

Derechos Reservados

www.acreditalo.com

Esta guia cuenta con dereschos de autor registrados ante INDAUTOR si alguna persona fuera del portal **www.acreditalo.com** te vendio esta guia esta cometiendo un delito. Denuncialo en nuestra pagina y turnaremos el caso a las autoridades y a ti te re-embolsaremos tu dinero.

CONTENIDO:

- **COMPETENCIA CONCEPTUAL**
- **PSICOLOGÍA EN MÉXICO ORIGEN Y DESARROLLO**
- **CONOCIMIENTO PSICOBIOLOGICO**
- **CONOCIMIENTOPSICOSOCIAL**
- **CONOCIMIENTOS DE LOS PROCESOS PSICOBIOLOGICOS BÁSICOS EN DESARROLLO**
- **CARÁCTER TERMINAL**
- **TEORIAS PSICOLÓGICAS**
- **METODOLOGÍA GENERAL**
- **CONOCIMIENTO METODOLOGICO DE LA PSICOLOGÍA**
- **METODO CUANTITATIVO**
- **METODOS CUALITATIVOS**
- **METODOS PSICOMÉTRICOS**
- **COMPETENCIA TÉCNICA**
- **MANEJO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICOS**
- **COMUNICACIÓN**
- **COMPETENCIA CONTEXTUAL**
- **CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE IDENTIDAD NACIONAL**
- **COMPETENCIA ADAPTATIVA**
- **USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS**
- **COMPETENCIA ETICA**
- **PROPORCION ESPECIFICA DEL EXAMEN**
- **SISTEMAS DE DIAGNÓSTICOS INTERNACIONALES DE TRASTORNOS MENTALES:**
- **DSMIV Y CIE 10**
- **PROCESOS GRUPALES**
- **TÉCNICAS DIAGNOSTICAS**
- **16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD**
- **MMPI-2**
- **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI**
- **TEST DE LA FAMILIA**
- **PERSONA BAJO LA LLUVIA**
- **TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA T.A.T C.A.T**
- **TEST DE LA FIGURA HUMANA (DFH): MACHOVER, KOPPITZ Y GOODENOUGH**
- **RAVEN**
- **ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER**
- **INTELIGENCIA Y APTITUDES: TEST DE APTITUDES DIFERENCIALES. (DAT**
- **PRUEBAS DE PERCEPCIÓN: BENDER, FROSTIG**
- **KUDER**
- **PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS**
- **REPORTE CLINICO**
- **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**
- **COMPETENCIA CONTEXTUAL PSICOLOGÍA CLINICA**
- **INTEGRACIÓN DE CASOS**
- **EJEMPLOS DE CÓMO REGISTRAR BIBLIOGRAFÍA: DEL FORMATO O ESTILO A. P. A. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICÓLOGOS**
- **GLOSARIO CONCEPTOS RELACIONADOS CON LAS DEFICIENCIAS**
- **ETIOLOGÍA Y PATOGENIA**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

AREA DE COMPETENCIA CONCEPTUAL

Filosófico, histórico y Teorías Psicológicas

EPISTEMOLOGÍA

Es la rama de la filosofía que estudia la investigación científica y su producto, el conocimiento científico

FILOSOFÍA

El término filosofía deriva del griego que significa amor a la sabiduría, deseo de saber, de conocer

Conceptos fundamentales de la epistemología

Diferentes formas de conocimiento

Dogmatismo: Se entiende que es una postura epistemológica en la cual aun no se presenta el problema del conocimiento. El dogmatismo supone absolutamente la posibilidad y la realidad de contacto entre el sujeto y el objeto. Para él por naturaleza resulta comprensible que el sujeto, la conciencia cognoscente, aprehenda su objeto. Esta actitud se fundamenta en una confianza total en la razón humana.

Escepticismo: el dogmatismo frecuentemente se transforma en su opuesto, en el escepticismo. Mientras que el dogmatismo considera que la posibilidad en un contacto entre el sujeto y el objeto es comprensible en contacto entre el sujeto y el objeto es comprensible en si misma, el escepticismo niega toda posibilidad. El sujeto no puede aprender al objeto afirma el escepticismo .por tanto el conocimiento considerado como la aprehensión real de un objeto es posible. Según esto no podemos externar ningún juicio y debemos abstenernos totalmente de juzgar.

El subjetivismo y el relativismo: el escepticismo sostiene que no existe verdad alguna. El subjetivismo y el relativismo no son tan radicales, se afirma que hay una verdad, sin embargo tiene una validez limitada, no existe verdad universal.

El pragmatismo: el pragmatismo al igual que el escepticismo desecha el concepto de la verdad considerado como concordia entre el pensamiento y el ser. El pragmatismo avanza más allá de la simple negación y sustituye el concepto desechado con un nuevo concepto de la verdad.

Criticismo Admite una confianza fundamental en la razón humana esta convencido de que es posible en conocimiento de que existe la verdad. Examina todas y cada una de las aseveraciones de la razón humana y nada acepta con indiferencia

Conocimiento subjetivo: La hipótesis se elabora internamente con la base de la experiencia que tiene lugar en uno mismo, en la propia experiencia se trata de determinar qué es lo que me da esa percepción de algo común.

Conocimiento objetivo: Posee objetividad. Las hipótesis se basan en un marco de referencia externo y se contrastan mediante operaciones observables y por inferencias empáticas de las reacciones de un grupo de referencia confiable. Se trabaja solo con objetos observables. Este conocimiento depende de la selección personal adecuada de hipótesis.

Conocimiento interpersonal o fenomenológico: Se aplica al conocimiento de los seres humanos y de los organismos superiores, las hipótesis se verifican empleando habilidad y comprensión empáticas que están a la disposición del experimentador para alcanzar su campo fenomenológico, para entrar a su significado y revisar si la comprensión que tiene es correcta.

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

El racionalismo: es la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es relativamente tal cuando nuestra razón estima que una cosa es como es y no puede ser de otro modo y cuando juzga que, por ser como es debe ser de otro modo y cuando juzga que, por es como es debe ser así siempre y en todas partes entonces y solo entonces según el racionalismo estaremos ante un conocimiento real.

Empirismo: dice que la única causa del conocimiento es la experiencia, no existe un conocimiento a priori de la razón. El espíritu humano esta desprovisto de todo conocimiento es una tabula rasa.

El intelectualismo: esta en medio del racionalismo y del empirismo.

Con el racionalismo el intelectualismo admite que existen juicios lógicamente necesarios y universalmente validos, que se establecen no solo sobre objetos ideales, lo que también es admitido por los empiristas, sino también sobre objetos reales. Pero de tales juicios los conceptos son un patrimonio a priori de nuestra razón, el intelectualismo estima que la conciencia lee en la experiencia extrae sus conceptos de la experiencia y de hay su nombre.

El apriorismo: considera que la razón y la experiencia son la causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo por que establece una relación entre la razón y la experiencia en una dirección diametralmente opuesta a la de este. Dice que los conocimientos poseen algunos elementos a priori que son independientes de la experiencia son formas de conocimiento.

Relación sujeto-objeto

En el conocimiento se encuentra frente a frente la conciencia y el objeto, el sujeto y el objeto. El conocimiento se manifiesta como una relación entre estos dos elementos que permanecen en ella y están eternamente separados uno del otro. El dualismo de sujeto y objeto es parte de la esencia del conocimiento.

La relación entre estos dos principios es al mismo tiempo una correlación. El sujeto solo es sujeto para un objeto y el objeto solo es objeto para un sujeto. Uno y otro son lo que son, en cuanto que son para el otro. Sin embargo, esta correlación no es reversible. Ser sujeto es totalmente diferente de ser objeto y la del objeto en ser aprensible y aprehendido por el objeto.

CRITERIOS DE VALIDEZ DEL CONOCIMIENTO

La verdad, es la concordia del pensamiento consigo mismo. El juicio es verdadero cuando esta formulado con apego a las leyes o normas del pensamiento. Si concluimos en atención a esto, la verdad sería algo meramente formal que coincide con la corrección lógica.

La cuestión de la verdad esta en intima relación con la cuestión del concepto de la verdad. Puede probarse fácilmente si consideramos el idealismo lógico. Como ya hemos dicho párale la verdad consiste en la concordancia del pensamiento consigo mismo. En la ausencia de contradicción. Nuestro pensamiento concuerda consigo mismo cuando esta libre de contradicciones y solo en este caso. La aceptación del concepto inminente a la admisión de la ausencia de contradicción como criterio único de verdad.

En la realidad la ausencia de contradicción es un criterio de la verdad; pero no es un criterio general que tenga validez universal para todo conocimiento sino que es un criterio valido únicamente para una clase cierta de conocimientos para los conocimientos inscritos en un ámbito determinado.

Otro criterio de la verdad reside en la presencia o realidad inmediata de un objeto. Si atendemos a esto son verdaderos todos los juicios que se apoyan en la presencia o realidad inmediata del objeto pensado.

Todo conocimiento científico tiene validez universal. El conocimiento científico bien podría ser llamado conocimiento universal válido. En consecuencia dentro del ámbito teórico y científico no puede admitirse que la evidencia, tal como ha sido descrita sea un criterio cierto de la verdad.

Ubicación de la Psicología como ciencia

La Psicología como ciencia natural, ciencia social y humana

El objeto de estudio del psicólogo es la conducta de los organismos y su relación con el medio incluye sin duda tanto factores biológicos como sociales. El problema es que si es natural o social.

Esta muy próxima a la biología que investiga la conducta de los organismos, por tanto podría agruparse con otras ciencias tales como la economía, la antropología y la sociología que también estudian la conducta, aunque estas últimas carguen el énfasis en tipos particulares de conducta. Por tanto la psicología es una ciencia de la conducta. También es una ciencia social y también una ciencia natural y en particular una ciencia biológica.

La sociología y la economía son tan sociales como conductuales, pero la psicología con un pie en la naturaleza y en otro en la sociedad ha sido especialmente difícil de clasificar de acuerdo con las distinciones tradicionales

LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA:

La psicología cumple con las características que debe tener una ciencia:

Tiene una ley, aplicación, instrumentación, tipo de teoría, filosofía general y resuelve problemas.

En el desarrollo de la psicología existen 3 fases:

1. La psicología no existió como disciplina independiente
2. Claramente paradigmática, en la cual las diferentes escuelas buscaban su modo de aproximarse a sus problemas, cada una de estas escuelas proclama ser dueña de la luz del conocimiento, aunque ninguna puede presentar las pruebas necesarias para convencer a los demás con sus afirmaciones.
3. Después de la segunda guerra mundial, en la que se produjo un movimiento perceptible hacia el logro de algo muy próximo a un paradigma de las áreas que abarca.

LA PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN

Conjugar una ciencia al hombre y preservar al mismo tiempo los valores y las características que hacen del hombre una persona, es un reto de la psicología. El problema del psicólogo reside en comprender la naturaleza social de los valores y la interacción de la libertad del individuo con esos valores. La responsabilidad social del psicólogo es que debe preservar los valores de la persona. El psicólogo debe evocarse al análisis de su personalidad como parte de su tratamiento.

Logro el reconocimiento académico de la psicología como ciencia independiente de la fisiología y la filosofía.

Puso a prueba de manera exhaustiva las posibilidades del introspeccionismo como único método para una psicología completa.

Proporcionó una fuente ortodoxia contra la cual pudieron organizar su resistencia las fuerzas funcionalistas, conductistas y gestaltistas.

La redefinición estructuralista de la psicología era “El estudio de la mente humana, adulta, normal, generalizada, que se lleva a cabo mediante la introspección”

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA

RACIONALISMO

Racionalismo viene de la palabra latina "ratio" = razón. En general, es la concepción que ve en el espíritu, la mente y el entendimiento, el fundamento de toda relación del hombre con el mundo considerada esta relación como forma superior del pensar humano.

El racionalismo entonces, es la absolutización de la razón, y se da con mucha fuerza en la época moderna, aunque no surgió en este período, porque desde mucho antes, se habían dado intentos en torno a la razón frente a los hechos de la experiencia. Esta corriente se caracteriza por lo real, por los conceptos o sistemas mentales y a la explicación de la ciencia en términos lógicos. Al hombre se le presenta como animal pensante, con dignidad y atributos de persona.

El racionalismo no es entonces una manera aislada de concebir la realidad, sino que es ante todo la suma de lo sensible con los conceptos, o mejor, a un concepto equivale una realidad.

El hombre es presentado como animal dotado de logos, razón; un animal capacitado para conocer.

La forma más antigua del racionalismo se encuentra en Platón. Este se halla convencido de que todo verdadero saber se distingue por las notas de la necesidad lógica y la validez universal. Platón junto con los eleáticos está penetrado de la idea de que los sentidos no pueden conducirnos nunca a un verdadero saber, lo único que le debemos a ellos es la "doxa" (opinión). Por ende, tiene que haber un mundo suprasensible, o mundo de las ideas.

Este mundo no es meramente un orden lógico sino a la vez un orden metafísico, un reino de esencias ideales, metafísicas. Este reino se halla, en relación con la realidad empírica y las ideas son los modelos de las cosas empíricas, las cuales deben su manera de ser, su peculiar esencia, a su participación en las ideas. El centro de este racionalismo es la teoría de la contemplación de las ideas, podemos llamar a esta forma de racionalismo: racionalismo trascendente.

Más tarde llegan Plotino y posteriormente San Agustín, quienes tienen una forma más distinta de racionalismo. El primero coloca el mundo de las ideas en el Nus cósmico, o sea Espíritu del Universo. Las ideas ya no son un reino de esencias existentes por sí, sino un autodespliegue del Nus, y nuestro espíritu es una emanación de este Espíritu Cósmico: "La parte racional de nuestra alma es alimentada e iluminada continuamente desde arriba."

En la Edad Media, es San Agustín quien recoge esta idea y la modifica en sentido cristiano, donde el Dios cristiano ocupa el lugar del Nus. Las ideas se convierten en las ideas creatrices de Dios: el conocimiento tiene lugar siendo el espíritu humano iluminado por Dios.

En la Edad Moderna se intensifica el racionalismo verificándose que para Malebranche las ideas son representaciones claras y distintas, eternas e inmutables. Malebranche concibe que las ideas no procedan de los objetos ni son producidas por éstos, ya que siendo universales y necesarias, el alma, espíritu cognoscente, no puede ser su causa eficiente, productora.

En la Edad Moderna, alcanzó más importancia Descartes y luego Leibniz considerando que las ideas innatas se dan en cuanto es innata a nuestro espíritu la capacidad de formar conceptos independientemente de la experiencia, pues el origen de estos principios proceden de la razón.

El principal mérito del racionalismo fue el haber subrayado la importancia de la razón en el conocimiento humano.

Argumentos del Racionalismo

El racionalismo entiende la vuelta al sujeto como una vuelta a la razón, al tiempo que como una desvirtuación de la sensibilidad. Conocemos ya la duda sistemática de Descartes, que a través de una crítica radical a la experiencia sensible, conduce a las últimas condiciones indudables de todo conocimiento en el sujeto. Esas condiciones de las que depende todo conocimiento, son las ideas o principios de la razón.

Existe en el sujeto una percepción clara y distinta de los primeros principios del conocimiento que no tiene nada que ver con la sensibilidad, sino que se realiza de un modo puramente racional.

Así como los principios de las matemáticas se derivan lógicamente de unos axiomas o principios primeros, así también la filosofía tiene que partir de las primeras ideas y principios, y desarrollarlo todo en forma lógico-racional.

Para el racionalismo está claro que la razón ha recibido de Dios sus ideas y verdades innatas.

Exponentes en el Racionalismo:

Renato Descartes

Nació en la Haye en 1596, oriundo de una familia noble. Estudió en el colegio de los jesuitas de la Flèche; allí cursó la filosofía escolástica, las matemáticas, las lenguas y literatura clásicas, adquiriendo un saber enciclopédico. Mas tarde viaja a París y en medio de la vida de placer, se siente escéptico para toda ciencia que no sea la matemática, la cual, aunque posee evidencia no reporta ningún conocimiento de lo real. En 1629 se trasladó a Holanda, en donde su pensar fue muy fecundo. En 1649 fue invitado por la reina Cristina de Suecia; murió allí el 11 de febrero de 1650.

Obras: El discurso del método, Meditaciones acerca de la filosofía primera, Los principios de la filosofía, Reglas para la dirección del Espíritu.

Pensamiento:

1) El problema cartesiano. Descartes se encuentra en una profunda inseguridad, para él nada le parece merecer confianza, nace así un "escepticismo" puesto que los sentidos nos engañan, el pensamiento no merece confianza, se cae con frecuencia en el error. Las únicas ciencias que parecen seguras, la matemática y la lógica.

Quiere empezar una filosofía totalmente cierta, de la que no se pueda dudar, y por ello se sumerge en la duda: "Hay que poner en duda todas las cosas, si quiera una vez en la vida. No ha de admitir ni una sola verdad de la que pueda dudar. No basta con que él dude realmente de ella; es menester que la duda no quepa ni aún como posibilidad."

Así pues, Descartes adoptó el método de la duda en su pensamiento para sí construir la certeza ante la duda. Así surgen tres cuestiones de la filosofía: el mundo, el hombre y Dios.

"Descartes no quiere enseñar, sino descubrirse a sí mismo. Su problema surge de la necesidad de orientación que siente cuando se da cuenta de que no posee ningún criterio seguro para distinguir lo falso de lo verdadero. Si ha buscado sólo resolver el problema

propio, está cierto de que la solución que ha encontrado, no solamente sirve para él, sino que vale para todos los hombres que poseemos razón."

a) La duda. El punto de partida de Descartes es la duda absoluta que exige suspender el asentimiento a cualquier conocimiento aceptado comúnmente. "Dudar de todo y considerar provisionalmente como falso, todo aquello sobre lo cual es posible la duda. Si, persistiendo en esta postura de crítica radical, se alcanza un principio sobre el cual la duda no es posible."

En Descartes, no es posible el conocimiento sólo por los sentidos, pues ellos nos engañan. El ejercicio de la duda se extiende a todo enunciado teórico.

b) El método cartesiano. Descartes se propone, a partir de su duda, encontrar una verdad segura y descubrir un nuevo método racional en el que no se diese nada por supuesto sino que fuera evidente por sí mismo. Intenta proponer una ciencia que sea de más fácil comprensión a la mente sin llegar a imponerlo.

El método propuesto por Descartes está basado en cuatro reglas:

(1) Evidencia. Trata de no aceptar por verdadero nada que no se conozca clara y distintamente como tal, evitando cuidadosamente la precipitación y los prejuicios, por tanto, es necesario por el momento, de suspender el juicio.

(2) Análisis. Consiste en dividir cada una de las dificultades en el mayor número de partes posibles y necesarias para resolverlas mejor, ya que una dificultad es un complejo en que están mezclados lo verdadero con lo falso.

(3) Síntesis. O sea, comenzar con lo más fácil y simple para salir gradualmente hacia lo más complejo. Es la unificación de las partes integrantes de un todo o del problema que se está considerando, partiendo de lo más fácil a lo complejo.

(4) Enumeración. O sea, hacer un recuento integral y una revisión tan general que no pueda estar seguro de haber omitido nada.

2) El hombre: Para Descartes, podemos dudar de todo, menos de nuestra existencia "pienso, luego existo". Le interesa además del ser (sum) el pensar (cogito) ya que éste evidencia al ser.

"La esencia del alma es el pensamiento. La prueba es la siguiente: todo cuanto puede sustraerse a la idea de una cosa, permaneciendo intacta su esencia, no pertenece a la esencia de la cosa. Puedo concebir la esencia de mi alma prescindiendo de mi cuerpo. Pero no puedo concebirla si prescindo de mi facultad de pensar. Por lo tanto el pensamiento es la esencia de mi alma."

Criterio de verdad. A Descartes le interesa el mundo; le interesan las cosas, pero se encuentra con el subjetivismo y a partir de ello, encuentra que la verdad del cogito consiste en que no puede dudar de él. Por que ve que tiene que ser así, porque es evidente; y esta evidencia en la claridad y distinción que tiene esta idea. Ese es el criterio de verdad: la evidencia.

"Descartes, a pesar de su duda inicial, no sólo está convencido de la realidad del mundo externo, sino que se sitúa plenamente dentro de la presuposición parmenidiana de que el pensar y el ser se corresponden."

Si el cogito se me impone como una certeza indudable, es porque es evidente, o mejor, es la evidencia misma la transparencia absoluta de su existencia. En este criterio se da prioridad al pensamiento, pues se estatuye como regla, que es verdadero todo aquello que yo percibo de modo claro y distinto. La verdad es asunto de la mente, lo que se piensa clara y distintamente tiene que existir en la realidad. Las propiedades de esta idea clara son las siguientes:

Intuición: Acto en que lamente se hace transparente a sí misma.

Indubitabilidad: Pues esa evidencia se impone a la mente, lo cual se halla de modo pasivo.

Infalibilidad: El error consiste en mezclar en el juicio cosas subjetivas, en lo cual interviene la voluntad, el cambio, la intuición es el acto exclusivo del entendimiento.

Innatismo: O sea, que esas ideas nacen con nosotros, Dios las imprime en el alma al crearlas.

3) Dios: "Bajo el nombre de Dios entiendo - dice Descartes – una sustancia infinita, eterna, inmutable, independiente, omnisciente y omnipotente."

Dios es una cosa que piensa y que tiene en sí la idea de todas las perfecciones. Es la primera idea que no es causada por nadie ni necesita de otra idea para ser explicada.

Descartes sabe que existe, y lo sabe, porque penetra, de un modo claro y distinto, su verdad. Es una verdad que se justifica a sí misma.

Para estar seguros de la evidencia, para podernos fiar de la verdad que se muestra como tal con sus pruebas claras y distintas en la mano, tendríamos que demostrar que hay Dios.

a) La demostración de Dios: Descartes prueba la existencia de Dios y la demuestra con argumentos de muy distinto alcance. Dice: "Yo encuentro en mi mente la idea de Dios, es decir, de un ente infinito, perfectísimo, omnipotente, que lo sabe todo, etc. Ahora bien, esta idea no puede proceder de la nada, ni tampoco de mí mismo, que soy infinito, imperfecto, débil, lleno de duda e ignorancia."

Descartes propone tres argumentos de la existencia de Dios que componen un punto de partida subjetivo:

Primera prueba: El "cogito" no encierra al hombre en su yo, sino que lo hace salir a una realidad que está más allá. Es la demostración por casualidad, pero que parte, no de cosas sensibles, sino de la idea de Dios, para pasar, de su contenido representativo a su causa.

Segunda prueba: (Por mi finitud), Cuando se duda, se es finito; pero no sería posible que mi naturaleza fuese tal cual es, finita y dotada de la idea de lo infinito, si el ser infinito no existiera la idea de Dios es expresión y relación inmediata.

Tercera prueba: (Argumentación ontológica) No podemos concebir la idea o la naturaleza de la cosa, sin concebir al mismo tiempo sus propiedades esenciales. Cuando se intuye la idea de Dios en la idea de un ser soberanamente perfecto e infinito, en esa idea se intuye necesariamente la existencia, se intuye necesariamente que el existir pertenece a la naturaleza verdadera e inmutable de un ser semejante. Por lo tanto, Dios existe.

b) La comunicación de las sustancias: A causa de que estamos engañados, y que nuestra mayor evidencia es sólo error, quiere decir que las ideas no tienen verdad, son sólo "ideas". "Conocí de ahí que yo era una sustancia cuya esencia o naturaleza toda no es sino pensar, y que, para ser, no tiene necesidad de ningún lugar, ni depende de ninguna cosa material; de suerte que este yo, es decir, el alma por la cual soy lo que soy, es enteramente distinta del cuerpo."

Descartes además define a Dios como la única sustancia, pues es la única no creada, y todo lo demás ha necesitado de ella para existir. La sustancia sería entonces algo que se encuentra en mí, sustancia pensante que no podría alcanzar las otras cosas, concretamente, la sustancia extensa que es el mundo. Este problema de la verdad y del conocimiento, lo que llama Descartes "comunicación de las sustancias", que resulta dificultosa partiendo del yo.

c) Res cogitans: (Existencia del alma), En el orden del ser finito, lo primero dado a nuestro conocimiento es la sustancia del alma. "Sólo pueden dudar de la existencia del alma aquéllos que no levantan su mente de las cosas sensibles y están acostumbrados a no considerar en absoluto nada que no puedan someter a la imaginación."

Cuando el cogito se nos da inmediatamente, la existencia de lo inmaterial, puede ya por esto mismo asentarse la existencia del alma.

4) El mundo: El mundo físico está determinado en Descartes por la extensión. El hecho de la existencia del hombre, plantea la pregunta por el mundo, por conocerlo.

El mundo es simple extensión; la física cartesiana es geometría, se limita a la realidad física misma, materia y espacio es uno lo mismo, la espacialidad sería una cualidad de la materia. El mundo se podría explicar por una serie de movimientos de torbellino, y se desarrollará después de la creación de un mundo puramente mecánico, así, el mundo una vez creado, se basta a sí mismo.

BLAS PASCAL

Nació en Clermont en 1623 y murió en 1662. Mostró gran interés por las matemáticas. A los 16 años hizo un ensayo sobre las secciones cónicas; a los 19 bosquejó una "máquina aritmética". Practicó a los 23 años el Jansenismo y posteriormente efectuó una serie de trabajos científicos, especialmente de física.

Obras: Ensayo sobre las secciones cónicas, Pascal o el drama de la conciencia cristiana, La teoría del conocimiento en Pascal, entre otras.

Pensamiento

1) Metafísica del conocimiento

En sus pensamientos aparecen los elementos para una crítica del conocimiento y que se pueden agrupar alrededor de dos nociones opuestas: El dogmatismo y el escepticismo, el corazón y la razón.

"Nuestras facultades, debido a sus errores, favorecen el escepticismo y muestran la insuficiencia de la razón para solucionar satisfactoriamente el problema del conocimiento. El corazón tiene sus razones que la razón no conoce."

2) Metafísica del hombre

En su teoría sobre el hombre, Pascal se anticipa al existencialismo. El hombre es una realidad finita, perdida en el universo y suspendido entre dos infinitos (lo infinitamente grande y lo infinitamente pequeño), entre el todo y la nada. Su ser es incomprensible por estar compuesto de dos naturalezas opuestas.

"Está encarnado y embarcado en el mundo sin haberlo querido o buscado; es un devenir, un presente insaciable porque vive en el pasado mediante sus recuerdos y en el futuro mediante sus proyectos, hasta que su muerte acabe con su vida que es comedia."

3) Metafísica del ser

En el plano del ser nos encontramos con tres órdenes: el material, el espiritual y el sobrenatural.

Material: no se demuestra racionalmente, basta con notar las relaciones que los cuerpos guardan entre sí y sobre todo con el hombre.

Espiritual: Se demuestra probando que el hombre posee facultades espirituales diversas a las materiales.

Sobrenatural: Es atestiguado por la fe como el motivo más poderoso.

"Entre cada orden media una distancia llamada "trascendencia". Esta distancia entre lo material y lo espiritual es infinita."

NICOLÁS MALEBRANCHE

Nació en París en 1638 y muere en 1715. Estudió teología, recibió órdenes sagradas y entró en el oratorio del Cardenal Barulle. Luego se dedicó a la filosofía.

Obras El tratado de la naturaleza y de la gracia y La investigación de la verdad.

Pensamiento

El Ocasionalismo. Dios, cuya existencia se prueba con sólo pensar en El, es la única causa eficiente, ya que producir es crear, y el crear es exclusivo de la divinidad. Además, los cuerpos son sujetos pasivos y no causas del movimiento, según la mecánica cartesiana. La acción aparente de unas criaturas en otras es sólo una ocasión para que Dios obre en ellas las cantidades y múltiples ideas y efectos.

BARUC SPINOZA

Nació en Amsterdam en 1632 y muere en 1677. Procedía de una familia judía española. Sus opiniones religiosas hicieron que fuese expulsado de la sinagoga, y desde entonces, tuvo más relación con medios cristianos. Vivió en Holanda dedicado a pulimentar cristales ópticos.

Obras Tratado de la reforma del entendimiento, El breve tratado de Dios, El hombre y su felicidad, La ética.

Pensamiento

1) Metafísica

Spinoza cree encontrar la justificación de la metafísica en la idea clara de las nociones que expresan adecuadamente las naturalezas simples como causa, sustancia, atributo, Dios.

Para conseguir la reforma del entendimiento, se ha de desarrollar metódicamente una teoría del primer principio, Dios, de donde todo depende. Una de las principales propiedades del entendimiento es que forma las ideas positivas antes de las negativas, así la idea de infinito es una idea negativa, pues implica el poder ser terminada por otra.

Gracias a Spinoza, la razón adquiere un predominio absoluto, dice que todas las cosas dependen de lo Divino; quiere llegar a la verdad a través de conocimientos racionales. La creación es una modalidad divina y no una manifestación libre de ella misma, es decir, de la sustancia absoluta.

2) Ética

En el determinismo universal no existe ni bien, ni mal, porque en las razones necesarias no tiene cabida la bondad ni la malicia, como tampoco la libertad humana.

"No tendemos a las cosas – dice Spinoza -, no queremos o apetecemos algo porque juzgamos que sea bueno, sino al revés: creemos que algo es bueno porque tendemos a ello, lo queremos, apetecemos o deseamos." Así, la esencia del hombre es deseo, en esta forma, se enlazan el problema del ser y el problema de la inmortalidad en Spinoza.

GODOFREDO GUILLERMO LEIBNIZ

Nació en Leipzig en 1646. Desde su más temprana edad empezó a saciar su deseo de saber, puesto que su padre era profesor de moral. Su formación fue autodidáctica; inventó el cálculo infinitesimal, fue diplomático y fundó en Berlín la Academia de las Ciencias, luchó por la unidad de las iglesias cristianas.

Obras Monadología, Discurso de metafísica, Nuevo sistema de la naturaleza.
Pensamiento

1) Metafísica

Para Leibniz las substancias infinitas que forman la estructura metafísica de los seres, las llama "Mónadas", que hacen referencia a la unidad, lo cual nos lleva a representarla como elemento último e indivisible.

"La mónada no tiene partes, no posee extensión, figura ni divisibilidad. Una cosa no posee figura o forma a menos que sea extensa; ni puede ser divisible a menos que posea extensión. Pero una cosa simple no puede ser extensa, puesto que simplicidad y extensión son incompatibles."

La esencia de la Mónada es ser fuerza, la Mónada absoluta es Dios, fuente y razón de todo el orden establecido en el universo. Las mónadas tienen la siguiente jerarquía:

Mónada Divina.

Mónada de los espíritus puros.

Mónada humana.

Mónada animal.

Mónada vegetal.

Mónada orgánica.

2) El conocimiento

Las verdades no pueden derivarse de la experiencia y aparecen así innatas, por eso, según Leibniz tiene carácter absoluto. Las verdades de hecho se fundan en el rigor del principio de la razón suficiente, el cual garantiza que la posibilidad de la libertad o de la elección libre se puede verificar.

3) Teodicea

Leibniz fue el primero en llamar el tratado racional de Dios, Teodicea, es decir, justificación de Dios. Además de aceptar los argumentos tradicionales de la existencia de Dios, utiliza su propio argumento, como es el a priori, que se basa en verdades eternas y necesarias.

"Esas verdades eternas, dice Leibniz, no son ficciones. Requieren, pues, un fundamento metafísico, y nos vemos obligados a decir que han de tener su existencia en un cierto sujeto absoluto y metafísicamente necesario, éste es, Dios. Así pues, Dios existe." También se basa en el principio de razón suficiente y dice que nada sucede sin que sea posible. Nada ocurre sin que haya una causa o razón determinada.

Actualidad Del Pensamiento

La corriente racionalista ha sabido sumergirse en cada una de las circunstancias actuales, puesto que es la razón la parte esencial del hombre que lo constituye como tal. Recordemos que para definir la palabra hombre, decimos que es "un animal racional", esto es, no un añadido sino su especificidad.

La influencia de la razón, toca todos los ámbitos de la sociedad; a nivel político, económico, educativo y religioso, es el intento del hombre por querer conocer el mundo y así mismo conocerse sabiendo razonar correctamente estos aspectos que marcan la vida de un país. El hombre hoy no se conforma con recibir del medio o de algunas fuentes, un conocimiento dogmático, donde se queden estancadas sus potencialidades, sino que día a día es ayudado por la razón a buscar la verdad, a discurrir el velo que opaca o impide, en cierta medida, el conocimiento.

La razón por sí sola, no puede establecer un criterio absoluto, pero sí posibilita hasta un límite determinado el conocimiento, por ello fe y razón deben ir como dos hermanas al

encuentro del conocimiento. "La fe agudiza la mirada interior abriendo la mente para que descubra, en el suceder de los acontecimientos, la presencia operante de la Providencia.

EMPIRISMO

Doctrina o teoría filosófica según la cual el origen único del conocimiento humano científicamente válido es la experiencia sensible. "Nuestra mente es un papel en blanco y sólo al contacto de los sentidos con las cosas, empieza a grabar impresiones". Para esta doctrina, el origen de nuestros conocimientos no está en la razón, sino en la experiencia, ya que todo el contenido del pensamiento, primera ha tenido que pasar por los sentidos.

Una de las actitudes que mantienen los empiristas, a pesar de sus diferencias en cada autor, es la actitud que insiste en los hechos, en oposición a las utopías teóricas, así como a las fantasías y a las interpretaciones especulativas. Se define como uso exclusivo de la experiencia, sin la teoría del razonamiento.

Exponentes:

TOMAS HOBBS

De origen inglés, nacido en 1588, hijo de un pastor rural. Estudia en Oxford y allí conoce la filosofía escolástica, que no logra interesarle. Su estadía en París, así como su contacto con varias personalidades filosóficas y científicas fueron decisivas para la formación de sus ideas filosóficas. Fue secretario de Bacon y testigo de la revolución y la restauración de su patria. Murió en 1679.

Obras las escribió en latín y en inglés. De manera especial: De corpore, De homine, De cive, y el Leviatán, su obra cumbre, en la cual sostiene en filosofía el materialismo y el empirismo, en moral el utilitarismo y el despotismo en la política.

Pensamiento

"Según Hobbes, hay dos clases de conocimiento: el conocimiento de hecho, que no es sino "sentidos y memoria" y el conocimiento de la consecuencia que va de una afirmación a otra que es propiamente ciencia."

El conocimiento para Hobbes "se funda en la experiencia, y su interés es la instrucción del hombre para la práctica." Su filosofía es empirista porque parte de los fenómenos tal y cual como son aprehendidos por los órganos de los sentidos.

"También en la antropología de Hobbes domina el materialismo. El hombre es cuerpo; entendimiento y razón no rebosan el sentido y, por tanto, entre hombre y animal sólo hay diferencia de grado."

JOHN LOCKE:

Filósofo inglés, nace cerca de Bristol en 1632 y muere en 1704. Estudió en Oxford filosofía, medicina y ciencias naturales. Conoció la filosofía de Descartes. Intervino en la política de su país. Al contacto con la escolástica en Oxford, al igual que Hobbes, no demuestra ningún interés por ella. "Emigró durante el reinado de Jacobo I, y participó luego en la segunda revolución inglesa de 1688. El empirismo encontró en él su expositor más hábil y afortunado, y por su conducto dominó en el pensamiento del siglo XVIII."

Obras La obra más importante de Locke es "El ensayo sobre el entendimiento humano", publicado en 1690. Escribió también obras de política, Tratado sobre el gobierno civil, Cartas sobre la tolerancia, y algunos pensamientos sobre la educación.

Pensamiento

Para Locke el origen del conocimiento es la experiencia, para lo cual el afirma: "Todo cuanto la mente percibe en sí misma o es objeto inmediato de percepción, de

pensamiento o de entendimiento, a todo esto llamo yo idea." Para él, idea es todo aquello que pienso y percibo o lo que en nuestra época llamamos vivencia.

La percepción puede ser de dos clases: "Percepción externa mediante los sentidos o sensaciones, y percepción interna de estados psíquicos o reflexión." Estas dos operan juntas. También hay dos clases de ideas: simples y compuestas. Las simples llegan directas de un solo sentido o de varios al mismo tiempo, así como pueden llegar tanto de la sensación como de la reflexión, o juntas. Las ideas complejas son el resultado de la actividad de la mente. Las ideas simples dejan huella en la mente, es ésta la razón por la cual no pueden cambiarse. Las ideas complejas están fundadas en la memoria.

"El empirismo de Locke limita la posibilidad de conocer, especialmente en lo que se refiere a la metafísica. Con él empieza esta desconfianza en la facultad cognoscitiva, que culminará en el escepticismo de Hume y obligará a Kant a plantear de un modo central el problema de la validez y posibilidad de un conocimiento racional."

Algunos filósofos han dicho que existen ciertos conocimientos en forma innata, es decir, que están en nuestra mente y no son fruto de la experiencia. " Pero según Locke, esto es una gran falsedad porque todo conocimiento se adquiere a través del uso de las facultades naturales."

GEORGE BERKELEY:

Nació en las cercanías de Kilkenny (Irlanda), en 1685. Cursó sus primeros estudios en su tierra natal, más tarde vino a América con el propósito de fundar un colegio misionero en las Islas Bermudas. Cuando regresó a Irlanda fue consagrado obispo anglicano de Cloyne en 1734; desempeñó su cargo hasta que renunció a él en 1752, retirándose a Oxford, donde murió al año siguiente.

Obras: Nuevos ensayos de una teoría de la visión, Tres diálogos entre Hylas y Filonús, Principios del conocimiento humano, Siris.
Pensamiento

Berkeley parte de la doctrina establecida por Locke. No cree en las ideas generales, tampoco existe para él la materia. Aduce que: "todo el mundo material es sólo representación o percepción mía. Sólo existe el yo espiritual, del que tenemos una certeza intuitiva." La filosofía de Berkeley es sorprendente en el sentido de que una formulación abreviada de la misma, la hace aparecer tan alejada de la concepción del mundo del hombre corriente, que atrae inevitablemente la atención. Los objetos, según Berkeley, del conocimiento humano son o ideas impresas realmente en los sentidos, o bien, percibidas mediante atención a las pasiones y a la operaciones de la mente o, finalmente, ideas formadas con ayuda de la imaginación y de la memoria.

DAVID HUME:

Nació en Edimburgo (Escocia) en 1711. Hijo de un terrateniente. En su juventud se dedicó al comercio, pero luego se dedica a las letras y a la filosofía. A los veintitrés años escribe su primer trabajo filosófico. Murió en 1776

Obras Tratado de la naturaleza humana, Investigación sobre el entendimiento humano, Investigación sobre los principios de la moral.
Pensamiento

"El punto clave del pensamiento de Hume reside en su teoría de la asociación de las ideas." Es Hume quien lleva a sus últimas consecuencias la dirección empirista iniciada con Bacon. Para él las ideas son copias borrosas y sin viveza de las impresiones directas.

Según Hume, tanto la percepción como la reflexión nos aportan una serie de elementos que atribuimos a la sustancia como soporte de ellos. Pero no limita su crítica a las sustancias materiales sino al propio yo. Para Hume el conocimiento no puede llegar a alcanzar una verdad metafísica. Tampoco acepta que existan ideas innatas, ya que todos los contenidos de la conciencia provienen de la experiencia.

Examen de los argumentos Empiristas

El argumento de Locke contra las ideas innatas. Nos deberíamos preguntar, ¿qué valor tienen los argumentos de Berkeley?. Es posible que éste no haya conseguido nunca formar una idea abstracta o que ni siquiera la hubiera conseguido, y que simplemente se haya quedado en el mero plano de la imaginación.

Hume tiene razón al sostener que el principio de causalidad no se puede reducir al principio de identidad.

Discusión del Empirismo

Sin duda alguna, hay en el empirismo una verdad importante, que le brinda las fuerzas necesarias para poder resistir los ataques del racionalismo y es el que afirma que el espíritu humano no tiene ideas innatas y que la experiencia es indispensable.

De otra parte, se considera que el defecto esencial del empirismo es el privar al hombre de inteligencia y de razón, limitando todo el conocimiento a los meros objetos concretos de la experiencia. "En esto es infiel a los datos más claros de la experiencia. Pues es un hecho que el hombre es capaz de pensar las esencias abstractas de lo sensible, de comprender que son cosas que ve."

El empirismo lo único que ve en el conocimiento es el papel del objeto, y se resiste a reconocer en el sujeto que es también esencial.

"Se ha indicado a veces que para los empiristas modernos, los empiristas ingleses, la mente es como una especie de receptáculo, en el cual imprimen sus huellas las impresiones procedentes del mundo externo."

Empirismo Lógico

Se considera al empirismo lógico como la corriente más influyente, ya que es ésta la continuación del positivismo. El empirismo lógico está bastante influenciado por la tradición filosófica inglesa del nominalismo y del empirismo.

El empirismo lógico da un paso de mucha importancia, al reconocer juicios como $3+2=5$, que no se derivan de la experiencia. "Se llama empirismo lógico porque presta gran atención a la lógica y a la matemática".

Actualidad del Pensamiento

La diferencia más relevante entre las grandes corrientes filosóficas y los métodos de conocimiento estriba en la importancia o no que le dan a lo físico, o en su contraposición, a lo racional.

El empirismo, o conocimiento como fruto de la experiencia, abre las posibilidades para que el hombre se convierta en autodidacta de su propia vida.

El hombre que experimenta es un hombre que conoce, que despeja interrogantes, que descubre el mundo. Cifrar toda la existencia en las experiencias vividas lleva, en gran medida, a desconocer la historia y los planteamientos hechos hasta el momento, porque así se tengan por establecidas cosas que pudieron ser fruto de la experiencia, se puede concluir

que lo vivieron otros hombres en otra época, en circunstancias distintas, y hoy se puede experimentar de manera diferente y llegar a otras conclusiones.

El empirismo derriba con facilidad conceptos, visiones doctrinales, religiosas y teóricas, reduciéndolas a nada, porque no son fruto de las sensaciones.

El hombre de hoy definitivamente es muy empirista, y esto lo ha llevado a sentirse protagonista de su propia historia, a descubrirse capaz, a valorarse y a creerse. El poder experimentar y descubrir el mundo a través de los sentidos es mucho más llamativo que hacerlo a través de lo que la tradición ha enseñado.

El empirismo acaba con las prohibiciones, los dogmas, los métodos científicos preestablecidos y se reafirma en la persona como sujeto capaz del conocimiento.

Esta corriente de pensamiento ha repercutido a nivel social de manera muy trascendente y sentida. De manera positiva ha valorado las culturas y las ha hecho capaces de la universalidad, ha dimensionado al hombre, no por parámetros intelectuales sino por criterios de observación y percepción. Recategoriza al hombre haciéndolo más estético, dinámico, inquieto, pero también puede hacerlo omnipotente, desconocedor de Dios, de lo espiritual y lo metafísico.

La ciencia misma, que sólo da como válido lo que es producto experimentado y comprobado, hace que lo que no corresponda a otros patrones, aunque también se sitúe en el campo científico, no sea tan valorado y tenido en cuenta. El empirismo ha sabido ganarse el espacio y cuenta con elementos muy convincentes para seguir siendo motivo válido de especulación y conocimiento.

PARALELISMO

La mente y el cuerpo son procesos separados e independientes, pero se correlacionan perfectamente.

La mente y el cuerpo siguen cursos paralelos, pero no se puede decir que los acontecimientos corporales causan los acontecimientos mentales simplemente los acontecimientos externos hacen surgir ciertos procesos corporales y al mismo tiempo procesos mentales separados.

DUALISMO

Implica una diferencia básica entre la mente y el cuerpo por lo tanto se debía explicar su relación. Se dividía al ser humano en dos componentes [cuerpo - mente], pues se decía que las partes observables del ser humano son mortales, es necesario algún componente inobservable para poder sostener de una manera lógica la inmortalidad del hombre.

Se complementan y se contraponen las dos sustancias [Mente – cuerpo], sin embargo hay un equilibrio.

Características:

Unidad entre procesos biológicos y procesos intelectuales.

Alma como forma del cuerpo.

Platón, Santo Tomas de Aquino(Dualistas).

Principales corrientes y representantes:

Interaccionismo cartesiano: (Descartes, 1641). Postula dos procesos separados e interactuantes.

Paralelismo psicofísico (Spinoza, 1665). Postula dos procesos separados, independientes pero perfectamente relacionados.

Ocasionalismo (Malebrancine, 1675). Postula dos procesos separados e independientes, correlacionados mediante la intervención de Dios.

Hombre para Platón: El alma del hombre es la razón y voluntad dirigida al bien, quien mantiene el equilibrio para alcanzar la armonía.

El hombre se distingue de los demás animales por el hecho de tener un alma racional. En el hombre el principio que le gobierna en la vida es la razón que le permite no sólo vivir sino entender y ascender al mundo de la ideas.

Claro que el hombre es un ser perecedero (cuerpo), tendrá que morir y con ello las facultades negativas de los sentidos y de las pasiones, afirmando la inmortalidad del alma como:

Si el alma es capaz de entender las ideas eternas, algo ha de tener en sí de eterno. El alma es una y simple. Por la participación en la eternidad como por la unidad y la simplicidad que le son intrínsecas. El alma es una idea descendida del mundo suprasensible, mientras el cuerpo pertenece a la naturaleza degradada.

El cuerpo es soma: cuerpo, pero a demás es sema: sepulcro del alma. Para Platón el cuerpo es la realidad aparente, accidental y lo importante es el alma.

Inicio del Dualismo

Es una doctrina que afirma la existencia de dos principios supremos increados, coeternos, independientes, irreductibles y antagónicos, uno del bien y otro del mal, por cuya acción se explica el origen y evolución del mundo. A comienzos del siglo XVII, la nueva filosofía de Descartes quiere sentar las bases de un pensamiento racional autónomo de las ideas religiosas, capaz por sí solo de descubrir certezas.

RENE DESCARTES (1596 -1650)

Matemático, filósofo y fisiólogo francés, le debemos la primera explicación sistemática de las relaciones entre la mente y el cuerpo.

Descartes es considerado el padre de la “Filosofía Moderna” y también como el fundador del “Idealismo Moderno”. Tuvo influencia en la tendencia o tradición llamada “Cartesianismo”.

La filosofía de Descartes no puede reducirse a una metodología, ya que su filosofía es un conjunto muy complejo de diversos elementos:

- Método

- Metafísica

- Antropología fisiológica

- Desarrollos científicos (matemáticos)

- Preocupaciones religiosas y teológicas

Dentro de la tradición cartesiana el filósofo Descartes estableció que era un camino para la invención y el descubriendo de la lógica y sus principios ya establecidos y ese camino debía estar abierto a todos los que participaban igualmente de la razón y del buen sentido.

El método cartesiano esta representado por las matemáticas en donde el análisis representa la principal característica de este método. Existen diversas condiciones para dicho método:

“No admitir como verdadero cosa alguna que no se sepa con evidencia que lo es”

Es dividir cada dificultad en cuantas partes sea posible y en cuantas requiera su mejor solución

En conducir ordenadamente los pensamientos

Hacer en todos unos recuentos tan integrales y revisiones tan generales que se llegue a estar seguro de no omitir nada.

Estas cuatro reglas resumen todos los caracteres esenciales del método.

