurada con límite de tiempo, y orientada al problema que pretende aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales (creencias) y del procesamiento de la información sesgado tal y como postula el modelo cognitivo.

En psicología cognitiva aprendemos que los esquemas tienen el gran valor de permitirnos acceder al conocimiento de las cosas. Sirven para ordenarlas y destacar sus aspectos nucleares.

Características principales de la Psicoterapia Cognitiva

- ◆ Evoluciona desde la década de 1960 en adelante.
- ◆ Integra conceptos y prácticas de las psicoterapias psicodinámica y

comportamental, y se basa en los principios de la psicología cognitiva.

- ◆ Las cogniciones (ideas, pensamientos, creencias, imágenes y toda forma de conocimiento) ocupan un primer plano.
- ◆ Apunta al desarrollo de nuevas experiencias, a través de las modificaciones en tres áreas: Cognitivas, afectivas y comportamentales.
- ◆ Es focalizada y estructurada.
- ◆ Se dirige a la resolución de problemas.
- ◆ Cuenta con numerosas estrategias y técnicas, aplicables en la resolución de problemas emocionales, de conducta y de personalidad.
- ◆ Evolucionó desde sus orígenes hasta el presente.
- ◆ Explora aspectos superficiales y profundos, ya que cuenta con métodos concretos y abstractos.

Supuestos básicos del Modelo Cognitivo.

Describiremos a continuación cuatro supuestos básicos que guían la teoría cognitiva y el tratamiento basado en este paradigma.

- 1) El individuo no es un receptor pasivo de los estímulos ambientales, sino que “construye activamente su realidad”, a través de la percepción, el aprendizaje y el conocimiento. Desde estas funciones el individuo selecciona, filtra e interpreta los estímulos sensoriales y ambientales que lo impactan, otorgándole significados de naturaleza idiosincrásica a los eventos. En consecuencia, tales atribuciones de significado pueden dar lugar a respuestas emocionales y comportamentales desadaptadas.
- 2) “La cognición es una mediadora entra el afecto y la conducta”. El contenido cognitivo, los procesos y las estructuras influyen o son mediadores del comportamiento y las emociones. En el nivel descriptivo, el modelo considera a los factores cognitivos como mediadores o concomitantes de los trastornos psicológicos, y no como los agentes causales. El modelo cognitivo no postula una relación secuencial a la que la cognición siempre precede a la emoción, sino que asume que la cognición, la emoción y el comportamiento son constructos interactivos y recíprocamente determinados.
- 3) “La cognición es accesible a la conciencia”. Los constructos cognitivos se pueden definir y conocer a través del trabajo terapéutico, ya que no todos los procesos cognitivos son conscientes, controlables ni dependen de la voluntad del individuo. El paciente va ganando acceso a los productos de información distorsionada.

- 4) “El cambio cognitivo es central para el proceso de cambio del ser humano”. Este supuesto es la piedra fundamental de la terapia cognitiva, y es una extensión de la teoría cognitiva al tratamiento de los trastornos psicológicos. Si las disfunciones cognitivas son cruciales para el mantenimiento de síntomas depresivos o ansiosos, entonces es posible lograr un cambio a través de la modificación cognitiva. Es decir, que se pueden lograr una mejoría de los síntomas comportamentales y emocionales a través del cambio de los productos mediadores cognitivos, sus procesos y estructuras.

Fundamentación Teórica

En el nivel teórico, la terapia cognitiva tuvo sus fuentes en una variedad de teorías de psicopatología y del proceso terapéutico (Beck y Weishaar):

- ◆ El abordaje fenomenológico que surge de las experiencias subjetivas conscientes de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl. La aplicación del método fenomenológico a estados patológicos se ve ejemplificada en los trabajos de Jaspers, Binswanger y Strauss.
- ◆ La teoría estructural y la psicología profunda, particularmente la conceptualización de Freud, de que las cogniciones están organizadas jerárquicamente en proceso primario y proceso secundario. El proceso primario es similar o análogo al proceso cognitivo rígido, primitivo, que se produce en los trastornos psicológicos. El pensamiento del proceso secundario, con mayor discriminación y flexibilidad es lo que en teoría cognitiva se denomina sistema de codificación normal.
- ◆ La psicología cognitiva de las formulaciones de constructos personales de Kelly, de la logosofía de Victor Frankl (educación para la responsabilidad) y del rol de las creencias en el cambio comportamental del trabajo de Richard Lazarus, que otorgan primacía al rol de la cognición en el cambio emocional y comportamental.

BIBLIOGRAFÍA

BANDURA, ALBERT. *"Pensamiento y acción"*. Fundamentos sociales. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1986.

BANDURA, ALBERT. *"Teoría del Aprendizaje Social"*. Edit. Espasa-Calpe. Madrid, 1982.

BECK, AARON Y RUSH, JOHN. *"Terapia Cognitiva de la Depresión"*. 2da. Edición. Biblioteca de Psicología. Ed. Desdre De Brower. Bilbao, 1983.

BECK, AARON y col. *"Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad"*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1995.

CHAZENBALK, LILIANA compiladora. *"Psicología Cognitiva"*. Ediciones culturales Universitarias Argentinas. Buenos Aires, 1998.

CLARK, D. A.; BECK A. *"El estado de la cuestión en teoría y terapia cognitiva"*. En I Caro. Manual de Psicoterapias Cognitivas. Ed. Paidós. Barcelona, 1997.

DRYDEN, W.; ELLIS, ALBERT. *"Práctica de la Terapia racional Emotiva"*. Ed. Desdre De Brower. Bilbao, 1989.

MAHONEY, M. *"Reflections on the Cognitive Learning trend in Pshychotherapy"*. American Psychologist, 32, 5 – 13.

CAPÍTULO XVII

TEORÍA DE LA GESTALT LIC. NÉSTOR J. SALVATI

La Escuela de Psicología de la Gestalt interpreta los fenómenos como unidades organizadas, más que como agregados de distintos datos sensoriales. El significado de un objeto estructurado (por ejemplo en la percepción visual), no depende de los elementos específicos que lo constituyen. El núcleo de la Psicología de la Gestalt gira en torno a la siguiente afirmación: *"La percepción humana no es la suma de los datos sensoriales, sino que pasa por un proceso de reestructuración que configura a partir de esa información una forma, una gestalt, que se destruye cuando se intenta analizar, y esta experiencia es el problema central de la psicología"*. Uno de los requerimientos de la Gestalt es volver a la percepción ingenua, a la experiencia inmediata, no perturbada por el aprendizaje, y comprobar ahí que no percibimos conjuntos de elementos, sino unidades de sentido estructuradas, formas. El todo es más que la suma de sus partes.

En 1912 Wertheimer llevó a cabo algunos experimentos sobre la naturaleza de la percepción del movimiento, llegando a denominar Gestalt al factor unificante que combinaba elementos separados en un todo. En posteriores estudios analizó detalladamente el principio de organización de la percepción. Si se ve un conjunto de puntos, éstos se agrupan de algún modo: un triángulo, un círculo o una figura más compleja. Es la configuración en que aparecen lo que da que sean percibidos de una u otra manera. Este fenómeno es totalmente a priori, se adquiere durante el aprendizaje natural infantil y tiene fines adaptativos. El intento de analizar los componentes sensoriales de una entidad percibida siempre requiere un esfuerzo introspectivo y al principio incluso un aprendizaje, un entrenamiento para invertir el proceso inconsciente y automático de organizar.