El conocimiento de Descartes se efectúa por una intuición directa del espíritu; su verdad es, al propio tiempo, su inmediata evidencia. De ahí la necesidad de descomponer toda cuestión en sus elementos últimos y más sencillos, y en reconstruirla para la prueba de los mismos. Toda verdad se compone de evidencias originarias, simples, irreducibles o de nociones relacionadas con ellas.

Descartes busca una proposición apodíctica no simplemente una verdad fundamental, pues las verdades de fe poseen un carácter, sino una verdad que pueda ser creída por sí misma independiente de toda tradición y autoridad, de la cual se deduzca las restantes por medio de una serie de intuiciones en una cadena deductiva.

El espíritu posee, por el mero hecho de ser sujeto pensante una serie de principios evidentes por sí mismos, ideas natas con las cuales opera el conocimiento el cual reduce a ellas mediante relación y comparación, cuantas otras nociones surjan de la percepción y de la representación.

Con el afán de dar una claridad y evidencia surge el proceso de la duda metódica, que son cuantas objeciones pudieran oponerse a semejante fundamentación de elementos intuitivos. Esta duda se define como el pensamiento fundamental en el hecho primario de que al dudar se piensa. Este núcleo irreducible de dudar se sostiene “Yo pienso luego existo, Yo soy”, por lo tanto una cosa pensante es algo que permanece irreducible tras el absoluto dudar.

La filosofía de Descartes no queda detenida en el paso de la prueba de la existencia del Yo como Yo pensante a la prueba de Dios como ser infinito capaz de garantizar al Yo pensante las verdades y en particular las verdades eternas. El Yo se aprende así mismo como naturaleza pensante, y aprende a Dios como alguien que concurre para formar los actos de la voluntad, pero Descartes estima que deben considerarse cosas externas.

Estas consideraciones se hacen de la idea clara y distinta de lo externo, considerando a otras sustancias corporales en cuanto a sustancia extensa. La distinción entre sustancia pensante y sustancia extensa es absolutamente clara, porque cada una se define por la exclusión de la otra: Lo pensante no es externo, lo extenso lo piensa.

Así se forman dos sustancias separadas y claramente definidas, en tanto que podamos decir que son propiamente sustancias ya que en alguna medida, sólo Dios es sustancia. La consecuencia de ello es un Dualismo.

Descartes supone la disolución del planteamiento antiguo del problema como problema de la relación entre el alma y el cuerpo en un Cosmos teleológico, y la emergencia de un nuevo planteamiento del problema como problema de la relación entre la mente y el cuerpo en un Cosmos mecanicista.

La Sustancia y su Comunicación

Descartes sostiene que existen tres tipos de sustancias:

La sustancia infinita que es Dios

Pero en este mundo existen dos clases:

La sustancia de materia

La sustancia del espíritu

La materia se define como res - extensa (sustancia, extensa)

El espíritu se define como res - cogitans (sustancia pensante)

A partir de esta tesis surge el clásico problema: “Si esas sustancias son tan diferentes ¿Cómo es posible la unificación y comunicación entre ellas?”

Descartes trata de resolver el problema de la comunicación de alma y cuerpo diciendo que la glándula pineal, colocada en el centro del cerebro y siendo el único órgano que no está duplicado bilateralmente, sirviendo como puente o intermediario entre lo espiritual y la materia creyendo que era exclusivo en cada hombre.

Descartes describe dos sustancias: EXTENSIÓN (Cuerpo que es un mecanismo que puede ejecutar muchas acciones sobre sí mismo sin la intervención del alma) y PENSAMIENTO (Mente o Alma que es pura sustancia pensante que puede, pero no siempre regular el cuerpo), esencialmente el mundo está hecho de las dos sustancias que no pueden variar, de ahí que para Descartes el soporte real, la sustancia de todas las cosas físicas sea el espacio que llama extensión.

Aún en este caso habría “algo” que no desaparece: el lugar, espacio general que antes ocupaban los seres corporales. El espacio es algo “en sí”, algo que no necesita de nada más para ser y que a su vez es la condición de todo ser corpóreo.

El espacio, sin embargo, no explica a todos los seres del mundo, existen seres que no son espaciales, sino espirituales. Los pensamientos que tiene una persona cambian, varían y pueden ser más o menos agudos, permanentes y matizados por la emoción.

Pero si los pensamientos varían hay una cosa que no varía y sin la cual no existirían los pensamientos y es el “espíritu”, el cual Descartes llama pensamiento. De la misma manera que el espacio es el “lugar” y la “condición” de los seres materiales, el espíritu es el “centro” y la “condición” de posibilidad de los seres espirituales.

Por una parte el mundo creado y hecho por Dios y por otra el pensamiento de Dios que era el mundo físico y espiritual de los hombres.

La realidad toda está hecha de dos sustancias: Espacio - Pensamiento; estás dos sustancias aparecen claramente en el hombre y son el “Cuerpo” y “Alma”.

El cuerpo pertenece a la sustancia espacial y las almas a la sustancia espiritual.

Descartes quería asentar que el alma humana no depende del cuerpo y que si es una sustancia independiente e inmortal. Al cuerpo mortal y merecedor Descartes quiso oponer el alma inmortal e imperecedera. Al fijar su atención en el problema de la verdad y del conocimiento indudable, Descartes elaboró una epistemología en la cuestión de las relaciones entre la mente y el mundo constituyendo el punto de partida de la teoría de las sustancias siendo la conclusión de la Filosofía Cartesiana.

La epistemología en la cuestión de las relaciones entre la mente y el mundo fue localizar el punto de contacto entre el alma y el cuerpo en la glándula pineal, Descartes había planteado la cuestión de la relaciones de la mente con el cerebro y el sistema nervioso. Pero al mismo tiempo, al trazar una radical distinción ontológica entre el cuerpo como extensión y a la mente como puro pensamiento

Pero lo anterior condujo a una paradoja: por una parte Descartes decía que por definición el alma y el cuerpo son entes totalmente aparte, y por otra veía por experiencia que existe una relación constante entre el alma y el cuerpo, que las emociones, las sensaciones, imaginaciones serían inexplicables sin la comunicación entre el cuerpo y el alma.

Descartes definía al cuerpo como un mecanismo basado en el sistema nervioso y hecho de acciones y reacciones similares a los que más tarde la Psicología llamara reflejos condicionados.

Descartes describe el mecanismo de la reacción automática en respuesta a los estímulos externos, y de acuerdo con su propuesta los movimientos externos afectan las terminaciones periféricas de las fibrillas nerviosas, que a su vez, desplazan las terminaciones centrales. Cuando las terminaciones centrales son desplazadas, el modelo de espacio interfibrilar es dispuesto de otro modo y el flujo de los espíritus animales es así dirigido hacia los nervios apropiados. Fue la explicación de Descartes de este mecanismo por medio de una reacción automática y diferenciada lo que le condujo a ser generalmente considerado como el fundador de la

Teoría del reflejo.

Dentro de la concepción de Descartes el alma racional, una entidad distinta al cuerpo y puesta en contacto con el mismo por la glándula pineal, puede o no puede darse cuenta de las emanaciones diferenciales que los espíritus animales traían a su alrededor a través de la reordenación de los espacios interfibrilares.

Cuando tales percepciones ocurren el resultado es la sensación consciente del que el cuerpo afecta a la mente. A su vez, en una acción voluntaria, el alma puede por sí misma iniciar una emanación diferencial de espíritus animales. La mente, en otras palabras, puede también afectar al cuerpo.

Los filósofos racionalistas trataron de resolver el problema que presentaba el dualismo mente-cuerpo, manteniendo la noción de sustancia de Descartes: los fenómenos físicos y los fenómenos mentales son totalmente diferentes, pero ni los procesos psíquicos causan los físicos ni viceversa, aunque hay una correspondencia estricta entre unos y otros. Los principales intentos de solución a este problema fueron los siguientes:

1) El ocasionalismo de Malebranche:

Cada vez que se produce un movimiento en el alma, Dios interviene para producir el correspondiente movimiento en el cuerpo, y viceversa.

2) El monismo de Spinoza:

Extensión y pensamiento no son propiamente sustancias sino dos de los atributos de una única sustancia infinita: Dios o Naturaleza. Las ideas y las cosas serían modos de esa sustancia y se corresponderían estrictamente como las dos caras de una misma realidad.

3) La armonía preestablecida de Leibniz:

En el momento de la creación, Dios ha establecido una perfecta armonía entre las dos sustancias, como si se tratara de dos relojes perfectamente sincronizados que dan la misma hora.

MONISMO

El planteamiento de algunos filósofos es el monismo en donde el alma y cuerpo no son de naturaleza radicalmente diferente sino manifestaciones distintas de la sustancia única que constituye la totalidad de las cosas (arqué).

Esta filosofía sostiene la existencia de una sola sustancia a la que pueden reducirse como manifestaciones suyas de la totalidad de seres del universo. Se establece un único principio al que se reduce todo lo real.

El monismo es un sistema filosófico que sostiene que en la última instancia, sólo existe una sustancia primaria en el universo; así, para el monismo materialista, la sustancia

primigenia del universo sería la materia y, por el contrario, para los idealistas sería el espíritu esa sustancia básica.

Para los filósofos monistas materialistas contemporáneos la materia formada en la Gran Explosión dio lugar al universo y sólo esta materia explica la realidad.

Los principales filósofos monistas son Parménides, Demócrito, Spinoza, Berkeley, Hume y Hegel.

El monismo neutro fue introducido en el siglo XVII por el filósofo Spinoza y es una teoría filosófica que predica que la sustancia básica no es ni física ni mental sino que puede ser reducida a una misma materia neutra cuya naturaleza no sería ni física ni mental.

El monismo atribuye a la idea igual importancia que a la percepción. La idea puede, sin embargo, encontrar expresión en el individuo humano; y en cuanto que el hombre sigue los impulsos procedentes de esa esfera, se experimenta a sí mismo como libre. Por otra parte, el monismo niega toda justificación a la metafísica basada solamente en conclusiones y, por tanto, también a los impulsos del actuar procedentes de los llamados “entes en sí”.

El Reduccionismo Monista

Los partidarios de un planteamiento monista de la cuestión niegan la existencia de la mente como una realidad distinta del cerebro y adoptan alguna forma de reduccionismo, tratando de explicar los fenómenos mentales en términos físicos o biológicos.

Las posturas reduccionistas consideran, en general, que la distinción entre la mente y el cerebro es debida a la insuficiencia actual de nuestros conocimientos acerca de los procesos cerebrales, pero que el desarrollo científico futuro permitirá reducir los fenómenos mentales a fenómenos puramente físicos o biológicos que tienen lugar en el cerebro.

Características

Admisión de una única sustancia o principio fundamental originario.

Afirmar que esa única sustancia se manifiesta en una pluralidad de seres individuales con propiedades en apariencia distintas e incluso contradictorias entre sí.

Como tesis ónticas, la afirmación de que gnoseológicamente, es posible armonizar la aparente oposición y diversidad de los seres individuales y reducir a todos ellos en si misma entidad, al principio o sustancia única del que se derivan.

Formas del Monismo

MATERIALISTA - la única sustancia es de naturaleza material y no espiritual.

ESPIRITUALISTA - el cual establece que sólo existe la sustancia espiritual.

DE LA IDENTIDAD - mantiene la existencia de la materia y el espíritu como manifestaciones de un principio más originario, se trata de un monismo que pretende armonizar las dos anteriores.

Tal es la postura de Shelling: “El principio único y originario es lo absoluto que se manifiesta en la naturaleza y el espíritu; en lo absoluto la oposición entre lo material y la espiritual se reduce plena identidad (panteísmo)”.

Tanto el monismo materialista como el espiritualista pueden adoptar una forma evolucionista o no evolucionista.

El monismo materialista ha adoptado dos formas:

MATERIALISTA - en donde la sustancia se identifica con la materia.

ENERGÉTICO - reduce a la sustancia en energía.

El monismo espiritualista no evolucionista mantiene como única sustancia al espíritu del que los seres materiales son meras manifestaciones accidentales.

La sustancia espiritual se identifica con la sustancia divina y este monismo adopta tres formas:

EMANATISTA - de la sustancia divina emanan los seres individuales
(NEOPLATISMO)

PANTEÍSTA - el universo se considera como una manifestación de Dios no de carácter emanado.

ACOSMISTA - los seres individuales son manifestaciones de la sustancia divina, pero de manera accidental y desprovista de valor.

El monismo espiritualista evolucionista admite que la sustancia espiritual se manifiesta a lo largo de un proceso intrínsecamente evolutivo.

Las Consecuencias del Monismo

La concepción unitaria del mundo, o el Monismo que se ha considerado, deriva de la experiencia humana los principios que necesita para explicar el mundo. De igual modo busca las causas del actuar dentro del mundo de la observación, es decir, en la naturaleza humana accesible al auto-conocimiento y especialmente en la imaginación moral.

Se niega a buscar las causas últimas del mundo por medio de conclusiones abstractas, y fuera del mundo que se presenta a la percepción y al pensar. Para el monismo, la unidad que la experiencia de la observación pensante añade a la multiplicidad de las percepciones es, al mismo tiempo, la que exige la necesidad humana de conocimiento, y a través de la cual trata de penetrar en las regiones físicas y espirituales del mundo.

El individuo humano, de hecho, no está separado del mundo. Es parte del mundo y existe una conexión real con la totalidad del cosmos, conexión sólo rota para nuestra percepción. Al principio esta parte como un ser existente por sí mismo, porque no vemos los hilos y lazos por los que las fuerzas fundamentales del cosmos mueven la rueda de nuestra vida. Quien se limita a este punto de vista considera la parte de un todo como si fuera realmente un ser de existencia independiente, como una mónada que de alguna manera capta información del mundo desde fuera.

El hombre sólo puede encontrar su existencia total y completa en el universo a través de la vivencia intuitiva del pensamiento. El pensar destruye la ilusión causada por el percibir e incorpora nuestra existencia individual a la vida del cosmos.

La unidad del mundo de los conceptos que contiene las percepciones objetivas acoge también en sí el contenido de nuestra personalidad subjetiva.

La ciencia se ha esforzado por conocer las percepciones descubriendo las relaciones sistemáticas entre ellas como realidad. Sin embargo, donde se opinaba que las relaciones comprobadas por el pensar solamente tienen una validez subjetiva, se buscaba la verdadera causa de la unidad en un objeto más allá del mundo de nuestra experiencia (un Dios inferido, la voluntad, el Espíritu absoluto).

Sin embargo, no se comprendía que el pensar abarca a la vez lo subjetivo y lo objetivo, y que la realidad total la proporciona la unión de la percepción con el concepto. Sólo mientras consideremos las leyes que compenetran y determinan la percepción en la forma abstracta del concepto, nos encontraremos, de hecho, con algo puramente subjetivo. Sin embargo, no es subjetivo el contenido del concepto que se añade a la percepción con la ayuda del pensar. Este contenido no está tomado del sujeto, sino de la realidad.

En contraposición, el monismo muestra que el pensar no es ni subjetivo ni objetivo, sino un principio que abarca ambos aspectos de la realidad. Cuando observamos pensando realizamos un proceso que pertenece al orden del acontecer real. Por medio del pensar superamos dentro de la experiencia misma la unilateralidad de la mera percepción. No podemos desentrañar la esencia de la realidad por medio de hipótesis conceptuales abstractas (por la reflexión puramente conceptual), pero vivimos en la realidad, si

encontramos las ideas que corresponden a las percepciones. El monismo no busca para la experiencia algo no experimentable (metafísico), sino que ve la realidad en concepto y percepción.

Prescinde de buscar la realidad absoluta fuera de la experiencia, porque reconoce el contenido de la experiencia misma como realidad.

El monismo muestra que aprehendemos la realidad en su verdadero aspecto a través de nuestro conocimiento, no como imagen subjetiva que se interpone entre el hombre y la realidad. Para el monismo, el contenido conceptual del mundo es el mismo para todos los individuos humanos.

Según los principios del monismo, un individuo humano considera a otro su semejante, porque está compuesto del mismo contenido del mundo que se expresa en él mismo. En el mundo conceptual unitario no existen tantos conceptos del león como individuos que lo piensan, sino solamente uno. Y el concepto que A añade a la percepción león, es el mismo que el de B, sólo que aprehendido por otro sujeto de percepción. El pensar conduce a todos los sujetos perceptores a la misma unidad ideal común a toda la multiplicidad. El mundo unitario de las ideas se expresa en ellos como en una multiplicidad de individuos.

En tanto el hombre se aprehende a sí mismo solamente por la auto-percepción, se considera como ser humano particular; pero tan pronto como dirige su mirada al mundo ideal que destella dentro de él y que comprende todo lo particular, ve dentro de sí la realidad absoluta, viva y resplandeciente.

El dualismo caracteriza al Ser primordial divino como aquello que penetra y vive en todos los hombres. El monismo encuentra esta vida común divina en la realidad misma. El contenido ideal de otro hombre es también el mío, y sólo lo considero distinto del mío mientras percibo, pero no así cuando pienso. El hombre abarca con su pensar solamente una parte de la totalidad del mundo ideal, y en ese sentido se diferencian también los individuos por el contenido efectivo de su pensar. Pero estos contenidos están dentro de un todo contenido en sí mismo que abarca los contenidos del pensamiento de todos los hombres. De esta manera el hombre aprende con su pensar al ser primordial común que penetra a todos los hombres.

ASOCIACIONISMO

El psicólogo debería estudiar los principios de la asociación de ideas (o de palabras o de las conexiones estímulo- respuesta), analizando los hechos más complejos para llegar a los más simples como la vía directa para lograr la comprensión.

Entre los contribuyentes a este movimiento asociacionista contribuyeron:

Hermann Ebbinghaus, quien introdujo una modificación profunda en el modo de trabajo del asociacionismo. Antes de sus estudios sobre aprendizaje de sílabas sin sentido, la tendencia había sido comenzar con asociaciones ya formadas y tratar de inferir el proceso de formación. Ebbinghaus comenzó a estudiar la formación de las asociaciones, de ésta manera, el fue posible controlar las condiciones bajo las cuales se formaban y hacer un estudio científico del aprendizaje.

Pavlov gran filósofo ruso, estudió la asociación no en términos de ideas sino en términos de conexiones E-R. Sus estudios sobre los reflejos condicionados contribuyeron a hacer objetiva la psicología.

Thorndike desarrolló una extensa exposición de los fenómenos psicológicos desde una perspectiva asociacionista. Se basa en los siguientes principios de asociación: Similitud y contraste. Los ítems opuestos o similares tienden a asociarse entre sí. Contigüidad: si dos cosas se experimentan próximas en el tiempo, probablemente ambas se asocien. Este principio es el que goza de mayor aceptación.

PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA Los Inicios De La Psicología Experimental ERNEST WEBER(1795-1878)

Realizó trabajos sobre la fisiología sensorial en conexión con el sentido del tacto y el sentido cinestésico, sus experimentos lo llevaron a formular la teoría de que la experiencia del calor y del frío no dependía de la temperatura del objeto estimulante sino de la temperatura de la persona. Weber empleo el concepto umbral e investigó sobre las sensaciones musculares en relación con la discriminación de pesos con diferentes magnitudes y posteriormente se aplicó a la discriminación visual y auditiva. Sus trabajos se conocen como la ley de Weber.

THEODOR FECHNER

Comenzó a trabajar con la pregunta ¿Qué relación hay entre dos componentes del ser humano(mente- cuerpo). Su intención era encontrar ecuaciones que describieran las relaciones funcionales entre los reinos psíquico y físico. El resultado que creyó encontrar es la ley de Weber- Fechner así llamada porque Weber había ya expresado gran parte de esta reacción psicofísica de una manera más simple y primitiva.

A fin de mostrar las relaciones funcionales entre lo físico y lo psíquico, era indispensable tener dos cosas que pudieran medirse por separado. Por una parte Fechner tenía el estímulo, que actuaba sobre el organismo y por otra la sensación a la que considerada un acontecimiento mental.

PSICOFÍSICA: WEBER, FECHNER, EBBINGHAUS (*)

La psicofísica fue desarrollada en Alemania gracias a la publicación de Fechner en Zend-Auesta en 1851 en el que se formuló este programa y continuó hasta la finalización del siglo XIX, los principales representantes de esta escuela son Gustav Thedor Fechner y Ernest Weber.

El enfoque Nomotético de esta escuela consiste en dar explicación a la relación entre hechos psíquicos y físicos por medio de la acción del sistema nervioso central. Se puede decir que con Fechner se llega al comienzo formal de la psicología experimental, porque fue el primero en llevar a cabo con todo rigor científico, una serie de experimentos que fueron la base para el establecimiento de una nueva psicología, la psicofísica tiene bastantes influencias de la fisiología sensorial.

Fechner nació en 1801 en Alemania y murió en 1887. Asistió al Gymnasium durante una breve temporada, y luego durante medio año a una Academia de Medicina y Cirugía. A la edad de 16 años se inscribió en la universidad de Leipzig y permaneció allí después como profesor. Estudió matemática, medicina, física y química, inducido por preocupaciones humanistas abandona la física para dedicarse a la psicofísica. En 1860

escribe "Elementos de Psicofísica", su libro famoso sobre la ciencia exacta de las relaciones funcionales o las relaciones de dependencia entre el alma y el cuerpo, pero buscando la solución por vías experimentales. En este libro, Fechner creía que conectaba los fenómenos físicos y mentales. Todos los estímulos pertenecen al mundo físico; todas las sensaciones pertenecen al mental. Descubrió una relación definida entre lo mental y lo físico; y lo presenta en una fórmula matemática. De esta forma el proceso de la sensación se convirtió en la piedra angular del enfoque científico.

El interés de Fechner era encontrar una forma tan empírica y concreta que pudiera llegar a enfrentar el intelectualismo materialista de la época, y la solución de esto fue convertir el incremento relativo de la energía corporal en una medida para establecer el aumento correspondiente que se daba en la intensidad mental. El resultado inmediato que produjo esta idea fue la formulación del programa que más tarde se llamaría psicofísica. (Johannes, 1981).

Descubrió y elaboró el concepto de umbral. El umbral inicial era la intensidad mínima de Estímulo necesario para que dicho estímulo fuera percibido. El umbral diferencial era el mínimo aumento o disminución en la intensidad del Estímulo necesario para la percepción de estos aumentos o disminuciones. (Wolman, 1975).

Por otra parte, Weber, el otro representante de la psicofísica, nació también en Alemania, en el año de 1795 y murió en 1878, centro su interés en el estudio del tacto en el que descubrió tres diferentes sensibilidades: presión, temperatura y calor.

También descubrió el fenómeno de la "diferencia apenas perceptible" o umbral diferencial de la sensación, esto es, la diferencia entre dos estímulos físicos a los que corresponden las mismas magnitudes psíquicas, es constante y está sometido a una ley llamada "ley de Weber".

En los experimentos de Weber, el problema consistía en saber si las diferencias de pesos podían ser determinadas mejor por los sujetos levantando los pesos o solo sosteniéndolos. Es evidente que en el levantamiento de pesos el sentido muscular se añadía a los sentidos que perciben la carga. Weber encontró que cuantos más sentidos se usan, más precisa es la sensación.

De esta manera descubrió que la discriminación de un cambio en el peso no estaba relacionado simplemente con el aumento de peso, sino también de una cierta relación entre la diferencia de pesos y el peso standard utilizado en el experimento.

Apoyándose en esto mismo, Fechner lleva a cabo varias investigaciones complementarias que dieron origen a la "ley de Weber-Fechner", según la misma, la intensidad de la sensación es igual a la del logaritmo del estímulo.

Weber se desempeñó como profesor en la universidad de Harle en 1827 y luego en la de Gotingen en 1831, en estos períodos desarrolló sus investigaciones sobre la percepción. (Legranzi, 1982).

De acuerdo a esto, el objetivo de la psicofísica era lograr hacer mediciones mentales y determinar la correspondencia entre esos estados y los eventos físicos que los producían, dándole a la cuantificación un enfoque netamente matemático. Este objetivo era realizable bajo el supuesto de la hipótesis de identidad, es decir, mente y cuerpo son idénticos porque ambos tienen un carácter psíquico fundamental, debido a esto se puede argumentar que la psicofísica utilizaba la diferenciación como problema básico abordado.

Por ello, entre los presupuestos del enfoque psicofísico, tenemos los siguientes:

La fuente de conocimiento está en los sentidos.

La hipótesis de identidad mente-cuerpo.

Los estados de conciencia provocados por los estímulos son privados de cada sujeto. Para conocer esos estados de conciencia deberá recurrirse al reporte lingüístico del sujeto (introspección). El informe lingüístico puede representarse matemáticamente.

De acuerdo a estos presupuestos, podemos afirmar que el nivel de análisis de ésta escuela es molecular ya que parte de los factores internos (intrapsíquicos) del individuo. Por esto mismo, el psicofísico se mueve en una línea de investigación inductiva, buscando explicaciones causales del plano intrapsíquico (procesos sensoriales) en relación con el ambiente externo y utilizando como fuente de datos a los sentidos. (Boring, 1973).

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL: WUNDT

Es la rama de la psicología que estudia el comportamiento observable.

Wundt heredó los problemas epistemológicos del tiempo de reacción y los problemas planteados por la sensación y la percepción, para fundar su laboratorio en la Universidad de Leipzig en 1879, en el que trataría de resolver dichos problemas mediante el uso de técnicas experimentales.

Aspectos significativos de esta escuela:

Logró el reconocimiento académico de la psicología como ciencia independiente de la fisiología.

Puso a prueba de manera exhaustiva las posibilidades del introspeccionismo como único método para una psicología completa.

Proporcionó una fuente ortodoxa contra la cual pudieron organizar su resistencia las fuerzas funcionalistas, conductistas y gestaltistas.

La definición estructuralista de la psicología era “el estudio de la mente humana, adulta, normal, generalizada que se lleva a cabo mediante la introspección”. El término generalizada se refiere a que no se interesa en las diferencias individuales y lo de “normal” excluye a las mentes perturbadas o defectuosas. Se aceptaba que la mente y la conciencia como campo de estudio psicológico. Se criticó al estructuralismo por su metodología y por su estrechez en el uso de un solo método de investigación. La psicología moderna acepta sólo la actitud científica básica del estructuralismo y sus resultados empíricos.

Wundt pensaba que la tarea primordial de la psicología era descubrir los elementos de los procesos conscientes, la manera en que esos elementos se relacionan entre sí y las leyes que rigen esa conexión. Puesto que la mente y el cuerpo se rigen por procesos paralelos, la manera más sencilla es llevar a cabo esta tarea según Wundt era hacer un estudio directo de los acontecimientos mentales aplicando el método de la introspección. Posteriormente la psicología podía encarar la cuestión de cuáles son los procesos corporales que acompañan a determinados procesos mentales, pero éste problema era secundario. Incorporó a la psicología una posición dualista y una fuerte creencia al método experimental e intentó excluir la especulación metafísica de la psicología.

El experimentalismo de Wundt implicaba que había aceptado las ideas necesarias para adoptar a la psicología como ciencia, pues se tenía la necesidad de explicaciones internas, la confianza en la observación y la ubicación del ser humano dentro del reino de lo científicamente cognoscible.

Wundt postuló que el objeto de estudio de la psicología debía ser “la experiencia inmediata”, es decir, del momento justo de la experiencia no abordarla hasta después de ocurrida. Para ello el método era la introspección, la cual es la observación controlada de los contenidos de conciencia bajo condiciones experimentales. Wundt decía que el esfuerzo

por observarse introducía inevitablemente cambios en el curso de los acontecimientos mentales y cuya consecuencia usual es que el proceso observado desaparecía de la conciencia.

El método experimental permite:

Descomponer los procesos conscientes en sus elementos

Descubrir como están conectados

Determinar las leyes de su conexión.

ESTRUCTURALISMO: TITCHENER

El psicólogo debería estudiar los contenidos de la conciencia mediante el método de introspección de la introspección experimental, buscando siempre los elementos irreducibles que forman la conciencia.

Esta representado por la obra de Titchener (1898), teniendo como antecedente la psicología de Wundt en la que se consideraba a la conciencia o la mente como el objeto de estudio de la psicología a la cual llamo “la ciencia de la experiencia inmediata”. Wundt adoptó el punto de vista de los físicos, según el cual el análisis era el mejor punto de partida para adquirir conocimiento acerca del objeto de estudio, por lo que su método de investigación fue la introspección con la que pretendía analizar la conciencia.

Titchener señaló tres problemas para la psicología:

1. Analizar la experiencia mental concreta (real) en sus componentes más simples (elementos inconscientes).

2. Descubrir cómo se combinan esos elementos, cuáles son las leyes que gobiernan su combinación.

3. Conectarlos con sus condiciones fisiológicas (corporales).

La técnica de investigación era la introspección, la cual solo podía realizarse científicamente con observadores bien entrenados. Según Wundt, la introspección era el estudio de la experiencia inmediata y según Titchener el estudio de la experiencia como dependiente de un organismo que la experimenta. Tanto Titchener el estudio de la experiencia como dependiente de un organismo que la experimenta. Tanto Titchener como Wundt insistieron en que el método experimental era indispensable para la psicología.

FUNCIONALISMO:

Diferencias Individuales E Inteligencia Animal: DARWIN, GALTON, THORNDIKE

La psicología debe ocuparse primordialmente de las funciones de la mente y la conducta en la adaptación del organismo al medio.

CHARLES DARWIN (1809-1882): Con su teoría del origen de las especies la cual fue un escalón intelectual necesario como preparación para vernos a nosotros como parte de la naturaleza y empezar así a interesarnos en ella.

SIR FRANCIS GALTON: Pionero tanto en el desarrollo de la estadística como en el estudio de las diferencias individuales, estudió el problema de la herencia de la inteligencia humana, para lo cual desarrolló la técnica de la correlación, estaba interesado en un problema práctico, el mejoramiento de la raza por medio de la eugenesia o ciencia que trata de mejorar la especie humana.

EDWARD LEE THORNDIKE (1874-1949), psicólogo y pedagogo estadounidense, contribuyó al desarrollo de la psicología de la educación y estableció la ley del efecto. Mediante el uso de experimentos de aprendizaje con animales, Thorndike formuló su denominada “ley del efecto” (los efectos del premio y el castigo) y los principios del refuerzo (se aprende aquella acción cuyo resultado es más satisfactorio), que aplicó al desarrollo de técnicas especiales de aprendizaje para utilizar en el aula.

Es especialmente conocido por la elaboración de varios tests de aptitud e inteligencia y por su rechazo a la idea de que las lenguas y las matemáticas constituyeran materias que disciplinaran la mente.

Como consecuencia de ello trabajó intensamente para favorecer la inclusión de nuevas disciplinas académicas, como las ciencias físicas y sociales, en los currículos de las escuelas primaria y secundaria.

Entre sus obras destacan: Psicología de la educación (1903), Inteligencia animal (1911), La medida de la inteligencia (1926) y La naturaleza humana y el orden social (1940).

ENFOQUES EN EL SIGLO XX: PSICOANALÍTICO

La esencia de la psicología es la motivación, en gran parte inconsciente y sexual y se debe estudiar a través de los sueños, los errores, los síntomas y la asociación libre.

Desarrollado por Sigmund Freud (1856-1939), haciendo énfasis en el estudio de los procesos mentales.

Formuló varios supuestos básicos acerca del organismo humano:

Que esta gobernado principalmente por impulsos innatos

Que busca el placer

Que esta influenciado por un componente inconsciente de la mente.

Por lo tanto Freud fue defensor del innatismo, sin embargo el consideraba también que la experiencia era un factor importante en la conformación de la psicología del individuo.

Freud identificó tres componentes de la personalidad:

Ello: Representa lo innato, lo inconsciente y los deseos irracionales.

Yo: Se desarrolla a partir del ello y llega a funcionar como mediador entre las demandas del ello y los objetivos del organismo. El papel del yo es conducir al ello y ajustarlo a las exigencias de la realidad.

Superyó: Se desarrolla a partir del ello y representa la moral del individuo, los principios sociales. Su papel es el de asegurar que los principios morales se mantengan mientras el organismo persigue sus objetivos.

Los conflictos dentro de la personalidad se consideraron como el resultado de los conflictos entre sus componentes. El desequilibrio entre sus fuerzas opuestas y el inadecuado aislamiento del inconsciente por la conciencia, se vieron como las fuentes de trastornos mentales y emocionales.

Freud conceptualizó una teoría del desarrollo de la personalidad, estructurada en términos de varios estadios de desarrollo psicosexual:

Oral (del nacimiento hasta los 12 a 18 meses), la fuente del placer es la boca.

Anal (12 a 18 meses hasta los 3 años), retención y expulsión de esfínteres, la zona graficante es el ano.

Fálico (3 años a los 6 años) Atracción hacia el padre del sexo opuesto y más adelante se identifica con el de su mismo sexo. La zona de gratificación pasa a la región genital.

Latencia (6 años hasta la pubertad) Tiempo de calma relativa entre etapas más turbulentas.

Genital. (de la pubertad hasta la edad adulta) Tiempo de maduración de la sexualidad en el adulto.

Con excepción de latencia todos los demás estadios se centran alrededor de las zonas erógenas del cuerpo que en diferentes momentos del desarrollo se involucran en la satisfacción de necesidad o en la resolución de problemas.

La frustración de la satisfacción de necesidades o de la resolución de conflictos en cualquier nivel del desarrollo se considera como la fuente de las dificultades mentales. El empirismo de Freud, se refleja en la aseveración de que las experiencias del niño tienen un efecto notable en el adulto.

El método de investigación que utilizó fue la entrevista personal y el estudio de casos.

La mayor contribución de Freud fue la idea de que los trastornos mentales son el resultado de conflictos no resueltos que ocurrieron en la temprana edad y no como se pensaba antes, debido a los malos espíritus o posesiones demoníacas.

Los siguientes son algunos métodos que Freud utilizó para diagnosticar a enfermedad mental: la avocación libre, interpretación de sueños e hipnosis.

CONDUCTUAL

El conductismo es la teoría pedagógica que sustenta los MEC algorítmicos (MEC: Materiales de Enseñanza Computarizados) y la educación tradicional. Según esta teoría, los objetivos deben definirse claramente, el profesor debe programar un avance hacia los objetivos en pequeños pasos y en cada uno de estos le debe dar al estudiante la oportunidad de demostrar lo aprendido y de reforzar (teoría del reforzamiento). Esta teoría tiene relación con el modelo de la educación como entidad bancaria: la mente del estudiante es como un banco, al cual el profesor le consigna conocimientos; o el modelo del vaso: su mente es como un vaso que debe ser llenado. En este sistema, la transmisión del conocimiento es del profesor hacia el estudiante.

Lo que hace conductista una programación, es el tratamiento que se da al alumno para conducirlo de donde se supone que está a donde se desea llevarlo. La teoría del reforzamiento y la programación en pequeños pasos son las herramientas básicas que utiliza el conductismo para esto.

Skinner señala que el reforzamiento es un reconocimiento o una recompensa de alguna índole para mostrar que un organismo ha ejecutado algo satisfactoriamente. “Una vez que hemos dispuesto el tipo particular de consecuencia que se denomina el reforzamiento, nuestras técnicas nos permiten modelar la conducta de un organismo casi a voluntad” (Skinner, 53).

PRINCIPIOS CONDUCTISTAS BÁSICOS

La aplicación de la teoría del reforzamiento al aprendizaje humano ha llevado a formular generalizaciones como las siguientes, las cuales sirven de base al aprendizaje programado de tipo conductista: (Lysaught, 75)

Un individuo aprende, o modifica su modo de actuar, observando las consecuencias de sus actos.

Las consecuencias que fortalecen la probabilidad de repetición de una acción se denominan refuerzos.

Cuanto más inmediatamente siga el reforzamiento a la ejecución deseada, tanto más probable será que se repita la conducta de que se trata.

Cuanto más frecuentemente se produzca el reforzamiento, tanto más probable será que el estudiante continúe realizando las actuaciones asociadas.

La ausencia o incluso el retraso de reforzamiento posterior a una acción, hacen disminuir las probabilidades de que se repita.

El reforzamiento intermitente de un acto aumenta el tiempo que el alumno dedicará a una tarea sin recibir más reforzamientos.

La conducta de aprendizaje de un estudiante puede desarrollarse, o moldearse gradualmente, mediante reforzamiento diferencial, o sea, reforzando las conductas que deben repetirse y evitando reforzar las indeseables.

Además de hacer más probable la repetición de una acción, el reforzamiento aumenta las actividades de un estudiante, acelera su ritmo e incrementa su interés por aprender. Puede decirse que éstos son los efectos de motivación del reforzamiento.

La conducta de un estudiante puede convertirse en un patrón complejo, moldeando los elementos simples de dicho patrón y combinándolos en una secuencia en cadena.

La teoría de reforzamiento ofrece razones para creer que un caudal complejo de material de aprendizaje puede separarse en sus componentes más pequeños. En esa forma, puede enseñársele a un estudiante a que domine toda una materia, reforzando o no sus respuestas en etapas sucesivas, según sus respuestas sean correctas o incorrectas. El hecho de no reforzar una respuesta errónea se conoce como extinción, un programa de aprendizaje acentúa las probabilidades de que se repitan las respuestas correctas y se eliminan las incorrectas.

CONDUCTISMO COGNITIVO

Información verbal: contexto organizado y significativo

Habilidades intelectuales: aprender habilidades constituyentes según orden de precedencias; recuperar pre-requisitos; practicar y retro-informar sobre cada aprendizaje constituyente.

Estrategia cognoscitiva: hacerla explícita y practicarla en variedad de contextos y ocasiones.

Habilidades motoras: orientar su ejecución, practicar escalonadamente y brindar retro-información inmediata.

GESTÁLTICO

Esta teoría, se ha usado en la psicología como la significación de un todo, esto es, la organización de todos los elementos que componen diversas variables, para llegar a lo que es una conducta final.

La escuela de la Gestalt postulaba que las imágenes son percibidas en su totalidad, como forma o configuración, y no como mera suma de sus partes constitutivas. En las

configuraciones perceptivas así consideradas, el contexto juega además un papel esencial. La escuela de la Gestalt intentó formular las leyes de estos procesos perceptivos.

Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka rechazaron el sistema de análisis que predominaba en la psicología de principios de siglo, adoptando el de la teoría del campo, recién desarrollado entonces para la ciencia física.

Los psicólogos gestaltistas descubrieron que la percepción es influida por el contexto y la configuración de los elementos percibidos; las partes derivan de su naturaleza y su sentido global, y no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo su significado.

El enfoque de la Gestalt se ha extendido a la investigación en áreas distintas de la psicología, como el pensamiento, la memoria o la estética.

Es en el área de la percepción donde el enfoque de la Gestalt ha tenido una mayor influencia y no en el fisiológico que en un principio trataron de introducir como el isomorfismo: relación entre campos cerebrales y la experiencia.

Los seres humanos son considerados como conjuntos que responden a la experiencia configurada de modo global, con lo que la separación cuerpo–alma sería artificial. Según la terapia de la Gestalt, la percepción adecuada de las necesidades personales y del mundo exterior es vital para equilibrar la experiencia personal y conseguir una ‘Gestalt positiva’, mientras que apartarse de la conciencia rompe la respuesta global.

Creo que este es el punto en donde difirieron de los conductistas, ya que tomaban en cuenta a la conciencia del individuo como base para decidir su funcionamiento conductual, claro sin dejar de lado la experiencia.

Para los gestaltistas el aprendizaje no era más que un proceso que implica la introvisión, es decir, la comprensión de su campo perceptual.

La Gestalt creo que no lleva a la percepción ingenua, a la experiencia inmediata, no viciada 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. La conciencia abarca mucho más que el ámbito de la conducta.

Creo que si aceptamos que nuestra percepción está regida y mediatizada por un conjunto de leyes preceptuales que se basan en el dato sensorial, construyen lo percibido de forma no mecánica, por lo cual el resultado de nuestra introspección nunca deberá ponerse en tela de juicio por el hecho de que no coincida con la imagen primaria que llega al receptor.

De este modo pienso que la psicología Gestalt contribuye para abrir nuevos campos y dan inicio a una nueva era del estudio y análisis de los procesos mentales desde una comprensión de los mismos más cercana a su esencia.

El psicoanálisis toma de la gestalt el concepto de insight, según lo cual el cliente, durante la relación terapéutica o análisis, alcanza por ese mismo proceso una nueva comprensión de sus motivos inconscientes y las bases de su conducta patológica.

La terapia gestalt y la humanista tienen muchos puntos de convergencia, ya que ambas parten de un enfoque holístico de la experiencia humana y la responsabilidad y conciencia del individuo sobre sus necesidades presentes.

El énfasis se pone en la experiencia presente, más que en la indagación de las experiencias infantiles propias del psicoanálisis clásico. También se estimula el enfrentamiento directo con los propios miedos.

Wertheimer (1923) separa la percepción de una figura en 2:

1. Figura: Focalizamos la atención
2. Fondo: Se encuentra más difuso.

- a) Proximidad: Los estímulos próximos entre si tienden a percibirse como agrupados
- b) Semejanza: Los estímulos semejantes entre si tienden a percibirse agrupados.
- c) Clausura o cierre: Las figuras inacabadas o abiertas tienen a percibirse completas cerradas.
- d) Destino común: Los elementos que se desvían de un modo similar respecto a un grupo mayor tienen a percibirse agrupados. Percepción de movimiento.
- e) Peregancia o concisión: La organización de la percepción tienen a formar la gestalt más sencilla de todas las posibilidades, se le llama buena gestalt. Estas configuraciones se caracterizan por tener mayor regularidad, simetría, cierre, uniformidad, equilibrio, armonía, simplicidad, sencillez y familiaridad.

PSICOLOGÍA SOCIAL

La psicología social como disciplina tiene una tonalidad moral. Engendra simpatía, comprensión, tolerancia, remedia el prejuicio y la deformación; hace posible la participación madura y racional en la vida del grupo al que se pertenece.

Aquello que interesa especialmente al psicólogo social es establecer cómo cada sujeto se adapta a las normas colectivas, cómo se integra en los medios que lo rodean, que rol desempeña allí, que representación se forma él de tal rol y que influencia eventual ejerce en el mismo.

Empíricamente se designa con el nombre de psicología social al conjunto de tareas que desarrollan los psicólogos en relación con grupos o instituciones colectivas de mayor o menor magnitud. Esta definición integra el cuerpo de las racionalizaciones ideológicas producidas a como intento de justificar y legitimar el uso de un conjunto de instrumentos y técnicas necesarios para satisfacer una cierta demanda social, es decir, las necesidades específicas de las clases sociales dominantes en una formación dada.

EL OBJETO

El objeto de estudio de la psicología social, son los procesos y resultados de la interacción; esta última es el proceso por el cual un individuo toma en cuenta y responde a los demás que lo están tomando en cuenta, la interacción lejos de ser un objeto científico, aparece como el resultado de la acción de una estructura cuyo conocimiento hay que producir. El objeto es siempre el mismo: "LA CONDUCTA"

Al proponer la interacción o el vínculo interhumano o la dependencia e interdependencia comportamentales, la psicología social se muestra como un discurso que tiende a ocultar y a obliterar las posibilidades de desarrollo de dos disciplinas científicas ya existentes: el Psicoanálisis y el Materialismo Histórico.

La función de la teoría psicosocial es nítida: propone el estudio de los efectos dejando de lado de su determinación, luego propone un modo de acción que es lógicamente, acción sobre esos efectos dejando de lado la estructura que los produce.

Un grupo consiste en dos o más personas que comparte normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente intervínculados.

Las formas de conducta que se esperan de cualquier individuo que ocupa una posición, constituyen el rol social asociado con esa posición. Es algo estático, es un lugar en una estructura, reconocido por los miembros de la sociedad y acordado por ellos a uno o más individuos, sin embargo, el rol es algo dinámico, se refiere a la conducta de los ocupantes de una posición, a lo que ellos hacen como ocupantes de esa posición.

Existen técnicas llamadas de dinámicas de grupos, que pueden ser efectivas para el logro de objetivos preestablecidos. Los dinamisitas de grupo, particularmente en el campo de la educación reconocen cuatro criterios para evaluar la integración: a) participación; b) pertenencia; c) pertinencia y d) cooperación.

El psicólogo social interviene en todos los lugares donde hay grupos de personas que desempeñan tareas. Está en todos los aparatos del estado: ideológicos, represivos y técnicos, con la función asignada de lubricar la ejecución de las distintas tareas, de incrementar la productividad de los trabajadores, mejorar el aprendizaje de los educandos, de disciplinar y hacer aceptar el orden vigente. Los objetivos son claros: integrar al sujeto a la institución haciendo que se sienta perteneciente a ella y obligado a cumplir con sus leyes, que acepte las prescripciones del principio de realidad que para él sean fijado.

PSICOLOGÍA SOCIAL

Es una rama de la psicología que estudia la forma en que los pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo son influidos por el comportamiento o características reales, imaginarias o supuestos de otros; a través del método experimental.

LOS FACTORES QUE INTERVIENEN

Culturales, cognitivos, medio ambientales y biológicos de herencia.

SU CAMPO DE ESTUDIO:

EN LA INTERACCIÓN: Características y comportamiento de los otros, procesos cognitivos, variables ecológicas, factores biológicos y la cultura.

CONDUCTA: Pensamiento, motivacionales, actitudes, sentimientos y aprendizaje.

INDIVIDUO EN SU MEDIO: En grupos pequeños o grupos grandes:

Analiza dentro de los grupos la dinámica, la conducta de masas, normas y valores.

Cómo son las relaciones de poder dentro de los grupos. El rol y la jerarquía, Cómo se transmiten los rumores, Analiza procesos de comunicación, Cómo se da la percepción interpersonal.

ENFOQUES TEÓRICOS EN LOS QUE SE BASA LA PSICOLOGÍA SOCIAL:

Antropología, Sociología, Teoría del aprendizaje, Teoría Gestalt, Teoría de Roles, Teoría Psicodinámica, Teoría de Disonancia Cognitiva, Teoría de Campo.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL:

Experimental.- Tiene que ser objetivo

Correlacional.- Se basa más en la observación.

ATRIBUCIÓN: Proceso por medio del cual nos esforzamos para comprender las causas que subyacen en la conducta de los demás y a la propia conducta, a través de la observación.

TEORÍAS DE LA ATRIBUCIÓN:

TEORÍA DE INFERENCIA CORRESPONDIENTE, EXISTEN 3 FACTORES:

Efectos poco comunes inherentes al individuo

Baja deseabilidad social

Elegir libremente.

Hay 3 tareas para inferir los rasgos de alguien a partir de su conducta:

Categorizar: Etiquetar, estigmatizar, de acuerdo a lo que vemos en los rasgos de una persona.

Caracterizar: Acentuamos o enfatizamos rasgos

Corregir: Nuestra inferencia sobre alguna conducta con la información sobre la situación actual.

Conductas Encubiertas: No se pueden observar aquellas conductas fácilmente. Ejemplo: la hipocresía. Esto nos lleva a cometer errores de atribución.

TEORÍA DE KELLY: ATRIBUCIÓN CAUSAL: Toma en cuenta causas internas.
TRES DIMENSIONES:

Consenso.- La reacción de un individuo a un estímulo de acuerdo a la mayoría.

Consistencia.- la reacción del individuo al mismo estímulo en formas diferentes o situaciones, y su reacción será la misma a través del tiempo.

Diferenciación.- La medida en que el individuo responda o no del mismo modo a distintos estímulos o situaciones.

CAUSAS INTERNAS: Es más probable que se atribuyan estas causas, en condiciones en las que el consenso y la diferenciación son bajas, pero la consistencia alta.

CAUSAS EXTERNAS: La conducta de otras personas se atribuye a causas externas en donde el consenso, la consistencia y la diferenciación son elevadas.

AMBAS CAUSAS: Consenso bajo, Consistencia alta, diferenciación alta.

ACTITUDES: Son modos de reaccionar a un objeto o situación social, implica la existencia de una motivación y una acción para acercarse o para evitar un objeto.

TERMINO ACTITUD: Denota la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de un individuo, para comportarse de un modo determinado.

LA ACTITUD ESTA COMPUESTA DE 3 COMPONENTES:

Cognitivo.- Percepciones del individuo, sus creencias y estereotipos (ideas sobre)

Creencias} aspectos culturales, influyen en nuestra manera de actuar.

Afectivo.- Sentimientos que experimentamos hacia el o los objetos.

Comportamental.- tendencia a actuar o responder ante eventos o situaciones.

SU IMPORTANCIA:

Influye en la forma de pensar y reaccionar

Influye en el procesamiento de la información

Influye en la forma de observar

Influye en lo que introducimos y recuperamos en la memoria

A través de las actitudes podemos predecir el comportamiento

LA PERSUASIÓN: Ejercer influencia sobre un individuo para hacerle cambiar su forma de pensar y actuar.

ESQUEMAS O MARCO MENTAL: Contienen información relevante de situaciones o acontecimientos específicos y una vez ya establecidos, nos ayudan a interpretar estas situaciones y lo que pasa en ellas.

PROTOTIPOS: Son otro tipo de marco mental que utilizamos para interpretar el mundo social.

TIPOS DE ESQUEMAS:

ESQUEMAS DE PERSONA: Son marcos mentales que sugieren que ciertos rasgos y comportamientos van juntos y que los individuos que los adoptan representan un cierto tipo.

ESQUEMAS DE ROL: Contienen información acerca de cómo las personas generalmente actúan realizando roles específicos, y a qué se parecen.

ESQUEMAS DE SITUACIONES ESPECIFICAS: Se refieren a actos o secuencias de actos, y son conocidos como guiones. Indican lo que se espera en determinado lugar.

INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS EN LA COGNICIÓN SOCIAL, 3 PROCESOS:

Atención: Se refiere a la información que observamos; claramente, es más probable que observemos ciertas características y acciones de las personas que no otras.

Codificación: se refiere a procesos a través de los cuales la información, una vez captada, queda almacenada en la memoria.

Recuperación: se refiere a los procesos a través de los cuales recuperamos la información de la memoria par utilizarla de alguna manera, por ejemplo, hacer juicios acerca de otra gente, como si serían o no buenos compañeros de piso.

ESFERA EMOCIONAL: Es algo transitorio que puede durar días u horas y es interno.

CLIMA EMOCIONAL: Es algo duradero, ya que podemos presentarlo durante toda la vida. Son características externas del estado de ánimo.

DISONANCIA COGNOSCITIVA: Estado interno que ocurre cuando la persona percibe inconsistencia entre dos o más de sus actitudes y su comportamiento.

REACTANCIA: Reacciones negativas a la amenaza de la libertad personal; a menudo aumenta la resistencia a la persuasión.

IDENTIDAD SOCIAL: SELF - YO estructura psíquica de aquí partimos a ser todo lo que somos existe también un SELF ideal.

ELEMENTOS DEL SELF - YO

Autoconcepto.- Esquema mental de nosotros mismos} creencias y sentimientos sobre sí mismo. **Actitud. Autoevaluación.** Es como nos percibimos nosotros mismos.

Autoestima.- Evaluación que se hace de uno mismo, en una dimensión positiva o negativa, la autoestima va a incorporar el pasado, el presente y a futuro. Es la autoevaluación en comparación con los demás, tiene que ver con lo externo. Dentro de la autoestima esta el **SELF IDEAL.-** cómo nos gustaría ser.

Género:

Roles de Género: Generalizaciones cognitivas de los aspectos sexuales de una persona (punto de vista sexual)

Hombres – Mujeres: Autoesquema sexual. **Diferenciación:** Soy hombre o soy mujer.

Identificación Psicosexual: (punto de vista psicodinámico), Yo soy como mi papá o yo soy como mi mamá.

COGNOSCITIVO

El paradigma cognoscitivista sustenta al aprendizaje como un proceso en el cual se sucede la modificación de significados de manera interna, producido intencionalmente por el individuo como resultado de la interacción entre la información procedente del medio y el sujeto activo. Dicha perspectiva surge a finales de los sesentas como una transición entre el paradigma conductista y las actuales teorías psicopedagógicas.

"Al cognoscitivismo le interesa la representación mental y por ello las categorías o dimensiones de lo cognitivo: la atención, la percepción, la memoria, la inteligencia, el lenguaje, el pensamiento y para explicarlo puede, y de hecho acude a múltiples enfoques, uno de ellos el de procesamiento de la información; y cómo las representaciones mentales

guían los actos (internos o externos) de sujeto con el medio, pero también cómo se generan (construyen) dichas representaciones en el sujeto que conoce." (Ferreiro, 1996).

El Cognoscitivismo es, de manera simplificada, el proceso independiente de decodificación de significados que conduzcan a la adquisición de conocimientos a largo plazo y al desarrollo de estrategias que permitan la libertad de pensamiento, la investigación y el aprendizaje continua en cada individuo, lo cual da un valor real a cualquier cosa que se desee aprender. De aquí entonces se desprende el paradigma del Constructivismo, "un marco global de referencia para el crecimiento y desarrollo personal." (Ferreiro, 1996).

En el paradigma Constructivista, el alumno es quien aprende involucrándose con otros aprendientes durante el proceso de construcción del conocimiento (construcción social), tomando la retroalimentación como un factor fundamental en la adquisición final de contenidos.

PIAGET

Nacido en Ginebra en 1896, el psicólogo suizo se dedicó especialmente a la psicología infantil y genética. Uno de sus estudios más conocidos es, seguramente, el que lo llevó a concluir que todo niño atraviesa por una secuencia invariable de cuatro estadios para el dominio de su intelecto.

En la evolución de Piaget podrían señalarse "grosso modo" tres etapas distintas. La primera corresponde a los años de juventud, una época de crisis que concluyó en 1918. La segunda comprende el periodo comprendido entre las dos Guerras Mundiales, durante la cual elaboró su teoría de la inteligencia infantil. La tercera comienza a finales de los años cuarenta y alcanza su clímax en 1956 con la fundación del Centro Internacional de Epistemología genética de la universidad de Ginebra.

Los trabajos de Piaget sobre el desarrollo infantil son un aspecto parcial de una obra más amplia que engloba muchas disciplinas, como la zoología, biología, teología, lógica, historia de la ciencia, sociología y sobretodo la epistemología genética. Piaget se consideró a si mismo como un epistemológico genético, es decir, un científico dedicado al estudio de los orígenes y desarrollo del conocimiento en todas sus dimensiones tanto individuales como colectivas. El desarrollo intelectual del niño estaba orientado a explicar las formas superiores del conocimiento y diferenciarlas de las inferiores.

Piaget fue una mezcla de científico y filósofo que dedicó buena parte de su vida a la psicología. Siendo joven, el contacto con la filosofía le produjo una intensa crisis personal al darse cuenta de la dificultad de conciliar dos mundos tan distintos como era el de la verdad científica y la creencia personal. Esta crisis se saldó con la decisión de estudiar el conocimiento desde una perspectiva biológica, siendo así la biología su primera vocación científica.

Principios básicos de las teorías de Piaget

Piaget propuso una teoría racionalista frente a las tesis empiristas de la tabula rasa. El conocimiento era una interpretación activa de los datos de la experiencia por medio de unas estructuras o esquemas previos. Influido por la biología evolucionista, consideró estas estructuras no como algo fijo e invariable, sino como algo que evolucionaba a partir de las funciones básicas de la asimilación y la acomodación. La filosofía racionalista, la biología evolucionista y el pragmatismo funcionalista, constituyen las principales coordenadas de su pensamiento.

Racionalismo. Utilizó el método histórico – crítico en su epistemología genética y, por otra parte, descubrió las etapas del desarrollo cognitivo de niño en términos de estructuras lógicas y matemáticas. Fue criticado por construir un sistema lógico en lugar de uno psicológico, el interés por la lógica y las matemáticas es típicamente racionalista.

Biología evolucionista. Piaget consideró la evolución como sinónimo de progreso y para él el principio básico de la evolución era el equilibrio.

Pragmatismo y funcionalismo.

Teoría Completa del Desarrollo Cognoscitivo

Desarrollado por Jean Piaget a través del estudio de sus propios hijos y de los ajenos. Su teoría estaba asentada en la forma en la que los niños llegan a conclusiones, buscando la lógica en las respuestas dadas a las preguntas formuladas.

Para Piaget, la inteligencia tiene dos atributos:

Organización: está formada por las etapas de conocimientos que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas.

Adaptación: adquirida por la asimilación mediante la cual adquieren nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información.

El desarrollo individual está dividido en cuatro etapas:

Etapas Senso-motora: 0 – 2 años. La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.

Etapas Pre-operacional: 2 – 7 años Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujo, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.

Etapas de las Operaciones Concretas: 7 – 11 años Los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasifica los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.

Etapas Lógico Formal: 12 – 16 años En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.

Teoría de la Epistemología genética

La epistemología genética trata de la ciencia, teoría del conocimiento científico.

Piaget lo designa como el estudio de conocimientos especiales: su formación, desarrollo.

Es el estudio del aumento de los conocimientos y de sus leyes. El objeto y los métodos de la epistemología genética han sido definidos por Piaget y comprende tanto el estudio de la formación de los conocimientos en el sujeto como el análisis histórico-crítico de la evolución de las nociones científicas.

Piaget introduce el término de equilibración el cual expresa la tendencia de contradicción. Debemos señalar ante todo que el pensamiento del niño se encuentra ante la realidad de lo que se le presenta, con sus correspondientes tesis y antítesis, en desequilibrio consigo mismo. La motivación a la superación de esta situación es tanto o más poderosa, según Piaget, que la motivación a la satisfacción de las necesidades elementales y conduce a procesos específicos de equilibración.

La acomodación y asimilación son descritos como el proceso parcial en la interacción entre el organismo y los contenidos del medio ambiente.

Acomodación: Especialmente de la adaptación del ojo a distancias diversas mediante la variación del poder de refracción del cristalino. Mediante la cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas.

Asimilación: El hecho de que el organismo adopte las sustancias tomadas del medio ambiente a sus propias estructuras. Incorporación de los datos de la experiencia en las estructuras innatas del sujeto.

"La asimilación mental consiste en la incorporación de los objetos dentro de los esquemas del comportamiento, esquemas que no son otra cosa sino el armazón de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad". (Piaget, 1948, citado en Dorch, 1994).

VYGOTSKY

Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934) es considerado el precursor del constructivismo social. A partir de él, se han desarrollado diversas concepciones sociales sobre el aprendizaje. Algunas de ellas amplían o modifican algunos de sus postulados, pero la esencia del enfoque constructivista social permanece. Lo fundamental del enfoque de Vygotsky consiste en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Para Vygotsky, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico. También rechaza los enfoques que reducen la Psicología y el aprendizaje a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la Psicología. A diferencia de otras posiciones (Gestalt, Piagetiana), Vygotski no niega la importancia del aprendizaje asociativo, pero lo considera claramente insuficiente.

Vygotsky establece que hay dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de las funciones mentales inferiores es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer. Estas funciones nos limitan en nuestro comportamiento a una reacción o respuesta al ambiente.

Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, Las funciones mentales superiores están determinadas por la forma de ser de esa sociedad: Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente. Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales.

La atención, la memoria, la formulación de conceptos son primero un fenómeno social y después, progresivamente, se transforman en una propiedad del individuo. Cada función mental superior, primero es social (interpsicológica) y después es individual, personal (intrapsicológica). A la distinción entre estas habilidades o el paso de habilidades interpsicológicas a intrapsicológicas se le llama interiorización. (Frawley, 1997). El

desarrollo del individuo llega a su plenitud en la medida en que se apropia, hace suyo, interioriza las habilidades interpsicológicas. En un primer momento, dependen de los otros; en un segundo momento, a través de la interiorización, el individuo adquiere la posibilidad de actuar por sí mismo y de asumir la responsabilidad de su actuar.

Mediación

Vygotsky considera que el desarrollo humano es un proceso de desarrollo cultural, siendo la actividad del hombre el motor del proceso de desarrollo humano. El concepto de actividad adquiere de este modo un papel especialmente relevante en su teoría. Para él, el proceso de formación de las funciones psicológicas superiores se dará a través de la actividad práctica e instrumental, pero no individual, sino en la interacción o cooperación social.

La instrumentalización del pensamiento superior mediante signos, específicamente los verbales, clarifica la relación entre el lenguaje y el pensamiento. (Frawley, 1997). <<El pensamiento y la palabra no están cortados por el mismo patrón. En cierto sentido existen más diferencias que semejanzas entre ellos>> (Vygotsky, 1962, pág. 126). El habla es un lenguaje para el pensamiento, no un lenguaje del pensamiento.

Vygotsky propone que el sujeto humano actúa sobre la realidad para adaptarse a ella transformándola y transformándose a sí mismo a través de unos instrumentos psicológicos que le denomina "mediadores". Este fenómeno, denominado mediación instrumental, es llevado a cabo a través de "herramientas" (mediadores simples, como los recursos materiales) y de "signos" (mediadores más sofisticados, siendo el lenguaje el signo principal). También establece que la actividad es un conjunto de acciones culturalmente determinadas y contextualizadas que se lleva a cabo en cooperación con otros y la actividad del sujeto en desarrollo es una actividad mediada socialmente.

A diferencia de Piaget, la actividad que propone Vygotsky, es una actividad culturalmente determinada y contextualizada, es el propio medio humano los mediadores que se emplean en la relación con los objetos, tanto las herramientas como los signos, pero especialmente estos últimos, puesto que el mundo social es esencialmente un mundo formado por procesos simbólicos, entre los que destaca el lenguaje hablado. El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Ya no imitamos simplemente la conducta de los demás, ya no reaccionamos simplemente al ambiente, con el lenguaje ya tenemos la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de lo que es, y que actúa con voluntad propia. En ese momento empezamos a ser distintos y diferentes de los objetos y de los demás.

Zona de desarrollo próximo

La zona de desarrollo próximo, está determinada socialmente. Aprendemos con la ayuda de los demás, aprendemos en el ámbito de la interacción social y esta interacción social como posibilidad de aprendizaje es la zona de desarrollo próximo. (Frawley, 1997).

La teoría vygotskyana es muy específica respecto a cómo se deben estudiar las perspectivas del crecimiento individual en cualquier caso de actividad intersubjetiva. Esto se hace examinando la zona del desarrollo próximo (ZDP). La ZDP surge generalmente como el contexto para el crecimiento a través de la ayuda. Dos rasgos de la

ZDP hablan directamente sobre nuestra preocupación general de la unificación de la mente tanto cultural como computacional a través del lenguaje, como son:

La ZDP se puede construir de forma natural o deliberada, reflejando precisamente la diferencia entre el crecimiento real y el potencial. Vygotsky hace énfasis en el juego, ya que este permite que el niño se comprometa a actividades que se hayan muy por encima de su cabeza pero sin ninguna consecuencia directa social derivada del fracaso. Es la estructura mas sutil de la ZDP, la cual debe de ser intersubjetiva pero asimétrica en la cual un individuo debe de comprometerse e un esfuerzo atencional con al menos otra persona. Respecto a la asimetría, una de las personas debe de estar más capacitada en la tarea y por lo tanto conducir al otro más allá del nivel real de desarrollo. Lo importante es que la intersubjetividad y la asimetría se construyen y mantienen mediante el lenguaje.

La teoría de la actividad y la ZDP nos ofrecen una manera de analizar las relaciones del individuo con el mundo.

HUMANISMO

Estudia el aprendizaje, su meta común es enfocar lo que significa el existir como ser humano y los filósofos humanistas se adhieren a la filosofía europea llamada

Fenomenología.

Representantes:

Carl Rogers y Abraham Maslow

La Psicología humanista es, además de una corriente de la Psicología, una filosofía de la vida que sitúa al hombre, la humanidad, la naturaleza y el universo como un TODO armónico, coherente y perfecto.

Para mí la diferencia clara con otras escuelas o corrientes como el Psicoanálisis o el Conductismo podemos diferenciar al humanismo por su visión integradora de las distintas áreas (intelectual, emocional, corporal y espiritual) en clara oposición a la visión dicotómica (separadora) mente-cuerpo de otras disciplinas.

El hecho de que la psicología humanista conciba a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales formando el ser real, no una suma de partes. La psicología humanista no disecciona, no separa aspectos de la persona, señalándolos como la causa de la enfermedad. La psicología humanista ve un ser completo y tiene en cuenta cada aspecto y su influencia en el resto. Esto es lo que me parece una combinación de todas las demás corrientes como la Gestalt, que organiza cada una de las partes para formar un todo, el conductismo que asocia el estímulo (medio ambiente, reglas, ética, etc.) para esperar una respuesta (conducta). Claro con su marca singular que es el ser humano como tal.

Por la consideración del hombre como dotado de TODAS las potencialidades necesarias para su completo desarrollo, frente a otras consideraciones teóricas que presentan al hombre como un ente incompleto, víctima de sus instintos y/o inexorablemente determinado por su bio-genética. En este aspecto la psicología humanista resulta revolucionaria ya que deja una puerta abierta a nuestra propia sanación. Considera que todos somos capaces de cambio y de curación. Y esa misma actitud positiva facilita el proceso de sanación. Para mí es algo más real y tangible a nuestros tiempos.

El humanismo es una consideración, todos estamos necesitados en una y otra medida de encontrar la identidad perdida. (del miedo al amor), todas las personas sufren una u otra vez crisis de crecimiento, situaciones de emergencia espiritual, situaciones de choque que desestabilizan nuestro equilibrio y que requieren ser abordadas para alcanzar una vida mas feliz.

El humanismo nos permite ser el hombre / mujer sano que cura al enfermo es también un buscador que habiendo recorrido el camino (y estando en ello) conoce y ofrece las herramientas necesarias en el momento que considera más oportuno. En este sentido la psicología humanista, ya desde Carl Rogers, uno de sus fundadores rompió con la distancia entre paciente y terapeuta.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO.

- 1556: Fray Bernardino Álvarez fundó el hospital de San Hipólito, primer hospital para enfermos mentales en América
- 1557: Fray Alonso de la Vera Cruz publicó su obra “Physuca Speculatio”, hace un tratado de filosofía y psicología aristotélica.
- 1700: José Sayago fundó el Hospital de la Canoa para enfermos mentales en la Cd. De México.
- 1849: En Zacatecas, Teodosio Lares publicó compilación de artículos franceses titulados “Elementos franceses de la psicología”.
- 1884: Rafael Serrano publica “Psiquiatría óptica” donde propone nueva clasificación de la psicosis.
- 1893-1916: Ezequiel Chávez funda e imparte la cátedra de psicología en la perspectiva de Titchener.
- 1980: Díaz Guerrero considera el inicio de la psicología científica en México.
- 1902: Dr. Enrique Aragón publica el texto “La psicología”
- 1908: Juan Peón del Valle escribió “La introspección involuntaria”
- 1910: Fundación del Manicomio General de la Cd. De México, conocido como Castañeda, ahora el Hospital Fray Bernardino de Álvarez.
- 1911: Dr. Meza Rodríguez escribe “La ficción de la locura”.
- 1916: Enrique O. Aragón instaló el primer laboratorio experimental como Wundt.
- 1928: Ezequiel Chávez publica su Ensayo de Psicología de la adolescencia”
- 1937: Se crea la Facultad de Filosofía y Letra donde se ofrece un curso de maestría en psicología.
- 1937-1949: Fernando de Ocaranza y el Dr. Gonzalez Enríquez hacen modificaciones al plan de estudios de la maestría diseñada por Ezequiel Chávez.
- 1952: La iniciativa del Dr. Guillermo Dávila aumenta la duración del programa de maestría en psicología y se propone un doctorado independiente del de filosofía.
- 1956: El Colegio de Psicología se consolida .

- 1958: Se crea el primer plan de estudios a nivel licenciatura.
- 1964: Creación del Depto. De psicología en la Universidad de Veracruz.
- 1966: Psicología obtiene el reconocimiento de profesión.
- 1968: Se ubica a la facultad de psicología de manera independiente de las demás carreras que se impartían en la facultad de filosofía.
- 1970: Primer plan de estudios de licenciatura ante el Consejo Universitario de la UNAM el 7 DE ABRIL DE 1970.
- 1971: Se crea y consolida el Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología, y se crea también la revista con el mismo nombre.
- 1973: Se abre la Facultad de Psicología y adquiere en el D.F. reconocimiento como profesión por Rafael Núñez y Luisa Lara Tapia. Se funda el Colegio Mexicano de Psicólogos.
- 1975 y 1976: Se crean las escuelas de psicología de Iztacala y Zaragoza.
- 1976: Se considera que la formación de los psicólogos en el nivel de licenciatura debía estar enfocada hacia el entrenamiento de técnicos de alto nivel especializados en conducta, que se podrían llamar ingenieros conductuales, más que formarlos en una visión enciclopédica que les abasteciera de información general. UNAM crea 216 créditos básicos y 94 optativos.
- El 20 de mayo es día nacional del psicólogo en México

CONOCIMIENTO PSICOBIOLOGICO.

INTERACCIÓN CEREBRO COMPORTAMIENTO.

FACTORES BIOLÓGICOS QUE INCIDEN EN EL COMPORTAMIENTO

El hombre no es un mono, debemos estudiar su desarrollo y comportamiento, integrados gracias a la capacidad que le confiere, la capacidad de crear símbolos, es igualmente importante reconocer que el individuo es también un animal, está dirigido e impedido por impulsos biológicos que predominan sus comportamientos sobre sus procesos mentales, su supervivencia varía como especie, depende de procesos biológicos, firmemente establecidos de acuerdo a su aparición como hombre.

Muchas cualidades innatas que influyen en el desarrollo de la personalidad del hombre pero consideramos brevemente, la naturaleza de los procesos fundamentales, y las bases biológicas de las emociones. Los impulsos básicos pueden dividirse en tres grupos o quizá en cuatro.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

ONTOGÉNESIS Y FILOGÉNESIS DEL SISTEMA NERVIOSO:

GENÉTICA BÁSICA

Al darse cuenta de las células germinales mediante el cual se da el proceso de que el óvulo y el espermatozoide se preparan para la fecundación dándose en esta la impregnación por el espermatozoide y a la fusión de sus núcleos, teniendo como célula resultante un

embrión unicelular (cigoto), contando con 48 cromosomas, en donde para también un fenómeno biológico por el cual se transmiten a los hijos caracteres potenciales de los padres, así como a las células germinales al fecundarse, les está encomendado la función de estimular el trabajo formativo de un nuevo ser, así como también a los genes les corresponde la transmisión de los caracteres hereditarios.

Los genes “organizan” material inerte en sistemas vivos (Scott, 1990), dirigen a las células a que formen el cerebro, el corazón, la lengua y las uñas. Llevan el plan detallado de las características que todos los humanos compartimos.

Los genes son dominantes cuando a través de generaciones persisten los caracteres de uno de los progenitores y son recesivos cuando los caracteres ocultos en la primera generación aparecen en la segunda. Una vez efectuada la fecundación, comienza el desarrollo del huevo, la división celular, a estas células se les llama blastómeros y después el cuerpo del embrión se forma a expensas de las células internas.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO

La embriología en su sentido más amplio comprende la ciencia del crecimiento desde el estadio unicelular hasta alcanzar la forma adulta, este periodo va seguido por el desarrollo postnatal de la infancia, adolescencia y la madurez inicial, media y tardía.

A partir de la tercera semana de embarazo se van formando capas que son:

- *Ectodermo (S.N.C., glándulas, mucosas)
- *Mesodermo (capa dérmica, tejido, músculos)
- *Endodermo (tubo digestivo y glándulas)

El sistema nervioso se desarrolla a partir del ectodermo, este desarrollo se inicia por un grupo de células alineadas que conforman la placa neuronal.

Conforme avanza el embarazo la placa neuronal se empieza a hundir en la parte media para formar el surco neuronal, el surco neuronal continúa hundiéndose para formar el pliegue neuronal y termina formándose en un tubo que se llama tubo neuronal.

Una vez formado el tubo neuronal va a presentar dos orificios que se van a llamar neuroporo anterior y neuroporo posterior.

Después de formarse el tubo neuronal y cerrarse el neuroporo anterior y el posterior van a aparecer tres dilataciones en la parte superior del tubo neuronal que se llaman:

PROCENCÉFALO o cerebro anterior da origen al Telencéfalo y al

Diencefalo

MESENCÉFALO o cerebro medio, tiene el encéfalo medio

ROMENCÉFALO o cerebro posterior, se divide en Metencéfalo y en

Mielencéfalo.

La parte del tubo neuronal que no sufre dilataciones se llama medula espinal.

Conjuntamente a la formación de tres vesículas en el tubo neuronal presenta dobleces a nivel cervical y otro a nivel cefálico.

Conforme progresa el embarazo el procencéfalo se divide en dos y da origen al telencéfalo y al diencefalo, el mesencéfalo no sufre ningún cambio y se sigue llamando mesencéfalo.

El romencéfalo también se divide en dos dando origen al metencéfalo y al mielencéfalo.

La medula espinal tampoco sufre cambios y se sigue llamando igual.

Del diencéfalo se origina el tálamo óptico y el hipotálamo
Del metencéfalo se origina la protuberancia anular y el cerebelo
Del mesencéfalo se origina el encéfalo medio
Del mielencéfalo se origina el bulbo raquídeo.
Del telencéfalo se origina la corteza cerebral y cuerpo estriado.

Al principio de la vida embrionaria, el encéfalo esta formado por 3 vesículas denominadas cerebro anterior o prosencéfalo, cerebro medio o mesencéfalo y cerebro posterior o romencéfalo. Durante el crecimiento, los hemisferios cerebrales, sus comisuras y los ventrículos primero, segundo y tercero, se desarrollan a partir del cerebro anterior, los tubérculos cuadragésimo, los péndulos cerebrales y el acueducto cerebral(conexión tubular entre los ventrículos tercero y cuarto) se desarrollan a partir del cerebro medio, por último, a partir del cerebro posterior, se forman el bulbo raquídeo, la protuberancia, el cerebro y el cuarto ventrículo que está comprendido entre estas estructuras.

Del procencéfalo o cerebro anterior: Se desarrollan los hemisferios cerebrales, sus comisuras y los ventrículos primero, segundo y tercero.(I,II,III)

Del mesencéfalo o cerebro medio: Se desarrollan los tubérculos cuadrigéminos, los péndulos cerebrales y el acueducto de Silvio

Del romencéfalo o cerebro posterior: Se desarrollan el bulbo, la protuberancia y el cerebelo.

DESARROLLO Y DIFERENCIACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

En los estadios tempranos de la diferenciación aparecen 3 engrosamientos que llegaran a ser el cerebro anterior, el cerebro medio y el posterior desarrollándose los tres hacia el extremo cefálico del tubo.

En el estadio siguiente el cerebro anterior se divide para formar el telencéfalo, el diencéfalo y el cerebelo comienza a crecer.

En el tercer período se desarrolla el rinencéfalo, la glándula pituitaria y las estructuras neuronales con ellos relacionados y también comienzan a diferenciarse la protuberancia y el bulbo raquídeo.

En el cuarto estadio el cerebro crece y recubre el diencéfalo a medida que el cerebro aumenta aún más de tamaño.

El cerebro de un embrión de 5 mm hay una inclinación en ángulo recto del cerebro medio. Cuando el embrión alcanza 11mm de largo el cerebro muestra ya las 5 subdivisiones generales y comienza a reflexionarse sobre si mismo – 3er estadio-.

15 mm el cerebro comienza a crecer, así como finalmente el cerebro de un embrión de 33 mm muestra una notable similitud con el cerebro adulto, aunque el cerebro todavía no ha alcanzado su tamaño de sobrepasar el cerebro medio.

El peso del encéfalo es de 1 380g, en el hombre adulto y de 1 250 g en la mujer, aproximadamente el peso del cerebro es un índice del crecimiento, que al principio de la vida, depende del desarrollo de las células, de sus prolongaciones, de la mielinización de las fibras nerviosas y de un aumento en la cantidad de neuroglía, el cerebro crece rápidamente hasta el quinto año de vida en general termina de crecer cerca del deudécimo año. En la vejez el cerebro pierde peso de modo gradual.

El encéfalo está contenido en la cavidad craneana, cubierto por meninges, igual que la médula espinal.

El desarrollo del encéfalo no es sólo un problema de crecimiento, sino también implica la formación de nuevas vías, es decir, de nuevas sinapsis que sufren cambios constantes al estar funcionalmente activas durante las diversas formas de actividad mental. La naturaleza del protoplasma cerebral y sus funciones determinan, en cierto grado, el lapso durante el cual el desarrollo del cerebro sigue progresando. El ejercicio mental mantiene al cerebro activo y en posibilidad de desarrollo, del mismo modo que al ejercitar un músculo tiende a prevenir la atrofia o pérdida de función.

El encéfalo está constituido por las siguientes estructuras: tallo o eje cerebral (cerebro medio protuberancia y bulbo raquídeo), cerebro (corteza y núcleos basales) y cerebelo.

Por medio del sistema nervioso se logra la coordinadora rápida de las funciones de las células muy separadas unas de las otras, contando para ello con la ayuda de los líquidos del organismo que bañan las células situadas en esos sitios distantes, logrando a través del sistema nervioso la percepción ambiental que rodea al organismo.

Las partes del sistema nervioso pueden clasificarse en diversas maneras. Una clasificación muy sencilla lo divide en cerebro, medula espinal y nervios, otra es la siguiente: central, periférico.

FILOGÉNESIS DEL SISTEMA NERVIOSO

Al formarse el cuerpo del embrión, y se forma a expensas de las células internas, en tanto que el epitelio que lo envuelve se forma a expensas de la capa celular externa o periférica.

Las células del blastodermo se multiplican activamente y se disponen de láminas, la exterior se llama hoja germinativa o externa o ectodermo y o ectodermo, y la interior es la hoja germinativa interna o endodermo. Al embrión en esta fase, en la que queda formado por dos capas, la somática o parietal, situada cerca del ectodermo, y la visceral, situada cerca del endodermo. A estas tres hojas germinativas se les llama también tejidos primitivos o embrionarios.

El tubo neuronal proviene del ectodermo y da origen al cerebro, la medula espinal, los ganglios y los nervios.

Ya en el desarrollo premotivo del embrión, se desarrolla más aprisa la región cefálica y más despacio hacia el extremo caudal, y también más aprisa en la región dorsal que en la ventral.

En el surco primitivo, zona rápida división celular y diferenciación tisular que dura sólo un breve período.

En el surco neural, se convierte en el tubo neural, a partir del cual se forman el cerebro, la médula y los nervios.

ANATOMÍA, HISTOLOGÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO:

FUNCIONES DE LA MÉDULA ESPINAL:

Centro importante para los actos reflejos del tronco y los miembros, constituye las principales vías de conducción por las cuales los impulsos de la periferia alcanzan los centros nerviosos superiores.

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO: (nervios craneales, raquídeos y órganos terminales), (nervios somáticos). Los nervios que se hallan fuera de la médula espinal, se

denominan periféricos o somáticos. Inervan la musculatura estriada del esqueleto(músculos corporales o somáticos) y cierta variedad de receptores sensoriales. Se encuentran mezclados en la mayor parte de su longitud, contienen tanto fibras sensoriales de entrada (aférentes) que llevan la información de los receptores de la piel, los músculos y articulaciones, a la médula espinal, como fibras motoras de salida(eférentes)que conducen actividad de la médula espinal y motoneuronas del tallo cerebral a las fibras musculares.

NERVIOS RAQUÍDEOS

A lo largo de la médula espinal hay 31 pares de nervios raquídeos, un miembro de cada pareja para cada lado del cuerpo. Estos nervios se unen a la médula espinal en intervalos diferentes. La raíz dorsal (de atrás)de cada nervio raquídeo consta de vías sensoriales que van de la médula espinal. La raíz ventral (de delante) consta de vías motoras que vienen de la médula espinal y van a los músculos. El nombre del nervio raquídeo es el mismo que el segmento de la médula espinal al que está conectado. Cervical nuca, torácico, tronco, lumbar, espalda baja o sacro parte baja de la espalda.

CÉLULAS DE SCHAWNN células gliares

NEURILEMA Conexiones de los centros del sistema nervioso central con la pared del organismo por las fibras nerviosas craneales y raquídeas.

Sistema somático o cerebroespinal. Este comprende:

Las partes del cerebro se relacionan con la conciencia y las actividades mentales.

Las partes del cerebro, la médula espinal y sus fibras nerviosas, tanto sensoriales como motoras, que regulan la actividad de los músculos esqueléticos.

Los órganos terminales, receptores y efectores, de la pared del organismo.

Conexiones de centros del sistema nervioso central con las vísceras por fibras viscerales.

Fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal sacros (autónomos). Sistema craneosacro o parasimpático.

Fibras nerviosas y ganglios de la región toracolumbar de la médula espinal(autónomo). Sistema toracolumbar o simpático.

NERVIOS RAQUÍDEOS

En número son:

Cervicales	8 pares
Dorsales o torácicos	12 pares
Lumbares	5 pares
Sacros	5 pares
Coccígeos	1 par
Total:	31 pares

La clasificación es medulados y mixtos (sensitivos y motores).

El origen es de dos raíces: anterior, o motora, en la sustancia gris de la médula y posterior, o sensitivas en los ganglios espinales.

Distribución: 4 ramas principales

Anterior: inerva las extremidades y los músculos de la región ventral.

Posterior: inerva los músculos y la piel de la región dorsal.

Visceral: alcanza la cadena lateral de los ganglios y las vísceras.

Meníngea o recurrente, se distribuye a la meninges.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Hay dos subdivisiones el sistema simpático y parasimpático

El término autónomo significa acto propio, este sistema comprende todas las partes del sistema nervioso que inerva el tejido muscular liso, el corazón y las glándulas. Como tal tipo de tejido muscular se encuentra en las vísceras, esta parte del sistema nervioso se denomina en ocasiones visceral o espláctico. También se le llama involuntario porque no está bajo el influjo de la voluntad, sin embargo, no debe considerársele como un sistema independiente sino como una división muy relacionada con todo el mecanismo nervioso general.

El sistema autónomo puede dividirse en las porciones craneosacra y toracolumbar.

PARASIMPÁTICO O CRANEOSACRO

La división parasimpática del sistema nervioso autónomo tiene un tipo algo diferente de organización. Las fibras motoras salen a través de los nervios craneales, los cuales proceden directamente del cerebro(o los nervios sacros, en el extremo caudal de la médula espinal) y van hasta los ganglios que se hallan cerca de los órganos de destino, que ellos inervan. La activación de éste sistema causa dilatación de las arterias, inhibición del corazón, contracción y secreción del estómago, constricción de las pupilas.

Estos efectos diferentes de los dos sistemas constituyen la base de la generalización comúnmente aceptada, de que el sistema simpático funciona para movilizar los recursos del cuerpo en las emergencias, mientras el sistema parasimpático tiende a conservar y almacenar los recursos corporales.

*Autónomo ocular: autónomo tectal- las neuronas que se originan en las raíces del mesencéfalo van a los ganglios filiares en donde terminan formando sinapsis con neuronas motoras cuyos axones continúan por los nervios filiares cortos hasta llegar al globo ocular.

*Autónomo oroanal: autónomo bulbar- las neuronas se originan en las raíces del bulbo y emergen junto con los nervios craneanos séptimo, noveno, décimo y undécimo.

*Autónomo sacro: las neuronas de los nervios raquídeos sacros segundo, tercero y cuarto, mandan fibras preganglionares a la pelvis y forman el nervio pélvico cuyas ramas continúan hasta el plexo hipogástrico.

SIMPÁTICO (acelera)

Tiene sus cuerpos celulares en la médula espinal y van a través de la raíz ventral y pos una corta parte del nervio mixto a los ganglios simpáticos. Estos forman una cadena continua que va paralela a la médula espinal pero está por afuera de las vértebras espinales óseas. En los ganglios simpáticos, estas fibras hacen sinopsis con los nervios postganglionares que van a activar el corazón el estómago y diversos órganos más.

La activación de este sistema causa contracción de las arterias, aceleración del corazón, inhibición del corazón, contracción y secreción del estómago, dilatación de pupilas.

Vertebral o toracolumbar: Cadenas de ganglios a cada lado y a lo largo de la cara anteroexterno de la columna vertebral: se dividen en cervicales (3 pares) torácicos (10-12 pares), lumbares (4 pares) y sacros (4- 5 pares).

Conectados

1) entre sí, por condones ganglionares

2) Con los nervios raquídeos, por los ramos comunicantes: blancos y grises.

Forman tres grandes plexos: 1 Cardíaco, 2 Celíaco y 3 Hipogástrico

NERVIOS CRANEALES

Los 12 pares de nervios craneales del encéfalo humano está involucrados fundamentalmente en los sistemas sensoriales y motores asociados con la cabeza.

Algunos nervios craneales son exclusivamente vías sensoriales del encéfalo, por ejemplo, los nervios olfatorio, óptico y auditivo. Otros son exclusivamente vías motoras del encéfalo, por ejemplo los nervios oculomotores (de los músculos del ojo) y los nervios faciales (de los músculos de la cara). Los restantes nervios craneales tienen funciones mixtas, sensoriales y motoras.

El trigémino proporciona sensibilidad facial y controla los movimientos de la masticación. Todos estos nervios pasan a través de aberturas en el cráneo para penetrar o abandonar el encéfalo. El nervio vago es un nervio craneal que se extiende lejos de la cabeza va al corazón y a los intestinos.

NERVIOS CRANEALES

Número	Nombre	Funciones (S) Sensorial, (M) motora	Origen o fin en el cerebro
I	Olfatorio	(S) Olfato	Parte ventral de los hemisferios cerebrales
II	Óptico	(S) Visión	Tálamo
III	Oculomotor	(M) Movimientos oculares	Mesencéfalo
IV	Troclear / Patético	(M) Movimientos oculares	Mesencéfalo
V	Trigémino	(M) Movimientos de la masticación	Mesencéfalo y puente
VI	Abductor / Motor ocular externo	(M) Movimientos oculares	Médula
VII	Facial	(M) Movimientos faciales	Médula
VIII	Autorio vestibular	(S) Audición	Médula
IX	Glosofaríngeo	(S, M) Lengua y faringe	Médula
X	Vago	(S, M) Corazón, vasos sanguíneos, vísceras.	Médula
XI	Espinal accesorio	(M) Músculos de la nuca y vísceras	Médula
XII	Hipogloso	(M) Músculos de la lengua	Médula

CARÁCTER INTEGRATIVO DEL SISTEMA NERVIOSO:

GLÁNDULA PINEAL: Regula el control de los ciclos vitales.

MENINGES: Son tres capas de tejido conectivo que se conocen como duramadre, piamadre, aracnoides. Sirven para proteger el cerebro y para las tres es única función. En las tres capas se encuentran vasos sanguíneos.

El sistema nervioso coopera con los líquidos del organismo para coordinar las actividades del cuerpo humano.

Clasificación de las partes del sistema nervioso: central y periférico.

El tejido nervioso forma todas las partes del sistema nervioso, como todos los otros tejidos está compuesto de células, sólo que estas están diferenciadas con respecto a las otras en el sentido de que su protoplasma se ha extendido, a menudo a distancias hasta mayores de un metro, formando prolongaciones filiformes denominadas fibras nerviosas. Estas células se denominan neuronas.

El tejido nervioso posee características importantes:
Irritabilidad(excitabilidad) o sea la capacidad para responder a la estimulación
Conductividad o sea el poder de transmitir los estímulos nerviosos a otras células.
El tejido denominado neuroglia está formado por células, las células gliales, se presentan numerosas prolongaciones que se extienden en todas las direcciones y se entrelazan entre las neuronas formando un armazón. Se encuentra en el cerebro y la médula espinal, y se deriva el ectodermo.

Las neuronas: constan de cuerpo celular, es la fuente de energía y proporciona el nutrimento y de prolongaciones celulares, las cuales son las dendritas (cortas, gruesas, de borde irregular, se ramifican libremente) y de los axones (largos, lisos, con pocas ramificaciones).

Características de las neuronas: Tiene plasticidad, Tiene dendritas, No se reproducen, Tiene soma

Función: recibir impulsos y transmitirlos a otras células.

Su clasificación basada en el número de prolongaciones: células bipolares (tienen forma elíptica y de sus dos polos salen las prolongaciones nerviosas, se encuentran en los ganglios vestibular y coclear del oído) y las células multipolares (poseen numerosas prolongaciones que corresponden al número de ángulos o polos del cuerpo celular, es precisamente en las grandes células motoras de este grupo donde se reconocen las diferencias entre dendritas [son cortas y gruesas en su punto de origen] y cilindroejes [o axones, alcanzan dimensiones de más de la mitad del cuerpo entero]).

Clasificación basada en las funciones: Aferentes: (receptoras, sensitivas) llevan impulsos de la periferia al centro.

Eferentes: (efectoras, motoras) llevan impulsos del centro a la periferia.

Fibras nerviosas:

Meduladas: blancas Constan de: cilindro eje, medula o vaina de mielina y neurilema o vaina de Schwann.

La función de la vaina de mielina es la de aislar y posiblemente participa en los procesos químicos relacionados con la producción de los impulsos nerviosos.

Nódulos de Ranvier: constricciones de las fibras nerviosas, no hay una vaina de mielina, ramificación de la fibra. No medulares, grises y amarillas. La vaina de mielina está ausente o es muy discreta.

SINAPSIS:

Probablemente pone en contacto las terminaciones del axón de una neurona con las dendritas de otra neurona, no hay continuidad protoplásmica.

ÓRGANOS TERMINALES

Estructuras periféricas relacionadas con las fibras nerviosas.

Sensitivos o receptores

A) Receptores somestésicos, relacionados con la sensibilidad general del cuerpo.

B) Órganos de los sentidos especiales.

C) Receptores cinestésicos, relacionados con el tono muscular.

D) Receptores de la sensibilidad superficial

E) Receptores de la sensibilidad profunda

F) Exterorreceptores: protopáticos y epicríticos.

Motores o efectores: placas motoras terminales y terminaciones motoras viscerales.

NÚCLEO: Un grupo de cuerpos celulares en el sistema nervioso central, cuyas fibras forman un nervio anatómico o un haz en el interior del cerebro o la médula.

GANGLIO: Un grupo de cuerpos celulares de varias neuronas fuera del sistema nervioso central.

CENTRO: Un grupo de neuronas que regulan cierta función; puede ser un núcleo o un ganglio.

NERVIOS

1) Funículo, un haz de fibras encerrado en una vaina tubular.

2) Endoneurio, tejido conjuntivo entre las fibras individuales.

3) Perineurio, tejido conjuntivo que rodea al funículo.

4) Epineurio, tejido conjuntivo que cubre varios funículos.

ARCO REFLEJO Unidad estructural del sistema nervioso.

ACTO REFLEJO Unidad funcional del sistema nervioso.

Se divide en reflejos simples, como el de retirar el dedo que recibe un piquete y reflejos en que participa el tallo cerebral y el cerebelo, como el lanzar un grito cuando se recibe un piquete en un dedo.

La clasificación de los reflejos, es sencillo: un solo músculo involucrado, coordinado o complejo: varios músculos involucrados en actividad ordenada y convulsivos o actividad desordenada.

SENSACIÓN: Es la capacidad de que un receptor se active ante un cambio energético.

PERCEPCIÓN: cuando es estímulo llega a la corteza cerebral, me puedo dar cuenta de las cosas.

EMOCIONES: Las emociones se encuentran en el sistema límbico.

SISTEMA LÍMBICO: Este sistema está constituido por un grupo de estructuras y regiones del cerebro anterior que están interconectadas anatómicamente unas con otras y con el hipotálamo, las estructuras más importantes de este sistema incluyen la amígdala(núcleos en el lóbulo temporal) el hipocampo(estructura tubular del tejido cortical) excepto (las áreas de proyección olfatorias, hipotálamo.)

AMÍGDALA Constituyen una porción del sistema límbico que yace en la profundidad y en la base del lóbulo temporal. La amígdala parece desempeñar un papel importante en la jerarquía de la dominancia social. Es imposible dar una definición precisa de las funciones de la amígdala, pero parece que está implicada en muchos aspectos de la conducta emocional y en la motivación. El término límbico refleja el hecho de que esta región constituye el límite alrededor del centro del cerebro, todo el aprendizaje es mediado por este sistema.

HIPOCAMPO Forma parte también del sistema límbico y no están muy bien definidas sus funciones, ha sido implicado en la emoción, en la actividad visceral, en la memoria inmediata o anterógrada (cuando a algunos pacientes se les extirpa el hipocampo pueden recordar algo que pasó hace mucho tiempo, pero no recordar lo que hicieron en la mañana).

HIPOTÁLAMO La región hipotalámica tiene funciones reguladoras importantes tales como:

Regulación del comer. Un centro de la alimentación en el hipotálamo está totalmente activo y despierta la conducta para comer. Regulación de la función autónoma, Regulación de a

temperatura corporal, Regulación del equilibrio hídrico, Control del ritmo cardiaco, Expresión de emoción.

LÓBULOS CEREBRALES

- a) Lóbulo frontal: Área motora y centros de lenguaje (Planeación, secuenciar, imaginación, se integra toda la información para darle significado).
- b) Lóbulo parietal: Área sensitiva (Da reconocimiento y significado de formas, el tacto, sensación.)
- c) Lóbulo temporal. Área auditiva (Está cerca del oído, capta todos los sonidos y les da significado)
- d) Lóbulo occipital : Área visual

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Aquí nos referimos al cerebro y a la médula espinal.

Una de las principales divisiones del sistema nerviosos es la separación en el sistema nervioso central, que hace referencia al encéfalo y a la médula espinal, el sistema nervioso periférico que incluye todas las partes del sistema nervioso que está fuera de las estructuras óseas que forman el cráneo y la columna vertebral.

CÉLULAS GLIALES: Producen sostén y también limpian todos los desperdicios y se dividen en:

Astrositos: Son como estrellas y succionan toda la basura

Oligodendrocitos: células satélites

Microglía: se comen las células muertas.

CEREBRO: Tiene forma ovoide, ocupa toda la porción superior del cráneo, está formado por la corteza cerebral y los núcleos basales, la sustancia gris de la corteza forma cisuras, surcos y circunvoluciones.

CISURAS: longitudinal, transversal, de rolando de Silvio, perpendicular externa.

LÓBULOS: parietal, frontal, occipital, temporal, de la ínsula.

VENTRÍCULOS: laterales, tercero, cuarto, quinto.

Tiene como funciones:

Gobierna todas las actividades mentales, es el órgano de la memoria asociativa, razón, inteligencia, voluntad, asiento de la conciencia, interprete de las sensaciones, instigador de los actos voluntarios, ejerce una fuerza de dominio sobre los actos reflejos.

Las dominaciones de las áreas:

ÁREA MOTORA: Delante de la cisura de rolando.