Existen varios principios de organización de la percepción.

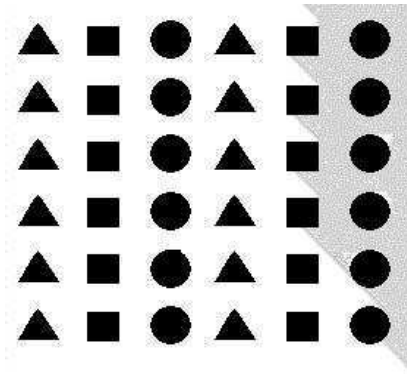
Los básicos son:

◆ **Proximidad de los elementos entre sí.**



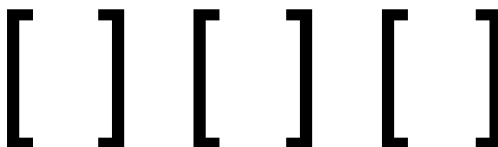
Aquí nuestra percepción, de forma espontánea y sin sugestión, ve las líneas en grupos de dos. Esta es una tendencia muy fuerte, lo cual se manifiesta cuando tratamos de formar grupos distintos con estas líneas. Puede formarse un solo par con dos líneas alejadas, pero es realmente imposible ver todo el campo estructurado en pares de líneas alejados. Esta tendencia, que al igual que todas tiene fines adaptativos, facilita a la percepción a conformar objetos con contornos paralelos.

◆ **Semejanza:**



La figura de arriba se ve más fácil como seis columnas que como filas horizontales. La percepción agrupa las figuras por su similitud de forma.

- ◆ **Completamiento de figuras:** Si una figura está incompleta el receptor la completa en su mente.



Aquí se adicionan líneas horizontales para formar rectángulos. Este fenómeno, conocido como fenómeno de cierre, se manifiesta en muchos otros campos más allá de la percepción visual, buscando ajustar muchos de nuestros procesos mentales del modo más completo y típico posible. Mediante este fenómeno los antiguos organizaron los astros en constelaciones, y por este fenómeno hoy en día los fans del ordenador pueden hacer esas interesantes composiciones conocidas como arte ASCII.

- ◆ **Continuidad, familiaridad, estado**, y muchas otras leyes de organización que han añadido otros psicólogos de la Gestalt con posterioridad.

Grupos flojos, figuras completas e incompletas, formas concretas y objetos sólidos, todos son gestalten. Esencialmente hay en la experiencia una tendencia a ser formada, los miembros a constituir grupos, las figuras incompletas a completarse, definirse y precisarse, y el campo total a ser organizado, estratificado en figura y fondo. Por virtud de estas capacidades, la percepción es un proceso que busca un estado de equilibrio, donde las formas alcanzan un máximo de estabilidad y la organización total es más completa. El hecho de ver dos líneas como un par no puede explicarse tomando las líneas separadamente ni analizándolas en partes. Es la disposición del campo total lo que determina que sean vistas en pareja. Las gestalten no son estructuras rígidas compuestas de unidades rígidas, y muestran diferentes grados de estabilidad.

La ley gestáltica del equilibrio, referida a las figuras claras, simétricas y armónicas, se denomina Ley de la Praeganz. Afirma que la organización perceptual tiende a la mayor simplicidad posible, o sea a la mejor gestalt. La percepción tiende a completar imágenes incompletas según nuestra interpretación del mundo. Esta tendencia intencional -dirigida a un fin- frecuentemente es considerada la ley principal de la Gestalt.

En 1915 Edgar Rubin, discípulo de Müller y Katz introdujo los conceptos de figura y fondo. Los elementos que captan nuestra atención son percibidos con gran claridad, formando la figura, mientras que el resto del campo visual constituye el fondo, más allá de las determinantes fisiológicas de la fovea en la retina. Los gestaltistas adoptaron la idea de figura y fondo. Los elementos perceptivos se organizan como un todo, una gestalt, formando la figura.

La teoría de la Gestalt sobre la percepción fue expresada por Köhler de ésta manera: "Nuestro punto de vista es que el organismo, en lugar de reaccionar a estímulos locales, responde a la pauta de los estímulos

a los que se halla expuesto; y esta respuesta es un todo unitario, funcional, que constituye una experiencia, una escena sensorial más que un mosaico de sensaciones locales".

LA TERAPIA GESTALTICA

Fue creada por F. Perls y su esposa Laura en 1940. Perls era psicoanalista, pero ciertas discrepancias con los métodos y teorías freudianos lo llevaron a crear su propia línea terapéutica. Las fuentes de su método pueden encontrarse en Karen Horney y Wilhelm Reich, el existencialismo (Martin Buber y Paul Tillich) y la fenomenología (Edmund Husserl), de donde tomó las ideas de "libertad" y "responsabilidad", la de la inmediatez de la experiencia y la del papel del individuo en la búsqueda del significado de su vida. Aplicó los principios de la psicología gestáltica al postular que las personas emocionalmente saludables organizan su campo de experiencia en necesidades bien definidas, que les sirven de referencia a la hora de organizar su conducta. Las personalidades neuróticas interfieren con la conformación de la gestalt apropiada y no llega a adecuarlas con sus necesidades.

F. Perls (1893 - 1970) toma aspectos parciales de la Teoría Gestáltica, tales como "la figura y el fondo" y el trabajo sobre "el campo de la percepción". Creó la Terapia Gestáltica y postula que "la persona sana es aquella que puede experimentar la experiencia en el aquí y ahora en todos sus canales sensoriales, en contacto consigo mismo y con el otro". De ahí que en la Terapia Gestáltica se da énfasis a la experiencia en el presente. Da prioridad a las emociones, la vivencia inmediata, el contacto con el presente.

La Terapia Gestalt pretende resolver los conflictos y ambigüedades que provienen de la dificultad para integrar las configuraciones de la personalidad. Su papel es lograr que el cliente se haga consciente de sus sensaciones significativas hacia sí mismo y hacia su entorno, de suerte que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el "aquí y ahora", no en las experiencias del pasado, y una vez situados en el "aquí y ahora" puede enfrentar conflictos pasados o asuntos inconclusos -las llamadas gestalten inconclusas-. El cliente es estimulado a discutir sus recuerdos y preocupaciones en tiempo presente, dramatizando conflictos, por ejemplo. A través de éste método el cliente se familiariza con su problema, saca afuera aspectos reprimidos de su personalidad y adopta la posición de un tercer individuo, para analizar con más objetividad el problema. Al igual que en otras terapias humanistas, la terapia gestalt asume la ten-

dencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes.