ÁREAS SENSORIALES: Detrás de la cisura de rolando, visual: lóbulo occipital, auditiva: lóbulo temporal olfatoria y gustativa: parte anterior del lóbulo temporal.

ÁREAS DE ASOCIACIÓN: Pequeñas zonas motoras y sensoriales rodeadas por tejido cerebral en el que aún no se han localizado funciones definidas.

MÉDULA ESPINAL

Está contenida en el acueducto raquídeo, se extiende desde el agujero occipital hasta la segunda vértebra lumbar, el filum terminal llega hasta la primera vértebra coccígea. Su longitud media: 45 cm. Consta de sustancia gris en forma de H, rodeada por sustancia blanca, cada mitad de la sustancia está formada por tres cordones: anterior, lateral y posterior.

La médula espinal, se amplia lateralmente en dos regiones: el engrosamiento cervical y el engrosamiento lumbar. Los dos engrosamientos corresponden a orígenes de los nervios de las extremidades superiores e inferiores. La médula espinal está dividida aproximadamente en 30 segmentos, 8 cervicales, 12 torácicos, 5 lumbares, 5 sacros y algunos coccígeos, los cuales corresponden a las inserciones de grupos de raíces nerviosas.

Surcos: el anterior divide la cara anterior en dos mitades laterales.

El posterior divide la cara posterior en dos mitades laterales.

Comisura gris: conecta las dos mitades laterales.

Conducto del epéndimo: en el centro de la comisura gris.

Membranas:

Piamadre (Membrana interna, envuelve la médula espinal)

Arcnoides: Membrana media.

Duramadre: Membrana externa.

DOMINANCIA HEMISFÉRICA: LENGUAJE Y EMOCIÓN

Asimetría Funcional

Dominancia: los resultados de varios estudios han indicado que la corteza auditiva del hemisferio izquierdo del cerebro predomina en la percepción de la estimulación del lenguaje y relativa al mismo, en tanto que el lado derecho de la corteza auditiva es más funcional a la percepción y en el procesamiento de ciertos sonidos no verbales.

Lateralidad: esto implica que algunos sistemas funcionales están más conectados a un lado del cerebro que al otro, que las funciones se lateralizan y que cada hemisferio se especializa en determinados tipos de trabajo, la lateralización, una mirada general sobre la distribución de los órganos corporales muestra considerable asimetría entre los lados derecho e izquierdo. A nivel del procesamiento cerebral en individuos normales, las interconexiones de los hemisferios generalmente enmascaran la evidencia de especialización hemisférica.

Sperry y Gazzaniga en sus experimentos encontraron que la porción más grande del cerebro consta de dos partes simétricas llamadas hemisferios cerebrales. Cada cual recibe la información sensorial al lado opuesto del cuerpo (el hemisferio derecho del lado izquierdo y el izquierdo del lado derecho), así mismo controlan los movimientos del lado opuesto.

Hemisferio izquierdo: Palabras, diferenciación de sonidos, patrones auditivos se le considera la parte analítica.

Hemisferio derecho: Patrones abstractos, emociones, la percepción de todo.

INTEGRACIÓN INTER-HEMISFÉRICA

Se refiere a cuando ambos lados logran estar en la misma frecuencia. Sperry y Gazzaniga, también encontraron que el cuerpo calloso permite que los hemisferios compartan información, de modo que cada lado sabe que el otro percibe y hace. Cuando se realiza la operación de escisión del cerebro ambos hemisferios se desconectan y operan de forma independiente, no pudiendo lograr esta integración.

INTEGRACIÓN SENSORIO-MOTORA

Los valores para la percepción del movimiento varían de acuerdo con muchos factores físicos y psicofisiológicos a parte de la velocidad real de un estímulo en movimiento. El umbral varía según el tamaño del objetivo, los niveles de luminancia, la región de la retina que se estimule, y el estado adaptativo del ojo.

Tal vez una de las variables que más influyen en la percepción del movimiento es el campo en el que se percibe un objetivo.

La estructura dentro de la cual se ve la pauta del movimiento ejerce una influencia considerable en el carácter del movimiento percibido, lo que un observador percibe que esta en movimiento no siempre coincide con lo que realmente se mueve, la percepción del movimiento está muy influida por el contexto espacial o estructura donde se ven los estímulos en movimiento.

DESARROLLO CEREBRAL

Entre las propiedades de la materia viva hay que señalar, primero la capacidad de conservarse por sí misma mediante procesos metabólicos, segundo, la posibilidad de reproducirse y tercero la posesión de planes de construcción mas o menos flexibles y ricos en variantes, que están inscritos en los genes y se modifican a través de las generaciones por mutaciones, existen diferentes tipos de células nerviosas y de procesos fibrosos organizados en núcleos estructurales distintos y en tractos de fibras de diversas clases.

El 90% de las células del cerebro son células gliales y solamente el 10% son células nerviosas. Las mismas células de glia pueden presentarse en una gran variedad de tamaños y formas, estando estrechamente colocadas alrededor de los cuerpos celulares nerviosos y de los procesos de fibras. Existen datos que justifican considerar la estructura cerebral como el sustento que interviene en la elaboración de los aspectos mas complejos y fluctuantes de la conducta.

PATRONES DE DESARROLLO

La corteza cerebral, amplia capa que cubre el cerebro ha sido tradicionalmente la estructura cerebral que más interés ha provocado entre los psicólogos, pues se considera el patrón de millones de neuronas del cerebro humano, aproximadamente 9 mil millones se encuentran en la corteza. Todos los sistemas sensoriales aferentes se proyectan sobre la corteza, cada uno de ellos en una región específica, también se originan en otras regiones de la corteza los sistemas motores eferentes, que controlan la actividad de las neuronas craneales o de las neuronas motoras de la medula espinal.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN

Contexto y expectativas El contexto influirá en la percepción, de acuerdo a la situación se relacionará pues es una respuesta anticipada y al mismo tiempo la actualización de un acontecimiento futuro.

Emoción La escuela humanista considera que la conducta o percepción de esta se presenta a partir de un estímulo, pero la respuesta será dada no tanto por el ultimo, sino por el sentimiento o afecto que la persona se encuentre experimentando. **Valores** La respuesta perceptiva estará de acuerdo a las vivencias de la persona y a la construcción específica hacia lo que el sujeto considera como importante.

Cultura y personalidad. La cultura es un ennoblecimiento y potenciación de la naturaleza del hombre, en el sentido que define pautas de comportamiento y respuestas, la personalidad son todos aquellos rasgos característicos que diferencian a los individuos, en función de lo anterior, la percepción estará condicionada de acuerdo al sistema cultural y al tipo de personalidad:

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN.

Organización anatómico-funcional de los sistemas sensoriales

Los receptores sensoriales poseen representaciones espaciales a lo largo de la corteza cerebral, localizaciones cutáneas para la corteza somática, localizaciones retinianas

y la posición de los objetos en el espacio, para la corteza visual, y el mismo proceso para la membrana basilar, y en consecuencia para las frecuencias. Tienen lugar en la corteza auditiva. En forma similar, la musculatura corporal esta representada en la corteza somática motora en una configuración ordenada desde el punto de vista topográfico.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SENSORIAL

Transducción La transformación de estímulos físicos en impulsos nerviosos que realizan varios receptores sensoriales se denomina transducción.

Recepción La actividad de células receptoras da lugar a una actividad eléctrica que Davis denominó recepción. Esta actividad a su vez provoca la transmisión a través de la sinapsis entre la célula receptora y la neurona sensorial.

Conducción Es el proceso de transmisión del impulso nervioso.

Interpretación La activación de la dendrita de la neurona sensorial da lugar a una respuesta gradual en la propia dendrita, fenómeno que se le conoce como interpretación.

Interacción entre las modalidades sensoriales

Independientemente de si están presentes células receptoras especializadas, todos los sistemas receptores generan potenciales graduales lentos, cuyas amplitudes son función de la intensidad del estímulo. Estos potenciales graduales actúan en últimas instancias, como potenciales generadores que inician la descarga en espigas en otras fibras nerviosas sensoriales primarias. Otra característica común de todos los sistemas sensoriales es el desconocimiento mediante el cual los estímulos producen los potenciales generadores.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DE LA ATENCIÓN

La atención es un proceso psicobiológico mediante la cual se elige solo una parte de los estímulos disponible en la cual concentrarse, se reprimen o inhiben reacciones a una multitud de otros estímulos del habla, existe una ventaja del oído derecho, es decir que hay una identificación considerable mejor de la información dada al oído derecho.

Este hallazgo tiene sentido si recordamos que el oído derecho sirve primordialmente al lóbulo temporal izquierdo, y que este lóbulo es el dominante respecto del habla en la mayoría de la gente. En tanto que el hemisferio izquierdo, esta especialmente equipado para procesar el habla, parece que el derecho (informado por el oído izquierdo) es mejor para manejar las señales auditivas que no tienen que ver con el habla, es decir, que dados estímulos ajenos al habla que no compitan, la identificación será considerablemente mejor para la información que llega al oído izquierdo.

De manera sorprendente ambos oídos se desempeñan igualmente bien independientemente del estímulo que reciban.

RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN, CONCIENCIA Y LA MEMORIA ACTIVA

Conciencia Modo de existencia peculiar en la que existen vivencias, procesos psíquicos que son experimentados inmediatamente por el sujeto, como percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, etc.

Memoria activa

Incluye el almacenamiento, la retención-olvido, y la evocación de los contenidos relacionados a la actividad del sujeto y que se puede dar en diversas modalidades. *La relación se hace por criterio personal*.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DE LA MEMORIA

El concepto de “neurobiotaxis”, concreto el argumento del sentido común con la proposición de que, mientras respondían a los estímulos se desarrollaban nuevos procesos

entre las células activas, nuevas conexiones nuevos contactos y el almacenamiento de la experiencia era mediado por tales cambios estructurados.

Mecanismos

Ya sea que la información sea almacenada mediante el desarrollo real de nuevas conexiones en células nerviosas o por la síntesis de sustancias dentro de las neuronas o de las neuroglías, o que el mecanismo determinante opere de manera determinista o estadístico, estos procesos deben requerir que ocurran cambios en la materia de que esta constituido el cerebro, cambios de estructura y composición.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DEL APRENDIZAJE

Mucho de lo que se sabe acerca de los procesos de aprendizaje puede explicarse mediante el modelo de Sokolov. La característica esencial de esta teoría es su sistema de comparar acontecimientos presentes con otros previamente experimentados. Este sistema proporciona una forma de precaverse ante los estímulos futuros y refleja la sucesión mas probable de acciones futuras en respuesta tales estímulos.

Mecanismos Con la habituación prolongada, la inhibición de la formación reticular produce adormecimiento, y a la larga, sueño, al cambiarse el estímulo, se produce una falsa correspondencia y tiene lugar una activación límbica de la formación reticular, con lo que produce deshabituación y una nueva reacción de orientación al aprendizaje. Las correspondencias de lo viejo con lo nuevo son la base del aprendizaje.

RELACIÓN ENTRE LENGUAJE, APRENDIZAJE, PENSAMIENTO E INTELIGENCIA

APRENDIZAJE Designa los diversos cambios complejos que conducen al cambio latente de la conducta a través de la experiencia.

LENGUAJE Se refiere al marco de presupuestos psicológicos generales, abordan principalmente el uso lingüístico del individuo.

Pensamiento

Es el proceso de la elaboración interpretativa y ordenadora de informaciones.

Inteligencia

Designa las actividades psíquicas relativas a la razón en un sentido potencial y dinámico.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DE LA EMOCIÓN Y LA MOTIVACIÓN

La motivación comprende:

- Activación de la energía.

- Dirección del esfuerzo a un solo objetivo particular.

- Atención selectiva a ciertos estímulos y sensibilidad disminuida a otros.

- Organización de la actividad en una forma integrada.

- Persistencia de esta actividad hasta que cambian las condiciones iniciales.

Los estados motivados por lo general comienzan con la privación de algo necesario de acuerdo al funcionamiento biológico (comida).

La conducta motivada no consiste simplemente en cadenas de sucesiones de estímulo-respuesta ya que en nuestra respuesta al mismo estímulo varia conforme cambian las condiciones de organismo.

Diversas investigaciones han demostrado que el sistema límbico tiene que ver con el funcionamiento cognoscitivo al igual que con la emoción.

La estimulación y lesiones de las partes cerebrales que no constituyen áreas viscerales, también producen cambios emocionales.

En numerosos experimentos se ha demostrado que las dos hormonas suprarrenales (epinefrina y norepinefrina) parecen relacionarse con diferentes emociones.

HOMEOSTASIS Aunque varían en cuanto a intensidad, todas las pulsiones biológicas constituyen mecanismos regulatorios que ayudan a mantener el equilibrio del individuo. Un organismo hará lo imposible por mantener la constancia de su ambiente interno normal (homeostasis).

Las pulsiones biológicas se originan en condiciones fisiológicas que han perturbado el equilibrio del organismo. Cuando se perturba un estado interno se producen condiciones que motivan al organismo a buscar una actividad por desempeñar. Tal actividad cesa únicamente cuando se logra el objetivo y se reestablece el equilibrio biológico o cuando tiene una preferencia un motivo más fuerte.

Aunque los estados emocionales como el pánico y el miedo al público pueden obstruir conductas que estén ocurriendo al mismo tiempo, no sucede lo mismo con todas las respuestas emocionales. A menudo las emociones desempeñan la función extremadamente positiva de reforzar al individuo a organizar nuevas respuestas de adaptación a un nuevo ambiente modificado.

Respuestas corporales

En 1884 James propuso que la secuencia de emoción sentida y cambios corporales seguían un orden inverso que el presupuesto por el sentido común, es decir que nuestro sentir los cambios corporales es la emoción. De acuerdo con esta teoría, para que una persona experimente distintas emociones debe existir conjuntos discriminablemente distintos de cambios fisiológicos que la persona tome como claves.

Endocrinas: Estas glándulas secretan sus hormonas directamente en el torrente sanguíneo, por ejemplo cuando se trata de un miedo repentino se hace circular por el torrente sanguíneo una hormona que provoca procesos tan distintos como la dilatación de la pupila, constricción de los vasos sanguíneos de la pared estomacal y un incremento de la velocidad a que se coagula la sangre.

Autónomas Estas secretan dos hormonas la epinefrina y norepinefrina (adrenalina y noradrenalina).

Sistema inmunológico: Este es la serie de procesos químicos biológicos de los que consta cada individuo, y la función de dicho sistema es impedir que el organismo contraiga determinadas enfermedades infecciosas.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DEL PENSAMIENTO

Organización anatomofuncional

El pensamiento oscila entre dos extremos, el pensamiento autista y el pensamiento realista. El pensamiento autista es un proceso idiosincrásico en donde intervienen las fantasías, los sueños y los inconscientes. La persona puede emplearlo para complacerse en si misma y para cumplir sus deseos, a fin de crear una realidad imaginaria en que las cosas son como ella quiere que sean.

En cada acto creativo se encuentra algo de pensamiento autista. En el pensamiento realista los deseos y opiniones de una persona se hallan subordinados a la realidad externa que rodea a la persona y son corregidos con dicha realidad.

Cuando sus pensamientos no se apoyan en consideraciones sobre la realidad, la persona tiende a cambiarlos y a cambiar las acciones que se basan en ellos. El pensamiento realista abarca tres tipos de razonamiento.

Razonamiento deductivo, el cual incluye el uso de silogismos, en los cuales los datos se combinan y se obtienen conclusiones ineludibles.

El razonamiento inductivo, en que las hipótesis acerca de lo desconocido se plantean como base en inferencias acerca de lo ya conocido.

Razonamiento evolutivo. Juzga de la solidez o propiedad de las percepciones.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DEL LENGUAJE

Canal vocal-auditivo

El habla involucra a la boca y los oídos, como resultados la producción del habla invierte poca energía física y hace que otros canales queden libres para otras tareas. Si el lenguaje empleara solo ademanes, los hombres no podrían comunicarse y hacer otras cosas al mismo tiempo.

Especialización: El habla se utiliza para enviar mensajes, este es su único propósito, aunque muchas otras conductas tal vez produzcan alguna otra comunicación.

Arbitrariedad: Es arbitraria la combinación de sonidos que un lenguaje selecciona para referirse a algo.

Desplazamiento: Los humanos emplean el lenguaje para hablar acerca del pasado del futuro y presente.

Productividad: Permite que se produzca una cantidad prácticamente infinita de sonidos articulados, una persona nunca dice dos veces lo mismo en consecuencia el lenguaje es productivo.

Dualidad de patrones

El habla esta compuesta de un conjunto relativamente pequeño de sonidos que se combinan en distintas formas para hacer referencia a diferentes cosas. Es el patrón de sonidos el que lleva el significado, cada sonido aparece por separado en patrones distintos.

Conexiones corticales entre las áreas de lenguaje

El lenguaje no tiene órganos propios sino solamente órganos tomados de prestado. La laringe, el velo del paladar, la lengua, son primitivamente órganos de respiración y de alimentación, y siguen siéndolo en el tiempo en que la palabra se constituye y se ejercita.

El lenguaje lubrica la maquinaria del contacto personal mediante la comunicación de ideas, temores y sentimientos con otras personas. El lenguaje se convierte en un sustituto de la experiencia, capacita a la persona para trascender los límites de su experiencia sensorial.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA PERSONALIDAD

La personalidad de los individuos cambia a medida que las pautas sociales y es necesario contar con un yo mutable, que es él que permitirá una nueva adaptación y control, dicha capacidad permitirá a la persona comprender las transiciones. La sociedad pone de relieve que la persona puede elegir el modo que desea utilizar y que es estable y deseable.

Mecanismos Patológicos de Repercusión Psicológica en:

DEMENCIA: Es una merma adquirida y persistente de la capacidad intelectual, en oposición a la congénita y a los trastornos transitorios de la inteligencia. Según la edad del paciente y la enfermedad causal se distinguen la demencia infantil progresiva, con trastornos de lenguaje, pérdida de la comprensión de éste, tendencia a la violencia y fuerte introversión. La demencia presenil se inicia en la mayoría de los casos en el quinto decenio

de la vida, y se manifiesta por una conducta asocial, falta de dominio de si mismo y descenso general del nivel de la personalidad.

TOXICOMANÍA Drogas de diferente procedencia y composición, que al ser ingeridas, inyectadas y fumadas, etc., aletargan, calman, excitan, animan al sistema nervioso o alteran la percepción, pero estimulan también su reiterada aplicación y en consecuencia el peligro de habitación.

EPILEPSIA: Comprende un conjunto de enfermedades con características comunes, no es un termino específico, sino genérico, abarca todos los trastornos del sistema nervioso central que originan accesos (ataques) convulsivos asociados a alteraciones de la conciencia. Se incluyen en el cuadro de alteraciones de la conducta y de la inteligencia y otros fenómenos.

NEOPLASIA CEREBRAL: Tumor que tiende a crecer, invadir y metastizar, por lo general tiene una forma irregular y esta compuesto de células poco diferenciadas, sino se trata acaba por provocar la muerte del paciente. El grado de malignidad de una neoplasia varía con el tipo de tumor y con el estado del paciente.

CONOCIMIENTO PSICOSOCIAL

COGNICIÓN SOCIAL La cognición social es la manera en la que interpretamos, analizamos recordamos y utilizamos información sobre el mundo real.

ACTITUD Lo más básico de este factor es que tendemos a evaluar multitud de aspectos del mundo social. “Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de estos objetos”. Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria.

Las actitudes son importantes por que influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos, estas a menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre los conceptos específicos, situaciones o acontecimientos Bem (1970), las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta, son muestra afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales, así las actitudes son nuestros sentimientos evaluadores(bueno/malo) hacia determinados blancos, son afectivas o emocionales. Esa cualidad afectiva o evaluativo es probablemente la característica más importante del concepto de actitudes. Las actitudes se refieren primordialmente hacia un blanco en particular.

ATRIBUCIÓN En general las personas no queremos simplemente saber como han actuado los demás; también queremos comprender por que lo han hecho así. El proceso mediante el cual buscamos esta información es conocido como atribución. La atribución se refiere a nuestros esfuerzos por conocer las causas subyacentes a la conducta de los demás, y en algunas ocasiones, también las subyacentes a nuestra conducta.

Debido a la complejidad de la atribución, se han propuesto muchas teorías para explicar su funcionamiento. Las teorías una influencia sobre las actitudes son:

De los actos a las tendencias: la conducta de los demás como indicativas de sus tendencias estables. La teoría de la inferencia correspondiente de Jones y Davis (1965) esta trata de cómo decidimos, basándonos en las acciones observables de los demás, que estos

poseen tendencias o disposiciones específicas que extrapolan de una situación a otra y que permanecen bastante estables a lo largo del tiempo.

La teoría de Kelley de las atribuciones causales: esta teoría dice que en nuestros intentos por responder al por qué sobre el comportamiento de los demás nos centramos en información relativa a tres dimensiones principales: el consenso que es el grado en el cual los demás reaccionan a algunos estímulos o hechos de la misma manera que la persona que nosotros estamos considerando.

Cuanta mayor gente reacciones de la misma manera, mayor consenso. En segundo lugar consideramos la consistencia que es el grado en el cual la persona en cuestión reacciona a estímulos o eventos de la misma manera que en otras ocasiones, que es, a través del tiempo. Y en tercer lugar examinamos la diferenciación que es el grado en el cual esta persona reacciona de la misma manera que otra, ante estímulos o eventos diferentes.

La teoría dice que atribuimos la conducta de los demás a causas internas en condiciones en las que el consenso y la diferenciación son bajos, pero la consistencia es alta. Por el contrario, es más probable que atribuyamos la conducta de otras personas a causas externas bajo condiciones en las que tanto el consenso como la consistencia y la diferenciación son elevadas. En definitiva, normalmente atribuimos la conducta de otras personas a una combinación de factores internos y externos en condiciones en las que el consenso es bajo, pero la consistencia y la diferenciación son elevadas.

La gente se forma atribuciones a fin de entender, predecir y controlar su mundo y lo más probable es que la gente se forme atribuciones acerca de acontecimientos inesperados o de fracasos. Las atribuciones, también se hacen para justificar nuestras acciones. La oportunidad de demostrar nuestra capacidad para predecir o controlar acontecimientos puede estimular las atribuciones, elevando también la propia imagen y sentirse mejor de sí mismos.

También tendemos a percibir las causas de los acontecimientos que beneficiaran o dañan a la gente, de manera que hagan al mundo menos amenazante para nosotros. Las tres dimensiones primarias a través de las cuales se han clasificado las atribuciones son:

Internalidad, estabilidad y contrabilidad. Las atribuciones acerca de las disposiciones personales fundamentales de las acciones intencionales (elegidas) dependerían de un análisis de los efectos y consecuencias del acto escogido, comparados con los efectos de la posible alternativa.

FORMACIÓN DE IMPRESIONES

De acuerdo con un modelo de formación de impresiones, nuestras impresiones iniciales sobre los demás principalmente consisten en ejemplos de conductas que han mostrado y que son indicativas de diversos rasgos. Sin embargo, cuando tenemos más experiencia con la gente, nuestras impresiones pasan a consistir principalmente en abstracciones o resúmenes mentales de sus conductas en muchas ocasiones. Esto es el proceso de formarse deducciones de la personalidad y carácter de otra persona, la formación de una impresión es un aspecto importante de la percepción social. Nuestras impresiones de las características y emociones de los demás son el principal objetivo.

El atractivo físico es importante en la formación de nuestras primeras impresiones de otra gente. Quizá sea verdad que posteriormente en el desarrollo de una relación una personalidad cálida asuma mayor importancia, pero al inicio, la belleza es muy notoria y poderosa.

El atractivo físico es muy importante no sólo para las relaciones de compromiso sino también en las etapas iniciales de formación de la impresión en otras circunstancias.

Cuando la información inicial, como las primeras impresiones de atractivo, tiene mayor efecto que la información posterior sobre la impresión total, ha ocurrido un efecto de primacía, en los cuales la información inicial tiene mayor efecto en la información posterior conforme la gente intenta integrar esta información posterior dentro de la estructura que se ha formado en base a las primeras impresiones. En la comprensión de la formación de impresiones, con frecuencia es instructivo tratar de entender cómo resulta la impresión final de una combinación de los elementos individuales de información.

FORMACIÓN DE ESQUEMAS

Los esquemas son marcos mentales que contienen información relevante de situaciones o acciones específicas, las cuales, una vez establecidas, nos ayudan a interpretar estas situaciones y lo que pasa en ellas.

Los esquemas de personas son marcos mentales que sugieren que ciertos rasgos y comportamientos van juntos y que los individuos que los adoptan representan un cierto tipo.

Los esquemas de rol contienen información acerca de cómo las personas generalmente actúan realizando roles específicos, y a que se parecen.

Un tercer tipo de esquema incluye marcos mentales relativos a situaciones específicas. Estos esquemas se refieren a actos o secuencias de actos, y son conocidos como guiones. Indican lo que se espera que pase en un determinado lugar.

Los esquemas están formados a través de la experiencia, y una vez desarrollados, ejercen fuertes efectos en muchos aspectos de la cognición social, incluyendo la atención, codificación y recuperación de la información social.

El esquema es un patrón de conducta organizado mentalmente que ayuda a un niño a escoger la información percibida.

Bem cree que los niños organizan información entorno del principio del sexo, porque notan que su sociedad define y clasifica a la gente de esa manera. Las niñas reciben juegos de té para sus cumpleaños y los niños trenes.

Así como los pequeños observan lo que los niños y las niñas se supone que sean y traigan, el esquema de sexo en la sociedad, construyen en autoconcepto que encaja en esquema.

En otras palabras, adoptan por sí mismos definiciones sociales de hombre o mujer. Puesto que el esquema del sexo está culturalmente determinado, Bem cree que es posible ayudar a los niños a sustituir otros esquemas. Uno es el esquema relativista cultural, la comprensión de que la gente en diferentes culturas tiene diferentes creencias y costumbres.

Ante la complejidad de la gran escala del medio y frente a la tarea de tratar de entenderlo, la gente desarrolla planos cognoscitivos. Un plano cognoscitivo esencialmente es una descripción mental del medio espacial, un tipo de esquema que capacita al individuo para describir y recordar un medio en particular en términos de sus características importantes o sobresalientes.

AUTO-PERCEPCIÓN

En esta los individuos conocen sus propias actitudes, emociones y otros estados internos, parcialmente al deducirlos de observaciones de su propia conducta evidente, de las circunstancias en las cuales ocurre esta conducta, o de ambos factores. Es decir, cuando se nos interroga por nuestras actitudes sobre un problema en particular, pensamos en nuestras

acciones voluntarias pasaras relativas a ese problema y deducimos nuestra actitud a partir de esa conducta.

PROCESOS GRUPALES

NORMALIZACIÓN Las normas sociales son reglas que indican como deben actuar los individuos en situaciones específicas. Existe las

Normas formales que son leyes escritas precisas y detalladas.

Normas informales (tacitas o implícitas) son reglas no escritas que nosotros obedecemos.

Las normas descriptivas son las que indican lo que hace la mayoría de la gente ante una situación dada. Influyen en el modote actuar, informándonos de cual es el comportamiento más efectivo o mejor adaptado en esa situación.

Las normas impuestas especifican lo que se debería de hacer, es decir, cual es el comportamiento adecuado y el inadecuado en una determinada situación.

Las normas son reglas, implícitas o explícitas, establecidas por los grupos para regular la conducta de sus miembros. Estas explican a los miembros del grupo como deben comportarse (normas prescriptitas) o como no comportarse (proscriptitas) en diversas situaciones. La mayoría de los grupos insisten en la adhesión de sus normas como un requisito básico para su pertenencia.

Todo grupo social posee normas, sin la cuales no sería posible su sobrevivencia. A través de la simple observación, podemos establecer que todos los grupos, sean pequeños o grandes, socio- grupos, todos poseen ciertas normas que gobiernan las líneas generales de conducta de sus miembros.

CONFLICTO

Son acciones tomadas por individuos para bloquear o interferir los intereses de los otros. El conflicto se define como la conducta resultante de dos percepciones: los intereses propios y los de otra persona son incompatibles y la otra persona va a interferir, o ha interferido, con los intereses de quien así lo percibe. Dicha percepción puede desembocar en actos agresivos, pero en otras situaciones pueden llevar a acciones que no son agresivas por naturaleza, como tratar de resolverlo mediante la negociación.

A pesar de las buenas intenciones de los que creen en la posibilidad de una sociedad ideal en al que todos cooperasen para el bien estar de todos, en la que no hubiese injusticias, en las que la guerra fuese una palabra ausente en los diccionarios, etc. Las personas tienden más a competir que a cooperar, por lo que el conflicto supone necesariamente interdependencia.

Los conflictos entre grupos surgen las amistades cohesivas y el sentido compartido de la realidad de los miembros de un grupo excluyente incluyen el que se etiquete a las demás personas como miembros de un grupo ajeno.

ROLES

Los roles son series de comportamientos que se espera que realicen los individuos que ocupan posiciones específicas dentro de un grupo. A veces los roles son asignados de un modo formal, en otros casos, los individuos adquieren gradualmente ciertos roles sin que les hayan sido asignados formalmente. Aunque los roles son adquiridos, la gente, a menudo los interioriza: vinculan sus roles a aspectos claves de su auto concepto y de sus auto percepciones. Cuando esto ocurre, un rol puede ejercer efectos profundos en el comportamiento de una persona, incluso cuando el sujeto interacciona con otras personas que no forman parte del grupo.

Los roles ayudan a dejar claras las responsabilidades y las obligaciones de las personas que pertenecen a un grupo. Además, proporcionan una forma importante mediante la cual los miembros del grupo comparten pensamientos y conductas. Sin embargo tienen, un aspecto negativo potencial. Los miembros de los grupos, a veces, experimentan el conflicto del rol, estrés que es consecuencia de la incompatibilidad entre dos roles del individuo.

SOCIALIZACIÓN

Recordemos que “la sociedad” humana es la red o entramado de interrelaciones e interacciones objetivas y subjetivas de un grupo humano amplio, como puede ser una región, una provincia, un país, y aún conglomerados más amplios, como cuando se habla de la “sociedad occidental” o la “sociedad industrial”. Sin embargo, como los seres humanos no nacemos “programados” en nuestro código genético para pertenecer a estas redes sociales, cada ser humano tiene que aprender, desde el momento de su nacimiento, a ser parte de su red de interrelaciones objetivas y subjetivas, es decir, de su sociedad.

De esta forma la socialización es el segundo de los procesos internos principales de todo sistema social; su comprensión es importantísima para todo educador por cuanto esta presente no sólo en su tarea de “socializador de las nuevas generaciones”, sino también es un proceso por el que deben pasar quienes se van a incorporar a la profesión de la enseñanza (lo mismo que a cualquiera otra práctica).

La socialización es el proceso social por el cual aprendemos a ser miembros de una comunidad humana y a interiorizar los valores y roles de la sociedad en que hemos nacido y habremos de vivir. Es decir, a través de la socialización aprendemos a vivir dentro de un grupo, a ser miembros competentes de la sociedad en que hemos nacido. Desde este punto de vista, la socialización es:

Proceso por el cual se logra que los individuos se ajusten al orden social (Es decir, asuman el orden social en que nacieron como propio).

En segundo lugar, la socialización es el proceso por el cual una sociedad se reproduce por sí misma en una nueva generación (reproducción cultural); es decir, mediante la socialización los valores y la tradición del pasado se continúan y perpetúan. Así, la socialización es lo que proporciona a la sociedad la continuidad en el tiempo.

En tercer lugar y como consecuencia de lo anterior, socializar algo pasa a ser el compartir ese algo con otros para que ellos lo interioricen y lo hagan parte de su ser (cultural).

Otra definición de socialización, que se ajusta mucho a nuestro modelo sistémico, al incorporar la interdependencia entre la socialización y la cultura, dice que:

“El proceso por el cual el individuo absorbe la cultura, se integra en la sociedad y conquista su propia personalidad, recibe el nombre de socialización. No hay que confundir este concepto con el de “sociabilidad”, que designa la inclinación y necesidad del hombre a asociarse con otros, y que sería la base psicológica del hecho de que el hombre viva en sociedad. La socialización supone la internalización o interiorización de los contenidos culturales de la sociedad en que nace y vive. Por ello, supone también la adaptación a la sociedad y a la cultura.”

SOCIALIZACIÓN Y EL SISTEMA SOCIAL

Desde un punto de vista sistémico, la socialización tiene un importantísimo papel en la reproducción del sistema, porque, como se ha explicado, mediante este proceso una

generación ya madura exterioriza y transmite sus valores normas, costumbres, etc. a la generación que lo reemplaza, permitiendo la autopoiesis del sistema social (la forma en que el sistema se reproduce por sí mismo, o por sus propios mecanismos); de allí la importancia de mirar detenidamente los mecanismos y formas en que se producen los procesos de socialización en todo sistema humano que uno desee intervenir—sea éste una organización funcional poblacional, una organización empresarial o de servicios, etc. Esto último es particularmente necesario cuando el profesional necesita cambiar la estructura de la organización social existente, potenciarla (darle más poder de acción), mejorarla, reformarla, o cualquiera otras forma de intervención importante.

AUSENCIA DE SOCIALIZACIÓN

El importante papel que juega el proceso de socialización en la vida individual y social queda mejor expuesto si examinamos qué es lo que sucede ante la ausencia de socialización en un individuo. El individuo que no ha pasado por el proceso de socialización, como podrá leer, carece de toda “ubicación” mental y psíquica con respecto al resto de seres humanos que le rodean, siendo incapaz de actuar igual que los demás miembros de la sociedad. Aquí queda de manifiesto la importancia que tienen los mecanismos por los cuales la sociedad como un todo actúa sobre el individuo, desde su más tierna infancia, en un doble proceso: por un lado el individuo que absorbe todo lo que sus sentidos perciben, organizándolo tanto en su nivel consciente como a un nivel intrapsíquico, aún no completamente entendido, y por otro lado, la sociedad como un todo, que le comunica simbolismos, valores, usos y costumbres para convertirlo en una más de sus miembros. Eso sí, ese proceso irá desde los seres más próximos, como los agentes más activos de la socialización, a los más lejanos.

Respecto de la no-socialización (los casos en que no ha habido socialización), podemos examinar varios ejemplos: Tenemos el caso de Víctor, el hombre salvaje de Aveyron, Francia, al que el médico francés Itard intentó educar y del que dejó una relación que es un modelo no superado de observación clínica.

Siendo incapaz de toda comunicación y actuando sólo bajo descargas emocionales, Víctor desarrolla poco a poco relaciones con su mentor, comprende cada vez mejor lo que sugieren sus gestos, y manifiesta sus deseos por medio de pantomimas muy expresivas. Tiende su escudilla o lleva a su guía hacia el cántaro para pedir de beber.

Tales pantomimas o lenguajes gestuales con un motivo específico y premeditado de influir en determinadas direcciones se encuentran claramente en el animal, en especial en el perro y el mono.

Es extremadamente instructivo ver fracasar completamente a Víctor, a pesar de la gran paciencia de su tutor, en la adquisición del lenguaje verbal; sólo añadirá a su grito gutural del principio un pequeño número de emisiones vocales, poco más numerosas que las del chimpancé de los Hayes, y proferidas en las mismas condiciones concretas de presencia del objeto.

LA SOCIALIZACIÓN Y LAS TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO

La socialización, como el estudio de un momento en la formación del ser humanos, para convertirse en un miembro pleno de su sociedad, esta estrechamente ligada al estudio de las etapas del desarrollo psicológico, motriz y cultural del niño. La psicología del desarrollo estudia los diferentes estadios o “momentos”, llamadas usualmente “etapas”, por las cuales el niño va desarrollando todo el potencial físico, psicológico e intelectual

de que dispone desde que nace. En cada etapa el niño logra desarrollar nuevas cualidades y aptitudes que a su vez le permiten llegar a la etapa superior o siguiente, hasta llegar a convertirse en una persona adulta, donde se espera que se comporte como una persona ya “madura”, término que vendría a significar el comportarse como un miembro pleno de la sociedad en que vive. Los nombres de Freud, Piaget y Erikson de la Psicología del desarrollo, se unen al de George H. Mead desde la sociología.

Como las teorías de Freud, Piaget y otros psicólogos son sobradamente conocidas y se encuentran en diversos libros en Teorías de la Educación, Desarrollo cognitivo y del niños, presentaremos un brevísimo resumen de las teorías de George H. Mead que describe la formación de la conciencia de sí mismo, incluyendo a los “otros” en el niño, la que esta tomada de una descripción que hace Anthony Giddens en su libro SOCIOLOGÍA, ya citado.

LA TEORÍA DE GEORGE H. MEAD.

La formación y la trayectoria intelectual de G. H. Mead (1863-1931) fue en muchos sentidos diferente a la de Freud. Mead era fundamentalmente filósofo, y pasó la mayor parte de su vida dando clases en la Universidad de Chicago. Escribió bastante poco, y la obra por la que es más conocido: *Mind, Self and Society* (1934) fue, de hecho, una recopilación que sus alumnos realizaron a partir de sus notas de clases y otras fuentes. Considerando que constituyen la base de una tradición general de pensamiento teórico, el interaccionismo simbólico, las ideas de Mead han tenido un enorme impacto en la sociología. Pero la obra de Mead aportó además una interpretación de las principales fases del desarrollo infantil, prestando particular atención al nacimiento de la noción de self (sí mismo).

Existen interesantes similitudes entre las visiones de Mead y las de Freud, aunque Mead ve la personalidad humana menos sometida a tensiones. Según Mead, los bebés y los niños pequeños empiezan a desarrollarse como seres sociales imitando las acciones de aquellos que les rodean. El juego es una de las formas que adoptan. En el juego, como se dijo, los niños pequeños imitan lo que los adultos hacen. Un niño hará pasteles de barro si ha visto cocinar a un adulto, o cavará con una cuchara después de ver a alguien cuidar el jardín. Los juegos de los niños evolucionan desde la mera imitación a otros juegos más complejos en los que un niño de cuatro o cinco años desempeña el papel de un adulto.

Mead llama a esto adoptar el papel del otro—aprender lo que significa estar en el pellejo de otro. Es en este estadio cuando los niños adquieren un sentido desarrollado de sí mismos (self). Se dan cuenta de que son agentes independientes—el “mi”—viéndose a través de los ojos de los demás (como si se vieran ante un espejo).

Según Mead, tenemos conciencia de uno mismo cuando aprendemos a distinguir el “mi” del “yo”. El “yo” es del bebé no socializado, una serie de necesidades y deseos espontáneos. El “mi”, según el empleo que Mead hace del término, es el yo social. Los individuos desarrollan la autoconciencia, dice Mead, al verse a sí mismos como los ven otros. Tanto Freud como Mead se concentran en el proceso por el cual el niño, cuando tiene alrededor de cinco años, se va convirtiendo en un agente autónomo, capaz de comprenderse a sí mismo y de desenvolverse fuera del contexto familiar inmediato. Para

Freud ello es fruto de la fase edípica, mientras que para Mead es el resultado de la capacidad para desarrollar la autoconciencia.

Un estadio posterior del desarrollo infantil, según Mead, aparece cuando el niño tiene ocho o nueve años. Es la edad en la que los niños empiezan a participar en juegos organizados, abandonando el “juego” asistemático. Es entonces cuando el niño empieza a comprender los valores y la moralidad por los que se rige la vida social. Para aprender los juegos organizados uno debe entender las reglas del juego, así como las nociones de justicia y de participación equitativa. En este período el niño aprende a captar lo que Mead llama el otro generalizado—los valores y las reglas morales reinantes en la cultura en la cual se está desarrollando. Este período es algo posterior para Mead que para Freud, pero, una vez más, existen claras similitudes en sus ideas sobre este punto.

Las ideas de Mead son menos controvertidas que las de Freud. No contienen ideas tan chocantes, y no dependen de la teoría de un sustrato inconsciente de la personalidad. La teoría del desarrollo de la autoconciencia de Mead ha sido, merecidamente, enormemente influyente. Por otro lado, las ideas de Mead nunca se publicaron de un modo integrado, y resultan útiles como visiones sugerentes, más que aportar una interpretación general del desarrollo infantil.

¿CUÁNTO DURA LA SOCIALIZACIÓN? Dura toda la vida, pero es más fuerte durante la niñez y la adolescencia, porque se aprenden diferentes habilidades físicas, cognitivas y psicológicas que conforman la personalidad individual, pero que contienen innumerables características (culturales y de expresividad emocional) similares a los demás miembros de su comunidad social. La gente continúa socializándose toda la vida, pero en forma decreciente en cuanto a la intensidad con que se asimila información del entorno.

¿QUÉ SE FORMA DURANTE LA SOCIALIZACIÓN? Se forma todo un complejo de destrezas, cualidades, capacidades y habilidades necesarias para vivir en sociedad, en donde podemos mencionar:

- El lenguaje de su grupo social
- La Cultura
- Normas y valores
- Conciencia de su posición social y de la de los “otros”
- Habilidades para convivir e interrelacionarse con esos “otros”
- Una actitud creativa o repetitiva frente al conocimiento
- Aprender a aprender
- Desarrollo físico
- Grado de uso de su voluntad y capacidad de logro
- Confianza en sí mismo (autonomía y voluntad)
- Otras aptitudes, habilidades y conocimientos

LOS “AGENTES” DE LA SOCIALIZACIÓN

La socialización se realiza a través de ciertos entes de la sociedad que llamamos “agentes” de la socialización porque permiten que ésta tenga lugar. Los agentes de socialización por excelencia son:

La familia, como el primer medio que actúa como socializador, acompañando al individuo por un largo período de su vida;

El “grupo de pares”, es decir, el grupo de amigos y de iguales con que un niño o joven comparte cotidianamente, el que no sólo le permite poner en práctica los aprendidos con

los otros agentes socializadores sobre cómo mantenerse en inter relación o intercomunicación con otros, sino que también le comunica normas, valores y formas de actuar en el mundo.

La escuela, que se constituye en un importantísimo formador/socializador, afectando también a todos los aspectos susceptibles de ser socializados en un individuo (y que en el sistema educador chileno puede durar 12 o más años de vida);

Los medios de comunicación (de masas, electrónicos e informáticos), los que transmite conocimientos a la vez que son muy potentes en reforzar los valores y normas de acción social aprendidos con los otros agentes socializadores.

El conjunto Deportes/Arte/Religión, los que pueden o no estar presentes, todos o algunos de ellos en la socialización del niño y el joven.

El deporte socializa desarrollando la competitividad, espíritu de sacrificio, la voluntad, habilidad para organizar y coordinar grupos humanos, además de contribuir grandemente al desarrollo físico y psíquico del individuo.

El Arte socializa desarrollando la creatividad, la percepción y el conocimiento del mundo interior y exterior del individuo, la expresividad ante los demás. Es un profundo error de padres y profesores creer que el niño que aprende y practica alguna disciplina artística seriamente le servirán sólo para convertirse en un “artista”; en realidad ese niño está desarrollando su creatividad y demás características sociales y de personalidad ya indicados, los que le servirán en cualquier actividad que desempeñe en su vida, ya sea que se convierta en un mecánico, carpintero, herrero, médico, arquitecto, ingeniero, etc., porque será un individuo potencialmente más creativo, perceptivo y comunicativo que muchos otros.

La religión (cuando no es sectaria, fundamentalista, aislacionista) desarrolla valores ante la vida, usualmente legitimando la cultura y visión de mundo de la sociedad; con sus actividades contribuye a desarrollar aptitudes de convivencia con otros.

LIDERAZGO

El liderazgo es el proceso por el cual un miembro del grupo (líder) influye en los otros miembros hacia la obtención de metas grupales compartidas.

La teoría del liderazgo del gran hombre dice que los grandes líderes poseen rasgos esenciales que los distinguen de otros seres humanos; más aún esos rasgos permanecen estables con el paso del tiempo y entre culturas, de modo que un gran líder sería grande en cualquier momento y en cualquier lugar.

RASGOS ASOCIADOS CON EL LIDERAZGO:

MOTIVACIÓN: deseo de logro, ambición, alta energía, tenacidad, iniciativa.

HONESTIDAD E INTEGRIDAD: es digno de confianza, es abierto.

MOTIVACIÓN DE LIDERAZGO: deseo de ejercer influencia en los demás para alcanzar metas compartidas.

CONFIANZA EN SÍ MISMO: confía en sus propias capacidades.

CAPACIDAD COGNOSCITIVA: inteligencia, capacidad para integrar e interpretar grandes cantidades de información.

EXPERIENCIA: conocimiento de las actividades del grupo, conocimiento de las materias técnicas relevantes.

CREATIVIDAD: originalidad.

FLEXIBILIDAD: capacidad para adaptarse a las necesidades de los seguidores y a los requisitos cambiantes de la situación.

TEORÍAS DE LA EFECTIVIDAD DEL LÍDER

TEORÍA NORMATIVA

Los líderes pueden adoptar diferentes aproximaciones para tomar decisiones, que van del estilo autocrático, en que simplemente toman las decisiones sin consultar a sus seguidores, a un estilo de decisión grupal, en que los líderes y seguidores toman la decisión mediante una decisión grupal y consenso.

TEORÍA SITUACIONAL DE LIDERAZGO

Indica que a medida que los seguidores van ganando experiencia, los líderes deben cambiar de un estilo de liderazgo directivo a uno no directivo.

Los líderes carismáticos ejercen profundos efectos sobre sus seguidores y establecen con ellos tipos especiales de relaciones. Poseen visión, una imagen emotiva de lo que su nación, grupo u organización podría y debería hacer.

IDENTIDAD, TEORÍAS Y ENFOQUES

ESTEREOTIPOS: creencias de que todos los miembros de determinados grupos sociales comparten ciertos rasgos o características, los estereotipos son marcos cognoscitivos que influyen intensamente en el procesamiento de la información social.

Cuando los estereotipos operan pueden llevar a los evaluadores a asignar calificaciones menores a los miembros de los grupos estereotipados (raciales, étnicos, religiosos e incluso para ocupaciones o profesiones, de edad y de género).

PREJUICIO: son actitudes negativas hacia los miembros de un grupo social específico basadas únicamente en su pertenencia a dicho grupo.

Orígenes del prejuicio (cuatro diferentes perspectivas).

1. Teoría realista del conflicto: según ésta el prejuicio surge de la competencia entre los grupos sociales por bienes u oportunidades valorada, sugiere además que si dicha competencia persiste, los miembros del grupo involucrados llegarán a verse de manera cada vez más negativa. Etiquetan a las personas del otro grupo como enemigos, consideran a su propio grupo como moralmente superior y definen los límites entre ellos y sus oponentes de manera más firme.

2. La categorización social en ésta usualmente se asignan sentimientos y creencias muy diferentes a los miembros del propio grupo, y a los de los otros grupos. A la gente de la primera categoría (nosotros) se le ve en términos muy favorables, mientras que a las personas de la segunda categoría (ellos) se les percibe de manera negativa. Se asume que los miembros de los otros grupos poseen rasgos indeseables, se percibe que todos son iguales en mayor medida de lo que sucede con los miembros del otro grupo y a menudo se experimenta un fuerte disgusto hacia ellos. Dadas esas tendencias, la categorización del mundo social en endo-grupo y exo-grupo puede ser una base importante del prejuicio.

3. El papel del aprendizaje social: ésta perspectiva sobre el origen del prejuicio comienza con el hecho obvio de que los infantes no muestran esas reacciones. Esto sugiere que, conforme van creciendo los niños adquieren las reacciones negativas hacia los demás por medio del proceso de aprendizaje social. Los prejuicios surgen de experiencias en que los niños escuchan u observan a sus padres, amigos, maestros y otras personas expresar opiniones prejuiciadas; o porque son directamente reforzados con alabanzas y aprobación al adoptar tales opiniones.

4. Fuentes cognoscitivas del prejuicio: el prejuicio surge al menos en parte de ciertos aspectos básicos del propio pensamiento social, de las formas básicas en que pensamos acerca de los demás y en que procesamos la información social.

DISCRIMINACIÓN Son conductas negativas dirigidas hacia las personas objeto de prejuicios raciales, étnicos o religiosos.

Discriminación inversa: tendencia a evaluar o tratar de un modo más favorable a personas pertenecientes a ciertos grupos (especialmente aquellos que son objetos de prejuicios raciales o étnicos) que a las de otros grupos.

IDENTIDAD SOCIAL. La definición de quien es una persona incluye atributos personales (autoconcepto) en relación a miembros de otro grupo.

Desarrollamos una identidad social, una definición de nuestro self, que incluye como nos conceptualizamos y como nos evaluamos. Para cada persona esta identidad incluye aspectos únicos tales como el nombre o el autoconcepto, y aspectos que se comparten con los demás. Las categorías familiares engloban el género de uno y las relaciones que se pueden establecer, profesión o pasatiempo, afiliación política o ideológica, atributos que algunas personas estiman con desagrado y la etnia o religión.

Estas categorías están vinculadas estrechamente a nuestro mundo interpersonal, y nos indican como nos parecemos o distinguimos de los demás individuos. Cuando el contexto social de una persona cambia, deforma su identidad social, que requiere algún nivel de repetición

AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

La actitud más importante que una persona puede adoptar, es su actitud respecto a así misma, una evaluación que nosotros denominamos autoestima, ésta puede ser positiva o negativa. Una persona con una elevada autoestima se percibe a sí misma como mejor, más capaz, y de más valía, que una persona con una baja autoestima. Las autoevaluaciones están basadas en parte en las opiniones de los demás y en parte en como percibimos ciertas experiencias

Autoconcepto: la identidad de una persona incluye un esquema que consiste en una colección organizada de creencias y sentimientos de uno mismo. El esquema del autoconcepto incluye toda la información y sentimientos relevantes de nuestro pasado, presente y futuro self. Incluso nuestras posesiones se incorporan a la información relevante del self.

Componentes del autoconcepto: atributos interpersonales, características adscritas, intereses y actividades, aspectos existenciales, autodeterminación, creencias interiorizadas, conciencia del self, diferenciación social.

INFLUENCIA Y CAMBIO SOCIAL

Influencia social: esfuerzos de uno o más individuos para cambiar las actitudes, creencias, percepciones o comportamientos de otros.

Influencia social normativa: influencia social basada en el deseo de los individuos de gustar y de ser aceptado por los demás.

Influencia social basada en la información: influencia social basada en el deseo de los individuos de ser correctos (esto es, de tener percepciones exactas del mundo social).

PERSUASIÓN Es el proceso por el cual una o más personas intentan alterar las actitudes de otras personas. La aproximación tradicional: en la mayoría de los casos los esfuerzos de persuasión incluyen los siguientes elementos básicos. Alguna fuente dirige cierto tipo de mensaje, o comunicación, a alguna audiencia u objetivo

La aproximación cognoscitiva de la persuasión: esta perspectiva pretende comprender lo que piensa la gente cuando es expuesta a los recursos de persuasión y la forma en que esos pensamientos y procesos cognoscitivos determinan si ocurrirá el cambio de actitud y en que medida.

Modelo de elaboración probabilística de la persuasión: de acuerdo con este modelo cuando los individuos reciben un mensaje persuasivo piensan en él, en los argumentos que presenta y en los argumentos que no presenta. Son estos pensamientos, y no el mensaje en sí, los que luego conducen al cambio de actitud o la resistencia. Esta teoría sugiere que existen dos rutas distintas a la persuasión que implican cantidades diferentes de elaboración cognoscitiva al mensaje persuasivo

Ruta central a la persuasión: cambio de actitudes que resulta del procesamiento sistemático de la información contenida en los mensajes persuasivos.

Ruta periférica a la persuasión: cambio de actitudes que resulta de señales persuasivas periféricas, información concerniente a la experiencia, el estatus o el atractivo de los persuasores.

FORMACIÓN Y CAMBIO DE ACTITUDES Y OPINIONES

Las actitudes se forman mediante los procesos básicos del aprendizaje que a menudo provienen del condicionamiento operante, cuando somos reforzados por nuestros padres, maestros o amigos por expresar las opiniones correctas, es decir, las que ellos sostienen. Las actitudes también se derivan del aprendizaje por observación, a lo largo de la vida tendemos a emular las opiniones y preferencias expresadas por la gente que nos gusta o a la que respetamos al ser simplemente expuestos a esas opiniones. Incluso el condicionamiento clásico puede ser especialmente influyente al moldear el aspecto emocional o afectivo de las actitudes.

Cualquiera que sea su origen preciso, las actitudes son un aspecto importante del pensamiento social.

Cambio de actitudes: cambiamos de actitudes de acuerdo a la disonancia cognoscitiva que se refiere al estado displacentero que experimentamos en ciertas situaciones, incomodidad que surge de la discrepancia evidente entre nuestras actitudes y nuestras acciones o entre dos actitudes que sostenemos.

La teoría sostiene que esa disonancia es un estado motivacional: la gente que lo experimenta desea reducirlo. Para cumplir esa meta existen varias posibilidades como minimizar la importancia de la inconciencia en cuestión y la otra es que las personas experimentan disonancia porque han dicho o hecho algo inconsistente con sus actitudes pueden experimentar un cambio en las mismas, por que eso les ayuda a reducir la disonancia.

Efecto de menos lleva a más: el hecho de que las recompensas apenas suficientes para inducir a los individuos a declarar posiciones contrarias a sus propias opiniones a menudo genera un cambio de actitud mayor que las recompensas más grandes.

CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS EN DESARROLLO

DESARROLLO DE LOS PROCESOS BÁSICOS

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DESARROLLO

El desarrollo comienza con la concepción y se prolonga durante toda la vida de manera arbitraria, a veces la dividimos en etapas para contar con puntos de referencia. Todo ser humano se desarrolla en forma única en el seno de su contexto o de su ambiente.

Etapas psicosociales de Erikson

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson hace un seguimiento de la personalidad a través de la vida, enfatizando las influencias sociales sobre el yo. Erikson utilizó su amplia experiencia para desarrollar una teoría que fue más allá que la de Freud. La preocupación principal de Erikson es, si la sociedad moldea el desarrollo de los seres humanos.

Erick Erikson modificó la teoría de Freud debido en parte a la gran cantidad de experiencias personales y profesionales que tuvo. Al tiempo que amplía el concepto freudiano del yo, Erikson hace énfasis en la influencia de la sociedad sobre la personalidad en desarrollo.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson hace un seguimiento de la personalidad a través de la vida, enfatizando las influencias sociales y culturales sobre el yo en cada uno de los ocho períodos (1950). Cada etapa del desarrollo gira en torno a una "crisis" en la personalidad que involucra un conflicto mayor diferente. Cada crisis es un punto crucial relacionado con un aspecto de importancia a lo largo de la vida. Las crisis surgen de acuerdo con el nivel de maduración de una persona en un momento determinado. Si la persona se ajusta a las exigencias de cada crisis, el yo se desarrollará a las siguientes si una crisis no es resuelta satisfactoriamente, la persona continuará luchando con ella y ésta interferirá con el desarrollo saludable del yo.

La solución exitosa de cada una de las ocho crisis necesita un equilibrio entre un rasgo positivo y uno negativo correspondientes. Aunque la cualidad positiva debería predominar también se necesita cierto grado negativo. El resultado exitoso de cada crisis incluye el desarrollo de una "virtud" en particular.

La preocupación principal de Erikson es el crecimiento de si la sociedad, en lugar de la biología, moldea su desarrollo. En cada una de las ocho etapas, sucede una crisis que influye lo del yo. Cada crisis puede tener una solución buena o mala, de la capacidad de la persona para romper el equilibrio saludable opuesto. La solución no satisfactoria de una crisis puede interferir con el progreso de la siguiente etapa. Las dos primeras crisis que plantea Erikson ocurren alrededor de las mismas edades de las etapas oral y anal de Freud.

Etapas psicosociales de Erikson:

CONFIANZA BÁSICA VERSUS DESCONFIANZA BÁSICA (DEL NACIMIENTO A LOS 12-18 MESES)

El bebé desarrolla el sentido de si puede confiar en el mundo. Virtud: la esperanza.

En la primera crisis de Erikson, confianza básica versus desconfianza básica, los bebés desarrollan un sentido de qué tan confiables son las personas y los objetos en su mundo. Necesitan desarrollar el equilibrio justo entre la confianza (que les permite crear relaciones íntimas) y la desconfianza (que les permite protegerse a sí mismos).

Si las escalas pesan más del lado de la confianza -lo que es favorable según Erikson- los niños desarrollan lo que él llama la virtud de la esperanza: la creencia de que pueden satisfacer sus necesidades y obtener sus deseos. Si predomina la desconfianza, los niños verán el mundo como hostil e impredecible y tendrán problemas al establecer relaciones íntimas.

Erikson enfatiza la situación de la alimentación como un escenario en el que la madre establece la mezcla correcta de confianza y desconfianza. A diferencia de Freud, que estaba interesado en la gratificación oral -el acto de alimentarse por sí sólo- Erikson se interesa en las interacciones entre madre e hijo en cuanto a la alimentación. ¿Responde la madre lo suficientemente rápido?, ¿puede el bebé contar con su alimento cuando tiene hambre y, por ende, confía en su madre como un representante del mundo? La confianza permite que un infante deje a su madre fuera de vista, debido a que "ella se ha vuelto un hecho interior seguro, así como uno exterior predecible. "

AUTONOMÍA VERSUS VERGÜENZA Y DUDA (DE LOS 18 MESES A LOS 3 AÑOS)

El niño desarrolla un equilibrio de independencia sobre la duda y la pena. Virtud: el deseo.

En esta crisis, los niños necesitan lograr el equilibrio justo entre la autonomía o y el control externo. Necesitan aprender lo que pueden y deben hacer, lo que es seguro de hacer, y qué clase de guía necesitan aún de sus padres. La virtud de la voluntad surge de esta etapa: los niños aprenden a hacer sus propias escogencias y decisiones, a ejercitar la autorrestricción y seguir sus propios intereses.

La maduración juega un papel importante a medida que los niños utilizan los músculos para hacer cosas por sí mismos, caminar, alimentarse y vestirse solos y ejercer autocontrol. El "convenio para estar de acuerdo" con la madre, lo cual caracterizó la temprano atmósfera de la confianza mutua debe quebrantarse a medida que los niños sustituyen cada vez más el juicio de los adultos por el propio.

Para lograr autonomía, necesitan suficiente control y guía por parte de los adultos.

Demasiada o muy poca ayuda puede volverlos compulsivos al controlarse a sí mismos.

El miedo de perder el autocontrol puede inhibir la autoexpresión, crearles la duda con respecto a sí mismos, avergonzarlos y sufrir de pérdida de la autoestima.

El entrenamiento para ir al baño es un logro importante en el aprendizaje de control y de autodeterminación; así mismo lo es el lenguaje: a medida que los niños aprenden a expresar sus deseos, se vuelven más capaces e independientes. Entre tanto, los padres proporcionan un refugio seguro el cual los niños pueden salir y descubrir el mundo y al que pueden regresar con frecuencia para encontrar apoyo.

Los "terribles dos años" son una manifestación de esta necesidad de autonomía. Es normal el cambio de un niño dependiente y en gran parte dócil, a uno de dos años resuelto y algunas veces de temperamento fuerte. Los niños que empiezan a caminar deben probar nuevas nociones: que son individuos, que tienen una medida de control sobre su mundo y que poseen capacidades cada vez mayores. No contentos con permitir a alguien decidir lo que deberían hacer en un momento específico, exponen sus propias ideas y descubren preferencias. Su forma favorita de probarlas parece ser gritar "no" en cada oportunidad; esta conducta se conoce con frecuencia como negativismo.

INICIATIVA VERSUS CULPABILIDAD (DE LOS 3 A LOS 6 AÑOS)

El niño desarrolla la iniciativa al intentar cosas nuevas y no se deja abatir por el fracaso. Virtud: el propósito.

Erikson aceptó el concepto del superyó de Freud y sus orígenes edípicos, pero continúa creyendo que los asuntos sociales son más importantes que los sexuales para afectar la vida de la persona. La tercera crisis de Erikson es la iniciativa versus la culpabilidad, el conflicto entre el sentido de propósito, el cual le permite a un niño planear y llevar a cabo actividades, y las restricciones morales que éste puede tener sobre tales planes.

Esta crisis marca una división entre la parte de la personalidad que permanece niño, lleno de alegría y de deseo de probar cosas nuevas y ensayar nuevos poderes y la parte que se está volviendo -adulto-, que examina en forma constante la conveniencia de motivos y acciones. Los niños que aprenden a regular estos propósitos conflictivos desarrollan la virtud de propósito, el valor de prever y perseguir metas, sin estar inhibidos por la culpa o el miedo al castigo (Erikson, 1964).

Si esta crisis no se resuelve por completo, los niños se pueden desarrollar como adultos que sufren de enfermedades psicosomáticas, inhibición o incapacidad como adultos que compensan su actitud con la ostentación o que se exigen mucho a sí mismos, son intolerantes, ocupados más en impulsos prohibitivos (los suyos y los de los demás) que en disfrutar de la espontaneidad.

Los padres pueden ayudar a sus hijos a hacer un balance favorable entre un sentido de iniciativa que puede llevarlos a exagerar las cosas nuevas y una tendencia a volverse reprimidos y culpables. Pueden hacer esto dando a los niños oportunidades de hacer las cosas a su modo, mientras los respaldan con guía y límites firmes, de manera que lleguen a ser personas responsables y a disfrutar de la vida.

DESTREZA VERSUS INFERIORIDAD (DE LOS 6 AÑOS A LA PUBERTAD)

El niño debe aprender destrezas de la cultura o enfrentar sentimientos de inferioridad. Virtud: la habilidad.

Erikson, también, ve la infancia intermedia como un tiempo de relativa calma emocional, en la que los niños pueden asistir al colegio y aprender las habilidades que su medio cultural exige. La crisis característica de este período es la de laboriosidad versus inferioridad, el punto por resolver es la capacidad del niño para el trabajo productivo. Los niños en todas las culturas tienen que aprender las habilidades que necesitan para sobrevivir; la especificación depende de lo que es importante en una sociedad.

Estos esfuerzos por lograr habilidad pueden ayudar a los niños a formarse un concepto positivo de sí mismos. La "virtud" que se desarrolla con la exitosa solución de esta crisis es la competencia, una visión del yo como capaz de dominar y dar culminación a las tareas. Al comparar los niños sus propias habilidades con las de sus compañeros se forman un juicio de quiénes son. Si se sienten incapaces en comparación, pueden regresar a "la rivalidad de los tiempos edípicos en que estaban más aislados y eran menos conscientes de las herramientas". Si por el contrario, se vuelven demasiado laboriosos, pueden descuidar sus relaciones con las otras personas y convertirse en adultos.

IDENTIDAD VERSUS CONFUSIÓN DE IDENTIDAD (DE LA PUBERTAD A LA TEMPRANA EDAD ADULTA)

El adolescente debe determinar su propio sentido del yo. Virtud: la fidelidad.

De acuerdo con Erikson (1968), la tarea principal de la adolescencia es resolver el conflicto de identidad versus confusión de identidad - para llegar a ser un adulto único con un papel importante en la vida -. Para formar una identidad, el yo organiza las habilidades,

las necesidades y los deseos de la persona y ayuda adaptarlos a las demandas de la sociedad. La búsqueda de la identidad viene a enfocarse durante la adolescencia y persiste a través de la vida, aunque es más insistente en algunas épocas que en otras.

Con base en su propia vida y su investigación con adolescentes en varias sociedades., Erikson concluyó que el aspecto crucial de la búsqueda de la identidad es decidir una carrera. El crecimiento físico rápido y la madurez genital nueva alertan a los jóvenes para su inminente vida adulta, y comienzan a preguntarse acerca de su papel en la sociedad adulta.

Erikson ve el peligro principal de esta etapa como una confusión de identidad o confusión de papel, que puede expresarse a sí mismo por tomar un tiempo excesivamente largo para alcanzar la vida adulta. Cierta cantidad de confusión de identidad es normal, sin embargo, y explica la naturaleza caótica de la conducta de muchos adolescentes, como también su penosa timidez por su apariencia.

De acuerdo con Erikson, la exclusividad de adolescentes y la intolerancia de diferencias son defensas en contra de la confusión de identidad. Los adolescentes también pueden expresar confusión regresando a la niñez para evitar resolver conflictos o comprometiéndose ellos mismos impulsivamente en rumbos de acción malos e irreflexivos. Durante la moratoria psicosocial (Erikson, 1950, pág. 262) - período de "tiempo libre" de que disponen la adolescencia y la juventud. Muy a menudo tales compromisos juveniles darán forma a la vida de una persona por muchos años venideros. Estos compromisos son a un mismo tiempo ideológicos y personales y, en la medida en que la gente joven pueda ser fiel a ello, determina su habilidad para resolver la crisis de esta etapa.

La "virtud" fundamental que surge de esta crisis de identidad es la virtud de la fidelidad. Implica un sentido de pertenencia a un ser amado, o a un amigo y compañeros. También, implica identificarse con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento, o un grupo étnico. La autoidentificación emerge porque el individuo ha seleccionado las personas y los valores que considera justa antes que aceptar los de sus padres.

La fidelidad ahora representa un sentido más desarrollado de confianza de la que fue en la niñez. El amor, en realidad, es una vía hacia la identidad en el esquema de Erikson. Al llegar a ser íntimo con otra persona y compartir los pensamientos y los sentimientos, el adolescente ofrece su propia tentativa de identidad, la ve reflejada en el amado. Las intimidades de los adolescentes difieren de la intimidad madura, la cual implica compromiso y sacrificio.

INTIMIDAD VERSUS AISLAMIENTO (TEMPRANA EDAD ADULTA)

La persona busca comprometerse con otras; si fracasa puede sufrir un sentimiento de aislamiento y de absorción de sí misma. Virtud: el amor.

Productividad versus estancamiento (edad adulta intermedia)

El adulto maduro se preocupa por consolidar y guiar a la siguiente generación o de lo contrario siente empobrecimiento personal. Virtud: el cuidado.

Integridad versus desesperanza (vejez)

La persona de edad avanzada logra un sentido de aceptación de su propia vida, bien sea aceptando de su propia vida, bien sea aceptando la muerte o, por el contrario, cayendo en la desesperanza. Virtud: la sabiduría.

DETERMINANTES DEL DESARROLLO

HERENCIA Puede dividirse en dos áreas, lo que heredamos como especie, es decir, lo que todos los seres humanos tenemos en común (herencia de especie), y lo que nos distingue a una persona de la otra, o sea las combinaciones específicas y únicas que hereda cada uno (herencia individual)

AMBIENTE también se puede dividir en dos áreas, en lo que todos experimentamos necesariamente (de la especie) lo que nos diferencia de los demás (el individuo)

BIOLÓGICO El ciclo vital humano está dividido en:

Periodo prenatal ____ Infancia ____ Comienzo a caminar ____ Periodo preescolar ____ Niñez media ____ Adolescencia ____ Juventud o adultez media ____ Vejez o adultez tardía

PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS BÁSICOS

CONDUCTUAL: Se enfoca a lo cualitativo y observable

COGNOSCITIVO: Utiliza analogías y metáforas cuando intenta describir lo que hay dentro del cerebro en particular la analogía computacional y considera a las personas como procesadores de información.

PSICODINÁMICO: Se basa en la teoría psicoanalítica de Freud, se basa en el inconsciente, la sexualidad infantil y el impacto de las experiencias en los primeros años.

HUMANISTA: Cree en el libre albedrío adopta una postura fenomenológica y resalta los aspectos positivos de la personalidad humana.

ETAPAS DEL DESARROLLO Y CICLO VITAL

DESARROLLO DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS EN:

INFANCIA

Los recién nacidos ejercen cierto control sobre los movimientos oculares y pueden seguir un objeto con la vista, son selectivos en lo que miran, pueden imitar expresiones faciales, en los primeros meses de vida mejoran las capacidades visuales, mejoran la capacidad de enfocar, la agudeza visual y la discriminación de los colores, la visión binocular tarda unos cuatro meses en desarrollarse, pero los niños pueden servirse de las señales espaciales para reaccionar de forma defensiva. La agudeza auditiva mejora en los primeros seis meses, el gusto y el olfato funcionan por completo al nacer, los sentidos están integrados al momento de nacer. El desarrollo cognoscitivo designa el crecimiento y el perfeccionamiento de los procesos intelectuales.

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Las características biológicas son un notable aumento del ritmo de crecimiento, el desarrollo acelerado de los órganos reproductores y las apariciones de las características sexuales secundarias. La mayoría de los adolescentes alcanza el nivel del pensamiento operacional formal, que es abstracto, especulativo e independiente del entorno y las circunstancias inmediatas. Al igual que la capacidad para planear y prever las cosas

La mayoría, alcanza el máximo nivel de vitalidad, fuerza y resistencia, la fuerza, las habilidades motoras, y la coordinación sensoria motora son bonísimas entre los 25 y 30 años, el deterioro de las capacidades, habilidades en situaciones de emergencia es más notorias la inteligencia sigue aumentando hasta los 45 años.

De entre las múltiples definiciones de adolescencia, en este seminario consideramos las siguientes:

Edad de transición que sucede en la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. (Diccionario de la Real Academia Española, 1992).

Este es el período crítico para socializarse y desarrollar la moralidad. El inicio de la fuerza sexual en la adolescencia se acompaña del florecimiento de la imaginación que estimula el desarrollo moral y social y la formación de la conciencia e independencia. Cueli, J. (1999). Teorías de la personalidad, Editorial Trillas (Rousseau, J).

Este periodo va de los 15 a los 17 años aproximadamente, es decir, es la época de la preparatoria. La zona corporal predominante es completamente general. El sistema del Self está confuso, pero continua estabilizándose. Sus experiencias cognitivas son sintácticas, extraordinariamente orientadas hacia aspectos sexuales. Las relaciones interpersonales características son extraordinariamente lujuriosas; sus necesidades sociales son de dos tipos: eróticas hacia el sexo opuesto, y de intimidad hacia un compañero del mismo sexo que, en caso de confusión, puede llevar a la homosexualidad; sus relaciones son altamente independientes. Cueli, J. (1999). Teorías de la personalidad, Editorial Trillas (Sullivan).

Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural. (Diccionario de Psicología, Merani, 1982).

Es un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas. (Diccionario de la Psicología Evolutiva y de la Educación, Harré y Lamb, 1990)

La adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completamente; las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces el doble del que correspondería y aun más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes.” Stanley Hall

La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia.” Shopen

Es preciso establecer distinción neta entre pubertad y adolescencia. La pubertad se refiere esencialmente a la maduración física de los órganos sexuales. La adolescencia alude al proceso total de crecimiento.” Bernard

El período de la vida que coincide en el despertar del sexo, fenómeno que domina la pubertad. Esto es, para los organismos femeninos y masculinos teniendo en cuenta cierta oscilación en el tiempo, una fase de crisis orgánica y afectiva de efervescencia, en la cual las interferencias hormonales, las modifica de la tendencia que suscitan reacciones a veces muy vivas y sorprendentes. Henry Pieron

La palabra adolescente tiene una connotación tanto biológica como psicológica, en el primer sentido la adolescencia designa el período de crecimiento corporal que se extiende desde la pubertad hasta la adquisición de la madurez fisiológica. El desarrollo psicológico se refiere a la evolución de la conducta desde la pubertad hasta la edad adulta. Paul Swartz

Además, se considera necesario definir los siguientes conceptos:

Extroversión: proceso psíquico que lleva al adolescente a interesarse por la realidad externa, que se traduce en un juicio objetivo e interés por establecer relaciones desinteresadas con el resto.

Crisis juvenil: corta fase pospuberal de activación entre los 15 y 16 años (para las muchachas) y los 16 y 17 años (para los chicos). Esta crisis presenta rasgos parecidos a las de las fases emocionales anteriores (primera y segunda edad de la obstinación, primer y segundo cambio configuracional, edad de la locuacidad), como son la inquietud motora, mayor afectividad, labilidad, y tendencia a la disociación (Remplein, 1971).

Identificación sexual: proceso de aceptación del sexo como parte de la identidad personal. Involucra asumir roles, actitudes, motivaciones y conductas propias del género. Para este proceso resulta muy importante que la identidad asumida sea confirmada por otras personas.

FASES DE LA ADOLESCENCIA

El pasaje a través del periodo adolescente es un tanto desordenado y nunca en una línea recta. La obtención de las metas en la vida mental que caracterizan las diferentes fases de la adolescencia son contradictorias en su dirección y además cualitativamente heterogéneas. Hay mecanismos adaptativos y defensivos entrelazados, y la duración de cada una de las fases no pueden fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica. Hay una elasticidad del movimiento psicológico, que subraya la diversidad del periodo adolescente, sin embargo debe haber una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico y puede describirse en términos de fases más o menos distintas.

Las distintas etapas pueden pasar de manera rápida o lenta, pero su elaboración por el proceso de diferenciación del desarrollo a lo largo de un determinado periodo de tiempo, resulta en una estructura compleja de la personalidad; un pasaje un tanto tormentoso a través de la adolescencia habitualmente produce una huella en el adulto que se describe como primitivización. No se deben confundir con maduración; son evidencias de grados de complejidad y diferenciación. Por medio de este proceso de integración se preserva la continuidad en la experiencia del Yo que facilita la emergencia de una sensación de estabilidad en el ser o sentido de identidad.

EL PERIODO DE LATENCIA, INTRODUCCIÓN

El periodo de latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. El término periodo de latencia significa que estos años están desprovistos de impulsos sexuales, es decir, que la sexualidad es latente.

El cambio en la catexis de un objeto externo a uno interno puede muy bien ser considerado como un criterio esencial del periodo de latencia.

En esta etapa, las funciones del yo adquieren una mayor resistencia a la regresión; actividades significativas del yo, como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo.

La dependencia en el apoyo paterno para los sentidos de valía y significación son remplazados progresivamente durante el periodo de latencia por un sentido de autovaloración derivado de los logros y del control que ganan la aprobación social y objetiva.

La latencia se dice que es “reducción del uso expresivo del cuerpo como un todo, aumentando la capacidad para expresión verbal, independiente de la actividad motora”

En esta etapa, el niño valora las instituciones sociales normativas, tales como la educación, la escuela y el campo de juego para un modelo valorativo que promueve una conducta más integrada.

Niños y niñas muestran diferencias significativas en el desarrollo durante la latencia. La estatura física debe permitir independencia y control del ambiente las funciones del yo deben de haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración.

Sus los logros representan en verdad una precondition esencial para avanzar hacia la adolescencia y pueden resumirse como; la inteligencia con una diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y los sentimientos de altruismo deben de haber adquirido una estabilidad considerable.

PREADOLESCENCIA

Durante esta fase existe un aumento cuantitativo de la presión instintiva conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida.

Cualquier experiencia puede transformarse en un estímulo sexual, en esta fase, tanto para los muchachos como para las muchachas.

En el muchacho que entra a la pubertad es una muestra de que la función genital actúa como descarga no específica de tensión; esto es característico de la niñez hasta la época de la adolescencia cuando el órgano adquiere la sensibilidad al estímulo heterosexual.

La curiosidad sexual en los muchachos y las muchachas cambia de la anatomía y contenido a la función y al proceso.

La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a un superyo reprobatorio, este conflicto en el yo recurre a soluciones bien conocidas; defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento.

No puede distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva.

Un aumento cuantitativo en los impulsos caracteriza la preadolescencia y que esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad.

Una situación nueva para el ser vivo de la gratificación instintiva que aparece durante la preadolescencia es la socialización de la culpa.

Se forman grupos o pandillas del mismo sexo, entonces los muchachos atacan a las muchachas, procuran evitarlas; cuando están en compañía de ellas se vuelven presumidos y burlones, tratan de negar su angustia en lugar de establecer una relación con ellas.

El desarrollo psicológico en la preadolescencia es diferente en las muchachas y en los muchachos, las diferencias de los sexos son muy significativas.

Las fantasías de los muchachos preadolescentes habitualmente están bien protegidas, llega a mencionar las de pensamientos sintónicos al yo de grandiosidad y de indecencia.

En esta fase, tienen que renunciar a sus deseos de ser un niño, y completar el periodo edípico.

El muchacho preadolescente lucha con la angustia de castración en relación con la madre arcaica, y de acuerdo con esto se separa del sexo opuesto, por otro lado la muchacha se defiende en contra de la fuerza represiva hacia la madre preedípica por una orientación franca y decisiva hacia la heterosexualidad.

La primera fase de la adolescencia como pubertad va de los 10 a los 12 años.

La elección de objeto adolescente

El problema de relaciones objetales pasa a primer plano, como tema central, y sus variaciones tienen la totalidad del desarrollo psicológico en las dos fases siguientes.

Lo que diferencia este periodo de la preadolescencia es, por lo tanto, el cambio cuantitativo de los impulsos con la aparición de una nueva cualidad de impulsos: en el estado mental y físico.

Durante la adolescencia ocurre un cambio decisivo hacia la heterosexualidad y una renunciación final e irreversible del objeto incestuoso.

En esta etapa, el yo toma sus señales de estos cambios en organización instintiva y elabora en su estructura una organización jerárquica en sus funciones y en sus pautas defensivas.

En la adolescencia temprana hay un resurgimiento de amistades idealizadas con miembros del mismo sexo.

Ciertos tipos de defensas, tales como la intelectualización y el ascetismo pertenecen a la fase de la adolescencia.

El sentimiento de estar enamorado, y la preocupación por los problemas políticos, filosóficos y sociales es típico de la adolescencia.

En esta fase ocurre la ruptura de la niñez hacia la adolescencia.

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de caos bien reconocido.

El problema central de la adolescencia temprana y de la adolescencia propiamente dicha recae en una serie de predicamentos sobre las relaciones de objeto.

Los muchachos con frecuencia transfieren esta necesidad de dependencia pasiva al padre; en este caso, el muchacho entra en una constelación de impulsos homosexuales, los cuales pueden ser transitorios o duraderos.

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente, los impulsos cambian hacia la genitalidad, los objetos libidinales cambian de preedípicos y edípicos a objetos heterosexuales no incestuosos.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

La maduración puberal normalmente saca al muchacho de su preadolescencia autosuficiente y defensiva y de la catexis pregenital; la muchacha es igualmente forzada hacia el desarrollo de su feminidad.

Los muchachos y las muchachas buscan en forma más intensa objetos libidinales extrafamiliares; es decir, con esto se ha iniciado el proceso genuino de separación de las ligas objetales tempranas.

La característica distintiva de la adolescencia temprana radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, y como consecuencia surge una libido que flota libremente y que clama por acomodarse.

El proceso como un todo puede ser descrito en términos de dinámicas Inter. E intrasistémicas.

El yo ya no puede depender de la autoridad del superyo, sus propios esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo son torpes e ineficaces, el superyo se convierte en un adversario, el yo se queda debilitado, aislado, inadecuado enfrente de una emergencia.

La debilidad en el superyo es una función de su origen constitutivo; principalmente la internalización de los padres al resolver el complejo edípico.

En esta edad los valores, las reglas y las leyes, han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas del Yo y operan parcialmente dentro del Yo.

En la adolescencia temprana hay una falta de catexis de los objetos de amor familiares y como consecuencia una búsqueda de objetos nuevos.

La elección de objeto en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista, la nueva distribución de la libido favorece la búsqueda del objeto heterosexual y sirve para mantener relaciones estables.

En esta etapa, el autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia.

El yo ideal como formación psíquica dentro del Yo no solamente remueve al superyo de la posición tan segura que había tenido hasta ahora, sino que también absorbe la libido narcisista y homosexual.

El yo ideal que representa el amigo puede ceder bajo el deseo sexual y llevar a un estado de homosexualidad con voyeurismo, exhibicionismo y masturbación mutua ya sea latente o manifiesta.

La amistad típica de la adolescencia temprana del muchacho, en donde se mezclan la idealización y el erotismo en un sentimiento muy especial.

Las muchachas en esta edad experimentan una extraña sensación de vaguedad en relación con el tiempo y el espacio, se imaginan cosas que nunca ocurrieron y que no pasaron en una forma particular.

No está dispuesto a dejar su la perfección narcisista de su niñez, y cuando crece se siente molesto por las amonestaciones de otros y por el despertar de su juicio crítico y trata de recuperar el yo ideal.

En la adolescencia temprana la elección de objeto narcisista es prevalente; mientras que en la adolescencia propiamente las defensas narcisistas ganan amplitud.

La adolescencia propiamente tal

La pubertad en forma implacable empuja al joven adolescente hacia delante, su búsqueda de relaciones de objeto o, por el contrario evitarlos, ilumina el desarrollo psicológico que está ocurriendo durante esta fase.

Esta fase también es conocida como adolescencia media, es de finalidad inminente y cambios decisivos; en comparación con las fases anteriores, la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes.

El adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor.

Durante esta fase, el adolescente cambia hacia el amor heterosexual.

Los adolescentes, que en esta fase entran rápidamente en una actividad heterosexual.

En el adolescente el retiro de la catexis de los objetos del mundo externo puede llevar un retiro narcisista y a una pérdida de contacto con la realidad.

El alejamiento que experimenta al adolescente en relación a los objetos familiares de su infancia es una consecuencia más de la deslibidinización del mundo externo.

Se observa en el adolescente un hambre de objeto, un deseo avaro que le lleva a uniones e identificaciones superficiales y constantemente variantes.

La vida de fantasía y la creatividad están en la cúspide en esta etapa; expresiones artísticas e ideacionales hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales que, como tales se vuelven un vehículo para la participación social.

En esta etapa es típico que el adolescente use un diario, en este el adolescente tiene la oportunidad de compartir sus necesidades emocionales con el medio ambiente, el soñar despierto, los acontecimientos y las emociones que no pueden ser compartidas, con las personas reales, se confiesan al diario con el desahogo.

La fase de la adolescencia propiamente tiene dos temas dominantes; el revivir el complejo de Edipo y la desconexión de los primeros objetos de amor.

ADOLESCENCIA TARDÍA

La fase final de la adolescencia se ha considerado siempre como una declinación natural del crecimiento.

Los motivos y medios por los que la adolescencia llegan a su terminación revelan que los aspectos psicológicos son los únicos en cuyos términos se puede definir la fase final de la adolescencia.

La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación; un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo; una extensión de la esfera libre de conflictos del yo; una posición sexual irreversible; una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante; la estabilización de aparatos mentales que automáticamente guarden la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo, y, por consecuencia, es un tiempo de crisis, que frecuentemente somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa.

El trauma es un fenómeno universal de la infancia.

La definición de la adolescencia tardía es que el complejo de Edipo en esta etapa es el superyo.

Durante la adolescencia tardía la predisposición a tipos específicos de relaciones amorosas se consolida.

La consolidación de la personalidad al fin de la adolescencia trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y la vida activa del joven adulto.

En esta fase, no se ha llevado a cabo la resolución total de los conflictos infantiles.

POSTADOLESCENCIA

La transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la postadolescencia.

El sujeto que se describe como postadolescente, es en general referido como adulto joven.

En esta fase, la estructura psíquica ha tenido una fijación.

El periodo que sigue al clímax adolescente de la adolescencia como tal es caracterizado por procesos integrativos, al fin de la adolescencia estos procesos llevan a una delimitación de metas definibles como tareas de la vida mientras que en la postadolescencia, la realización de estos fines en términos de relaciones permanentes, roles y selecciones del medio ambiente, se vuelven los más importantes.

El yo ideal ha tomado en esta fase, posesión en varias formas de la función reguladora del superyo, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia.

ADULTEZ

Los cambios físicos son notorios, las habilidades motoras y reacción disminuyen.

Cronológica:

Adulto joven (20 a 30 años)

Madurez (40 a 50 años)

Senectud de 65 años en adelante

Legal: 18 años

Social: empleo, independencia económica, tener una familia, etc.

Psicológica: independencia y autonomía, toma de decisiones, estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión.

La Adultez: Freud la definió a la madurez psíquica como la capacidad del sujeto de trabajar y amar.

Madurez: Capacidad de reaccionar frente a los cambios y de conseguir una buena adaptación a las nuevas condiciones.

Sincronización de los hitos sociales: Matrimonio, paternidad, elección profesional, etc., varían según el individuo y las exigencias culturales, étnicas, socioeconómicas y ocupacionales, familiares, etc.

Hito Social: Son las normas o reglas que propone la sociedad como: Matrimonio, hijos, todo esto de acuerdo a la edad.

Los sociólogos han establecido varios indicadores para definir la edad adulta, estos son:

El trabajo y la reproducción.

La infancia y la adolescencia se consideran edades de consumo.

La adultez, es la edad de la producción, gracias a la cual se mantiene el equilibrio económico global.

Además de las responsabilidades consigo mismo y con los demás, tienen una función fundamental: vivir.

SENTIMIENTO DE SOLEDAD

La soledad es un sentimiento vinculado al adulto. Deciden compartir su vida o estabilizar su relación de pareja. Sensación de tener que vivir por su cuenta con voluntad de independencia y sensación de soledad. Sentimientos de inseguridad.

En la medida en que el adulto es un ser responsable, independiente y solo, su nivel de seguridad personal dependerá mucho más del concepto que tenga de sí mismo y no tanto del que puedan tener las personas que lo rodean.

El adulto busca situaciones que no solo resuelvan el problema del presente, si no también el futuro.

SENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD

El adulto va más allá de su Yo inmediato y se responsabiliza de una serie de personas que pueden depender de él en lo económico, afectivo y social.

En lo laboral tiene la responsabilidad de cumplir y prosperar y además adquirir ciertos bienes.

La responsabilidad también va ligada a sus propios sentimientos y a las connotaciones afectivas de la relación con su pareja.

Además de la responsabilidad de padre, está también la de hijo, dando presencia, apoyo, compañía y ternura a sus propios padres.

SENTIMIENTOS DE TRASCENDENCIA INTRASCENDENCIA

Los adultos que no tuvieron ideales y proyectos de futuro, o que tuvieron que renunciar a ellos tempranamente.

Descubren que su tranquilidad espiritual, su equilibrio personal y su felicidad no pasaban necesariamente por la obtención de los objetivos que habían creído definitivos.

Por lo que la intrascendencia tiene trascendencia de vivir cada momento de la vida.

LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DEL ADULTO

Familia de origen (padres, hermanos)

Familia de procreación (tener hijos)

Adulterio.- formación de parejas, proceso de reconocerse uno a otro.

Solteros.- Autonomía, libertad

Paternidad /Maternidad: ajustes.

Periodo del nido vacío del ciclo de vida familiar, ajuste de los padres para reencontrar a la pareja. (cuando los hijos se casan o se independizan).

EDADES DEL ADULTO

EDAD BIOLÓGICA: Posición de la persona en relación con su esperanza de vida del sujeto.

EDAD PSICOLÓGICA: Capacidad actual del individuo para enfrentar y adaptarse a las exigencias sociales y ambientales; abarca aspectos como inteligencia, capacidad de aprendizaje y habilidades motoras, lo mismo que dimensiones subjetivas como sentimientos, actitudes y motivos.

EDAD SOCIAL: Es relación que guarda el estatus actual de un individuo con las normas culturales.

Madurez: Aunque las tres edades se combinan (biológica, social y psicológica) para producir la madurez, hay ciertos rasgos psicológicos que son sus elementos primarios. Estos pueden variar según la cultura, pero incluyen la independencia y autonomía física y social; la capacidad para tomar decisiones independientes; y algo de estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión.

Existen paradigmas contextuales: planteamiento que muchos factores ambientales, sociales, psicológicos e históricos interactúan y determinan el desarrollo.

EL JOVEN (20 A 30 AÑOS) Y LA SALUD

Momento de máxima salud y fuerza física es de los 20 o 25 años a los 30 años. Disfrutan plenamente la vitalidad, la fuerza y la resistencia en comparación con las personas de otras edades.

Los que aspiran a ser profesionales se exponen a regímenes agotadores de prácticas, exámenes, sinodales, etc.

El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoriomotora, alcanza su nivel máximo entre los 25 y 30 años.

La agilidad de los dedos y de los movimientos manuales es mejor entre los 20 y 30 años.

Mejor agudeza visual y auditiva a los 20 años. Mayor grado de fertilidad y mejores condiciones para la procreación saludable, entre los 18 y 30 años. Las desventajas de la edad se compensan con una buena nutrición y un buen entrenamiento físico. Esta disminuye gradualmente entre los 35 y los 60 años.

ÍNDICE DE MORTALIDAD EN LA JUVENTUD

La principal causa de muerte entre los varones de 25 a 44 años es la infección del SIDA. En los varones de raza negra, la segunda causa principal de muerte se da por homicidio y por balaceras con la policía. (en EUA).

Los índices de mortalidad son menores entre los jóvenes que en otros grupos de edad, pero en la juventud aparecen muchas de las enfermedades que ocasionan problemas más adelante, como enfermedades pulmonares, cardíacas y renales, los mismo que artritis y los problemas de las articulaciones y de los huesos, la arteriosclerosis y la cirrosis hepática.

FERTILIDAD

El proceso de ovulación es relativamente estable entre los 25 y los 38 años, pero luego disminuye.

Los hombres producen espermatozoides desde la pubertad, aunque las emisiones de semen contienen cada vez menos espermatozoides viables.

HOMOSEXUALIDAD

Término que se aplica a hombres y mujeres orientados a su propio sexo. Lo mismo que la palabra GAY.

Existen los bisexuales sienten atracción por ambos sexos.

Los homosexuales, a veces tienden a tener relaciones heterosexuales en diversos grados.

DESARROLLO COGNOSCITIVO DEL ADULTO JOVEN (20 A 30 AÑOS).

El desarrollo intelectual más acelerado se da entre los 15 y 25 años, pero siguen evolucionando después, si continúa habiendo actividad mental.

Lo más importante en el desarrollo cognoscitivo del adulto. Quinta etapa de Riegel:

El pensamiento dialéctico (comprensión de las contradicciones en que se da la realidad, existe un proceso de mielina).

La integración de lo real o lo irreal. La flexibilidad de la inteligencia.

ETAPAS DEL PENSAMIENTO ADULTO (WARNER SCHAIE 1986)

Un rasgo distintivo del pensamiento de los adultos es la flexibilidad con que emplean sus capacidades cognoscitivas.

Adquisición – Las herramientas del pensamiento operaciones formal son el logro central en la niñez y adolescencia.

Realización – Aplicamos capacidades intelectuales para cursar una carrera y elegir un estilo de vida en la juventud.

Responsabilidad – cuando se alcanza una independencia, se pasa a la aplicación de las habilidades cognitivas aplicándolas en funciones ejecutivas.

FUNCIONES EJECUTIVA

En la madurez nos valemos de habilidades cognoscitivas para resolver problemas, es necesario conocer los organizaciones y niveles de conocimiento asumiendo responsabilidades sociales.

Reintegrativa – interpretar la vida como un todo, analizar las preguntas relacionadas con los propósitos y por lo tanto el desarrollo Cognitivo en la adultez es el uso flexible de la inteligencia en diversas etapas del ciclo vital.

ASPECTOS DE LA COGNICIÓN.

Capacidades intelectuales, Resolución de problemas, Toma de decisiones
DESARROLLO COGNOSCITIVO Y MORAL DEL ADULTO JOVEN

Quien se encuentra en el periodo de las Operaciones Concretas, no es capaz de avanzar hasta el estadio moral Post – Convencional. En la mujer el dilema de la moral es más frecuente, resulta del conflicto con ella misma y los demás. Los hombres piensan más en términos de justicia e imparcialidad.

DESARROLLO COGNOSCITIVO DEL ADULTO JOVEN

La madurez cognoscitiva implica compromiso y responsabilidad.

Evoluciona la lógica y autorregulación del pensamiento

Para que las personas lleguen a desarrollar los estadios superiores del razonamiento moral, deben pasar por experiencias que les permitan transformar sus juicios con respecto a lo que es correcto y justo.

Las crisis y los puntos de identidad del adulto a menudo son de carácter moral (Kolberg, 1993)

ETAPAS DEL PENSAMIENTO UNIVERSITARIO

Pensamiento Dialéctico – trata de integrar ideas u observaciones contrarias o antagónicas.

ESTADIOS DEL DESARROLLO DEL ADULTO:

PERRY

Transición del pensamiento dualista al relativista, con la tolerancia de muchos puntos de vista antagónicos, ideas y convicciones escogidas con libertad. Este aspecto del desarrollo intelectual caracteriza a los jóvenes.

RIEDEL

Consecución del pensamiento dialéctico. Integración de lo ideal a lo real, constituye el punto fuerte de la mente adulta, y es un proceso permanente y dinámico.

LABOUIE – VIEF

Adquisición de la autonomía y de la toma independiente de decisiones. Señala que la madurez cognoscitiva del adulto se caracteriza por el compromiso y la responsabilidad. Describe un proceso evolutivo, en el cual los adultos se vuelven autónomos y aprenden a vivir con contradicciones y ambigüedades de su experiencia. Se caracteriza por la adquisición de habilidades para toma de decisiones independientes.

SCHAE

Durante la niñez y la adolescencia aprendemos estructuras cada vez más complejas para entender el mundo (Adquisición). En la juventud se da la aplicación flexible de habilidades intelectuales para realizar metas personales y profesionales, que es el periodo de la realización. En la madurez se da la fase de la aplicación de las habilidades cognoscitivas para resolver problemas y es donde entra la responsabilidad social y las funciones ejecutivas. En la senectud se da el período de la reintegración en donde se interpreta la vida como un todo y se analizan las preguntas relacionadas con los propósitos.

KEGAN

Estructuración y reestructuración de los sistemas personales de significado. Propone una teoría integral del Yo cognoscitivo en desarrollo, recalca la importancia del significado, diferencia del Yo y el mundo, al mismo tiempo integra al Yo al mundo. En la adultez se siguen desarrollando sistemas de significado (creencias que moldean nuestras experiencias, organizan nuestros pensamientos y sentimientos y determinan nuestra conducta).

HAVIGHURST

Formar una familia y consolidar una carrera. La adultez es una serie de períodos en que hay que cumplir determinadas tareas. Estas tareas crean el contexto general en el que tiene lugar el desarrollo, las cuales moldean el uso de la inteligencia.

ERIKSON

Continuar desarrollando el sentido de identidad personal: resolver el dilema de intimidad vs aislamiento.

Existen 8 etapas psicosociales (o crisis) y cada una se basa en la anterior. El desarrollo del adulto esta subordinado a como haya resuelto los problemas anteriores. Los dilemas de confianza y autonomía, iniciativa y laboriosidad (1^{as}. etapas). Adolescencia identidad vs confusión. Son los que dan sentido de continuidad a las experiencias del adulto, definen y redefinen su personalidad, prioridades y su lugar en el mundo.