Perls desarrolló la mayor parte de las técnicas de terapia gestalt en los EE.UU. durante los años sesenta, estableciendo institutos Gestalt en muchas partes del país. Gran cantidad de técnicas psicoterapéuticas han incorporado principios de la terapia gestalt, la cual mantiene hoy en día plena vigencia en todos los países desarrollados.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA :

La Terapia Gestáltica se fundamenta en:

- 1. El poder está en el presente:** Todo es "aquí y ahora", la experiencia está en el presente y este es considerado el "antídoto de la neurosis". Se trabajan todas las experiencias "como sí" pasaran en el presente.
- 2. La experiencia es lo que más importa:** por eso la terapia es siempre vivencial, ya que otorgando significado se transforma en un intercambio superficial de opiniones, perdiéndose el "contacto con uno mismo".
- 3. Dinamismo entre la figura y el fondo:** La experiencia perceptiva posee dos aspectos: *Figura*: es el centro de interés, lo que está en la conciencia "aquí y ahora"; *Fondo*: es el contexto, La situación, los aspectos no concientes del cuerpo y la mente. Cuando las necesidades están insatisfechas, siendo *fondo*, se transforman en *figura*. En la terapia gestáltica se deberá producir un cambio conductual en la relación con el ambiente para satisfacer la necesidad.
- 4. Enfoque holístico:** la ley de "*El todo es más que la suma de las partes*", se aplica a la Terapia Gestáltica, ya que no se puede separar la mente del cuerpo, ni el cuerpo de las emociones o tomar las conductas aisladas. Se aplica el concepto de *Integración de partes*.
- 5. Observación de lo obvio:** No se interpretan las motivaciones inconscientes de los sentidos, las conductas o los mensajes del cuerpo. Solo se busca que el individuo tome conciencia de lo que piensa, siente, dice y hace, sin evaluación
- 6. Responsabilidad por la propias conductas:** no dar "vueltas" rondando con preguntas indirectas, hablar directamente con los otros en vez de "chismear", usar el Yo, Tu en vez de "uno", o El "me" por el "yo", (*me hace sentir mal por Yo me siento mal cuando...*)
- 7. Autoapoyo vs. Apoyo externo:** Radica la importancia en la capacidad que tiene cada uno para aceptar y reconocer sus potencialidades para satisfacer sus necesidades en el aquí y ahora (*autoapoyo*). Cuando se busca satisfacer sus propias necesidades a través de los

otros por medio de manipulaciones (lástima, miedo, soborno, culpa) se considera *Apoyo externo*.

8. **Honestidad:** "consigo mismo y con los demás expresando en forma abierta y responsable las emociones" (John Stevens). Siendo honesto se es confiable.
9. **El continuo de la concienciación.** El "darse cuenta": se distinguen tres tipos:
 - ◆ El darse cuenta del mundo externo: lo que veo, lo que palpo, escucho, toco, huelo, saboreo, o sea lo que perciben los sentidos aquí y ahora.
 - ◆ El darse cuenta del mundo interno: lo que se siente en el contacto sensorial: tensión, molestia, agrado, picazón...
 - ◆ El darse cuenta del mundo intermedio: Los pensamientos e imágenes mentales, el mundo de la fantasía, la vida mental, los recuerdos, las anticipaciones, los diálogos internos
10. **Las funciones del contacto:** Cuando surge una necesidad se hace figura, la que accede a la conciencia aumentando la excitación dentro del organismo para lograr la satisfacción (*fase de precontacto*). Se desarrolla una actividad que lleva al establecimiento del contacto para lograr la satisfacción (*fase de contacto*). Satisfecha la necesidad se produce la retirada y la figura retrocede hasta el fondo (*fase de pos contacto*). Esto conforma el ciclo de la experiencia que satisfacen la necesidad. El contacto permite encontrarse auténticamente con el mundo exterior. Este se realiza a través de los sentidos y a través del contacto nos acercamos o alejamos de los demás, siendo extremos: *la soledad y la pérdida de individualidad*. Hay fronteras que delimitan en cada persona la capacidad de contacto de lo que considera admisible. Hay diferentes grupos de fronteras: las fronteras del cuerpo, de los valores, de la familiaridad, expresivas, de la exposición.
11. **Integración de las polaridades:** Se induce en la Terapia Gestáltica a comunicarse entre las polaridades tales como: amor - odio, agresividad - debilidad, razón - emoción, a través de la *técnica de la silla vacía*.

BIBLIOGRAFÍA

GUILLAME, PAUL *"Manual de Psicología"*. Ed. Paidós. Bs. As. 1976

KATZ, DAVID. *"Manual de Psicología"*. Cap. VII. Ediciones Morata. Madrid, 1973.

KOHLER, KOFFKA, SANDER. *"Psicología de la forma"*. Ed. Paidós. Buenos Aires - 1969.

VERNON, H. D. *"Psicología de la percepción"*. Ed. Paidós. Cap. VI.

CAPÍTULO XVIII

PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

DRA. ELISA N. CORTESE - DR. RICARDO A. KUZMICKI

Prevenir es adoptar medidas anticipadas para evitar o impedir la producción de un daño.

Psiquiatría preventiva es el cuerpo de conocimientos profesionales (teóricos y prácticos) que se pueden utilizar para planear y llevar a cabo programas para reducir:

1. La frecuencia de trastornos mentales de todo tipo en una comunidad (Prevención Primaria).
2. La duración de los trastornos que se presentan a través del tratamiento (Prevención Secundaria).
3. El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos a través de la rehabilitación (Prevención Terciaria).

CLASES DE PREVENCIÓN:

P. Primaria: previene la aparición de la enfermedad.

P. Secundaria: previene el desarrollo de la enfermedad tras su aparición.

P. Terciaria: previene las secuelas de la enfermedad.

Prevención Primaria:

La enfermedad mental existe en la interacción entre el individuo, el grupo social y todo cuanto lo rodea.

La prevención primaria es un concepto comunitario ya que intenta reducir el riesgo de enfermar de toda una población.

Se debe atender a:

- a) Condiciones perjudiciales externas.
- b) Factores que alteran la resistencia de las personas expuestas a dichas condiciones (vulnerabilidad).

El problema es que sabemos muy poco sobre la etiología de los trastornos mentales, solo son conocidas:

1. Encefalopatías Saturninas (plomo)
2. Psicosis secundarias o encefalitis

3. Traumatismos craneales
4. Pelagra
5. Intoxicación alcohólica
6. Sífilis Terciaria cerebral.

Debemos partir de la motivación fundada en la creencia de que es posible prevenir las enfermedades mentales, aunque no conozcamos la causa que la produce, el agente etiológico.

Para no enfermar mentalmente una persona necesita la provisión de continuos aportes, adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo.

La prevención primaria implica la provisión de aportes básicos para el Desarrollo de la Personalidad.

Aportes Físicos: alimentación, vivienda, estimulación sensorial – Oportunidad de ejercicio físico.

Aportes Psicosociales: estimulación del desarrollo intelectual y afectivo por medio de la interacción personal con otros miembros significativos de la familia, de la escuela, iglesia, trabajo, club, etc.

Satisfacción de las necesidades interpersonales, (intercambio de amor y afecto, participación de la actividad colectiva).

Aportes Socioculturales: ver la influencia de valores de la cultura y de la sociedad.

En la P. Primaria se debe actuar antes de la aparición de la enfermedad y a través de medidas tales como:

- a) Promocionar al máximo la salud general.
- b) Proteger al hombre contra los agentes ambientales.
- c) Preparación anticipada de la población para las crisis.

Prevención Secundaria:

Según Leavell y Clark (1965) "es el diagnóstico precoz, rápido y adecuado tratamiento de las enfermedades ya declaradas, para evitar secuelas y limitar la aparición de incapacidades".

Depende del rápido reconocimiento de los síntomas precoces, y la aplicación individualizada del tratamiento.

El diagnóstico y tratamiento precoces en Salud Mental facilitan el tratamiento de las enfermedades mentales, aumentando la eficacia y disminuyendo su duración.

La P. Secundaria se logra mediante:

1. Revisión de grandes grupos de población para encontrar gente

enferma y orientarla terapéuticamente.

2. Desarrollo de Servicios de Intervención en situaciones de crisis (Servicios de prevención de suicidios, intervención en disputas familiares).
3. Educación Pública para reconocer Salud y Salud Mental.
4. Aumentar la disponibilidad de toda clase de servicios de Salud Mental.