Intimidad vs aislamiento. Intimidad establece una relación estrecha mutuamente satisfactoria con otra persona, en donde ninguno pierde sus cualidades propias.

Aislamiento: incapacidad de lograr reciprocidad, a veces la identidad es débil para una unión con otra persona. Identidad de intimidad son los problemas que se presentan durante toda la vida.

LEVINSON

Establecer una y realizar la transición de los 30 años y otras, que incluyen además definir un sueño, encontrar a un mentor, forjarse una carrera y establecer intimidad con una pareja especial. Estructura vital temprana, constituye un patrón del varón en que basa su vida, es un límite entre el mundo interno y externo y como el medio que nos permite enfrentar al mundo externo. Se compone de relaciones sociales y ambientales: lo que obtiene el individuo y lo que debe aportar. Madurez de 35 a 45 años. La madurez y el equilibrio dependen del crecimiento en una etapa de noviciado (17 a 33 años).

Existen tres períodos de transición: El de la juventud (17 a 22 años); ingreso al mundo de los adultos (22 a 28 años) y la transición de los treintas (28 a 33 años). Las crisis del desarrollo son cuando los individuos encuentran dificultades para realizar las transiciones.

Levinson encontró diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres, a lo que llama escisión de género: mientras los hombres suelen tener una visión unitaria de su futuro orientado a una carrera, las mujeres suelen tener sueños “escindidos” que contienen varias combinaciones de carrera y de matrimonio.

Otras diferencias son en la definición de los sueños, en la relación con los mentores, además de que las mujeres tardan más en consolidar su carrera.

GOULD

Desechar las suposiciones erróneas sobre la dependencia y aceptar la responsabilidad de la propia vida; alcanzar la competencia y reconocer las limitaciones personales. El crecimiento es un proceso que consiste en desechar las ilusiones infantiles y las falsas suposiciones (16 a 22 años) a favor de la seguridad en sí mismo y la aceptación personal. Los jóvenes (22 y 28 años) hacen otra falsa suposición que refleja sus dudas constantes acerca de su autosuficiencia. Ellos deben de aceptar la responsabilidad absoluta de su vida y abandonar las expectativas de una ayuda continua de sus padres. La conciencia plena y autónoma del adulto (28 a 34 años) se logra cuando podemos encarar la injusticia y el dolor de la vida, sintiéndonos libres de examinar y desechar la futilidad y la maldad que quedan de la niñez. Al igual que Kegan, Gould está convencido de que un sistema de obtención de significado moldea nuestra conducta y nuestras decisiones.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y SOCIALIZACIÓN

FREUD – es éxito de este periodo es la capacidad de amar y trabajar.

ERIKSON – Intimidad vs Aislamiento y más tarde de la generatividad que abarca toda clase de trabajo productivo.

YO PERSONAL – metas de autorrealización (realizar plenamente nuestro potencial único) y autoestima.

YO FAMILIAR – independencia emocional, actitudes, funcional – económica

Condiciones de Valor – condiciones que nos imponen para considerarnos seres humanos valiosos y a menudo es posible cumplir.

Consideraciones Positivas Incondicional – idea de Rogers según la cual deberíamos aceptar con afecto a los demás como seres humanos valiosos, sin reservas ni condiciones.

YO TRABAJADOR – compromiso dentro de la sociedad. Motivación intrínseca (hablan de características del empleo y las habilidades para realizar el trabajo) y extrínseca (factores que pueden describir su trabajo en función del reto o intereses.)

PIRÁMIDE DE MASLOW – la necesidad de autorrealización sólo puede expresarse o atenderse después se satisfacen las necesidades de origen inferior como las de alimento, vivienda y seguridad: AUTORREALIZACIÓN, NECESIDADES COGNOSCITIVAS Y ESTÉTICAS, NECESIDADES DE ESTIMA, NECESIDADES DE AUTOESTIMA Y DE AMOR, NECESIDADES DE SEGURIDAD Y NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

STERNBERG – propuso la teoría triangular del amor:

INTIMIDAD – parte esencial de vínculo duradero, satisfactorio y emocional, constituye la base de la amistad y del amor. Tanto las relaciones de amigos íntimos como relaciones románticas suelen caracterizarse por un vínculo emocional positivo por la satisfacción de necesidades y por la interdependencia.

Sensación de cercanía, unión o vínculo al ser querido.

Hacer cosas para que la otra persona tenga una vida mejor.

Se comparten actividades, posesiones, pensamiento y sentimientos

Compartir.

PASIÓN - se refiere a la atracción física, excitación y conducta sexual en una relación.

Necesidades sexuales son importantes.

Necesidades de autoestima, afiliación y afecto.

DECISIÓN Y COMPROMISO – estar enamorado y hacer el compromiso de mantenerlo.

Presenta aspectos a corto y largo plazo

A largo plazo es el compromiso de cultivar ese amor.

Taxonomía en las relaciones amorosas:

Amor romántico (intimidad + pasión)

Amor de compañeros (intimidad + decisión + compromiso)

Amor apasionado (pasión + decisión + compromiso)

Amor consumado (intimidad + pasión + decisión + compromiso)

ELECCIÓN DEL CÓNYUGE

FREUD – es la atracción amorosa que el niño siente por el progenitor del sexo opuesto, atracción que más tarde transferirá a un objeto socialmente aceptable: posible pareja.

TEORÍA DE LAS NECESIDADES COMPLEMENTARIAS – se basa en el principio de polos opuestos se atraen: hombre tranquilo --- mujer dinámica

TEORIA INSTRUMENTAL DE LA ELECCIÓN DE PAREJA – Richard Centres (1975), se centra en la gratificación de las necesidades, pero establece que algunas de estas (sexo, afiliación) son más importantes y que algunas son más apropiadas para el hombre y otras para la mujer. Nos sentimos atraídos hacia personas con necesidades semejantes o complementarias a las nuestras.

TEORIA DE ESTIMULO, VALOR Y FUNCIÓN

Bernard Murtein (1982) la elección de pareja nace del intento por lograr la más idónea, cada persona examina las cualidades y deficiencias.

MARCA 3 ETAPAS DE CORTEJO:

ESTIMULO – se conoce por primera vez, se hace un juicio inicial sobre el aspecto, personalidad e inteligencia del otro.

COMPARACIÓN DE VALORES – sus conversaciones revelan si son compatibles, sus intereses, actitudes, creencias y necesidades.

FUNCIÓN – la pareja decide si puede desempeñar funciones compatibles en el matrimonio o relaciones a largo plazo.

TEORÍA DEL SISTEMA FAMILIAR

La formación de la pareja conlleva la creación de una nueva estructura y el proceso de conocerse mejor. Es indispensable negociar los límites y redefinir las relaciones con los otros (familiares y amigos entre sí)

MATRIMONIO FORMAL - Por lo general monógamo y aceptado por la iglesia y las leyes.

MATRIMONIO INFORMAL – unión libre.

PATERNIDAD: nacimiento del primer hijo, roles de la pareja con el nacimiento y pérdida de intimidad.

CICLO OCUPACIONAL – secuencia variable de periodos o etapas en la vida del trabajador que va de la exploración y decisión vocacional a la formación y capacitaciones profesionales, el status de principiante, los ascensos y los periodos de mayor experiencia.

ETAPAS DE VIDA VOCACIONAL:

IDENTIFICARSE COMO UN TRABAJADOR (5-10 años)

Se identifican con el empleo de su madre o padre y empiezan a formar la idea de trabajo en su autoconcepto.

ADQUISICIÓN DE LOS HÁBITOS BÁSICOS DE LABORIOSIDAD (10-15 años)

Los estudiantes aprenden a organizar el tiempo de sus actividades y a dar prioridad al trabajo cuando es necesario.

ADQUIRIR UNA IDENTIDAD COMO TRABAJADOR (15-25 años)

Las personas escogen su ocupación y empiezan a prepararse en ella y adquieren experiencia labora.

CONVERTIRSE EN UNA PERSONA PRODUCTIVA (25-40 años)

Perfecciona sus habilidades para desempeñar la ocupación escogida y progresar en esta.

MANTENER UNA SOCIEDAD PRODUCTIVA (40-70 años)

Se encuentra en el nivel más alto de su carrera y comienza a dedicar tiempo a las responsabilidades sociales y cívicas que se relacionan con su empleo.

CONTEMPLAR UNA VIDA PRODUCTIVA Y RESPONSABLE (70 en adelante)

El trabajador ya está jubilado con una satisfacción.

FUNDAMENTOS TEÓRICO CONCEPTUALES DE PROCESOS PSICOLÓGICOS, EN SU CARÁCTER TERMINAL

SENSOPERCEPCIÓN

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN

En los procesos sensoriales en general descubre lo que sucede físicamente en lo que es la percepción y lo que es la sensación. La percepción nos habla de aquel que esta consciente en un universo de cosas y personas a diferencia del que se constituye con datos sensoriales. Así mismo nos explica la relación que existe entre la sensación y la percepción y como una no puede ocurrir con la ausencia de la otra. El sistema visual se encuentra implicado en la percepción y la sensación se estimula con los órganos de los sentidos de modo directo y participan como parte de un todo en el sistema perceptual.

Con relación a que los sentidos proporcionan la materia prima para la percepción se citan diversos autores los cuales opinan:

Ornstein (1975): Indica que la realidad se construye a través de los sentidos y que transmiten información al cerebro, el cual modifica, compara y ordena (sistema de reducción de datos) hasta que al final se construye la conciencia como la mejor probabilidad acerca de la realidad.

James (1902): Opina que los datos que recibe la mente, es con lo que esta trabaja e indica que cada uno de los diversos sistemas sensoriales responde a un tipo particular de estímulo e indica que lo que no se siente no existe para el individuo. Al igual que Ornstein indica que los sentidos descartan la información irrelevante y registran lo de valor práctico. Por último nos indica que existe una especial sensibilidad a algunos tipos de energía que ayudan a la supervivencia del individuo.

Bruce y Green (1990): Definen la percepción como la capacidad de detectar el entorno que los rodea y que incluye la sensibilidad identificada con alguna forma de energía la cual proporciona información acerca del ambiente a través de la luz (percepción visual).

Los sistemas sensoriales se pueden clasificar de acuerdo a Sherrington (1906), en Exteroceptores, Interoceptores y Proprioceptores, los dos primeros informan acerca del ambiente externo (incluye los cinco sentidos) e interno (oxígeno, bióxido de carbono, glucosa en sangre) respectivamente y el último tiene que ver con la posición del cuerpo y de los movimientos en el espacio a través de él, se subdivide en sentido cinestésico que vigila los movimientos de los miembros, articulaciones y músculos y el sentido vestibular que responde a la gravedad y movimiento de la cabeza.

Gibson (1966) rechazó la Propriocepción como un sistema sensorial y Legge (1975) la incluyó como Interocepción.

Procesos y Teorías

La percepción y la sensación son diferentes, la percepción requiere de la estimulación de los sentidos pero existe más en la percepción que la estimulación física. Existen dos aspectos importantes de la percepción que se deben de considerar, primero lo que se percibe de una manera directa y que se basa en la información sensorial (procesamiento directo) o bien es la percepción el resultado final de cómo se perciben las cosas de manera indirecta por medio del conocimiento expectativas del mundo (procesamiento inverso). Segundo la manera en que se percibe como aprendizaje y resultado de la experiencia (empirismo), o es esencialmente una capacidad innata que requiere poco o ningún aprendizaje (nativismo).

Existen investigadores que creen que la percepción es un proceso indirecto, el cual se basa en un procesamiento inverso y que también tienden a ser empiristas (Bruner-1957,

Neisser-1967, Gregory-1972,1980). El principal teórico en la percepción directa es Gibson-1966,1979, con influencia de Gestalt y que también es empirista. Bruce y Green se refieren a las teorías indirectas/inversas como tradicionales y a la teoría de Gibson como ecológica. Los psicólogos de la Gestalt representan el enfoque nativista.

Las definiciones de percepción en general aclaran que existe una diferencia entre sensación y percepción de acuerdo con Gregory-1966. De acuerdo con Coon-1983, la percepción es el proceso de conjuntar las sensaciones acerca del mundo en representaciones mentales utilizables (crea melodías, obras de arte, ilusiones, etc.) extraídas de la sensación. Estas definiciones indican que la percepción si implica una estimulación sensorial.

Gregory ha utilizado las ilusiones para demostrar de que manera tan precisa funciona la percepción. La percepción parece ser tan inmediata e instantánea que es difícil comprender que se requiera aclarar. La constancia perceptual, las ilusiones visuales y predisposición perceptual demuestran la naturaleza interpretativa, indirecta e inversa de la percepción, que es la perspectiva que tomó Gregory.

TEORÍA DE PERCEPCIÓN DE GREGORY

Gregory recibió influencia de Helmholtz fisiólogo alemán quien propuso que las percepciones son inferencias inconscientes y utilizó las ilusiones visuales para demostrar sus ideas.

La constancia de forma y tamaño es la capacidad para percibir objetos como se les conoce a pesar de los cambios en el estímulo sensorial que estos producen. Una demostración de los mecanismos que producen la constancia se manifiesta en las posimágenes. Un objeto real mantiene una imagen más pequeña entre más lejos se encuentre y para mantener su constancia perceptual, el cerebro realiza un aumento progresivo de la imagen que se conoce como proporcionalidad de la constancia este mismo efecto se aplica a la pos-imagen, lo que produce cambios en su tamaño aparente.

Constancia de localización: el cerebro integra la retroalimentación cinestésica de los músculos y órganos de equilibrio en el oído con la estimulación retinal en constante cambio de modo que se inhibe la percepción de movimiento.

Constancia de color: los objetos mantienen su color bajo una variedad de condiciones luminosas siempre y cuando exista suficiente contraste y sombra.

Constancia de brillantez: se encuentra relacionada con la constancia del color, depende del brillo que emana del relejo de los objetos.

La percepción es un proceso indirecto que implica una percepción que implica a partir de fuentes físicas de energía.

UMBRALES SENSORIALES

Los umbrales sensoriales son un vínculo entre la sensación y percepción. El umbral puede ser absoluto o diferencial. El umbral absoluto existe ya que es necesaria cierta estimulación mínima de los receptores sensoriales antes de que ocurra una experiencia sensorial, el umbral absoluto se considera como el valor en el que se detecta el estímulo el 50% del tiempo.

El umbral absoluto varía de individuo a individuo e incluso en el mismo sujeto dependiendo de su condición física, estado físico y motivación.

El umbral diferencial es la cantidad mínima de estimulación necesaria para discriminar entre dos estímulos y se conoce como diferencia apenas notable (DAN). La ley de Weber afirma que es un valor constante que difiere de una modalidad sensorial a otra. Fechner modificó la ley de Weber, fue de los primeros que expuso de manera matemática un fenómeno psicológico (contribuyendo a la psicofísica). La ley de Weber-Fechner indica que el incremento en la intensidad de un estímulo produce aumentos más pequeños, proporcionales en la intensidad percibida.

La teoría de detección de señales rechaza los umbrales e indica que cada canal sensorial lleva siempre ruido; entre más fuerte sea el estímulo, mayor será la razón señal-ruido y más fácil la detección del estímulo, por lo que la detección de un estímulo se vuelve una cuestión estadística, es decir una cuestión de probabilidades.

Ilusiones Visuales

Falsa interpretación perceptiva de una figura. Se tiene la sensación de ver una forma diferente a la que posee en realidad la figura.

El segmento de comprendido entre dos ángulos cuyos lados se dirigen hacia afuera, parece más largo que el segmento de igual longitud, situado entre dos ángulos cuyos lados se dirigen hacia adentro. Trata de decir que la distancia de los objetos tiende a distorsionar la imagen real de tamaño y cercanía.

Otros Tipos de Ilusiones

La ilusión en movimiento se percibe de diferentes formas. Existen movimientos aparentes, que se ven influidos por efectos de tipo autocinético (luz en aparente movimiento) o ilusión de movimiento estroboscópico. El movimiento inducido en el que se supone que los objetos grandes permanecen inmóviles y los pequeños se mueven.

Percepción Verídica de Movimiento

Los rayos luminosos procedentes del ojo en movimiento se proyectan sucesivamente en puntos diferentes de la retina. En cambio, cuando se mueve el sujeto perceptor o sus ojos no tiene por lo general la sensación de percibir objetos en movimiento, a pesar de que también varía los rayos visuales en la retina.

Configuración Perceptiva

Es un proceso activo que incluye selección, inferencia e interpretación, esto es imponer un patrón o sistema de organización, aprende a responder ante una serie de estímulos en lugar de hacerlo ante sus partes o elementos, es decir estar predispuesto o motivado emocionalmente ante una percepción y dar resultados más eficientes.

ATENCIÓN

Definición y principios básicos de la atención

Una definición famosa de atención es la de William James:

“Es tomar posesión por la mente, de forma clara, y vivida, de uno de los que parecen ser varios objetos posibles o series del pensamiento simultáneo. La focalización y la concentración de la conciencia son parte de su esencia. Implica una retirada de algunas cosas para lidiar efectivamente con otras”

Tipos:

Atención selectiva: el mecanismo por el cual cierta información es registrada y otra es rechazada, sin importar si la última entra o no en el conocimiento consciente.

Atención Dividida: un límite superior a la cantidad de procesamiento que puede llevarse a cabo con la información entrante en cualquier momento.

El termino atención también ha sido usado para referirse al nivel de excitación, vigilancia y la capacidad para estar alerta y concentrarse.

MEMORIA

Definición y principios básicos de la memoria

La memoria como el aprendizaje, es un constructor hipotético que denota tres procesos diferentes pero relacionados entre sí.

La memoria es parte crucial del aprendizaje, son procesos interdependientes. Sin el aprendizaje no existiría la memoria, ya que con el aprendizaje se forman las experiencias y estas a su vez se almacenan en la memoria. El aprendizaje depende de la memoria para su permanencia y de manera inversa la memoria no tendría contenido si no tuviera lugar el aprendizaje.

Memoria es retención de aprendizaje o la experiencia. Blakemore, el aprendizaje es la adquisición de conocimiento y la memoria es el almacenamiento de una representación interna de tal conocimiento.

El aprendizaje y la memoria, tuvieron gran importancia desde los primeros días de la psicología, William James, pionero de la psicología fue el primero en hacer una distinción formal entre memoria primaria y secundaria, las cuales son memoria a corto plazo y memoria a largo plazo respectivamente; esta distinción reside en el modelo de almacenamiento múltiple de Atkinson y Shiffrin.

Hermann Ebbinghaus, fue el primero en hacer experimentos de memoria, estudio fenómenos básicos como las curvas de aprendizaje y las curvas del olvido y al inventar las sílabas sin sentido para dicho propósito.

En el siglo XX no se le dio gran importancia a este termino gran importancia para los psicólogos experimentales, lo que refleja el dominio del conductismo. Algunos conductistas (U.S.A.) estudiaron la conducta verbal, utilizando el aprendizaje de pares asociados, en el cual se presentan pares de palabras no relacionadas, el primer par representa el estímulo y el segundo la respuesta. Este enfoque asociacionista, hizo que el estudio de la memoria tuviera una posición firme dentro del marco conceptual conductista y se le observa más clara en la teoría de la interferencia (olvido).

En la revolución cognoscitiva, la memoria se ha vuelto un tema integral dentro del enfoque del procesamiento de información.

El recuerdo y el olvido es la distinción básica de la memoria a corto y largo plazo y la distinción que hay en la memoria cotidiana, se refiere a los acontecimientos de la vida diaria, la memoria autobiográfica y los recuerdos instantáneos. Los psicólogos reconocen cada vez más la necesidad de comprender la importancia de la memoria.

Significados de la memoria

La memoria es un concepto abstracto que se refiere a tres procesos interrelacionados:

REGISTRO O (RECEPCIÓN)

El registro es una condición necesaria para que tenga lugar el almacenamiento, no todo lo que se registra en los receptores sensoriales se almacena. El almacenamiento puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente, para la recuperación, sólo puede recobrase información que se ha almacenado. Esto es una distinción crucial entre la disponibilidad (si la información se ha almacenado o no) y accesibilidad (si se puede recuperar o no), esto se relaciona con las teorías del olvido.

ALMACENAMIENTO

El almacenamiento se estudia a través de someter a prueba la capacidad de un individuo para recuperar información. El aprendizaje corresponde al aspecto de almacenamiento de la memoria, mientras que el desempeño corresponde al aspecto de recuperación de la memoria.

Existen muchos tipos de recuperación: cuando se somete a prueba mediante recuerdo, puede parecer que no ha ocurrido el almacenamiento (no hay aprendizaje) pero si se examina mediante reconocimiento, puede mostrarse el almacenamiento. (y por tanto el aprendizaje). La diferencia entre memoria de almacenamiento y recuperación es donde se utiliza con frecuencia el recuerdo.

La versión más conocida es el modelo de almacenamiento múltiple de Atkinson y Shiffrin, en el cual se les llama, memoria de corto plazo y largo plazo respectivamente, las cuales se refieren a los procesos experimentales para investigar la memoria primaria y secundaria, las cuales subyacen a estas respectivamente.

Se puede considerar que el registro es una condición necesaria para que tenga lugar el almacenamiento pero no todo o que se registra en los receptores sensoriales se almacena. De modo similar, el almacenamiento es una condición necesaria, pero no suficiente para la recuperación: no puede recobrase información que no se ha almacenado, pero el hecho de que se sepa no es garantía que se recordara en alguna ocasión n particular.

TIPOS DE MEMORIA:

MEMORIA SENSORIAL: Se ha concentrado en la MCP y MLP, de manera lógica para comenzar la investigación en la memoria sensorial. (Almacenamiento amortiguador sensorial o almacenamiento sensorial), la cual proporciona un informa preciso del ambiente como lo experimenta el sistema sensorial, se conserva como una copia exacta del estímulo que fue expuesto en corto plazo. Lo importante de este tiempo de duración depende de la atención que se le haya prestado a l estímulo. La memoria sensorial se relaciona con el registro y se considera útil en el proceso de percepción y es un requisito para el almacenamiento en sí. M.C.P.

La memoria sensorial es necesaria para la MCP. Es específica de la modalidad y funciona en forma similar al almacenamiento sensorial. La memoria icónica es un sistema de memoria visual breve (imagen) esta permite que se almacenen las imágenes visuales durante cerca de medio segundo. La memoria ecoica se refiere al almacenamiento de sonidos. Baddeley, explica que sin memoria icónica y ecoica no se podría apreciar las películas por ejemplo o el habla, se escucharían como una serie de sonidos sin relación.

Sperling, estudió el almacén icónico y mostró que después de una estimulación visual se encuentra más información visual disponible que se puede recordar aun pocos segundos después.

Broadbent y Treisman, han informado efectos parecidos para el almacén icoico. La memoria ecoico almacena estímulos que se han discriminado sólo en términos de rasgos físicos y no por su significado. Morton informó que el almacén acoico funciona en la misma manera.

Broadbent fue el principal precursor del enfoque de almacenamiento múltiple de la memoria y existe un parecido definitivo entre la memoria sensorial y el almacén sensorial.

MEMORIA A CORTO PLAZO (MCP)

Si la capacidad de memoria se encontrará limitada a la memoria sensorial, la capacidad para retener la información acerca del mundo sería extremadamente limitada. De

acuerdo con los modelos de memoria tales como modelo de almacenamiento múltiple de Atkinson y Shiffrin, parte de la información de la memoria sensorial se pasa con éxito a la MCP y permite que se almacenen la información durante el tiempo suficiente como para poder utilizarla y por lo general se le llama memoria sensorial.

Memoria a corto plazo puede analizarse en términos de tres dimensiones:

Capacidad (información almacenada)

Duración (tiempo en que se tiene almacenada)

Codificación (maneras en que se pueden transformar o procesar la entrada de información sensorial, como la representa el sistema de memoria)

Capacidad. Miller mostró como puede utilizarse la unión en porciones para ampliar la capacidad limitada de la MCP, usando almacenes de memoria ya establecidos, para categorizar o codificar nueva información.

Duración El ensayo es la manera de mantener información dentro de la MCP durante intervalos más largos y el principal código de la MCP es acústico.

Codificación La información se conserva en el sistema de memoria en forma acústica, aunque puede ser visual, posiblemente sea más lento que el ensayo acústico. La información proveniente de la memoria sensorial se convierte a sonido y se almacena en esta forma.

MEMORIA A LARGO PLAZO (MLP)

Capacidad La memoria a largo plazo tiene una capacidad ilimitada. Es como un depósito de todas las cosas en la memoria que no se utilizan en el momento, pero pueden recuperarse, recupera el pasado y puede utilizar esa información para el presente y vivir de manera simultánea en el pasado y en el presente.

Bower define algunos tipos de información contenidos en la MLP:

Un modelo espacial del mundo alrededor de la persona

Conocimiento acerca del mundo físico, leyes físicas y propiedades de los objetos

Creencias acerca de las personas, de sí mismo, normas sociales, valores y metas

Habilidades motoras, de solución, problemas y planes para lograr cosas diversas

Habilidades preceptuales para comprender el lenguaje, interpretar música, etc.

Tulving denomina algunos de estos como memoria semántica.

Duración Se puede mantener desde unos cuantos minutos hasta varios años.

Codificación Hay dos maneras para codificar la MLP, memoria semántica, que recupera términos de significado verbal y un código de imagen o visual, que toma forma pictórica. El más común es la primera, para recuperar material abstracto, el cual es difícil conjurar imágenes apropiadas.

ETAPAS DE PROCESAMIENTO

Interferencia

El olvido esta influido mas por aquello que hacemos antes o después de aprender que por simple paso del tiempo.

Interferencia retroactiva: El aprendizaje posterior interfiere con la rememoración del aprendizaje anterior. Por ejemplo si se aprendió a manejar en un automóvil de cambios y después en uno automático, cuando regrese al primero, quizá intente conducirlo como si fuera automático.

Interferencia proactiva: El aprendizaje anterior interfiere con la rememoración del aprendizaje posterior.

PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS DE LA MEMORIA EBBINGHAUS Y EL ENFOQUE ASOCIACIONISTAS

Hermann Ebbinghaus encontró que el aprendizaje mejoraba cuanto el material era ensayado de manera abierta en vez de sólo leído en silencio, también descubrió los efectos de la posición serial: el material del principio y el final es memorizado con mayor rapidez que el material de en medio. Adoptó la teoría del debilitamiento del olvido, la cual asumía que los rastros de memoria simplemente se desvanecen con el tiempo, fue reemplazada por la teoría de la interferencia, la cual sostiene que el olvido es causado por aprendizaje nuevo que interfiere con la capacidad para recordar aprendizaje anterior.

Bartlett argumentó que se lleva a cabo un esfuerzo en busca del significado, cuando se leen historias, pretendiendo entenderlas al conectarlas con estructuras cognoscitivas existentes que él llamó esquemas. Los cambios en los esquemas producen una reconstrucción significativa del material codificado de manera original.

APRENDIZAJE

El aprendizaje es por sí solo, uno de los temas más investigados y analizados por la Psicología, ya que su papel es el punto central del conductismo filosófico. Los psicólogos utilizan el término para enfocar el proceso de aprendizaje por sí solo, buscando el cómo funciona en lugar de a qué conduce o enfocando en qué se aprende como lo haría un ignorante. Otra diferencia es cuando se tiende a juzgar el aprendizaje que se contrapone con lo que opina el psicólogo ya que este puede tener lugar sin que haya un maestro como tal, ya sea observando a otros o involucrándose con otras personas. Para los psicólogos el concepto es muy amplio y cubre tanto variedades formales (deliberado) como informales (no intencional).

John B. Watson fundador del conductismo, basó su explicación del aprendizaje humano en el condicionamiento clásico de perros. (pasivo-ambientes).

Burrhus F. Skinner, consideró el condicionamiento operante como el modo crucial del aprendizaje, tanto para humanos como para animales.

Edward Tolman, reconoce factores cognoscitivos, su conductismo cognoscitivo se aleja de las teorías de Watson y Skinner y disminuye el dominio del conductismo sobre la psicología y en particular sobre el aprendizaje. Los teóricos del aprendizaje social, son conductistas que consideran a los factores cognoscitivos como parte crucial del proceso de aprendizaje como la teoría del aprendizaje por observación de Bandura. Por discernimiento y los conjuntos de aprendizaje son ejemplos de cómo el pensamiento forma parte del proceso de aprender.

DEFINICIÓN DE APRENDIZAJE

El aprendizaje es un constructor hipotético que no puede observarse de manera directa sino que solo se puede inferir a partir de la conducta observable. El aprendizaje influye en el desempeño conductual de una persona. Para considerar que el cambio conductual es un caso de aprendizaje, se debe vincular con experiencias pasadas de algún tipo.

Los psicólogos definen el aprendizaje como un cambio relativamente permanente en la conducta debido a una experiencia pasada. (Coon) y otra definición es la de Anderson donde indica que es el proceso mediante el cual ocurren cambios permanentes en el potencial conductual como resultado de la experiencia.

Aprendizaje Versus Desempeño

La definición de Anderson tiene una ventaja sobre la de Coon ya que implica distinguir entre aprendizaje (potencial conductual) y desempeño (conducta real). El desempeño puede fluctuar y por eso es mucho más variable que el aprendizaje, que es permanente.

Aprendizaje y Otras Capacidades

Howe, dice que el aprendizaje es: un dispositivo biológico que funciona para proteger al ser humano y para extender sus capacidades, por lo que no está separado de la memoria y percepción. El aprendizaje es acumulativo por lo que los procesos de desarrollo y aprendizaje están entrelazados de manera cercana. Los casos de aprendizaje pueden ser adaptivos para incrementar la efectividad en el manejo del ambiente, Anderson define aprendizaje como: mecanismo mediante el cual los organismos puedan adaptarse a un ambiente cambiante y difícil de predecir.

Los psicólogos están de acuerdo en que el aprendizaje es relativamente permanente y se debe a la experiencia pasada, pero con menor grado de acuerdo en cuanto a lo que cambia cuando hay aprendizaje y de acuerdo al tipo de experiencia pasada. Los psicólogos difieren en cuanto al grado en el que se enfocan sobre los cambios abiertos, conductuales, en oposición a los cambios encubiertos, cognoscitivos.

ENFOQUES CONDUCTUALES

Teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante)

Skinner realizó una distinción entre dos conceptos respondientes (conducta respondiente) que se inicia automáticamente a causa de estímulos ambientales particulares y el segundo el caso de operantes que no se encuentra asociado de esa manera a los estímulos y que en esencia es voluntario. Ambos condicionamientos representan un enfoque conductista estímulo-respuesta (E-R) del aprendizaje. C.L. Hull y E. Tolman no son ni de condicionamiento clásicos ni de operante.

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Acondicionamiento clásico Pavloviano fue descubierto por Ivan Pavlov durante una investigación en el que detectó que los perros empezaban a salivar antes de que se le diera algún tipo de comida al asociar dos estímulos, el primero que normalmente genera una respuesta en particular (campana) al juntarlo con otro estímulo (comida) que sí produce la respuesta.

Antes del condicionamiento el sabor de la comida hace que el perro salive de manera natural y automática pero el sonido de la campana no, por lo que se llama a la comida estímulo incondicionado (EI) y a la salivación respuesta incondicionada (RI). Debido a que la campana no produce de manera natural la salivación se le llama estímulo condicionado (EC). Una vez que el sonido de la campana y la comida se aparean un número suficiente de veces, donde el perro saliva al escuchar la campana antes de ver la comida se dice que la salivación cambia de una respuesta incondicionada a una condicionada (RC) porque es el resultado de un estímulo condicionado (EC) – el sonido de la campana.

Existen 4 tipos de condicionamiento clásico basados en diferentes relaciones EC-EI

1. DEMORADO O ADELANTADO: Cuando el EC se presenta cerca de medio segundo antes del EI. Se utiliza más en laboratorio con animales
2. HACIA ATRÁS: Se presenta el EC antes del EI, genera poco aprendizaje o ninguno, utilizado en la publicidad.

3.SIMULTANEO: El EC y el EI se presentan juntos, condicionamiento que es más frecuente en la vida real

4.HUELLA: El EC se presenta y se retira antes de que aplique el EI, conocido como Huella de Memoria donde el RC es más débil que en el condicionamiento demorado o en el simultaneo.

CONDICIONAMIENTO DE ORDEN SUPERIOR

Pavlov demuestra que un EC poderoso puede usarse en lugar de comida para producir salivación en respuesta a un estímulo nuevo nunca se ha asociado con la comida. La situación del timbre y la comida se denomina condicionamiento de Primer Orden y la situación del timbre y el cuadro negro condicionamiento de segundo orden. Pavlov encontró que con los perros el aprendizaje no podía ir más allá del condicionamiento de tercer o cuarto orden.

GENERALIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN

La generalización y discriminación son otros fenómenos que participan en el condicionamiento clásico. En la generalización el EC se transfiere a estímulos que son parecidos pero diferentes del EC original. Si se continua presentando diferentes sonidos de campanas el EC se debilita de modo gradual hasta que desaparece; el perro muestra discriminación. También puede existir entrenamiento de discriminación.

La neurosis experimental surgió cuando Pavlov entreno perros para salivar ante un circulo pero no ante un elipse fue cambiando la forma del elipse hasta que casi se volvió un circulo. A medida que esto sucedía los perros comenzaron a comportarse de una manera neurótica como si no supieran como responder.

Extinción y Recuperación Espontánea

La extinción ocurre cuando después de haber condicionado un perro a salivar ante una campana, si repetidamente no se le da la comida la salivación se debilita hasta cesar del todo.

La recuperación espontánea aparece cuando al parecer la conexión original se ha desvanecido y se volvió a presentar la campana después de algunas horas y al ser retirados los perros de la situación experimental, los perros volvían a salivar. Esto muestra que la extinción no implica borrar el aprendizaje original, sino que, se aprende a inhibir o suprimir la RC cuando el EC se presenta de manera continua sin el EI.

Se le llama extinción al efecto de desmotivación que consiste en repetir un estímulo sin recompensa, se desaprende la conexión original. Aunque después de unas horas de hacer el experimento se obtenía nuevamente una respuesta condicionada aún si no existiese el apareamiento del estímulo condicionado, y a este fenómeno se le llama recuperación espontánea. Esto demuestra que no se puede borrar del todo el aprendizaje original, si no más bien sólo se aprende a inhibir o suprimir la respuesta condicionada cuando el estímulo condicionado se presenta de manera continua sin el estímulo incondicionado.

¿Se aplica el condicionamiento clásico a la conducta humana?

En la psicología clínica se ha utilizado el condicionamiento clásico y el operante, esto con el objeto de poder cambiar ciertas conductas de las personas.

El primer experimento en seres humanos lo hizo Watson basándose en los hallazgos de Pavlov, a través del condicionamiento clásico, el cual fue criticado por varios psicólogos por su dudoso sentido ético. Watson y Rayner lograron inducir miedo en un niño con diferentes estímulos, así demostraron como se podía adquirir el temor de manera

espontánea. Por medio de la generalización se puede llegar a desarrollar temor en varios elementos, siempre y cuando coincidan con el estímulo inicial condicionando, como por ejemplo ruidos parecidos. Hasta cierto punto es útil la generalización, pero no siempre porque puede llegar a afectar a las personas que estén relacionadas por ejemplo a trabajar con ruidos y esto llega a alterar su efectividad, por eso es igual de importante la discriminación. Los miedos humanos se pueden mantener si se evitan los objetos que causan ese temor, se fortalecen por medio del reforzamiento negativo.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Skinner, opinaba que la conducta animal y humana no se produce mediante estímulos específicos, como opinaban Watson y Pavlov. Skinner se enfocó a los animales en su medio ambiente, en como operaban y como esa conducta operante es instrumental para originar ciertas consecuencias que determinan la repetición de esa conducta. En el condicionamiento operante las cosas se ven mucho más seguras; el organismo emite la conducta, y por lo tanto, es voluntaria y la probabilidad de que se emita una conducta en particular es una función de las consecuencias pasadas de tal conducta. El condicionamiento operante también se basó en la teoría de Edward THORNDIKE.

THORNDIKE Y LA LEY DEL EFECTO

Thorndike, hizo experimentos con gatos, los cuales para poder obtener comida, tenían que salir de la caja que él construyó y consistía en operar un pestillo que abriera la puerta, repitiendo el proceso desde el principio que era mantener a los gatos poco alimentados hasta concluir con la obtención de la comida. Cada vez se fue reduciendo el tiempo de respuesta de 5 minutos hasta 5 segundos.

Thorndike, describe esto como el aprendizaje, que era aleatorio o por ensayo y error, esto era por una reducción gradual del número de errores cometidos y del tiempo de escape, lo que se había aprendido era una conexión entre la situación y un impulso de actuar o entre el estímulo o la respuesta. Esto se da cuando después del estímulo hay placer y cuando no lo hay esto termina, así se dio la Ley del efecto.

Distinciones entre condicionamiento clásico y operante:

Como resultado de la conducta influirá sobre esa conducta en el futuro, mientras que en el condicionamiento clásico, en cierto sentido sucede antes de la conducta.

Señala que el animal no es indiferente a la naturaleza de esas consecuencias, respuestas que logra de la satisfacción o placer, suelen repetirse y las que producen incomodidad tienen la probabilidad de no hacerlo.

“ANÁLISIS CONDUCTUAL” DE SKINNER

Skinner utilizó una caja problema (caja de Skinner) en la cual el animal experimentado trabajaría desde dentro de ella, en donde el experimentador decidirá cuál es el movimiento que le puede proporcionar alimento, esto quiere decir que el experimentador tiene el control total del ambiente.

Skinner, dio el término de fortalecimiento en lugar de imprimir y debilitamiento en lugar de erradicar, diferencia en la Ley del efecto. Sus términos eran más objetivos y descriptivos que racionales. Para Skinner se requiere una representación certera pero neutral de la relación entre Antecedentes (condiciones del estímulo), Conductas (operantes) y Consecuencias (resultados). “La conducta se modela y mantiene en función de sus consecuencias”

Skinner, cita las consecuencias de los operantes y sus efectos sobre la conducta y pueden ser un reforzamiento positivo, un reforzamiento negativo o un castigo.

El reforzamiento positivo y negativo tienen un mismo efecto sobre la conducta, la fortalecen, pero funcionan diferente. Mientras que el positivo sugiere más repetición el negativo trata de evitarla, y el castigo trata de suprimirla (conducta) al hacer menos probable o debilitarla.

Diferencia entre reforzador y reforzamiento

La diferencia entre reforzador (y castigador) y reforzamiento (castigo) es que trata entre un objeto y un proceso.

Una manera científica de ver las cosas de acuerdo con lo que comenta Skinner es, esperar y observar y no al contrario.

Reforzadores primarios y secundarios

Los reforzadores primarios (agua, comida, sexo) son reforzadores naturales por si solos y los reforzadores secundarios (dinero, cheques, estampillas de intercambio) adquieren sus propiedades al asociarse con reforzadores primarios por lo que se tiene que aprender a encontrarlos reforzantes.

Wolfe, en un estudio del poder de respuesta de los reforzadores secundarios utilizo la máquina Chimp-o-mat, la cual aprendieron a operar los chimpancés para obtener fichas de poker, como reforzador secundario para la solución de sus problemas.

Los reforzadores secundarios establecen un puente entre la respuesta y el reforzador primario, la cual puede no estar inmediatamente disponible.

PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO

Skinner, identifico 5 programas asociados con los efectos de la frecuencia o regularidad (pronosticar) de la presentación de los reforzadores sobre la conducta. El animal trabaja más para obtener una recompensa escasa, cuando los reforzamientos son a) pocos y espaciados y b) irregulares o imposibles de predecir, no solo continuarán su trabajo sino que lo seguirán haciendo aun cuando ya no exista el reforzador. Así cada programa se analiza en términos de patrón y tasa de respuesta, y resistencia a la extinción.

El registro acumulativo de Skinner es una manera conveniente de representar la tasa de respuesta (eje vertical) en el tiempo en el que se realizan (eje horizontal).

Los programas de reforzamiento son 5:

Reforzamiento continuo (RFC), donde se refuerza cada una de las respuestas, la tasa de respuesta es baja pero firme, la resistencia a la extinción es muy baja.

Intervalo fijo (IF), se da un reforzamiento por intervalo de tiempo siempre y cuando la respuesta ocurra al menos una vez durante ese tiempo, la tasa de respuesta se acelera cuando existe el reforzamiento, pero en general es baja y la resistencia a la extinción es bastante baja.

Intervalo variable (IV), en promedio hay un reforzamiento cada 30 segundos, pero el intervalo varia en cada prueba, por lo que el intervalo es imposible predecirlo. La tasa de respuesta es muy estable en períodos largos y la resistencia a la extinción es muy alta.

Razón fija (RF), existe un reforzamiento para un número fijo de respuestas sin importar el tiempo transcurrido, en el patrón y tasa de respuesta existe una pausa prolongada después de cada reforzamiento y después de una tasa muy alta de respuesta la resistencia a la extinción es bastante baja al igual que IF.

Razón variable (RV), existe un reforzamiento en promedio cada 10 respuestas, pero es impredecible el patrón y tasa de respuesta es muy alta y muy firme y la resistencia a la extinción es muy alta, es el más resistente de todos los programas.

Moldeamiento – reforzamiento de aproximaciones sucesivas

El reforzamiento se puede utilizar para construir conducta relativamente compleja por medio de aproximaciones reforzadas orientadas a la conducta deseada.

Primero la conducta se segmenta en pasos pequeños y se refuerza su secuencia para que el resultado ocurra ya sea de manera deliberada o consciente o de modo espontáneo e inconsciente. El moldeamiento proporciona un fundamento importante para la modificación conductual. Ayuda en programas de niños con problemas de lenguaje, autismo, y en necesidades básicas.

Reforzamiento negativo – aprendizaje de huida y evitación

El reforzamiento negativo se ha estudiado en dos tipos: Aprendizaje de huida y Aprendizaje de evitación. El primero es sencillo y el segundo muy complejo y para aspectos de la conducta humana.

Miller, intento separar el factor clásico del factor operante, las repuestas que se motivan por medio de temor o ansiedad condicionada persistirán más tiempo que por incentivos positivos. El aprendizaje de evitación impide que el aprendiz someta a prueba la realidad. En las personas las fobias se han vuelto persistentes de esta manera aplicando la terapia implosiva o de inundación con el fin de lograr la extinción de la fobia a través de forzar la prueba de realidad.

Castigo

Skinner, sostiene que el reforzamiento positivo es una influencia mucho más poderosa sobre la conducta que el castigo. El castigo sólo puede hacer que ciertas respuestas sean menos probables. Campbell y Church, afirman que el castigo influye más sobre la conducta que los efectos logrados por medio de incentivos por medio del reforzamiento, sin embargo, existen efectos colaterales de estrés, ansiedad, retraimiento y agresión.

Concluyo que el castigo suprime la conducta a corto plazo pero no la debilita, en otros experimentos se muestra que la fortaleza y duración del efecto depende de la intensidad del castigo y la respuesta se encuentra suprimida en lugar de desaprendida.

Antecedentes de la conducta control del estímulo

Una diferencia entre el condicionamiento clásico y operante se relaciona con el estímulo en relación con la respuesta. En el condicionamiento clásico el estímulo produce una respuesta de manera automática y en el operante el estímulo indica la consecuencia de generar esa respuesta en particular.

Un caso especial del control del estímulo es el estímulo discriminativo. En la caja de Skinner si una rata recibe reforzamiento por palanquear sólo cuando una luz se encuentre encendida, pronto la luz se vuelve un estímulo discriminativo.

La condicionalidad parece ser una propiedad de los sistemas nerviosos, muchos psicólogos discuten que no pueden existir leyes generales del aprendizaje, ejemplo la ley de la continuidad que nos habla de eventos o estímulos que ocurren de manera cercana en tiempo y espacio y que es probable que se puedan asociar.

Bolles y otros han concluido que no es posible considerar que los principios básicos del aprendizaje se apliquen de igual modo a todas las especies en todas las situaciones. Debe tomarse en cuenta la historia de la evolución de la especie y su historia de aprendizaje. El

concepto de Seligman de preparamiento indica que los animales se hayan biológicamente preparados para aprender acciones relacionadas de manera más cercana con la supervivencia de su especie y estas conductas se aprenden con poco entrenamiento. Sin embargo existen conductas contra-preparadas contrarias a la tendencia natural del animal y que se aprenden con gran dificultad, si es que se aprenden. Oakley, cree que la preparatividad en el condicionamiento es una característica de herencia. Un hallazgo interesante de Seligman es que las respuestas condicionadas de manera clásica se extinguen más rápido en los seres humanos que en los animales.

¿El condicionamiento es más complejo de lo que parece?, ¿Cuál es el papel de la cognición?

Mackintosh indica que el condicionamiento es más adecuado considerarlo como un asunto de detección y aprendizaje acerca de las relaciones entre eventos donde los animales descubren las señales o eventos causales importantes para ellos como la comida, agua o el peligro o la seguridad y que se encuentran en relación con su medio ambiente.

Muchos investigadores consideran que el condicionamiento implica la relación causal donde un evento estímulo puede predecir a otro, pero el aprendizaje también implica que el estímulo A pueda predecir que el estímulo B no ocurrirá, a este último se le denomina Supresión o inhibición condicionada.

Pavlov con 3 estímulos separados (una luz intermitente, el tono de Do sostenido y un disco de rotación), todos ellos relacionados con la comida. Después forma una Combinación inhibidora en donde al incluir un metrónomo en combinación con el tono y la luz intermitente o bien con el disco de rotación al no ser estas combinaciones seguidas de la comida el perro aprendió a no salivar, por lo que Pavlov concluyó que el metrónomo se había convertido en un Inhibidor Condicionado.

Otra demostración de la complejidad del condicionamiento es el BLOQUEO (Kamin 1969). Ejemplo al asociar 3 estímulos (ruido, luz y choque eléctrico) si mantienen su secuencia el primero puede convertirse en un Estímulo condicionado (EC), sin embargo si el ruido se presenta sólo, este de algún modo se bloquea para ser un EC.

En el condicionamiento operante el aprendizaje se ilustra bien durante la Deseperanza Aprendida (Seligman) y aprenden que ninguna conducta tendría ningún efecto en particular.

Conductismo Cognoscitivo de Tolman – Aprendizaje latente y mapas cognoscitivos

Tolman es considerado un psicólogo cognoscitivista ya que explicó el aprendizaje de las ratas en términos de los procesos cognoscitivos inferidos, en particular los Mapas Mentales o Cognoscitivos. También distinguió entre el aprendizaje y desempeño (o saber y hacer).

La teoría de Tolman – Aprendizaje de Lugar (o aprendizaje de señales) sostiene que las ratas aprenden algo acerca de “qué conduce a qué” en el laberinto, es decir, aprenden expectativas de que parte del laberinto seguirá a cuál otra del mismo. Tolman llamó mapas cognoscitivos a estas expectativas.

Un mapa cognoscitivo no puede observarse de manera directa sino que sólo se infiere de la conducta real. En el experimento del laberinto donde las ratas al cerrarse el camino que conduce a su comida relacionan con las características geográficas del mismo para encontrar nuevas rutas y sugiere que no son los movimientos individuales de caminar o nadar los que constituyen el aprendizaje en el laberinto.

Aprendizaje

Aplicaciones del conocimiento

Principios del condicionamiento que se ha practicado en las personas:

Terapia o modificación conductual: tratamiento de los trastornos de la conducta.