Prevención Terciaria:

Prevenir las secuelas de la enfermedad. Se logra mediante la rehabilitación, una vez que ha cesado la enfermedad aguda (objeto de la Prevención Secundaria), y que se visualizan las incapacidades y defectos.

El objetivo de la Prevención terciaria es evitar o disminuir la incapacidad o secuelas de las enfermedades.

En el campo de la Salud Mental el territorio de aplicación de la Prev. Terciaria es amplio, pero se entiende desde situaciones normales, como la vejez, hasta anormales, como el alcoholismo y la dependencia a drogas, personas sujetas a abuso agudo o crónico (en especial mujeres y niños), hasta las patologías mentales en sí mismas.

El problema mayor en psiquiatría es el grado de deterioro que producen las enfermedades mentales, en especial las esquizofrenias.

El principal objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es lograr que el paciente pueda reinsertarse en la sociedad en forma aceptable por ésta y por el paciente.

No se trata de una total reconstrucción de la personalidad o de lograr entender el inconsciente del paciente, sino que pueda reinsertarse socialmente en forma aunque sea aceptable, sin mayor dependencia de los servicios de seguridad social.

La mayoría de los casos puede ser cubiertos durante la internación mediante los Talleres protegidos y Talleres Pre – Laborales, el Consejo Nacional de Educación Técnica (CONET), que son lugares donde aprenden un oficio y reanudan así la integración social, y luego con el alta se continúa con Hospitales de Día, (pacientes que concurren durante el día al hospital, y luego retornan a sus hogares), Hospitales de Noche (pacientes sin familia, pero recuperados, duermen de noche en hospital y de día salen a trabajar fuera de él), Casas de Medio Camino (lugares donde un grupo reducido de pacientes conviven en forma autónoma y son visitados periódicamente por un médico que interviene en lo que soliciten).

Todo ello cubre las necesidades de Alojamiento y Empleo para la completud del paciente.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Es frecuente que se valore la salud cuando se la pierde (enfermedad), lo lógico es para cualquier persona basarse en valores positivos (salud) y no en negativos (enfermedad = ausencia de salud).

En la Conferencia de San Francisco en 1945, cuando se estableció la Carta de las Naciones Unidas, se declaró la salud como uno de los derechos inalienables del hombre, y se sentaron las bases para una "Organización Mundial de la Salud" (OMS).

La OMS define la salud como el complejo estado de bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad.

La OMS y sus miembros elaboraron una serie de políticas en materia de salud que han modificado radicalmente el concepto de la Salud Pública.

Estas políticas se expresan en la meta de la "Salud para Todos" en el año 2000 que la OMS definió como el objetivo de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Para alcanzar esta meta se ha preparado una Estrategia Mundial, basada en las estrategias nacionales y regionales.

La OMS, ha establecido un programa de acción para la justicia social en materia de salud basado en la atención primaria de salud, la tecnología biomédica y de salud pública y un buen conocimiento de los factores socio – culturales.

En 1978 en la Confederación Internacional de Alma-Ata, Rusia, todos los países del mundo se comprometieron a cumplir con la meta "Salud para Todos" en el año 2000.

Para lograr este objetivo, los países decidieron ampliar el acceso a los servicios de salud, de los grupos más pobres y desprotegidos de sus poblaciones, reconociendo que la estrategia básica para lograrlo, es la Atención primaria de Salud.

Atención Primaria de la Salud – (APS)

La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte del Sistema Nacional de Salud, constituye su núcleo central o principal y todos los otros niveles de Atención Sanitaria, se deben supeditar a este nivel (que es el 1er. Contacto que la comuni-

dad tiene con el Sistema de Salud).

Pero la APS incluye también, la consideración de factores económicos, sociales, ambientales e institucionales que intervienen en el estado de salud de los individuos, las familias y sus comunidades.

1) La APS es una estrategia básica para ampliar el acceso de los servicios de salud. Representa el primer nivel de contacto de la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible del lugar de residencia y trabajo, la Atención Primaria.

Los servicios de salud han sido orientados cada vez más, hacia una mayor cobertura de las poblaciones, con miras, sobre todo, a alcanzar las periferias social y geográfica.

Con la nueva estrategia de APS se incrementa la atención del primer nivel donde se desarrollarán más las tareas enumeradas en la Declaración de Alma-Ata: educación sanitaria, suministro de alimentos y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento básico, salud materno-infantil, inmunizaciones, prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles, atención curativa básica y medicamentos esenciales.

2) La estrategia de APS es la racionalización del esfuerzo total con el objeto de redistribuir en términos más equitativos, los recursos que se aplican en forma desequilibrada.

Si se esquematizan las patologías en una pirámide donde en la base se encuentran las patologías más frecuentes (gripe, resfriados, diarreas, hambre, etc.) y a medida que vamos ascendiendo en la pirámide vamos colocando las patologías menos frecuentes, menos extendidas, hasta llegar al vértice de la pirámide donde se encuentran las patologías más raras, obtenemos un esquema de las enfermedades de acuerdo a su porcentaje de presentación.

Si intentamos hacer lo mismo con los recursos de los países destinados al sistema de salud por patologías, vemos que existe una pirámide pero en sentido inverso, la mayor parte de los recursos, está destinada a las patologías menos frecuentes, (transplantes) y las patologías más frecuentes, son a las que se les dedica menor cantidad de recursos.

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud, busca invertir esta relación y conseguir que la mayor parte de los recursos sea destinada a resolver los problemas más frecuentes, las patologías más comunes y básicas.

Si un país tiene escasos recursos y debe decidir entre la compra de

un aparato de alta tecnología y vacunas para toda la población, debe elegir la compra de vacunas que son prioritarias para la mayor parte de la población.

La compra de la aparatología compleja no está mal a nivel privado, pero a nivel público los estados deben privilegiar los problemas de su comunidad en forma masiva.

3) Representa una nueva ordenación de prioridades para todos los niveles de atención y para todos los sectores.

La necesidad de frenar la escalada de los costos de los servicios de salud y de equilibrar esos costos con su eficacia ha surgido como uno de los problemas permanentes y la APS es una de las claves para solucionarlo.

La organización de los servicios se ha modificado en consecuencia, con varios escalones de servicios que abarcan desde la comunidad hasta los grandes servicios de alta complejidad.

La APS es el eje de los sistemas de salud y todos los otros niveles de atención deben supeditar a este primer nivel que es el primer contacto que la comunidad tiene con el sistema de salud.

La APS es un enfoque de atención integral de la salud, para lograr un impacto sobre las condiciones de salud de la población, y por ende, la esencia de una atención de buena calidad.

Esta estrategia ha sido propuesta para lograr un nivel de salud digno del ser humano, para toda la población como palanca del desarrollo y el bienestar social.

Una APS efectiva comprendería una serie de medidas sencillas y eficaces en términos de costo, técnica y organización, de fácil acceso para las personas que la necesitan, que contribuiría a mejorar las condiciones de vida de las personas, las familias y las comunidades y que incluiría actividades preventivas, promotoras de salud, curativas, rehabilitadoras y de desarrollo de la comunidad.

ACTIVIDADES

La Asistencia Primaria debe considerarse como mínimo la educación de la población acerca de los principales problemas de salud que la afecten, así como los métodos para prevenirlos y combatirlos, la promoción de una nutrición adecuada, acompañada de la sistematización correspondiente en el suministro de alimentos, el saneamiento básico, que incorpora como elemento primordial el abastecimiento adecuado de agua potable, la asistencia materno infantil, la erradicación y el control de las enfermedades locales endémicas, las inmunizaciones contra

las principales enfermedades transmisibles, y el suministro de medicamentos esenciales.

Los tres principios básicos de la estrategia mundial de salud son:

1. La equidad en la salud; toda acción a favor de salud debe ser pertinente desde el punto de vista social.
2. La interacción entre salud y desarrollo; la salud contribuye al desarrollo social y económico, de la misma manera que el desarrollo favorece a su vez a la salud.
3. La aplicación de tecnología apropiada a las circunstancias locales; por medio de una estructura sanitaria bien organizada. Cada país debe adaptar la tecnología sanitaria que posee a sus propias circunstancias y aplicarla por medio de una estructura bien organizada.

Los elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud son:

- ◆ **Integral:** considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
- ◆ **Integrada:** que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- ◆ **Continuada y permanente** a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia (consulta, urgencia, seguimiento).
- ◆ **Activa:** los profesionales de la salud no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de promover activamente la salud y prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la educación sanitaria.
- ◆ **Accesible:** los ciudadanos no deben encontrar dificultades para poder utilizar los medios sanitarios.
- ◆ **Basada en el trabajo en equipo interdisciplinario:** integrado por profesionales de diversas disciplinas y áreas de la salud.
- ◆ **Comunitaria y Participativa:** Atención de los problemas de salud colectivos y no solo de los individuales, mediante la utilización de técnicas de la salud pública y medicina comunitaria y la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.
- ◆ **Programada y evaluable:** actuación basada en programas de

salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

- ◆ **Docente e investigadora:** desarrollando actividades de docencia y formación continua de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en materias propias de su ámbito.

Niveles de Atención en Salud Mental:

1) Primer Nivel:

Son los centros de salud integrados a la comunidad, por ejemplo un centro barrial, que cada grupo comunitario debería tener, cerca del domicilio, un centro de salud de fácil acceso ya que este nivel significaría el primer contacto de la comunidad con el sistema de Salud Mental.

En este centro se pueden resolver los problemas más comunes en materia de salud mental como atención de emergencias psiquiátricas, de gente en crisis, realización de psicoterapias breves para problemas comunes y actividades de prevención y promoción de la salud mental.

Este centro debe contar con Médicos Psiquiatras, Psicólogos y Asistentes Sociales.

2) Segundo Nivel:

Se da en los servicios de Psicopatología de los Hospitales Generales. En ellos se realizan interconsultas psiquiátricas de otros servicios, tratamientos ambulatorios y en algunos de ellos tienen internación para casos agudos.

3) Tercer Nivel:

Es el Hospital Psiquiátrico. Son hospitales que se dedican exclusivamente a la atención de problemas psicopatológicos.

En ellos se deben internar patologías más severas, los casos que no pueden resolverse en otros centros.

4) Cuarto Nivel:

En Psicopatología es la Colonia, donde se internan aquellos pacientes, sobre todo orgánicos, que no van a recuperarse, que no van a poder volver a reinsertarse en el medio social.

Allí se los contiene, y se realizan prácticas de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

CAPLAN GERALD. *"Principios de Psiquiatría Preventiva"*; Editorial Paidós; Buenos Aires, 1980.

FERRARA, F. A.; ACEBAL, E; PAGANINI, J. M. *"Medicina de la comunidad"*, Intermédica S.A.I.C.I. & Centro Regional de Ayuda Técnica; Agencia para el desarrollo internacional (A.I.D.), Depto de Estado del Gobierno de los U.S.A., Proyecto 171-169; Buenos Aires, 1972.

FREEDMAN ALFRED, KAPLAN HAROLD Y SADOCK B.J. *"Tratado de Psiquiatría"*, Tomo II; Salvad Editores; Barcelona, 1982.

MAZZAFERO, VICENTE. *"Medicina en Salud Pública"*; Edit. El Ateneo; 2ª. Edición; Buenos Aires, 1994.

CAPÍTULO XIX

LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA DR. RICARDO A. KUZMICKI

En la actualidad el estudiante de medicina, se enfrenta a un doble camino a seguir; por un lado la formación general que le otorgará el correspondiente diploma de MEDICO, y por el otro, la elección de una especialización de alguna rama de la ciencia médica.

La especialización, tiene que ver con la distribución del saber médico; organizado desde distintas perspectivas teóricas – técnicas, para el abordaje de una enfermedad.

Por lo tanto, es importante hablar en primera instancia de la Patología, como una ciencia básica.

La Patología, abarca todas las ramas de la Medicina, entonces tenemos distintas formas de conocimiento de dicha patología (Patho = enfermedad. Logo = tratado o estudio).

- 1) Anatomía Patológica.
- 2) Fisiopatología.
- 3) Psicopatología.
- 4) Anatomía Patológica Quirúrgica.

Cabe preguntarnos el motivo por el cual se debe realizar una formación de postgrado, si el título de médico nos habilita a un ejercicio completo de la medicina y por lo tanto un médico podría dedicarse a la rama que desea sin impedimentos legales.

A) Primero a una necesidad científica para alcanzar el nivel de conocimiento mínimo para poder enfrentar con altura de conocimientos las cuestiones diagnósticas y terapéuticas de nuestros futuros pacientes. Los 6 (seis) años del pregrado sólo permiten mostrar las cuestiones básicas de cada rama de la ciencia, y cada vez más, en algunas especialidades, los conocimientos, superan los años normatizados para su formación, llegando al terreno actual de las sub-especializaciones. La cirugía general, en la cual el profesional de hace 40 años, a veces se orientaba a la rama cardiovascular, por ejemplo, es hoy en día una especialidad donde la cirugía general de antaño, es solo un

pasaje introductorio en la formación.

Otro ejemplo sencillo lo vemos en Pediatría, que comenzó como una especialidad de clínica de niños, en la actualidad existen, Endocrinología infantil; Traumatología Pediátrica, Cardiología Infantil, etc.; como sub-especialidades.

Grave dilema ético y humano, nos enfrenta lo antes afirmado, cada vez más la totalidad del ser humano en su visión médica, se va convirtiendo en un ojal por donde observamos a la persona como un órgano (Modelo Biomédico).

- B)** La segunda cuestión es el medio social donde se desenvolverá el profesional que egresa. El mismo al adquirir su matrícula, deberá ingresar en un mercado laboral de competencia profesional que tendrá sus requisitos mínimos y exigencias; tendrá que ser aceptado por sus pares, colegios y sociedades científicas.

Volviendo a las fuentes de la atención humanizada, si bien una patología requiere para su atención y tratamiento de un especialista, detrás de la misma (patología) hay un ser humano con sus vivencias y su medio circundante. Por lo tanto se consideraría al "viejo galeno" de hace 50 años (el viejo médico de la familia) como el agente de salud que aún hoy renace en esta época (Modelo Antropológico).

Especialidades médicas básicas.

- 1) Clínica Médica.
- 2) Clínica Quirúrgica.
- 3) Anatomía Patológica.
- 4) Y la última que tiene que ver con la Salud mental Psicopatología.

1) Clínica Médica:

Es el conjunto de enseñanza, que se obtiene en inmediato contacto con el enfermo, aunque no siempre todas esas enseñanzas se obtengan a la cabecera de la cama.