Biorrealimentación

Aprendizaje o instrucción programada

Las técnicas de biorrealimentación, se afirma que se controlaron respuestas involuntarias, autónomas, utilizando condicionamiento operante. Esto con reforzamiento positivos en ratas.

En personas el procedimiento básico implica proporcionarle información a los individuos, retroalimentación acerca de aspectos específicos de su funcionamiento biológico. Se les entrena a controlar a voluntad estas funciones biológicas.

La biorrealimentación se ha aplicado a un enorme rango de problemas clínicos psicofisiológicos. Los cambios en las funciones autónomas podrían ser consecuencia del control sobre otras funciones voluntarias. También consideran que con frecuencia, el simple entrenamiento en relajación muscular voluntaria es cuando menos eficiente y en ocasiones aún más que la biorrealimentación para el tratamiento de trastornos relacionados con el estrés.

El aprendizaje o instrucción programada es un método de instrucciones que aplican de manera sistemática los principios del condicionamiento operante a la situación del aprendizaje. Pressey, inventó una máquina de opción múltiple para evaluar a los estudiantes, pero Skinner abogó por el aprendizaje inicial, no sólo creía que todo el aprendizaje sucede de acuerdo con los propios condicionamientos (operante), sino que la situación habitual del salón de clases no es ideal para que suceda el aprendizaje.

El tipo de aprendizaje programado que diseñó y defendió Skinner es lineal, reúne toda la secuencia premeditada de pasos. Los programas ramificados en general comprenden cuadros más amplios y permiten vías alternativas a través del material que dependen de las respuestas del aprendiz. La ramificación también permite que el aprendiz que comete un error descubra porque la respuesta es incorrecta al dirigirlo a una rama fuera del tronco principal del programa y que trabaje a través de material de revisión.

Los programas lineales como ramificados pueden tomar la forma de libros, máquinas de enseñanza.

Teoría del aprendizaje social y Aprendizaje observacional

Alternativas al conocimiento provienen de la teoría de aprendizaje social (TAS), se originó en Estados Unidos, su propósito era interpretar ciertos aspectos de la teoría psicoanalítica de Freud en términos de la teoría del condicionamiento (o teoría ortodoxa del aprendizaje). Albert Bandura intentó hacer más objetivo y específicamente viable el concepto de identificación de Freud por medio de su estudio en laboratorio, en forma de Imitación.

¿Cuáles son algunas de las semejanzas y diferencias importantes entre la TAS y las Teorías Ortodoxas del Aprendizaje?

Los teóricos del Aprendizaje Social (AS) junto con otros psicólogos conductistas creen que la conducta se aprende a través de los mismos mecanismos de acuerdo con los mismos principios del aprendizaje. Difieren de Pavlov, Watson, Skinner en su interés específico en el aprendizaje humano, en especial en la forma de adquirir la conducta social y moral.

Los teóricos del AS están de acuerdo en que debería observarse lo que es observable y también creen que existen importantes variables cognoscitivas o mediadoras que

intervienen entre el estímulo y la respuesta y sin las cuales no es posible explicar de manera adecuada la conducta. Estas variables cognoscitivas no pueden observarse de manera directa, sino que sólo es factible inferirlas en la observación de la conducta real.

Los teóricos del AS no niegan la importancia del comportamiento clásico y operante, pero piensan que estos procesos del aprendizaje no pueden explicar adecuadamente la aparición de la conducta novedosa o sea la que el individuo no ha presentado antes.

El Condicionamiento clásico puede explicar como cambia una respuesta de un estímulo a otro (Sustitución del estímulo), El Condicionamiento Operante puede explicar cómo las respuestas que se producen de manera espontánea, a través del reforzamiento selectivo y moldeamiento se vuelven más probables de repetirse. El Aprendizaje por OBSERVACIÓN se logra a través de la observación de la conducta de otra persona.

Puntos relevantes de la Conducta por Observación:

La persona cuya conducta se observa se denomina MODELO

El aprendizaje tiene lugar de manera espontánea

Las conductas específicas y los estados emocionales más generales pueden moldearse.

Para Skinner el reforzamiento es la parte central del aprendizaje pero para los teóricos del AS sólo es importante en la medida que determina la probabilidad de que de hecho se demuestren las respuestas aprendidas.

Reforzamiento como información acerca del Futuro

Bandura y Skinner tienen diferentes puntos de vista en como funciona el reforzamiento y que se relaciona de modo directo con la distinción aprendizaje – desempeño.

Skinner dice que el reforzamiento funciona de manera automática, el fortalecimiento de las respuestas simplemente sucede y que no se requiere que el aprendiz evalúe o valore los efectos de su conducta.

Bandura sostiene que el reforzamiento sirve como una operación informativa y motivacional más que un fortalecedor mecánico de la respuesta.

Bandura por informativo quiere decir que las consecuencias de la conducta informan las circunstancias para mejorar la predicción de si una acción dada conducirá a resultados placenteros o displacenteros en el futuro. Skinner cree que una consecuencia ejerce su influencia al revés o sea fortaleciendo la conducta que precedió al reforzamiento o castigo.

Bandura afirma que la consecuencia ejerce su influencia hacia delante, hacia el futuro, dando información de los efectos que pueden esperarse al aprendiz, por tales razones es posible aprender a observar a otros, porque la observación puede proporcionar la misma información acerca de qué tipo de conducta conduce a qué consecuencia.

Por Motivacional Bandura quiere decir que se está en mayor posibilidad de intentar aprender la conducta modelada si se evalúan las consecuencias relacionadas con tal conducta.

Papel de los Factores Cognoscitivos en el aprendizaje por Observación

El Proceso del aprendizaje es más complejo para Bandura que para Skinner. Bandura indica que los resultados cambian la conducta de los seres humanos a través de la influencia interventora del pensamiento. Indica que existen 5 funciones importantes en el aprendizaje por Observación:

Prestar Atención: El aprendiz debe atender las claves en la situación-estímulo e ignorar aquellos aspectos del modelo y del ambiente que no afectan el desempeño que el aprendiz busca aprender.

Imagen visual o código semántico: Registrar en la memoria la imagen visual o código semántico de la conducta modelada.

Permanencia en la memoria: Refiere a los mecanismos como el ensayo y empleo de códigos múltiples para ayudar a retener durante largos periodos la información almacenada. Reproducir de modo exacto las actividades motoras observadas: Existen importantes tendencias del desarrollo implicadas en este caso, ya que el niño de más edad disfruta de mayor fortaleza y control muscular.

Motivación: Los conductistas han hecho una equivalencia entre la motivación y las consecuencias de la conducta y el punto de interpretación de Bandura y Skinner.

TOLMAN

Explicó el aprendizaje de las ratas en función de procesos cognitivos, en particular mapas cognitivos o mentales. La teoría de Tolman acerca del aprendizaje de lugar sostiene que las ratas, aprenden expectativas de que parte del laberinto seguirá a cual otra del mismo. Tolman llamo mapas cognitivos a estas expectativas, un tipo primitivo de mapa perceptual. Una comprensión de sus relaciones espaciales. Aunque un mapa cognitivo solo puede inferirse de la conducta real, es difícil saber como explicar los hallazgos de que las ratas tomaran atajos a la caja de alimentos si se bloquea el viejo camino o como, si se rota el laberinto, pueden encontrar la ubicación habitual de la comida desde varios diferentes puntos de inicio.

De modo similar, Restle inundó un laberinto inmediatamente después de que un grupo de ratas había aprendido a atravesarlo y pudieron nadar hasta la caja-meta sin mas errores de los que habían tenido al caminar por el. Esto sustenta claramente la interpretación de Tolman de que las ratas aprenden un mapa cognitivo del laberinto no los motivos individuales de caminar o correr que las llevan a la caja de alimento.

HULL

Teoría de reducción de la pulsión, tenía el propósito de explicar el principio fundamental del reforzamiento tanto positivo (reducción de una pulsión por la presentación de un estímulo) como negativo

AUSUBEL

Concibió su teoría como una forma explicativa de la adquisición de conceptos. La adquisición de nueva información que se da en el aprendizaje significativo es un proceso que depende de las ideas relevantes que ya posee el sujeto, y se produce a través de la interacción entre la nueva información y estas ideas previas. Distingue cuatro tipos de aprendizajes cualitativamente distintos y organizados en dimensiones continuas:

Respecto al proceso de relación entre la información nueva y los conocimientos previos:

Aprendizaje significativo: cuando el nuevo material se relaciona de modo no arbitrario, sino sustancial con los conocimientos previos del alumnado.

Aprendizaje memorístico: se establece una relación arbitraria entre la nueva información y los conocimientos previos.

Respecto a la presentación de los nuevos contenidos:

Aprendizaje por recepción: el alumno recibe los contenidos que debe aprender en su forma final, no necesita realizar ningún descubrimiento mas allá de la comprensión y la asimilación de los mismos, de manera que sea capaz de reproducirlos cuando le sea requerido.

Aprendizaje por descubrimiento: el contenido no se da en su forma acabada, el alumnado tiene que descubrirlo o reorganizarlo antes de poder asimilarlo. Para que se produzcan aprendizajes significativos de conceptos es necesario que se den dos condiciones con lo nuevos materiales que van a ser aprendidos deben ser potencialmente significativos:

Los nuevos contenidos deben poseer significación lógica, estar ordenados siguiendo la lógica de la disciplina a que corresponden, y no ser arbitrarios ni confusos.

Los nuevos contenidos deben ser psicológicamente significativos para el sujeto que aprende.

El sujeto debe tener disposición de asociar los conceptos nuevo son los conceptos ya adquiridos, es decir, debe querer aprender.

VIGOTSKY

La educación es un hecho consustancial al desarrollo humano y el proceso de desarrollo no coincide con el de aprendizaje, ni le precede, sino que sigue al de aprendizaje, que crea una zona de desarrollo potencial. Vigotsky define la zona de desarrollo potencial como la distancia entre el nivel de desarrollo real, determinado por la resolución de un problema sin ayuda, y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la resolución de un problema bajo la guía de un adulto, o en colaboración con sus compañeros mas competentes. Es decir, el desarrollo potencial abarca un área que va desde la capacidad de actividad independiente del sujeto hasta su capacidad de actividad guiada o imitativa. El aprendizaje es una forma de apropiación de la herencia cultural disponible, no es solo un proceso individual de asimilación. La interacción social es el origen y el motor del aprendizaje. El aprendizaje depende de la existencia anterior de estructuras más complejas en las que se integran los nuevos elementos, pero estas estructuras son antes sociales que individuales. Vigotsky cree que el aprendizaje mas que un proceso de asimilación-acomodación, es un proceso de apropiación del saber exterior.

BRUNER

Considera a la instrucción como parte esencial del proceso de aprendizaje, tanto en ambientes naturaleza como educativos. El identifica tres modo de representación, ejecutivo, iconio y simbolico.

ANDERSON

Propone una teoria del aprendizaje basada eb tres estadios sucesivos. Toda destreza o concepto adquirido pasaria por tres fases: interpretacio declarativa, complicación y ajustes. Dado que la teoria es en esencia una teoria de aprendizaje procedual o por la accion esta enfocada preferentemente hacia la adquisición de destrezas. Pero estas deben entenderse en u sentido amplio, no solo abarcando habilidades motoras sino también destrezas en la solucion de problemas y toma de decisiones e incluso procesos de categorizacin y formación de conceptos.

BANDURA

Sus aportaciones son sobre el aprendizaje por observación, también llamado vicario o social. Bandura ha efectuado numerosas investigaciones sobre el aprendizaje producido tras la observación de otro sujeto realizando cualquier actividad. Tanto los animales como las personas imitan las conductas. En los trabajos de Bandura se presenta al observador un modelo que se comporte de la manera que se quiere llegar a instaurar. En una primera fase, el observador pone atención a esa conducta y reconoce las propiedades distintivas de la misma. En la segunda fase, denominada de retención, la conducta se almacena activamente en la memoria. Finalmente, el observador ejecuta la conducta apropiada, y una vez reproducida, dicha conducta es reforzada. A este proceso de aprendizaje se le ha llamado aprendizaje por modelamiento. En los primeros años de la vida, los padres suelen ser los principales modelos adultos para los niños y niñas; con el tiempo cobran importancia hermanos, profesorado, amistades, etc. Los adultos tienden a imitar a personajes públicos de éxito social y económico.

MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN

Los primeros psicólogos identificaron varias dimensiones de la experiencia emocional incluyendo agrado y desagrado. Ekman y Friesen identificaron seis emociones primarias que son universales y posiblemente innatas. La rueda de emoción de Plutchik también incorpora emociones primarias pero las distingue de las emociones complejas (8 categorías: temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría, aceptación) Ekman y Averill, adoptan un enfoque evolutivo para comprender las emociones primarias y básicas, que incluye su función actual. También las emociones básicas deben estar presentes en primates no humanos.

Pero aquello que se consideran como emociones básicas difieren entre culturas y a través del tiempo dentro de la misma cultura y dichas emociones pueden no ser básicas en sentido biológico, sino en términos psicológicos o culturales (Averill). Para cada emoción específica existe la experiencia subjetiva, cambios fisiológicos, conducta asociada y evaluación cognoscitiva de los estímulos y situaciones productores de emoción.

La teoría de Darwin acerca de la emoción considera que las conductas emocionales entre las expresiones (como las expresiones de amenaza) han evolucionado porque beneficiaron a aquellos animales que las utilizaron de manera efectiva, es decir, evitaron la necesidad del combate real.

La teoría James Lange, invierte por completo la teoría del sentido común, acerca de la emoción al afirmar que nuestra experiencia emocional es el resultado de cambios corporales percibidos, en particular, cambios esqueléticos. Los estudios de Valins (que empleo el paradigma de realimentación falsa) y Laird (quien examinó la hipótesis de realimentación facial) presentan apoyo a la teoría James-Lange, aunque no toman en cuenta cualquier cambio visceral que pueda ocurrir. Ambos sugieren que la excitación fisiológica no es suficiente para explicar la experiencia emocional.

Cannon critico la teoría James-Lange por suponer que los diferentes estados emocionales se asocian con diferentes patrones de la actividad del SNA. La teoría Cannon – Bard afirma que el SNA responde de la misma manera a todos los estímulos emocionales.

Investigación reciente a cerca de la especificidad de las respuestas corporales ante los estímulos emocionales, utiliza el método de acción facial dirigida y el método de emoción revivida. Levenson, informa diferencias entre el enojo repugnancia, temor y tristeza (emociones negativas), pero es difícil derivar cualquier conclusión general a cerca de la

especificidad. Sin embargo tanto la teoría de James-Lange como la de Cannon – Bard asumen un punto de vista muy extremo a cerca de esto.

Los estudios de Marañon y Hohmann, sustentan la afirmación de Cannon de que la excitación fisiológica no es suficiente para la experiencia emocional aunque indican que es necesaria. Sin embargo, el propio estudio con gatos realizado por Cannon además de los de Sherington y Dana sugieren que inclusive podrían no ser necesaria.

Teoría Cognoscitiva – Fisiológica de la Emoción

La emoción incluye cambios fisiológicos conducidos por el sistema simpático, pero estos cambios son parte de la experiencia. La otra parte es un componente cognoscitivo que permite que el individuo haga conciencia e interprete la situación. La experiencia de una emoción tiene componentes fisiológicos y cognoscitivos.

Teoría de Arnold

Percepción, inconsciente e instintiva

Teoría Feedback Facial

Expresiones faciales y emociones

Teoría Cognoscitiva e Intuitiva

Aspectos inconscientes e intuitivos. Prefieren enfoques cognoscitivos.

Teoría Evolutiva Putschik

Las emociones tienen un significado y son interpretaciones conscientes que les den suceden al individuo. Son bipolares, opuestas, excitación / depresión, enojo / miedo, antipatía / sorpresa.

Teoría Cognoscitiva de Lazarus

Emociones compuestas por impulsos

WUNDT

Uno de los fundadores de la psicología científica, considera que la experiencia emocional podía describirse en términos de las combinaciones de tres dimensiones. Agrado/ desagrado, calma/ excitación y relajación/ tensión. Osgood considero al agrado como una dimensión, además de la activación y el control, que corresponden a los factores de evaluación, actividad y potencia del diferencial semántica.

Para cada emoción distinta existen tres componentes:

La experiencia subjetiva de felicidad, tristeza, enojo y así por el estilo.

Los cambios fisiológicos que ocurren, implicado al SNA y al sistema endocrino, sobre los cuales se tiene poco o ningún control, aunque se puede estar consciente de algunos de sus efectos.

La conducta asociada con una emoción en particular, como sonreír, llorar, fruncir el ceño. Huir corriendo.

En ocasiones los componentes 2 y 3 se categorizar juntos como reacciones corporales donde las primeras se denominan viscerales y las segundas esqueléticas.

Las diferentes teorías de la emoción pueden distinguirse de acuerdo con:

Como ven la relación entre estos tres componentes.

El énfasis relativo que dan a cada componente.

Como en la relación entre los componentes y nuestra interpretación o estimación cognitiva del estímulo o situación que produce la emoción.

Los tipos de emoción son básicos o primarios, las cuales son sorpresa, temor, repugnancia, enojo, felicidad y tristeza.

MOTIVACIÓN

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MOTIVACIÓN

Según Rubin y Mc Nelly(1983), los motivos son un tipo especial de causa que proporciona energía dirige y mantienen la conducta de una persona. En términos similares. “Motivación se refiere, en sentido general, a los procesos implicados en la iniciación dirección y energización de la conducta individual”. La palabra motivo proviene del latín para “mover” y esto queda incluido en la definición de Miller (1962).

El estudio de la motivación es el estudio de todas aquellas cosas que empujan y estimulan, biológicas, sociales y psicológicas, y que vencen nuestra indolencia y nos mueven, ya sea de manera deseosa o renuente, a la acción.

Las diferentes corrientes de pensamiento dentro de la psicología:

ADAPTACIÓN

Piaget veía al juego como una actividad adaptativa. A lo largo del desarrollo, el juego ayuda a consolidar las capacidades de reciente adquisición, así como a auxiliar en el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales adicionales. De la misma manera, los motivos de competencia de la curiosidad, exploración y manipulación tienen, sin duda, una importancia adaptativa para el individuo y, en última instancia, para la especie. La investigación y exploración del ambiente equipa a un animal con el conocimiento que puede utilizarse en momentos de estrés o peligro.

MOTIVO

Puede haber motivo cognitivo el cual es la motivación de logro y necesidad de logro. Y motivos sociales, que se refiere a la activación de procesos implícitos en la iniciación dirección energización de la conducta individual.

PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS DE LA MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN

TEORÍA DARVINIANA

Primera teoría de la emoción.. Para Darwin las emociones tenían una función adaptativa, función que no era exclusiva de los seres humanos. Supone que si los cambios expresivos son parecidos en diferentes especies y asociados a estados similares, es posible estudiar las emociones en otras especies animales.

TEORÍA DE JAMES- LANGE

Teoría periférica de la emoción. William James dice que los estados de pensamiento son en primer lugar fisiológicos, y la emoción surge de la percepción de esos cambios fisiológicos. (“estamos tristes porque lloramos”). En base a la negación de esta teoría aparece la siguiente.

TEORÍA DE CANNON-BARD

Cannon describió que la conducta emocional aun seguía presentándose en aquellos pacientes que debido a un accidente tenían aisladas las vísceras del sistema nervioso central, es decir observó que los parapléjicos no presentaban un nivel reducido de emociones después de una lesión espinal, esta teoría conocida como la teoría de Cannon subrayaba el papel del hipotálamo en el control de las emociones. (“Lloramos porque estamos tristes”). Añade que como consecuencia de la actividad del hipotálamo se producen cambios en el SNA (síntomas). Bard demostró que los gatos sin corteza respondían de forma agresiva a cualquier tipo de provocación por ligera que fuera, y sugirió que la corteza tenía como función la inhibición de la respuesta emocional. Esta respuesta no se producía si se extirpaba el hipotálamo, por lo que Bard concluyó que dicha estructura era clave en la expresión de la respuesta agresiva. No explican por qué surge el estado emocional.

TEORÍAS COGNITIVAS DE LA MOTIVACIÓN

La psicología computacional ha dejado a un lado los aspectos motivacionales de la conducta humana Tolman (1932), psicólogo neo-conductista, fue el primer investigador que criticó la concepción mecanicista de la motivación de Hull, según Tolman la rata en el laberinto aprende expectativas tales como “que va a ocurrir a continuación, el animal espera que ha una determinada conducta le siga una recompensa, poco a poco el concepto de expectativa fue reemplazando al concepto de hábito entre los teóricos del aprendizaje.

La teoría de la disonancia cognitiva: otros investigadores en lugar de concebir la motivación como una serie de motivos fijos y estables, la han considerado como algo cambiante en función de las situaciones. Esta forma de concebir los factores motivacionales tuvo su origen en el psicólogo de la Gestalt Kurt Lewin. Lewin destacó la importancia de la evaluación cognitiva que la persona hace de la situación. Las propias tareas que realizan los sujetos son las que producen motivación. La conducta se produce por una falta de equilibrio en el campo estimular, lo cual crea tensión en el individuo, las ideas de Lewin favorecieron la aparición de una serie de teorías sobre la motivación, la teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger (1957) decía, que la motivación es como un tipo de impulso que se crea cuando existe una disonancia o desajuste entre dos elementos cognitivos, estos dos elementos son percibidos por el individuo como incompatibles entre si.

Esta teoría utiliza el concepto de activación y auto-regulación para explicar la motivación humana, por lo que adquiere casi el papel de un impulso. Se han confirmado la mayoría de las predicciones derivadas de esta teoría, en la actualidad no tiene importancia, parte del desencanto reside en la dificultad de medir la disonancia y a lo complicado de la situación experimental necesaria para poner a prueba sus predicciones.

La predicción mas importante de la teoría es que las personas con una elevada motivación de logro tiende a elegir tareas de dificultad media mientras que las personas con baja motivación de logro evitan aquellas tareas cuya probabilidad de éxito esta en 50%, tienden a elegir tareas sencillas que puedan realizar con éxito, o aquellas tan complicadas que pocos sean capaces de realizar.

La teoría de la motivación social de Rotter: Según Rotter (1954), el potencial de cualquier conducta está determinado por la esperanza de que la conducta conducirá al reforzamiento del objetivo:

Potencial de conducta=f (esperanza de recompensa y valor de recompensa del objetivo)

Aunque ambos aspectos son independientes, existen importantes interrelaciones entre ambos. Un aspecto destacado de la teoría de Rotter es el concepto de lugar de control, las personas pueden concebir la recompensa como controlada internamente o como controlada externamente, en el primer caso se piensa que la recompensa está controlada por la capacidad de la persona y el esfuerzo que ponga para conseguir un objetivo, en el segundo caso la conducta se percibe como controlada por factores externos basados en el azar que no depende de la propia persona, esto significa que el individuo no puede hacer nada por modificar la situación.

TEORÍAS COGNITIVAS DE LA EMOCIÓN

La teoría de atribución de Schachter, afirma que la emoción se produce por a conjunción de la actividad corporal y de la interpretación cognitiva que la persona hace de esa activación corporal. La falta de uno de estos dos factores hace que la emoción sea incompleta. Distingue entre dos tipos de experiencia emocional, una proveniente de las cogniciones del sujeto sobre la forma como comprende o interpreta la situación que ha producido la emoción. Esta experiencia se produce de manera muy rápida y está bien diferenciada, el otro tipo de experiencia emocional proviene de las sensaciones corporales que produce la emoción, se trata de una experiencia lenta y bastante difusa. Según Schachter, cuando una persona experimenta estos cambios corporales ue no los puede explicar, lo que hace es buscar en el ambiente las causas de las sensaciones que experimenta. La interpretación posterior que haga de la situación dará lugar al tipo de emoción que va a sentir.

La teoría de Schachter sugiere la existencia de una secuencia de acontecimientos en la experiencia emocional:

Se produce una activación corporal. Esto es, debe existir un estado de arousal o activación fisiológica para que se produzca una emoción.

La persona percibe esta activación.

La persona busca una manera de explicar la activación.

Cuando se identifica la causa en el ambiente, se le pone nombre a la emoción, y esto determina la emoción que experimenta la persona.

PENSAMIENTO

El pensamiento consiste en solucionar problemas, como en el caso de la percepción que puede parecer directa, pero resulta sumamente compleja. Las primeras investigaciones sobre solución de problemas las realizaron los psicólogos de la Gestalt que consideraban a la solución de problemas como la reestructuración perceptual esencial del problema, lo cual da como resultado el discernimiento. Mientras que el enfoque Gestalt deja mucho que desear en términos científicos, hizo un legado en el cual se ha podido basar teorías posteriores, incluyendo el enfoque del procesamiento de información.

Newell y Simon, presentaron su Teórico Lógico General de Problemas. Lo que surgió de ello fue el enfoque de procesamiento de información, en cuyo centro se encuentra la analogía con la computadora.

Originalmente se basó en análisis de protocolos, pero es poco clara la manera en que los informes de las personas se relacionan con los procesos cognoscitivos que de hecho contribuyen a la solución de problemas, aun cuando tuviera acceso consciente a dichos procesos. En el Teórico Lógico, se empleó la heurística, métodos prácticos generales para la solución de problemas que no pueden garantizar una solución, a diferencia de los algoritmos, que también consumen mucho tiempo. La heurística se incorporó a la solución general de problemas y dominó la investigación sobre solución de problemas durante varios años.

El análisis de medios fines, es una estrategia heurística general que implica la selección de operaciones que reducirán la distancia entre la situación actual y la meta actual; el fin consiste en hacer que el problema sea manejable al volverse más selectivo en cuanto a acciones que valen la pena ejecutar.

Con frecuencia la meta / problema principal necesita descomponerse en submetas / sub-problemas, donde exista una estructura clara de meta / sub-meta; esto se logra mediante la representación de la reducción del problema, utilizando operadores.

La solución del problema es una secuencia de acciones que va desde el punto inicial a lo largo de las ramas del diagrama: árbol / árbol de estado acción hasta el estado meta:

Solución de Problema:

Representar el problema: Se interpreta y se define

Escoger una estrategia o varias: Ensayo y error (prueba de diferentes soluciones)

Recuperación de la información: Interpretar el problema

Algoritmos: Método gradual de solución a los problemas

Heurística: Reglas empíricas para ayudar a resolver el problema

Escalamiento: De manera empírica paso a paso vamos a encontrar la solución, pero no es seguro tener la respuesta correcta.

Submetas: Es como ir adecuando metas, ir paso a paso, hasta llegar a la solución.

Análisis del medio: Ver la diferencias con las situaciones actuales y compararlas con lo que se espera

Lluvia de ideas: Puede ser individual o grupal, se hace una lista y se evalúan al final cuales serían las que se adecuarían mejor

Toma de decisión: Escoger la solución más adecuada usando un conjunto de criterios previos.

Para tomar una decisión: Es utilizar los resultados y hacer un modelo comparativo, escoger la mejor opción.

No comparativo: A pesar de que sea mejor la opción que quiero, no la tomo en cuenta, porque la que más me puede convenir es la opuesta, aunque no sea lo que yo quería.

Eliminación de aspectos: Descartar las especificaciones que no reúnen nuestros requisitos.

Trabajo retroactivo: Se trabaja hacia atrás en lugar de pensar a donde voy a llegar, regresar al problema.

Dos tipos de obstáculos:

Disposición: Estado de ánimo y ambiental

Fijación funcional: Tendencia de minimizar la cantidad de soluciones.

TENDENCIA PARA MEJORAR LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Táctica de eliminación: Resolver problemas a partir de las posibles soluciones, de acuerdo con criterios aceptables apropiados.

Visualización: No sólo basta escuchar, sino, que es necesaria la visualización

Destreza: En base a las habilidades que tenemos podemos visualizar mejor el problema

Creatividad: Ideas para el mejor funcionamiento de los problemas, adecuarse a las necesidades del momento

Falso o verdadero: Por medio del Ensayo y Error.

El primer año de vida del infante cubre esta etapa y en donde el llanto domina el primer mes. A las seis semanas el recién nacido se arrulla y produce sonidos al parecer placenteros. Los sonidos de vocales son diferentes a aquellos que construirán las primeras palabras, durante los primeros seis meses el sistema nervioso y la cavidad bucal, no están maduros por lo que no pueden producir los sonidos para hablar. Durante este primer año entre los seis y nueve meses se produce un balbuceo, en el que, produce fonemas al combinar vocales y consonantes (balbuceos: mama, gaga, papa).

Dos diferencias entre las vocalizaciones y el balbuceo, a) el infante pasa más tiempo haciendo ruidos, y parecer disfrutar la ejercitación de su voz, b) el balbuceo tiene patrones de entonación, como el lenguaje, con elevación en cambio de tono y ritmo similar a este. Entre los once y doce meses, se produce la ecolalia, donde el lactante repite sílabas una y otra vez, ya que parece que esta haciendo eco.

Al principio produce unos cuantos fonemas en el balbuceo y después sucede la expansión fonémica, donde se produce casi cualquier fonema disponible. Tanto el balbuceo como la expansión fonémica se basan en la maduración con independencia de la experiencia y el aprendizaje. Los sordos o aquellos de padres sordomudos, producen el balbuceo al mismo tiempo que los lactantes normales, pero entre los nueve y diez meses de edad tiene una contracción fonémica donde se restringen los fonemas, ya que al no tener retroalimentación de su voz a causa de su sordera no tiene la posibilidad de hacer eco y de hablar.

Hasta los siete años, el niño es capaz de dominar todos los fonemas del lenguaje, a los dos años y medio domina la mitad de los fonemas de un lenguaje y entre los tres y 5 años tendrá problemas con la pronunciación de al menos un fonema. La capacidad de percibir la diferencia entre los diversos sonidos del lenguaje es innata.

Eimas y Chomsky, refieren que las primeras reglas gramaticales que se adquieren son fonéticas más que sintácticas.

COMUNICACIÓN PRELINGÜÍSTICA

La teoría de Chomsky, la cual se refiere a que el lenguaje se adquiere de manera innata, utiliza las reglas de la sintaxis, reglas que sirven para combinar palabras. Entre los 12 y 18 meses el infante usa fonemas y en esta etapa se empieza a preparar para usar las reglas sintácticas característica del lenguaje adulto.

El enfoque del lenguaje y la interacción social, se considera que primero se utiliza para comunicar necesidades (comer, dormir, jugar) e intenciones (prender la luz, abrir puertas) y es un medio disfrutable de entrar en una comunidad.

La proto-conversación Snow, observa que los adultos interpretan como expresiones de intenciones y sentimientos, interpretan los fonemas del niño que son los balbuceos al igual que las comunicaciones no verbales (sonrisas, contacto visual).

La co-orientación visual, según Collins y Schaffer, se refiere al proceso donde dos individuos se enfocan sobre un objeto común, empiezan a dialogar sobre ese objeto, esto hace que interactúen en un contexto social, y esto proporciona oportunidades de aprender la manera de hacer las cosas, y así, los padres y el lactante desarrollan patrones mutuos de interacción y comparten actividades las cuales llegan a repetirse.

Brunner, describe los formatos como rutinas de actividad, donde el infante tiene oportunidad de desarrollar la relación entre el lenguaje y el juego.

SAAL: el adulto activo

Según Brunner, los formatos son lo que integran al Sistema de Apoyo de Adquisición del Lenguaje, asume un enfoque pragmático funcional, en donde los adultos son personas más activas de la socialización del niño lo cual ayuda al niño a adquirir el lenguaje, los formatos se vuelven de mayor importancia, ya que gracias a estos dependiendo del contexto y el ambiente la adquisición del lenguaje es una extensión de los procesos de interacción entre la persona que cuida al niño.

El surgimiento de la intencionalidad comunicativa: el niño activo

El adulto se le representa como el socio mayoritario y el infante como parte más activa, es la perspectiva del lenguaje: dispositivo analítico causa-efecto.

Según Gauker, “la función fundamental de las palabras es conseguir cambios en el ambiente del hablante y la comprensión lingüística consiste de un conocimiento de estas relaciones causales.”

Bates, destaca que el lenguaje se debe considerar una manera de empleo de herramientas, la persona que quiere comunicar algo toma el lenguaje como herramienta, la cual es un símbolo o conjunto de símbolos, cuyo uso produce un cambio en la conducta de quien escucha, en esta etapa surge la intencionalidad comunicativa. Según Brunner, el niño no se tiene conciencia de que puede obtener de manera indirecta un efecto deseado al cambiar la conducta de alguien más.

La causalidad de segundo orden, es la conciencia a través del lenguaje que el niño emplea para lograr el cambio de conducta del adulto y así satisface y logra la meta fijada, es decir, usa a la persona como herramienta. Savage-Rumbaugh, dicen que la comprensión del lenguaje es muy importante para el niño, porque sabe que sirve puede lograr lo que necesita. Es una característica importante de la inteligencia sensomotora, es la relación de herramientas inanimadas (otra persona) u objetos físicos, parece ser que cierto tipo de comprensión instrumental. Concluye que la comprensión del lenguaje se vuelve, la fuerza impulsora que subyace al proceso de adquisición del mismo; la producción del lenguaje es sólo el resultado del desarrollo de la comprensión de éste.

ETAPA DE UNA PALABRA (12 A 18 MESES)

Generalmente sucede a los 12 meses, el balbuceo se mezcla y traslapa con el discurso con patrón (palabras). Continúan durante otros seis meses. Es el cambio entre un fonema y una palabra, es universal, nombran personas u objetos de manera específica, la cual la relacionan con el contexto.

Scollon, define a la palabra como una “equiparación sistemática de forma y significado” el infante etiqueta diferentes cosas con el mismo sonido y en ese momento se da claro intento por comunicar. Las primeras palabras del infante en general están, por naturaleza, ligadas al contexto, y son limitados y específicos en los que suceden acciones o eventos particulares.

Hay dos formas de relacionar su contexto, de función expresiva, la cual trata de comunicar los estados internos, como placer o angustia o con dirigir la conducta de otras personas con la función directiva, pide atención. Son importantes para el niño para controlar su medio, una palabra puede significar varias cosas, más que una sola palabra.

Las holofrases, son las palabras individuales que llegan a formar un mensaje más complejo, en ocasiones una oración.

Nelson, observó que les toma cerca de 13 a 19 meses adquirir un vocabulario de 10 palabras, pero después ese vocabulario aumentaba rápidamente. El niño va adquiriendo tantas palabras, que va descontextuando muchas de ellas, el niño también adquiere muchas palabras nuevas referenciales para etiquetar los objetos. Conforme avanza la etapa de una palabra, el niño empieza a responder preguntas, hacerlas y proporcionar comentarios sobre otras personas y objetos en el ambiente inmediato.

ETAPA DE DOS PALABRAS

Es universal, el cambio de la etapa uno a la dos es de forma gradual. Las expresiones multipalabra comienzan a predominar sólo cerca de los 24 meses. Bee y Mitchel, señalan que al igual que el desarrollo continuo del vocabulario del niño, se vuelve importante, es el aumento en la comprensión de la gramática.

GRAMÁTICA DE LA ETAPA 1 (18 A 30 MESES)

Son frases cortas tipo telegráfico, transmite un mensaje con las menos palabras que pueda: utiliza palabras clave, las que contiene mayor información conectiva según Brown, omiten términos gramaticales se conocen como palabras funcionales o funcionadores. Existe un orden de las palabras, que parece mantener el orden gramatical correcto y por tanto ayuda a la permanencia del significado de la oración. El niño hace oraciones por imitación le las de los adultos pero reducidas (imitación por reducción la imitación con expansión es la imitación adulta de las expresiones del niño e implica la inserción de los funcionadores. El orden rígido de las expresiones del niño hace más fácil la interpretación de su significado. Los adultos utilizan un lenguaje simplificado y elevado de tono de voz para dar énfasis y repitiendo o parafraseando gran parte de lo que se les dice (materialismo o registro de habla infantil) a fin de lograr una mutua comprensión con los niños que aún no han dominado toda la complejidad del lenguaje.

Brown, existen dos tipos principales de relaciones semánticas:

Aquellas expresadas mediante las combinaciones de un solo término constante o palabra esencial con otra palabra que se refiere a u objeto, acción o atributo.

Aquellos que no implican el empleo de palabras constantes o esenciales.

Las expresiones de dos palabras puede, atribuirse a la adquisición que hace el niño de dos tipos diferentes de reglas combinatorias: reglas esenciales y categóricas, en la cual existe variación individual en el tipo de expresiones de dos palabras que producen diferentes niños.

En las expresiones de dos palabras parecen reflejar el conocimiento pre-lingüístico del niño. De acuerdo con la hipótesis de la cognición, se puede utilizar de manera correcta las estructuras del lenguaje cuando las estructuras cognoscitivas lo permiten. Los niños forman esquemas para comprender el mundo.

GRAMÁTICA DE LA ETAPA 2 (A PARTIR DE LOS 30 MESES)

Empieza a los 4 o 5 años, la conducta gobernada por reglas en el desarrollo del lenguaje es universal. El incremento en la longitud media de la expresión se debe en gran medida a la inclusión gradual de las palabras en la cual se va dejando fuera del discurso telegráfico de la etapa 1, es así como empieza a usar las palabras con los funcionadores, reglas sintácticas, el adulto empieza a corregirlos verbos cuando no están empleados de manera correcta.

TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

En el lenguaje se implica la naturaleza – crianza. La teoría de Skinner considera que el lenguaje se aprende en esencia a través de los mismos procesos que otras conductas y este enfoque se centra alrededor de los conceptos de reforzamiento selectivo, modelamiento e imitación. Chomsky el lenguaje es una capacidad inherente a los seres humanos, que se determina de modo biológico, y donde el proceso de desarrollo del lenguaje en esencia es el de adquisición.

Teorías de Skinner acerca del condicionamiento operante

Skinner aplicó los principios del condicionamiento operante a la explicación del desarrollo del lenguaje en los niños. Afirmaba que los adultos moldean los sonidos del lactante en palabras y las palabras en oraciones, refuerzan la gramática correcta, mientras que se hace lo mismo con la incorrecta, a través del reforzamiento selectivo. Los padres pueden reforzar con un beso, caricia o abrazo y con el alimento.

Skinner, también se refiere a la imitación (respuestas ecoicas) de las etiquetas verbales (tactos) que reciben reforzamiento inmediato a través de aprobación de parte de padres, hacia el grado en que se parecen a la palabra correcta.

Brown y colaboradores trataron de descubrir si las respuestas de las madres ante el lenguaje de sus hijos dependían de la exactitud o del significado supuesto, la mayoría respondía al valor verdadero y no a la exactitud.

Braine y Tizard, encontraron que tratar de corregir los errores gramaticales o enseñar gramática tiene muy poco efecto. Nelson encontró que los niños de madres que corregían la pronunciación y recompensaban el buen vocabulario, lo desarrollaban muy lentamente.

Slobin, encontró que los niños aprenden las reglas gramaticales a pesar de que sus padres, que por lo general prestan poca atención, y por lo tanto refuerzan la gramática incorrecta.

En el papel de la imitación está implicado el aprendizaje del acento y del vocabulario pero en el lenguaje la sintaxis y la semántica, el papel que representa la imitación es mucho menos obvia.

Cuando los niños imitan las oraciones de los adultos, tienden a reducirlas o convertirlas a la propia gramática que opera en ese momento; entre los 18 y 30 meses las imitaciones del niño son tan telegráficas como su discurso espontáneo.

Una evaluación de la teoría de Skinner

Lo que hace fracasar el intento de explicar tanto el reforzamiento selectivo como la imitación es:

La capacidad de producir y comprender un número infinitamente grande de oraciones creatividad del lenguaje. Según Chomsky, “El uso de normal del lenguaje es innovador, en el sentido de que mucho de lo que decimos en el curso del lenguaje normal es completamente nuevo, no una repetición de cualquier cosa que hayamos escuchado antes.

La distinción entre competencia y ejecución, para Skinner sólo existe la ejecución. Todas las personas son lingüistas, no se podría describir las estructuras del lenguaje en términos técnicos y en ocasiones la ejecución es poca perfecta, pero puede distinguirse entre oraciones erróneas y bien estructuradas.

El uso espontáneo de las reglas gramaticales, que nunca se han escuchado o enseñado de manera explícita. Reglas que se sobregeneralizan, y dan por resultado errores lingüísticos producto de la imitación o del reforzamiento.

La capacidad del niño para comprender significados de las oraciones, como algo opuesto a su significado de las palabras; el significado de una oración no es tan sólo la suma del significado de las palabras individuales. Neisser señala que la estructura del lenguaje es comprobable a la de la percepción como la describen los psicólogos.

La secuencia universal de etapas del desarrollo del lenguaje.

El DAL de Chomsky y el enfoque biológico

Las vertientes del condicionamiento operante de Skinner:

El dispositivo innato de adquisición del lenguaje (DAL) de Chomsky y McNeil, y los aspectos biológicos del lenguaje.

La idea central de Chomsky, es que los niños ya programados de cierto modo para aprender el lenguaje. El DAL es un modelo hipotético, se basa en la teoría de que los individuos nacen con la capacidad para formular y comprender todo tipo de oraciones a pesar de que no las hayan escuchado antes.

El DAL comprende la gramática transformacional, los niños están equipados con la estructura profunda en diversas estructuras superficiales. Esto se logra al examinar ciertos tipos de aspectos lingüísticos, que son comunes a todos los idiomas. Chomsky discute que estas características deben ser universales para que todos los niños puedan aprender con igual facilidad cualquier idioma al que se les exponga. Chomsky afirma que algún tipo de DAL, puede explicar el aprendizaje y conocimiento del niño acerca de las reglas gramaticales. La gramática de un lenguaje como la ve Chomsky, es una descripción idealizada de la competencia lingüística de las personas que hablan su propia lengua; cualquier modelo del modo en que se aplica en la ejecución real debe tomar en cuenta ciertos hechos pertinentes en un sentido psicológico, como la memoria, atención y el funcionamiento del sistema nervioso.

LENGUAJE

DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DEL LENGUAJE

Según Brown, el lenguaje es un conjunto de símbolos arbitrarios: que, tomados juntos posibilitan que una criatura con capacidades limitadas de discriminación y una memoria restringida, transmita y comprenda una variedad infinita de mensajes y que lo haga a pesar del ruido y la distracción.

Aunque otras especies son capaces de comunicarse entre si, pueden hacerlo de maneras limitadas y quizá es la parte sobre la variedad infinita de mensajes en la definición de Brown lo que distingue a los humanos de los demás animales.

Brown señaló que los humanos no aprenden simplemente un repertorio de oraciones sino que adquieren un sistema de reglas que hace posible generar una variedad literalmente infinita de oraciones, la mayoría de las cuales nunca han escuchado de nadie más. Este sistema de reglas se denominan gramática, tiene que ver con la descripción del lenguaje, las reglas que determinan como funcionan y que gobierna los patrones del discurso.

PERSPECTIVA EVOLUTIVA

El lenguaje surgió a al mismo tiempo que el pensamiento en el proceso de la labor social. En el curso del desarrollo histórico-social de la humanidad se desarrolló como una unidad del pensamiento. Juegan una función significativa en el lenguaje también los aspectos emocionales: el lenguaje se halla en relación con la conciencia como un todo.

COMPARACIÓN DEL LENGUAJE Y HABLA

Designan dos aspectos distintos de un mismo todo, el habla, el discurso es la actividad del trato, expresión de la influencia, comunicación con ayuda del lenguaje; es el lenguaje la actuación. El habla es lenguaje en estrecha relación con la conciencia individual.

TIPOS DE LENGUAJE:

Existen diferentes tipos de lenguaje:

- El lenguaje de los gestos

- El de los sonidos

- El lenguaje escrito

- El lenguaje verbal

- El lenguaje interno y externo

El aprendizaje, las creencias y el conocimiento del mundo ocurre gracias al lenguaje, parte del análisis de la conducta humana se basa en el lenguaje. El cerebro humano está diseñado para permitir el uso del lenguaje y representa una parte importante en nuestras vidas.

Muchos psicólogos y filósofos han señalado que el lenguaje es lo que nos hace únicos como especie, que casi lo que nos hace humanos.

Durkin, opina que los psicólogos se han interesado por el lenguaje durante la mitad del siglo XX, Piaget, hizo énfasis en el desarrollo de las estructuras lógicas y su perspectiva del lenguaje como mero reflejo de éstas, un lente a través del cual se inspecciona el pensamiento del niño.

Chomsky, rechaza el condicionamiento operante de Skinner, en cuanto a la adquisición del lenguaje y por su teoría nativista alternativa en la forma del dispositivo innato de adquisición del lenguaje (DAL). La teoría de Chomsky es el extremo del enfoque nativista en toda la psicología e la misma manera que Skinner es empirismo puro, la controversia del lenguaje es un ejemplo importante del debate naturaleza crianza. El intento por enseñar el lenguaje a animales no humanos le ha tenido implicaciones para que Chomsky afirme que el lenguaje es único de los humanos.

El dispositivo innato de adquisición del lenguaje como una parte específica del lenguaje dentro de la constitución biológica niño.

Cromer, considera la relación entre el lenguaje y el desarrollo cognoscitivo del niño (hipótesis de la cognición). Bruner, estudió los contextos del desarrollo del lenguaje, en especial las interacciones del niño con otros usuarios del lenguaje que lo ayudan a estructurar las situaciones en las cuales se utiliza el lenguaje.

¿Qué es el lenguaje? El estudio del lenguaje lo realizaban los lingüistas, que se ocupaban principalmente de la estructura del lenguaje, los sonidos que los componen, el modo en que los relacionan con palabras y oraciones y las reglas que gobiernan la relación entre todos los elementos. Los psicólogos, se han interesado por el lenguaje no tanto por el lenguaje en sí, sino por la manera en como se adquiere, la posibilidad de que sea una conducta específica de la especie humana y el modo en que afecta el aprendizaje, la memoria y el pensamiento.

La psicolingüística, es el estudio de la manera en que se adquiere, percibe, comprende y produce el lenguaje.

Roger Brown, psicolingüista, define al lenguaje como un sistema arbitrario de símbolos, que al juntarse hacen posible que una criatura con poderes limitados de discriminación y con una memoria limitada transmita y comprenda una infinita variedad de mensajes y que logre esto a pesar del ruido y la distracción, quiere decir una infinita variedad de mensajes, lo que hace único al lenguaje humano. Otras especies pueden comunicarse entre sí pero con un sistema muy limitado.

Calvin, opina que el aprendizaje de los chimpancés es deliberado y no natural o espontáneo como lo es el de un niño para el lenguaje humano.

Brown, opina que el lenguaje se adquiere no solo de un repertorio de oraciones, sino que, adquieren un sistema de reglas, lo que hace que se genere una variedad de oraciones, es lo que se llama gramática o gramática mental, el cual generalmente se aprende en la escuela cuando se estudia el idioma Las reglas determinan el modo en que funciona el lenguaje y comprende la fonología, semántica y sintaxis.

FONOLOGÍA

Es un sistema de sonidos de un lenguaje, los humanos pueden producir varios sonidos diferentes del lenguaje y se les llama fonios o segmentos fonéticos.

Un fonio inicial puede ser la letra [p] de la palabra pan, el análisis lingüístico de un lenguaje comienza de manera típica con una descripción de los fonios utilizados en él. Los diferentes lenguajes consisten en diferentes números y combinaciones de sonidos básicos.