La clínica integra la experiencia en que se basa el ejercicio profesional. Persigue invariablemente reconocer cualquier dolencia o llegar a su diagnóstico. Del griego = Día = a través de. Y Gnosis = conocimiento o erudición.

El diagnóstico predice el probable destino que aguarda al paciente, o calcular su Pronóstico: Del griego Prognosis: Previsión o sabiduría de lo que va a venir; o Pro = antes. Gnosis = conocimiento.

Esto sirve, para instituir una Terapéutica, que significa: Arte de tratar

las enfermedades, del griego = Therapcio = Cuidar o estar al servicio de alguien. Es decir, la utilización de los mejores remedios que se disponga para la cura o alivio.

2) Clínica Quirúrgica:

Consta también, de los mismos pasos de la Clínica Médica, siendo la terapéutica, la técnica quirúrgica o sea el arte de cortar adecuadamente, para producir la eliminación de la causa patológica. De esta rama, surgen múltiples especialidades.

3) Anatomía Patológica:

Anatomía del griego significa: Ana = de nuevo. Temno = cortar o dividir.

La esencia de la Anatomía patológica es encontrar las huellas Morfológicas de las Lesiones, que casi todas las enfermedades dejan, como estela indeleble.

Es Morgagni, en quien recae el justo título de fundador de la Patomorfología, en cuya obra acomete el objetivo examen de las alteraciones Materiales inducidas por diversas enfermedades.

El hallazgo anatomoclínico; es importante de ser confirmado en el Post – Mortem; en aquellos casos donde el enfermo sucumbe al mismo, sin revertirse o donde no se ha llegado a un Diagnóstico Definitivo.

Por lo tanto, todo saber comienza en la Anamnesis: del griego = Ana = llamada. Mnesis = Recuerdo o reminiscencia.

A esto se agrega el Examen Físico, por medio de:

a) Observación, b) Palpación, c) Percusión, d) Auscultación.

En base a ello, se obtendrá el Diagnóstico, y sus eventuales alternativas.

Pero a veces, no se logra saber; entonces la Autopsia: (del griego = Autos = el mismo. Opsi = visión), confronta el hallazgo del laboratorio, con la sintomatología clínica, entendiendo los desórdenes fisiopatológicos, y los hallazgos lesionales.

Y rectifican el diagnóstico, dando lugar a un Diagnóstico Definitivo.

4) Psicopatología:

- Psicología Clínica - Psiquiatría Clínica.

Psiquiatría Clínica:

- Semiología Psiquiátrica - Diagnóstico - Terapéutica: Psicofarmacológico - Psicoterapéutica - Pronóstico.

Especialidades médicas por orden alfabético:

- ◆ Alergia e Inmunología: Postbásica.
- ◆ Anestesiología: Postbásica.
- ◆ Cardiología: Postbásica.
- ◆ Clínica Médica: Postbásica.
- ◆ Clínica Quirúrgica: Postbásica.
- ◆ Endocrinología: Postbásica.
- ◆ Medicina Generalista: Básica.
- ◆ Nefrología: Postbásica.
- ◆ Neonatología: Postbásica.
- ◆ Neurología: Postbásica.
- ◆ Oncología Clínica: Postbásica.
- ◆ Patología: Postbásica.
- ◆ Pediatría Clínica: Básica.
- ◆ Psiquiatría: Postbásica.
- ◆ Radiología y Diagnóstico por Imágenes: Postbásica.
- ◆ Tocoginecología: Postbásica.
- ◆ Urología: Postbásica.

La especialización, lleva a la división del todo en las partes, pero lleva a un mayor fraccionamiento del saber, con el peligro de tomar la parte por el todo.

De ahí la importancia de la Interconsulta, para complementar el saber de la enfermedad (causas, mecanismos, terapéuticas).

Aunque el sentido es llegar a un Diagnóstico, que va a marcar la evolución de dicha enfermedad; la especialización va a llevar a la profundización del conocimiento de la enfermedad.

Pero no cambia el Pronóstico o Evolución de la misma; salvo que elimine definitivamente la enfermedad.

La fragmentación de los conocimientos médicos en especialidades y subespecialidades, aparentemente aleja su ejercicio del modelo médico antropológico; ahí reside justamente el tremendo peligro que implica la atomización del proceso patológico y la falta ulterior de la síntesis necesaria, para concluir en un diagnóstico integral y la correspondiente terapéutica.

Hace falta repetir que el enfermo es "uno y sus circunstancias", como decía Ortega y Gasset del ser humano en general. El médico especialista debe no olvidarlo y proceder de acuerdo con los dictados de la medi-

cina antropológica. Unir cuerpo y mente. Y análisis de los factores psicológicos y sociales.

“La cirugía es una disciplina del conocimiento del hombre”. “El hombre, en tanto que individuo, debe ser la medida de la cirugía, tanto como es su fin”. “El hombre que nosotros operamos piensa, tiene miedo”. El hombre tiene necesidad de ser sostenido durante sus angustias.

El primer deber humanista del cirujano es saber calmar las angustias del enfermo.

El cirujano que se atiene únicamente al cuerpo cae en una trampa peligrosa. El cuerpo siempre significa signo, síntomas, símbolo y, por consiguiente, expresión, comunicación, lenguaje, siendo siempre difícil descifrar el lenguaje del cuerpo y los diversos códigos que utiliza la enfermedad. Es válido para todas las especialidades médicas y/o quirúrgicas, sin excepción.

Interdisciplina

El trabajo con otros, en equipo, será necesario, imprescindible e inevitable.

El ser humano es un ser social, interdependiente. Somos gregarios en todo, particularmente en nuestra actividad.

Es el trabajo en equipo, la práctica profesional, puede ser tanto intradisciplinaria como interdisciplinaria.

Intradisciplina: Cooperación de distintas especialidades, todas pertenecientes a la misma disciplina, para el desarrollo de una actividad específica (sea aplicación, sea investigación) de ese campo científico. (intra = dentro).

La intradisciplina habría surgido de lo que originalmente era práctica interdisciplinaria; práctica que debido a la constante necesidad de la presencia de áreas disciplinarias ajenas para resolver situaciones recurrentes, pasa a incorporar lo que necesita de esas otras prácticas, como especializaciones dentro de la disciplina.

Cuando una práctica compleja, requiere del aporte de diferentes áreas del conocimiento, se hace habitual, se institucionaliza, se tiende a intradisciplinar lo que originariamente era encuentro interdisciplinario.

A partir de ahí, y como parte de la formación en una disciplina, se imparten los conocimientos necesarios para el desarrollo habitual de ésta, provenientes de otros campos del conocimiento.

Pero en la medida que nos encontramos frente a la necesidad de prácticas que vayan desbrozando campos del saber, que desarrollen nuevas temáticas (la atención de problemas nuevos, de problemas complejos, de problemas que no encuentran solución con los tradicionales

métodos de abordaje de una disciplina) serán necesarios otros y mayores conocimientos, metodologías y prácticas, requiriéndose la presencia de disciplinas diferentes. El encuentro de estas dará lugar, en tanto se constituyan equipos de trabajo, a la interdisciplina.

En general, cualquier práctica humana (y mucho más las complejas prácticas que requieren para su realización de una formación universitaria); exige la cooperación armónica de especialistas de distintas áreas, configurando equipos de trabajo, sean estos de aplicación o de investigación.

Lo interdisciplinario es una forma de abrir nuevos caminos y no sólo de resolver viejos problemas; es un modo de resolver nuevos aspectos inéditos, de crear.

Las ciencias se han ido desplazando hacia tareas de especialistas y de expertos; debido básicamente, a la acumulación de conocimientos científicos y tecnológicos y a los mayores desarrollos en el campo de las comunicaciones y de la organización, propios de sociedades cada vez más complejos.

La acumulación y la especialización del conocimiento hacen que el mismo se vaya circunscribiendo en parcelas muy acotadas, lo cual trae aparejado fragmentación y malestar.

Pero si tal fragmentación resulta inevitable en el marco de la cultura, parecieran estar imponiéndose para el abordaje científico de sus producciones, concepciones inter y transdisciplinarias.

La interdisciplina es la interacción llevada a cabo por profesionales pertenecientes a diversas disciplinas para la realización de determinada actividad, (investigación, formación, desarrollo científico), en la cual cada uno aporta a las otras sus conocimientos y recibe lo mismo de ellas, dando lugar, como resultado de este intercambio, a pautas más adecuadas para tratar determinadas situaciones, que las que dispone cada disciplina en particular.

BIBLIOGRAFÍA

BARQUIN, M. C. y col. *"Dirección de Hospitales"*. 3ª. Edición. Editorial Interamericana. Buenos Aires, 1972.

CABALEIRO GOAS, MANUEL. *"Temas Psiquiátricos"* Tomo 1. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1959.

CARPINACCI, JORGE A. *"Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano"*. Editorial Galerna. Buenos Aires, 1979.

GRANDE, ENRIQUE, EN MAZZÁFERO, VICENTE. *"Medicina en Salud Pública"*. El Ateneo. Buenos Aires, 1987.

CAPÍTULO XX

RECURSOS TERAPÉUTICOS EN SALUD MENTAL LIC. GABRIEL VAN OOSTVELDT

- Objetivos:
- ◆ Identificar los principales Recursos Terapéuticos en Psiquiatría y Psicología Clínica.
 - ◆ Reconocer su clasificación básica según su naturaleza.
 - ◆ Conocer criterios básicos de su utilización.

“Si puedes conservar tu cabeza, cuando a tu alrededor todos la pierden, serás hombre, hijo mío”.

RUDYARD KIPLING.

En la terapéutica de las enfermedades mentales contamos con una variedad de recursos y técnicas, cuya adecuada aplicación variara de acuerdo a un conjunto de características propias del sujeto a asistir y las circunstancias que atraviesa, serán factores importantes su grupo etario, sexo, estado de salud anterior y patologías previas o en curso de desarrollo, presumiblemente anteriores e independientes del motivo de consulta e intervención actual. En relación a las circunstancias que motivan la intervención específica de un Agente de Salud Mental, (médico Psiquiatra, Psicólogo o circunstancialmente otros agentes) debemos considerar el cuadro que presenta el paciente, establecer un diagnóstico y en función de ello determinar el camino más adecuado a seguir.

No siempre estaremos frente a un proceso Psicopatológico, en muchos caso, encontraremos situaciones de Crisis, reactivas a una circunstancia personal, familiar o social decepcionante, con lo cual nuestra intervención será breve, y apuntara a que el sujeto recupere el dominio de sí y de sus problemáticas, evaluaremos si es conveniente o no indicar la continuidad de medicación durante cierto lapso de tiempo y/o de una orientación psicológica breve que acompañe al sujeto en la resolución de su crisis. Muchos de estos casos llegan a las guardias hospitalarias, y, son ,aún, en algunos lugares, informalmente denominados, casos “H”,se suele aplicar indicar ansiolíticos o algún Tranquilizante menor, lo cual quizá, no siempre sea errado, pero si falaz si no se realiza con una correcta entrevista al paciente, que permita establecer un diagnóstico

mas preciso de lo que realmente le está ocurriendo Detrás de los casos "H" puede haber Crisis de Angustia o de Ansiedad, en el mejor de los casos, y estas requieren en su atención además de un tranquilizante ,escucha, contención y orientación psicológica, por lo menos, si no es posible la de un Psiquiatra o un Psicólogo Clínico , aquella que el Sentido Común y el Don de Gentes aconseja, y que no debe faltarnos como profesionales de la Salud, independientemente de nuestras especialidades..Pero también, detrás de estos casos encontraremos cuadros más complejos, cuyo primer contacto con una posible intervención específica psiquiátrica o psicológica puede ser ese momento de crisis, siendo lo adecuado, luego de ser atendido, derivarlo a l servicio correspondiente.

No hay un recurso terapéutico más importante que otro, cada cual es esencial en su especificidad, y esto depende del tipo de Patología o trastorno que sufra el sujeto. En Salud Mental hay Cuadros Agudos y otros que no son tan graves, Hay Patologías Crónicas y otras cuya duración podrá ser más breve. Hay Trastornos, como en todo el campo de la Salud, que una vez instalados en el sujeto, no remiten y para los cuales no hemos encontrado aún una terapéutica satisfactoria. Para otros trastornos en cambio, hemos logrado un alto nivel de eficacia terapéutica y un mejor pronóstico.

Si para algunos casos, será de preferencia la terapéutica farmacológica, para otros podrá se de elección la psicológica, en muchos otros casos deberán complementarse ambos recursos, e incluir además otras terapéuticas específicas, según el caso, (Musicoterapia, Laborterapia, etc.).

Podemos reconocer tres grandes grupos o familias de Recursos Terapéuticos y un grupo mixto.

- A-** Psicoterapias
- B-** Tratamientos Somáticos
- C-** Recursos Socio Terapéuticos.
- D-** Mixtos

Si bien esta clasificación es un tanto arbitraria, ya que ninguno constituye un grupo puro, y así como el ser humano es uno en su integridad psicofísica y socio cultural, y el sufrimiento y la enfermedad lo afecta también en su integridad, los recursos terapéuticos también presentan está característica de integridad bio-psico-socio-cultural en dispositivo, acción objeto y materialidad.

Pero siendo humanos, obramos sobre el medio mediatizados por nuestra percepción cognitiva del mismo, en este caso el medio que nos ocupa es la Salud Mental, y nuestro conocimiento científico procede de

la fragmentación del objeto, resultando nuestra especialización inevitable, no por ello plausible, sin embargo este ordenamiento creemos que sirve a los fines expositivos y didácticos, siendo por supuesto provisional y no exhaustiva.

A- Psicoterapias

Se suelen clasificar las Psicoterapias por la Escuela o Corriente Teórico-Clínica que la desarrollo históricamente, y esta división mantiene actualidad en algunos países y medios socioculturales, podríamos hablar así de Psicoterapias Psicoanalíticas, Conductistas, Gestálticas, Existenciales, Sistémicas, Cognitivas, entre las más importantes. Pero continuamente se han producido atravesamientos e intercambios y enriquecimientos entre una corriente y otra, surgiendo nuevos dispositivos terapéuticos, como el Psicodrama Psicoanalítico, el Psicoanálisis Existencial. Así mismo a partir de determinadas teorías, como las del fenómeno de proyección o el uso del dialogo y las estrategias de indagación se han desarrollado Técnicas de Exploración Psicológica y Métodos de Intervención verbal terapéutica, comunes a todas las corrientes y escuelas.

Actualmente desde el Campo de la Salud Mental, la Psiquiatría y la Psicología Clínica, se consideran los Modelos teóricos y las Técnicas de Exploración e Intervención Psicológicas, no como un dogma o una doctrina valioso en sí, sino solo en función de su fuerza explicativa y operativa (eficacia terapéutica) en relación al comportamiento humano, sus cambios y transformaciones, en todo lo relativo a la salud y la enfermedad.

Son por lo tanto, en el sentido que Foucault, le da a las teorías, "herramientas", para reliazar nuestro trabajo, cuya adecuación en caso y circunstancia deberemos investigar y corroborar.

En todas las Psicoterapias, el recurso fundamental de trabajo es el dialogo entre el Consultante y el Psicoterapeuta, la palabra no es el único recurso de comunicación, importa también los gestos la actitud, y la presencia física cercana, así como las normas, (encuadre) que regulan este vínculo .Se utiliza en los diversos trastornos Psíquicos, variando sus objetivos de acuerdo al Estado del consultante-Paciente, como al momento de evolución de su proceso patológico o vital, (grupo etario, crisis evolutivas, etc.) Es específica en los Trastornos Neuróticos, en un gran número de Trastornos de Personalidad, situaciones de Crisis, así como necesariamente complementaria en Adicciones, trastornos alimentarios, depresión.

No en todos los trastornos de Personalidad estará indicada. En las Psicosis puede ser complementaria en algunos periodos del tratamiento

y contraindicada en otros, siempre será complementaria de otros recursos terapéuticos, (Psicofarmacológicos, sociales).

Por el número de participantes puede ser individual, de pareja (cónyuges, Niños pequeños y sus madres), de grupo (familiar, equipos de trabajo) o en grupo (el objetivo es individual pero el dispositivo es grupal).

En función del trastorno y curso de evolución actual pueden ser:

- 1) De apoyo o Soportativas (L. Wolberg-1967)
- 2) De Esclarecimiento, Insight o Reconstructivas (L. Wolberg,1967)

Entre los objetivos Psicoterapéuticos, podemos nombrar atenuar o abolir los síntomas y la angustia y ansiedad emergente de los mismos, resolver conflictos y situaciones dilemáticas internas, vinculares o sociales, aumentar la percepción del sujeto o el grupo de si mismos, de los otros y de las relaciones entre ambos, incorporar modalidades y estrategias de resolución de conflictos, aumentar la plasticidad y la capacidad de adaptarse creativamente a nuevas situaciones. Cambiar o modificar actitudes que implican cierto sufrimiento o llevan a la enfermedad por estilos conductuales que tiendan a un mayor nivel de bienestar para el sujeto y los otros.

Por la duración pueden ser breves, (Orientación, consulta Terapéutica de 1 a 8encuentros). Focalizadas, (se centran en un problema específico, por ejemplo, afectivo, laboral). De duración no determinada (abarcan todas las problemáticas, pueden ir de un año a varios).

Por último, en algunas Patologías así como la medicación puede ser necesaria toda la vida, también el apoyo y orientación psicológica se puede volver imprescindible para vivir cierta autonomía.

B-Tratamientos Somáticos.

Todo medio físico, químico que actúe sobre el organismo o el constituyente somático y biológico del sujeto.

Incluye entre otros recursos:

- 1) Alimentación-Dieta
- 2) Sueño adecuado.
- 3) Actividad Física adecuada.
- 4) Psicofármacos: A partir de 1950, su desarrollo permitió mejorar la calidad de vida una vastedad de patologías crónicas y Agudas, sumamente invalidantes para el sujeto. Podemos clasificarlos de la siguiente manera:

- 1) Tranquilizantes Menores o Ansiolíticos:** Disminuyen la Angustia y la Ansiedad, tienen propiedades mio-relajantes, hipnóticas, sedativas y anti-epilépticas. Compuestos Benzodiazepínicos, diazepam, bromazepam, alprazolam, etc.
- 2) Tranquilizantes Mayores, Antipsicóticos o neurolépticos:** Reducen la presencia de trastornos sensorio-perceptivos y las alteraciones del curso del pensamiento, la agitación psicomotriz. Propiedades sedativas, incisivas y reactivadoras.
- 3) Antidepresivos:** Actúan mejorando el estado de ánimo, cuando existe trizteza patológica exagerada y persistente.

Podríamos enumerar otros recursos físicos, menos estandarizados, estos son los de uso más frecuente, solo quedaría agregar la Terapia Electroconvulsiva, (Método de Cerletti y Bini), indicada en ciertos cuadros depresivos graves con intentos de suicidio o cuadros catatónicos de la esquizofrenia con importante pérdida de peso.

C) Sociales.

Todo dispositivo o curso de acción institucional o social cuyos objetivos son terapéuticos. Incluyo en esta categoría la hospitalización, ya que supone un cambio provisorio breve o prolongado en el estatus psicosocial en que se desarrolla la vida del sujeto. La detección del Hospitalismo, como un daño iatrogénico procedente de la internación prolongada en los centros Psiquiátricos llevo a desarrollar las estrategias más modernas de internación, tratamiento y externación.

- 1) Criterios de Hospitalización:** Riesgo Suicida, Incapacidad para cuidar de si mismo con ausencia de Familia Continente, Uso de medicación parenteral.
- 2) Comunidad Terapéutica:** Todos los actores que integran un servicio o institución, así como todas las actividades que se desarrollan en ella se regulan y coordinan en función de los objetivos terapéuticos de los pacientes. Junto a las practicas y tratamientos Psicológicos, Psicofarmacológicos o de rehabilitación, se incorporan dispositivos de encuentro grupal y Asambleas donde pacientes y profesionales, discuten los problemas que hacen a la marcha de la Institución y sus diversos actores, por eso se lo llama en si mismo Estrategia de Comunidad, con fines terapéuticos).
- 3) Otros Dispositivos** son el Hospital de Día, el Hospital de Noche, Las Casas de Medio Camino y los Talleres Protegidos, estos últimos cuatro son básicos en la tarea de rehabilitación de los pacientes con tras-

tornos mentales graves, ya que la pérdida de autonomía social es muy marcada en estos pacientes, así como el alejamiento de los vínculos familiares y el aislamiento social. Un alto número de pacientes que fracasa en la tarea de reinserción social, terminara sus días en las Colonias Psiquiátricas, pensadas para proteger a aquellos que tienen un alto nivel de Incapacidad Mental para vivir de manera autónoma.

D) Mixtos:

Muchas técnicas y especialidades combinan experiencias de tipo Psicológico-Subjetivos, con estímulos y actividades físicas, así como destrezas sociales, que a la vez son complementarias de los tratamientos Psicofarmacológicos y Psicoterapéuticos, sin sustituirlos, favoreciendo la recuperación de los pacientes como su posterior rehabilitación. Podemos incluir aquí la Musicoterapia, la Terapia Ocupacional, diversos aprendizajes de oficios o artes, pensados con fines terapéuticos. Muchos de estos se realizan en los hospitales de día.

En niños en edad escolar puede ser de fundamental importancia el tratamiento Psicopedagógico, ya que los trastornos mentales tempranos, casi siempre afectan la capacidad de aprendizaje, así como el fonoaudiológico cuando la fonación pudiera estar afectada.

BIBLIOGRAFÍA

BERRETONI, PABLO y otros: *“Psiquiatría”* – Editorial Dunken – 2001.

EY, HENRI y Otros. *“Tratado de Psiquiatría”* – Editorial Toray Mason – 1965.

FIORINI; HECTOR. *“El Campo teórico y Clínico de las Psicoterapias”* – Tekne – 1987.

MANZANO, JUAN. *“Las Terapias en Psiquiatría Infantil y Psicopedagogía”* – Editorial Paidós – 1989.