Se reconocen sonidos específicos cuando se trata de idiomas diferentes como el inglés, francés o el japonés, ya que en su pronunciación o sonido se distingue el fonio que define cada idioma.

Los fonios son diferentes y se consideran importantes aquellas que cambian el significado inicial ejemplo: pan por dan. Las clases de fonios que son importantes en un sentido funcional dentro del lenguaje se llaman fonemas. Las reglas fonológicas también restringen las secuencias permitidas de fonemas, ej. Por es la secuencia real plor, secuencia posible, pero “pbor” es una secuencia imposible/prohibida en el lenguaje español. Los fonemas están desprovistos de significado, son sólo sonidos, corresponden de una manera general a las vocales y consonantes del alfabeto.

SEMÁNTICA

Es el estudio del significado del lenguaje y puede analizarse al nivel de los morfemas y de las oraciones (sintaxis). La morfología se refiere a las reglas para la combinación de los fonemas en morfemas que son las unidades básicas con un significado en un lenguaje y consisten de palabras. Otros morfemas consisten en prefijos (a, pre) y sufijos (letras que se añaden al final de la palabra y le da el género plural) La mayoría de los morfemas tienen significado por sí solos, de la misma manera que la mayoría de las palabras.

SINTAXIS

Se refiere a las reglas para combinar las palabras en frases y oraciones, les da el orden para que tengan un significado coherente y se de la comprensión del desarrollo del lenguaje. Las oraciones tienen sonidos y significados y la sintaxis se refiere a la estructura que relaciona a los dos.

PSICOLINGÜÍSTICA

La lingüística como la psicolingüística se interesan en la estructura del lenguaje y en las reglas que gobiernan esa estructura. Los lingüistas se interesan en el lenguaje en sí mismo, los psicolingüista intentan comprender el lenguaje como lo utilizan las personas más que el lenguaje en sí. Los psicólogos se interesan en la gramática, porque representa el conocimiento tácito que tienen las personas que hablan su lengua materna acerca de su lenguaje, lo cual incluye saber formar oraciones aceptables en términos gramaticales, saber lo que significan y como pronunciarlas.

Un modelo psicológico adecuado del lenguaje necesita representar el conocimiento del usuario acerca del lenguaje y especificar el proceso mediante el cual se traduce este conocimiento. También debe ser consistente con los procesos cognoscitivos en general, a pesar de que el lenguaje constituye una habilidad muy especial. El criterio más importante es cualquier modelo psicológico adecuado acerca del lenguaje debe ser capaz de explicar la manera en que los niños adquieren la habilidad lingüísticas complejas.

Noam Chomsky, desarrolló un modelo de lenguaje, en donde habla de la teoría de la gramática transformacional, en cuyo centro se encuentran las reglas estructurales de la frase. Las reglas de la estructura de la frase reemplazan a los símbolos individuales con diferentes conjuntos de símbolos, las reglas transformacionales reacomodan las hileras de símbolos y con frecuencia les agregan: la oración es activa y de ella, a través de las reglas transformacionales, pueden derivarse modos más complejos de oración. Las oraciones activas simples ocupan un lugar especial en el lenguaje, cuyas estructuras de frases no atraviesan ninguna transformación (oraciones modulares).

Chomsk, propuso una gramática, la cual es una de las más adecuadas para que le niño adquiriera tal gramática extremadamente compleja, a la manera de gramática universal, universales lingüísticos y un dispositivo de adquisición del lenguaje.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Muchos psicólogos consideran que los niños atraviesan por la misma secuencia pronosticable de etapas, con independencia del idioma o cultura particulares, y a la misma edad aproximada, la tasa de desarrollo puede diferir de niño a niño, de modo que la maduración parece representar un papel muy importante pero, por supuesto, el ambiente es necesario por igual. Los niños con padres sordomudos o con sordera de nacimiento, logran desarrollar un tipo de lenguaje no verbal.

Las principales etapas son:

La prelingüística (0 a 12 meses)

Etapas de una palabra (12 a 18 meses)

Etapas de oraciones de dos palabras, que comprende dos sub etapas, gramática de la etapa (18 a 30 meses).

PERSONALIDAD

La personalidad se construye, en el curso de la interacción social, a partir de tres elementos: la auto-presentación de la persona, de la percepción de esta presentación ante un público y de la autoconciencia. En este sentido la personalidad no es tan solo una abstracción que ayuda a explicar la conducta de las personas, sino que tiene que ver con como se relacionan con los demás y se lidia con el mundo en general.

Se puede definir a la personalidad como. Aquellos aspectos relativamente estables y durables de los individuos que los distinguen de otras personas y que los hacen únicos, pero que al mismo tiempo permiten una comparación entre individuos.

Factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad

AMBIENTE Y HERENCIA

Estos factores participan en el desarrollo de todas las características del hombre. Según Allport, una ecuación representativa del desarrollo de la personalidad puede ser:

Personalidad es igual a herencia multiplicada por ambiente

Los dos factores causales no pueden sumarse existiendo entre ambos una relación íntima.

Si no de ellos se reduce a cero, la personalidad deja de existir.

Entre estos factores existe una íntima inter-dependencia, una estrecha reciprocidad de acción, por lo que herencia y ambiente no podrán jamás considerarse disociados uno del otro.

La iniciación de la personalidad. Al momento de nacer se carece de personalidad. En forma latente existen también aptitudes y defectos cuyos desarrollos dependerá de las circunstancias ambientales. Allport dice que aunque muchos determinantes son heredados y congénitos, la personalidad como tal no se hereda. Solo cuando las actividades y tendencias originales afrontan el ambiente, iniciando una interacción que dura toda la vida, empieza el desarrollo de la personalidad.

LA CULTURA Y PERSONALIDAD

La atmósfera cultural e que nace y vive el individuo no influye poderosamente en el desarrollo de su personalidad. El factor cultural es tan importante que la personalidad y la cultura son aspectos del mismo fenómeno. Murphy señala que solo puede definir con actitud la personalidad cuando se define la situación cultural que afronta.

LAS INFLUENCIAS PERSONALES - SOCIALES

Se caracterizan por lo accidental o caprichoso. Las enfermedades serias, los terrores causados por la oscuridad, el abandono etc. Constituyen experiencias cuyos efectos generalmente perduran en la vida del individuo.

PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS DE LA PERSONALIDAD PSICODINÁMICOS

Freud consideraba que el conflicto dentro de la personalidad es inevitable, por que el ello y el superyo tiran del yo en dos direcciones opuestas. La solución del yo ocurre en tres formas de concesión, a saber, sueños, síntomas neuróticos y mecanismos de defensa. Los sueños consisten de contenido manifiesto y contenido latente (el significado del sueño; es decir, la satisfacción disfrazada de un deseo) Los sueños se crean a través de trabajo del sueño, donde los símbolos tienen un papel central. Los síntomas neuróticos tienen una estructura similar a la de los sueños, que desvían la atención del paciente lejos de las ideas patógenas que subyacen al síntoma. Los mecanismos de defensa implican cierto grado de autoengaño y distorsión de la realidad que, a corto plazo, evitan que las personas se sientan abrumadas por la ansiedad; pero son poco sanos e indeseables como soluciones a largo plazo.

HUMANISTAS

Tiene sus raíces filosóficas en la fenomenología y el existencialismo y, algunos dirían que justifican la etiqueta de filosóficas más que merecer la de psicológicas. Se ocupan de las características que son, de manera distintiva y única, humanas; en particular, la experiencia, originalidad, significado, libertad y elección; se tiene experiencia directa de si mismo como persona y la teoría particular de Rogers se centra alrededor del autoconcepto. El concepto central en la teoría de Rogers es el si mismo. La incapacidad para mantener la consistencia entre la autoimagen y acciones produce incongruencia. Es posible que entonces se utilicen mecanismos de defensa, pero estos impiden que el si mismo crea y cambie, aumentando la brecha entre autoimagen y realidad.

TEORÍA DE RASGOS

Allport definió a la personalidad como La organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan u conducta y pensamiento característicos. Considera dos tipos de rasgos. Los Rasgos comunes, que son modos básicos de adaptación que se pueden aplicar a todos los miembros de antecedentes culturales. Y los rasgos individuales, que son un conjunto único de disposiciones personales, basadas en las experiencias vitales únicas y son maneras únicas de organizar al mundo; no son dimensiones que se puedan aplicar a todas las personas. Para Allport, las personas solo pueden compararse en función de rasgos comunes, que en el mejor de los casos, únicamente proporcionan una aproximación incierta a cualquier personalidad particular.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

PRINCIPIOS Y LEYES DEL REFORZAMIENTO

REFLEJO CONDICIONADO

Es la respuesta no innata a un estímulo dado que mediante aprendizaje adquiere el individuo.

La teoría del reflejo fue desarrollada por Pavlov, que observó que la salivación provocada en los perros al oler el alimento se podía producir ante un estímulo que nada tenía que ver con comida, pero que había sido presentado constantemente a la hora de comer. La salivación del perro ante un pedazo de carne es un reflejo innato o incondicionado, pero si se hace sonar una campana en el momento en que el perro recibe la carne, después de varias

ocasiones éste salivará sin necesidad de olerla, bastará el sonido de la campana para provocar en el animal un reflejo condicionado.

El procedimiento de condicionamiento tiene cuatro elementos básicos: un estímulo incondicionado (EI, la comida) que provoca involuntariamente el segundo componente o respuesta incondicionada (RI, la salivación). Se forma un nuevo reflejo, o reflejo condicionado, cuando un estímulo ambiental neutro aparece junto con el estímulo incondicionado. Conforme progresa el condicionamiento, el estímulo neutro se convierte en el estímulo condicionado (EC, ej. la visión del alimento) y es capaz de provocar la respuesta aprendida o respuesta condicionada (RC).

La teoría sostiene que cuando se asocia el reflejo incondicionado al reflejo condicionado, éste se refuerza. Si el estímulo no se refuerza o ejercita, el reflejo condicionado terminará por debilitarse y desaparecer.

Condicionamiento respondiente (Clásico o por Asociación) y sus elementos:

Respuesta incondicionada: Respuesta refleja, no aprendida, siempre igual ante un mismo estímulo. No requiere condicionamiento previo, sólo de indemnidad orgánica.

Estímulo incondicionado: Estímulo que sin entrenamiento provoca una respuesta (EI → RI = reflejo incondicionado absoluto).

Estímulo condicionado: Estímulo que en un principio es neutral a la RI que se estudia y después de la asociación adquiere la capacidad provocadora de una respuesta, la RC.

Estímulo neutro: Estímulo discriminable y perceptible pero neutro en relación con la RI en estudio. Es importante su intensidad y valor comparativo.

Respuesta condicionada: Respuesta al EC posterior a que éste fue asociado con el EI ÷ a la RI pero con diferencias cualitativas (respuesta preparatoria) y cuantitativas (menos amplia y extensa). Para la adquisición es mejor un EN intermitente que continuo, es más efectivo un estímulo auditivo que visual y uno con mayor saliencia.

Preparación selectiva: Los organismos tendrían distintos estados de preparación para asociar determinados pares de EN-EC. (Radicalmente, no preparado y contra-preparado).

La saliencia del estímulo tiene que ver con el nivel de preparación del organismo para relacionar un EN con un EI.

Los procesos utilizados en el Condicionamiento clásico son:

- Adquisición
- Extinción
- Generalización
- Discriminación

RELACIÓN E-R

Según este enfoque el aprendizaje consiste en la adquisición por parte de un estímulo ambiental neutro de la capacidad de provocar una respuesta específica a través de su asociación con otro estímulo que provoca esa respuesta de forma innata.

Impulso según Robert S. Woodworth es la fuerza interna intensa que motiva la conducta.

TEORÍA DEL IMPULSO DE HULL

Formulada por Clark Hull, esta teoría afirma que la intensidad de una actividad instrumental está determinada por el efecto combinado de varios factores, lo cual expresa en la siguiente ecuación:

Potencial conductal (EER)=Impulso (D) X Intensidad del hábito(H) - Inhibición (I)

Según el autor solo es posible una predicción exacta de la conducta si se conocen todos los factores de la ecuación.

Origen incondicionado del impulso: de acuerdo con esta teoría existe distintos factores y estímulos ambientales intensos que producen un estado interno de impulso que motiva la conducta, ejemplo de estos puede ser una descarga eléctrica o un fallo en la consecución de alimento.

Impulsos adquiridos: en el proceso de condicionamiento clásico los estímulos ambientales pueden producir un impulso interno. De acuerdo a esto la asociación de las claves ambientales con las condiciones antecedentes que producen un estado de impulso incondicionado, da lugar a la adquisición de un impulso condicionado; una vez adquirido éste, éstas claves pueden producir por sí mismas el estado de activación interno y motivar la conducta, incluso en la ausencia de los estímulos que producen el impulso incondicionado

La función reforzante de la reducción del impulso: conforme a este enfoque los estímulos ambientales dirigen la conducta, cuando este se presenta provoca una respuesta específica, la respuesta con la intensidad del hábito más fuerte. La intensidad del hábito aumenta cada vez que la respuesta produce la reducción del impulso.

La eliminación de conductas ineficaces: Hull dice que las conductas ineficaces hacen que persista el impulso, con lo cual se inhibe temporalmente cualquier conducta, proceso que se denomina inhibición reactiva, cuando ésta última decaiga se producirá nuevamente la conducta habitual. La incapacidad continuada de una respuesta para reducir el impulso produce una inhibición condicionada permanente.

La inhibición condicionada es específica de una respuesta particular y actúa reduciendo la intensidad excitatoria del hábito. El fracaso continuo de una conducta para reducir el impulso hace que se produzca la segunda respuesta, más fuerte en la jerarquía del hábito. Si esta conducta resulta eficaz para reducir el impulso, la intensidad del hábito de esta respuesta aumenta. Este hábito eficaz se hará predominante y la respuesta se producirá de nuevo cuando el sujeto esté motivado. Si el segundo hábito de la jerarquía no es eficaz, el sujeto continuará bajando en la jerarquía de hábitos hasta que produzca una respuesta eficaz.

Motivación de incentivo: la reducción del impulso, o recompensa, influye únicamente en la fuerza de la conexión E-R; una recompensa más valiosa produce una reducción del impulso más grande, y por tanto, un hábito más fuerte. Una vez que el hábito está establecido, la motivación depende del nivel de impulso, pero no el valor de la recompensa, sin embargo varios estudios han demostrado que el valor de la recompensa tiene una influencia importante sobre el nivel motivacional, es decir, una recompensa grande produce un nivel de activación mayor que una recompensa pequeña y por consiguiente más motivación para actuar.

Muchas de las ideas de Hull reflejan con precisión algún aspecto importante de la conducta humana:

Un estado de activación intenso puede motivar la conducta.

Los estímulos ambientales pueden adquirir la capacidad de producir activación, motivando por consiguiente la conducta

El valor de la recompensa influye en la intensidad de la conducta instrumental.

LEY DEL EFECTO

Ley del efecto (Thorndike): esta teoría establece que cuando un acto es seguido de una recompensa, éste tiene a repetirse y se convierte en un hábito como respuesta a un estímulo particular, sin embargo cuando el acto es seguido por un castigo, la conducta disminuye.

De acuerdo con Thorndike (1996), “La ley del efecto” dice: De las muchas respuestas dadas a la misma situación, las que van acompañadas o inmediatamente seguidas de satisfacción para el animal, en igualdad de condiciones, se conectarán más firmemente con la situación; de manera que cuando ésta vuelva a presentarse, volverán a presentarse con gran probabilidad.

Las respuestas que van acompañadas o seguidas inmediatamente de insatisfacción para el animal, en igualdad de condiciones, sufrirán un debilitamiento, de modo que cuando vuelva a darse la situación, dichas respuestas serán muy poco probables. Cuanto mayor sea la satisfacción o insatisfacción, mayor será el fortalecimiento o debilitación del vínculo asociativo”.

FUERZA DEL HÁBITO

La función reforzante de la reducción del impulso: conforme a este enfoque los estímulos ambientales dirigen la conducta, cuando este se presenta provoca una respuesta específica, la respuesta con la intensidad del hábito más fuerte. La intensidad del hábito aumenta cada vez que la respuesta produce la reducción del impulso.

La eliminación de conductas ineficaces: Hull dice que las conductas ineficaces hacen que persista el impulso, con lo cual se inhibe temporalmente cualquier conducta, proceso que se denomina inhibición reactiva, cuando ésta última decaiga se producirá nuevamente la conducta habitual. La incapacidad continuada de una respuesta para reducir el impulso produce una inhibición condicionada permanente.

La inhibición condicionada es específica de una respuesta particular y actúa reduciendo la intensidad excitatoria del hábito. El fracaso continuo de una conducta para reducir el impulso hace que se produzca la segunda respuesta, más fuerte en la jerarquía del hábito. Si esta conducta resulta eficaz para reducir el impulso, la intensidad del hábito de esta respuesta aumenta. Este hábito eficaz se hará predominante y la respuesta se producirá de nuevo cuando el sujeto esté motivado. Si el segundo hábito de la jerarquía no es eficaz, el sujeto continuará bajando en la jerarquía de hábitos hasta que produzca una respuesta eficaz.

RESPUESTAS ANTICIPATORIAS DE META

Spence sugirió que cuando se obtiene una recompensa en un ambiente meta, esta recompensa produce una respuesta incondicionada de meta, esta teoría comparte características con la teoría del estado de impulso, ya que ambas manejan un estado de activación interno que motiva la conducta.

La intensidad de la respuesta de meta esta determinada por el valor de la recompensa; cuanto más grande es la magnitud de la recompensa, más fuerte es la respuesta de meta.

Las claves presentes durante la administración de la recompensa se asocian con la recompensa y producen posteriormente una respuesta de meta anticipatoria o condicionada. Esta respuesta produce un cambio estimular interno que motiva la conducta.

La magnitud de la recompensa utilizada durante el condicionamiento determina el nivel máximo de respuesta, es decir, el nivel de ejecución mejora con una recompensa más grande. Evitación de acontecimientos frustrantes: la ausencia de recompensa actúa inhibiendo la conducta. La ausencia de recompensa en una situación en la que habitualmente se presenta, da lugar a una respuesta incondicionada de frustración, esta respuesta produce también estímulos distintivos internos que motivan tanto a los individuos a evitar una situación potencialmente frustrante.

Evitación de acontecimientos dolorosos: según D'Amato, un estímulo aversivo provoca una respuesta incondicionada de dolor, y la terminación de este estímulo produce una respuesta incondicionada de alivio, cuyas consecuencias son reforzantes.

Naturaleza de conducta anticipatoria: Rescorla y Solomon sugirieron que respuesta de meta anticipatoria es un proceso central cuya magnitud se determina por la magnitud de la recompensa y su efecto consiste en motivar la conducta.

CONTINGENCIA DE REFORZAMIENTO

Skinner define reforzador como un estímulo cuya presentación incrementa la frecuencia de la conducta que precede a dicho estímulo, según él, el ambiente proporciona la respuesta operante necesaria para producir el reforzamiento, y se refería a la relación específica entre la respuesta operante (conducta) y el reforzamiento como una contingencia, estas últimas tienen un efecto importante sobre la conducta animal.

Skinner definía el reforzamiento por el grado de influencia sobre la conducta futura, es decir, cualquier acontecimiento que incremente la probabilidad de la conducta es un reforzador.

Se han utilizado diferentes procedimientos para estudiar el efecto del reforzamiento sobre la conducta: a) Condicionamiento operante: , cuando el ambiente limita las posibilidades de recompensa, b) condicionamiento operante, implica situaciones en las que no hay limitación alguna en la cantidad de reforzamiento que puede obtenerse, aquí puede controlarse la frecuencia de la respuesta y por consiguiente determinar la cantidad de reforzamiento obtenido.

TIPOS DE REFORZADORES

REFORZADOR PRIMARIO: aquel que tiene propiedades reforzantes innatas.

REFORZADOR SECUNDARIO: adquiere las propiedades reforzantes a través de su asociación con los reforzadores primarios. Diversas variables determinan su intensidad:

La magnitud del reforzador primario emparejado con el reforzador secundario determina las propiedades reforzantes de éste último

El número de emparejamientos entre el estímulo secundario y el reforzador primario afecta a la fuerza del reforzador secundario

El tiempo transcurrido entre la presentación del estímulo reforzante secundario y del reforzante primario afecta a la fuerza del reforzamiento secundario.

REFORZADOR POSITIVO: es un evento añadido al ambiente que incrementa la frecuencia de la respuesta que lo produce.

REFORZADOR NEGATIVO: consiste en la terminación de un acontecimiento aversivo.

Skinner desarrolló un procedimiento de modelamiento o reforzamiento por aproximaciones sucesivas para incrementar la tasa de aprendizaje de una conducta operante, durante éste se selecciona una conducta con una línea base más alta que la conducta deseada y se refuerza.

Cuando aumenta la frecuencia de esta conducta se cambia la contingencia y se refuerza otra conducta más parecida a la conducta final deseada. La contingencia se cambia lentamente hasta que el único medio que tiene el animal para obtener el reforzamiento es la ejecución de la conducta apropiada.

El reforzamiento puede programarse siguiendo dos criterios básicos:

El reforzador puede administrarse en base al número de respuestas emitidas. Una situación en la que la contingencia específica que es necesario un número determinado de respuestas para producir el reforzamiento, es denominado programa de reforzamiento de razón.

El reforzador puede programarse en base al tiempo, el reforzador está disponible durante un periodo de tiempo después del último reforzamiento, éste es conocido como programa de reforzamiento por intervalo. Hay dos clases de programas de razón y de intervalo: reforzamiento fijo y variable.

En un programa de razón fija es necesario emitir un número de respuestas determinado para obtener el reforzamiento, estos programas producen una tasa constante durante todo el tiempo que esta disponible el reforzamiento o hasta que se produce la saciación. Otra de sus características distintivas es que la respuesta se interrumpe temporalmente después del reforzamiento, a lo que se denomina como pausa posreforzamiento, después de ésta la respuesta se reanuda con la misma tasa presente antes del reforzamiento.

Programa de razón variable, en éste se obtiene el reforzamiento tras realizar un número medio de respuestas, pero el número de respuestas exigido varía a lo largo del entrenamiento, producen una tasa de respuesta constante y cuanto más elevado es el número medio de respuestas exigido para el reforzamiento, mayor es la tasa de respuesta, en éstos programas la pausa posreforzamiento se produce sólo ocasionalmente, lo que hace que la tasa de repuesta sea más elevada.

En los programas de intervalo fijo la aparición del reforzamiento depende del paso del tiempo y de la ejecución de la respuesta apropiada. El reforzamiento está disponible sólo después de un periodo de tiempo estipulado, de manera que se refuerza la primera respuesta emitida después de que haya transcurrido dicho intervalo. Un individuo deja de responder después de recibir el reforzamiento y luego aumenta lentamente su respuesta conforme se aproxima el momento en que está disponible nuevamente el reforzamiento, a este patrón de respuestas Ferster y Skinner lo denominaron efecto de festoneado.

En la pausa de éstos programas intervienen dos variables: la capacidad para contener la respuesta hasta el final del intervalo aumenta con la experiencia y la pausa es más larga con programas de intervalo fijo más grandes. Y por último están los programas de intervalo variable, en los cuales hay un intervalo de tiempo medio entre los reforzadores disponibles, sin embargo, ese intervalo de tiempo varía de un reforzador al siguiente, estos programas se caracterizan por una tasa de respuesta estable que está determinada por la duración del intervalo variable; la tasa de respuesta es más baja cuanto más largo es el intervalo medio entre los reforzamientos. Este programa no produce efecto festón ni pausa y produce la tasa máxima de respuesta justo antes del reforzamiento.

La contingencia entre la conducta y el reforzamiento a veces implica más de un programa, lo que da lugar a un programa compuesto, en el que se combinan dos o más programas simples.

Un procedimiento de manejo de contingencias consta de tres fases:

Evaluación: en esta fase se determina el nivel de conducta apropiada e inapropiada, así como las condiciones bajo las que se producen esas conductas y los reforzadores potenciales para las respuestas operantes adecuadas.

Contrato: en esta fase se decide la relación precisa entre la respuesta operante y el reforzamiento.

Ejecución: implica la presentación del reforzamiento contingente sobre la respuesta apropiada o sobre la ausencia de la conducta inapropiada, o ambas cosas.

El manejo de contingencias se ha utilizado para modificar muchas conductas diferentes, como hábitos de cuidado personal inadecuados, fobias, depresión, bajo rendimiento académico y respuestas antisociales.

PRINCIPIOS Y LEYES DEL GESTALTISMO

EL FENÓMENO PHI: Es una ilusión visual, en la que varias luces diferentes que se prenden y apagan en rápida sucesión parecerán como una sola luz que se mueve de una posición a otra.

Es un fenómeno que demuestra que la percepción de movimiento (aparente) ocurre como un resultado de las relaciones temporales y espaciales entre los estímulos (componentes): el todo es más que la suma de sus partes.

Los principios de percepción

LEY DE PRÄGNANZ: las organizaciones psicológicas siempre serán tan buenas como las condiciones prevalecientes lo permitan, es esta definición el término bueno es indefinido.

Attneave define bueno como aquello que posee un alto grado de redundancia interna, es decir, la estructura de cualquier parte no vista es altamente pronosticable a partir de las partes visibles.

PRINCIPIO MÍNIMO DE HOCHBERG: sostiene que si existe más de una manera de organizar un estímulo visual dado, la que tiene más probabilidad de percibirse es aquella que requiere de la menor cantidad de información para describirla.

EL APRENDIZAJE POR INSIGHT: representa un punto de vista al aprendizaje como puramente cognoscitivo y puede definirse como una reestructuración perceptual de los elementos que constituyen una situación problema, por medio de lo cual se suple un elemento que faltaba de antemano y todas las partes se ven en relación entre sí, formando un todo significativo

PRINCIPIOS Y LEYES DEL COGNOSCITIVISMO

INTERACCIONISMO SOCIAL

LA PSICOGÉNESIS DEL CONOCIMIENTO

PROCESAMIENTO HUMANO DE INFORMACIÓN

PRINCIPIOS Y LEYES DEL HUMANISMO

El concepto de sí mismo

AUTOCONCIENCIA: es lo que permite a las personas verse como otros las ven. Es la relación única donde la misma persona, el sí mismo, es tanto sujeto (quien observa), como objeto (lo que se observa).

AUTOCONCEPTO: son las creencias del individuo acerca de su personalidad, la forma en que el individuo percibe su personalidad

Murphy concluye: "el sí mismo" es el individuo como lo conoce el individuo y Burns lo define como el conjunto de actitudes que una persona sostiene hacia sí misma. "Sí mismo y autoconcepto" son utilizados como sinónimos.

El autoconcepto es un término general que se refiere a tres componentes principales: Autoimagen: es la manera en que un individuo se describe a sí mismo, concepto del que derivan los roles sociales y los rasgos de personalidad.

ROLES SOCIALES: son aspectos objetivos de la propia autoimagen (hijo, hermana, estudiante, etc.).

Rasgos de personalidad: son cuestiones de opinión y juicio acerca de cómo es uno mismo, sin embargo estas pueden diferir de las opiniones de los demás.

AUTOESTIMA: se refiere al grado en el cual la persona se agrada y acepta o aprueba a sí misma.

Coopersmith la definió como el juicio de valor personal, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.

SÍ MISMO IDEAL: es el tipo de persona que se desearía ser, y puede ser diversos aspectos o ser una persona totalmente diferente

En general entre mayor sea la diferencia entre la autoimagen y el sí mismo ideal, menor será la autoestima.

ESQUEMAS DEL SÍ MISMO: son concepciones claras que un individuo tiene de su persona en ciertas dimensiones, tales esquemas están orientados hacia aquello en lo que la persona desea convertirse.

TEORÍAS DEL SÍ MISMO

Uno de los principales enfoques teóricos acerca del sí mismo es el interaccionismo simbólico, según este enfoque los seres humanos actúan hacia las cosas en términos de sus significados, de ahí deriva la importancia de la interacción social para las personas, ya que proporciona la oportunidad de aprender significados.

James fue el primero en hacer una distinción entre el sí mismo como sujeto o conocedor (yo) y el sí mismo como objeto o conocido (mi); el "yo" representa la forma principal del sí mismo, que reside al centro de nuestro estado (o corriente) de conciencia. Se tienen tantos sí mismos como relaciones sociales, el sí mismo multifacético, es decir las diferentes personalidades se construyen en el contexto de todas las relaciones que se tienen.

Coincide con la explicación de Goffman acerca de la autopresentación, la cual definió como la creación y mantenimiento de un sí mismo público.

La teoría de Cooley acerca del sí mismo de espejo sostiene que el sí mismo se refleja en las relaciones de otras personas, que son el "espejo" para uno mismo, es decir para que el individuo comprenda como es necesita saber como lo ven los demás.

Mead afirmó que el sí mismo o es mentalista (algo que ocurre en forma privada dentro del individuo), sino que es un proceso cognoscitivo que reside en la actividad social. El conocimiento del sí mismo y de los demás se desarrolla en forma simultánea y ambos dependen de la interacción social

Según Harre la comprensión y experiencia de uno mismo como ser humano y la experiencia subjetiva sobre la propia individualidad, se deriva del lenguaje que implica

ciertas suposiciones o creencias en cuanto a la naturaleza humana, que se externalizan en las interacciones cotidianas con los demás.

Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto

Argyle considera que existen tres influencias principales en el desarrollo del autoconcepto y son:

La reacción de los otros: es la reacción de los demás hacia la propia persona, tanto de lo que dicen como de sus conductas hacia uno.

Comparación con otros: una manera en la que se llega a tener la imagen de lo que se es, consiste en ver cómo se compara uno con los demás, por ejemplo se es alto o gordo en comparación con otros.

ROLES SOCIALES: es aquello que las personas consideran como partes de quienes son, y a medida que los individuos crecen van incorporando nuevos roles en su autoimagen. Identificación: implica pensar, sentir y actuar como un modelo, en donde el modelo es un individuo único y se busca imitar las características personales de él mismo.

Una manera en la que se ha estudiado el desarrollo del sí mismo es a través del autorreconocimiento, para lo cual es necesario primero un conocimiento de uno mismo como algo continuo a través del tiempo y espacio, y después un conocimiento de rasgos particulares.

Autorrealización

Significa alcanzar el propio potencial completo, son conductas encaminadas a satisfacer necesidades intrínsecas, por ejemplo la adquisición de habilidades admiradas, la comprensión acerca de las personas, el desarrollo de la creatividad en cualquier campo o simplemente la ambición de ser un buen ser humano.

PRINCIPIOS Y LEYES DE LAS TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Desarrollo psicosexual y estructura de la psique

Uno de los aspectos más radicales de las teorías de Freud es la noción de que los infantes y niños pequeños tienen experiencias sexuales y pueden obtener placer sexual, y no solo los adolescentes y adultos.

Freud observó que los infantes obtenían placer a través de chupar, especialmente del pecho. Sabemos que los bebés presentan una gran tendencia a llevarse a la boca todo lo que tienen a su alrededor, sin embargo no es exclusivo de los bebés pues todos disfrutamos de las experiencias corporales como los besos, caricias, etc.

Freud utilizó el término sexualidad para describir el deseo de un placer físico, sensual, de cualquier tipo. Que reside en la estimulación rítmica de casi cualquier parte del cuerpo.

En las distintas etapas de nuestro desarrollo hay diferentes partes del cuerpo que suministraban mayor placer que las demás. Más tarde, se llamaría a estas áreas zonas erógenas.

El desarrollo para Freud es una compleja interacción entre un programa de cambio, programado de modo biológico, y el contexto social o ambiental en el que se presenta, y se manifiesta en las siguientes etapas:

La etapa oral se establece desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses. El foco del placer es, por supuesto, la boca. Las actividades favoritas del infante son chupar y morder.

La etapa anal se encuentra entre los 18 meses hasta los tres o cuatro años de edad. El foco del placer es el ano. El goce surge de retener y expulsar.

La etapa fálica va desde los tres o cuatro años hasta los cinco, seis o siete. El foco del placer se centra en los genitales. La masturbación a estas edades es bastante común.

La etapa de latencia dura desde los cinco, seis o siete años de edad hasta la pubertad, más o menos a los 12 años. Durante este período, Freud supuso que la pulsión sexual se suprimía al servicio del aprendizaje. Debo señalar aquí, que aunque la mayoría de los niños de estas edades están bastante ocupados con sus tareas escolares, y por tanto “sexualmente calmados”, cerca de un cuarto de ellos están muy metidos en la masturbación y en jugar “a los médicos”. En los tiempos represivos de la sociedad de Freud, los niños eran más tranquilos en este período del desarrollo, desde luego, que los actuales.

La etapa genital empieza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales.

Estructura psíquica

Freud observó en sus pacientes contradicciones entre las diferentes pulsiones, mecanismos represivos de las prohibiciones sociales contra los movimientos biológicos y conflictos entre las formas de enfrentar o resolver determinadas situaciones, y para tratar de ordenar tal caos propone tres elementos estructurales de la psique:

El Ello (id) En la teoría Freudiana de la personalidad es la serie de impulsos y deseos inconscientes que sin cesar buscan expresión. Es el núcleo original del cual derivan todos los demás aspectos de la personalidad, tiene un carácter casi totalmente inconsciente y comprende pensamientos e ideas que se han rechazado por inaceptables para la conciencia.

El Yo (ego): Para Freud es la parte de la personalidad que media entre las exigencias del ambiente (realidad), la conciencia (superyo) y las necesidades instintivas (ello); en la actualidad se utiliza a menudo como sinónimo del ego. Es la parte de la psique que mantiene contacto con la realidad externa, entre sus principales características se encuentran, el control de los movimientos voluntarios y cualquier actividad que tenga por fin la autoconservación. Representa la razón y el sentido común.

Superyo (superego): Son las normas sociales y las de los padres que han sido internalizadas por el individuo; la conciencia y el ego ideal. El superyo desarrolla, elabora y mantiene el código moral de la persona.

Arquetipos

Son tendencias o predisposiciones heredadas para responder al mundo de formas determinadas. Son imágenes primordiales, representaciones de las energías instintivas del inconsciente colectivo.

Según Jung, los arquetipos son elementos de estructuración en el inconsciente que dieron origen a las imágenes arquetípicas que dominan las fantasías individuales como mitológicas de toda una cultura. Se manifiestan con ciertas pautas o esquemas, como situaciones y figuras recurrentes.

PSICOANÁLISIS SOCIOCULTURAL

DESARROLLO PSICOSOCIAL

El esquema de Erikson del desarrollo humano tiene dos premisas básicas:

Que la personalidad humana, en principio, se desarrolla de acuerdo con los pasos determinados por la capacidad de progresar, de saber y de relacionarse con una esfera social cada vez más extensa de la persona en crecimiento.

Que la sociedad, en principio está constituida de manera que cumpla y estimule la sucesión de potencialidades para la interacción y trate de defender alentar la secuencia y el ritmo adecuados de desarrollo.

Cada etapa se caracteriza por una tarea de desarrollo específica, o crisis que debe resolverse antes de pasar a la siguiente; la solución exitosa de la crisis de cada etapa favorece cierta fortaleza o virtud (utiliza el término virtud como la virtud de una medicina). Las etapas se suceden en el mismo orden y cada una se relaciona sistemáticamente con las demás, las etapas son:

CONFIANZA BÁSICA VS DESCONFIANZA (DEL NACIMIENTO HASTA LOS 12 Ó 18 MESES):

El bebé desarrolla el sentido de confianza ante el mundo. Virtud: la esperanza.

Autonomía vs Vergüenza y duda (de los 12 ó 18 meses a los 3 años):

El niño desarrolla un equilibrio frente a la vergüenza y la duda. Virtud: la voluntad.

INICIATIVA VS CULPABILIDAD (DE LOS 3 A LOS 6 AÑOS):

El niño desarrolla la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se intimida ante el fracaso.

Virtud: el propósito.

INDUSTRIOSIDAD VS INFERIORIDAD (DE LOS 6 AÑOS A LA PUBERTAD):

El niño debe aprender destrezas de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad. Virtud: la destreza.

IDENTIDAD VS CONFUSIÓN DE IDENTIDAD (DE LA PUBERTAD A LA EDAD ADULTA TEMPRANA):

El adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo. Virtud: la fidelidad.

INTIMIDAD VS AISLAMIENTO (EDAD ADULTA TEMPRANA):

La persona busca comprometerse con otros; si no tiene éxito, puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección. Virtud: el amor.

CREATIVIDAD VS ENSIMISMAMIENTO (EDAD ADULTA INTERMEDIA):

Los adultos maduros están preocupados por establecer y guiar a la nueva generación; en caso contrario se sienten empobrecidos personalmente. Virtud: preocupación por otros.

INTEGRIDAD VS DESESPERACIÓN (VEJEZ):

Las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte; en caso contrario caen en la desesperación. Virtud: la sabiduría

COMPETENCIA METODOLÓGICA **METODOLOGÍA GENERAL**

MÉTODO LÓGICO DEDUCTIVO Mediante ella se aplican los [principios](#) descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios. El [papel](#) de la deducción en la investigación es doble:

- a. Primero consiste en encontrar principios desconocidos, a partir de los conocidos. Una [ley](#) o principio puede reducirse a otra mas general que la incluya. Si un cuerpo cae decimos que pesa porque es un caso particular de la gravitación
- b. También sirve para descubrir consecuencias desconocidas, de principios conocidos. Si sabemos que la formula de la [velocidad](#) es $v=e/t$, podremos calcular la velocidad de un avión. La [matemática](#) es [la ciencia](#) deductiva por excelencia; parte de axiomas y definiciones.

MÉTODO DEDUCTIVO DIRECTO – INFERENCIA O CONCLUSIÓN INMEDIATA. Se obtiene el juicio de una sola premisa, es decir que se llega a una conclusión directa sin intermediarios. Ejemplo: "Los [libros](#) son [cultura](#)" "En consecuencia, algunas manifestaciones culturales son libros"

MÉTODO DEDUCTIVO INDIRECTO – INFERENCIA O CONCLUSIÓN MEDIATA - FORMAL. Necesita de silogismos lógicos, en donde silogismo es un argumento que consta de tres proposiciones, es decir se comparan dos extremos(premisas o terminos) con un tercero para descubrir la relación entre ellos. La premisa mayor contiene la proposición universal, la premisa menor contiene la proposición particular, de su comparación resulta la conclusión. Ejemplo:"Los ingleses son puntuales" "William es ingles" "Por tanto, William es puntual"

MÉTODO HIPOTÉTICO-DEDUCTIVO

Un investigador propone una [hipótesis](#) como consecuencia de sus inferencias del conjunto de [datos](#) empíricos o de principios y [leyes](#) más generales. En el primer caso arriba a la [hipótesis](#) mediante [procedimientos](#) inductivos y en segundo caso mediante procedimientos deductivos. Es la vía primera de inferencias lógico deductivas para arribar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis y que después se puedan comprobar experimentalmente.

MÉTODO LÓGICO INDUCTIVO

Es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones. La [inducción](#) puede ser completa o incompleta.

INDUCCIÓN COMPLETA. La conclusión es sacada del estudio de todos los elementos que forman el objeto de investigación, es decir que solo es posible si conocemos con exactitud el numero de elementos que forman el objeto de estudio y además, cuando sabemos que [el conocimiento](#) generalizado pertenece a cada uno de los elementos del objeto de investigación. Las llamadas demostraciones complejas son formas de razonamiento inductivo, solo que en ellas se toman muestras que poco a poco se van articulando hasta lograr el estudio por inducción completa. Ejemplo: "Al estudiar el rendimiento académico de los estudiantes del curso de tercero de [administración](#),

estudiamos los resultados de todos los estudiantes del curso, dado que el objeto de estudio es relativamente pequeño, 25 alumnos. Concluimos que el rendimiento promedio es bueno. Tal conclusión es posible mediante el análisis de todos y cada uno de los miembros del curso."

INDUCCIÓN INCOMPLETA: Los elementos del objeto de investigación no pueden ser numerados y estudiados en su totalidad, obligando al sujeto de investigación a recurrir a tomar una muestra representativa, que permita hacer generalizaciones. Ejemplo: "los gustos de los jóvenes colombianos en relación con la música"

El método de inducción incompleta puede ser de dos clases:

- a. Método de inducción por simple enumeración o conclusión probable. Es un método utilizado en objetos de investigación cuyos elementos son muy grandes o infinitos. Se infiere una conclusión universal observando que un mismo carácter se repite en una serie de elementos homogéneos, pertenecientes al objeto de investigación, sin que se presente ningún caso que entre en contradicción o niegue el carácter común observado. La mayor o menor probabilidad en la aplicación del método, radica en el número de casos que se analicen, por tanto sus conclusiones no pueden ser tomadas como demostraciones de algo, sino como posibilidades de veracidad. Basta con que aparezca un solo caso que niegue la conclusión para que esta sea refutada como falsa.
- b. Método de inducción científica. Se estudian los caracteres y/o conexiones necesarios del objeto de investigación, relaciones de causalidad, entre otros. Este método se apoya en métodos empíricos como la observación y la experimentación. Ejemplo:

"Sabemos que el agua es un carácter necesario para todos los seres vivos, entonces podemos concluir con certeza que las plantas necesitan agua".

En el método de inducción encontramos otros métodos para encontrar causas a partir de métodos experimentales, estos son propuestos por Mill:

Método de concordancia: Compara entre sí varios casos en que se presenta un fenómeno natural y señala lo que en ellos se repite, como causa del fenómeno.

Método de diferencia: Se reúnen varios casos y observamos que siempre falta una circunstancia que no produce el efecto, permaneciendo siempre todas las demás circunstancias, concluimos que lo que desaparece es la causa de lo investigado.

Método de variaciones concomitantes: Si la variación de un fenómeno se acompaña de la variación de otro fenómeno, concluimos que uno es la causa de otro.

Método de los residuos: Consiste en ir eliminando de un fenómeno las circunstancias cuyas causas son ya conocidas. La circunstancia que queda como residuo se considera la causa del fenómeno.

MÉTODO LÓGICO: LA ANALOGÍA

Consiste en inferir de la semejanza de algunas características entre dos objetos, la probabilidad de que las características restantes sean también semejantes. Los razonamientos analógicos no son siempre válidos.

EL MÉTODO HISTÓRICO

Está vinculado al conocimiento de las distintas etapas de los objetos en su sucesión cronológica, para conocer la evolución y desarrollo del objeto o fenómeno de investigación se hace necesario revelar su historia, las etapas principales de su desenvolvimiento y las conexiones históricas fundamentales. Mediante el método histórico se analiza la trayectoria concreta de la teoría, su condicionamiento a los diferentes períodos de la historia. Los métodos lógicos se basan en el estudio histórico poniendo de manifiesto la lógica interna de desarrollo, de su teoría y halla el conocimiento más profundo de esta, de su esencia. La estructura lógica del objeto implica su modelación.

MÉTODO SINTÉTICO

Es un proceso mediante el cual se relacionan hechos aparentemente aislados y se formula una teoría que unifica los diversos elementos. Consiste en la reunión racional de varios elementos dispersos en una nueva totalidad, este se presenta más en el planteamiento de la hipótesis. El investigador sintetiza las superaciones en la imaginación para establecer una explicación tentativa que someterá a prueba.

MÉTODO ANALÍTICO

Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado. La física, la química y la biología utilizan este método; a partir de la experimentación y el análisis de gran número de casos se establecen leyes universales. Consiste en la extracción de las partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, para ver, por ejemplo las relaciones entre las mismas.

Estas operaciones no existen independientes una de la otra ; el análisis de un objeto se realiza a partir de la relación que existe entre los elementos que conforman dicho objeto como un todo; y a su vez , la síntesis se produce sobre la base de los resultados previos del análisis.

Método de la abstracción

Es un proceso importantísimo para la comprensión del objeto, mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos. No se limita a destacar y aislar alguna propiedad y relación del objeto asequible a los sentidos, sino que trata de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico.

Método de la concreción

Mediante la integración en el pensamiento de las abstracciones puede el hombre elevarse de lo abstracto a lo concreto; en dicho proceso el pensamiento reproduce el objeto en su totalidad en un plano teórico. Lo concreto es la síntesis de muchos conceptos y por consiguiente de las partes. Las definiciones abstractas conducen a la reproducción de lo concreto por medio del pensamiento. Lo concreto en el pensamiento es el conocimiento más profundo y de mayor contenido esencial.

Método genético

Implica la determinación de cierto campo de acción elemental que se convierte en célula del objeto, en dicha célula están presentes todos los componentes del objeto así como sus leyes más trascendentes.

Método de la modelación

Es justamente el método mediante el cual se crean abstracciones con vistas a explicar la realidad. El modelo como sustituto del objeto de investigación. En el modelo se revela la unidad de lo objetivo y lo subjetivo.

La modelación es el método que opera en forma práctica o teórica con un objeto, no en forma directa, sino utilizando cierto sistema intermedio, auxiliar, natural o artificial.

Método sistémico

Está dirigido a modelar el objeto mediante la determinación de sus componentes, así como las relaciones entre ellos. Esas relaciones determinan por un lado la estructura del objeto y por otro su dinámica.

Método dialéctico

La característica esencial del método dialéctico es que considera los fenómenos históricos y sociales en continuo movimiento. Dio origen al materialismo histórico, el cual explica las leyes que rigen las estructuras económicas y sociales, sus correspondientes superestructuras y el desarrollo histórico de la humanidad. Aplicado a la investigación, afirma que todos los fenómenos se rigen por las leyes de la dialéctica, es decir que la realidad no es algo inmutable, sino que está sujeta a contradicciones y a una evolución y desarrollo perpetuo. Por lo tanto propone que todos los fenómenos sean estudiados en sus relaciones con otros y en su estado de continuo cambio, ya que nada existe como un objeto aislado.

Este método describe la historia de lo que nos rodea, de la sociedad y del pensamiento, a través de una concepción de lucha de contrarios y no puramente contemplativa, más bien de transformación. Estas concepciones por su carácter dinámico exponen no solamente los cambios cuantitativos, sino los radicales o cualitativos.

Aunque no existen reglas infalibles para aplicar el método científico, Mario Bunge considera las siguientes como algunas de las más representativas:

- Formulación precisa y específica del problema
- Proponer hipótesis bien definidas y fundamentadas
- Someter la hipótesis a una contrastación rigurosa
- No declarar verdadera una hipótesis confirmada satisfactoriamente
- Analizar si la respuesta puede plantearse de otra forma

MÉTODOS EMPIRICOS

Definidos de esa manera por cuanto su fundamento radica en la percepción directa del objeto de investigación y del problema.

OBSERVACIÓN CIENTÍFICA

El investigador conoce el problema y el objeto de investigación, estudiando su curso natural, sin alteración de las condiciones naturales, es decir que la observación tiene un aspecto contemplativo.

La observación configura la base de conocimiento de toda ciencia y, a la vez, es el procedimiento empírico mas generalizado de conocimiento. Mario Bunge reconoce en el proceso de observación cinco elementos:

- a. El objeto de la observación
- b. El sujeto u observador
- c. Las circunstancias o el ambiente que rodean la observación
- d. Los medios de observación

- e. El cuerpo de conocimientos de que forma parte la observación

LA EXPERIMENTACIÓN CIENTÍFICA

Implica alteración controlada de las condiciones naturales, de tal forma que el investigador cree modelos, reproducirá condiciones, abstraerá rasgos distintivos del objeto o del problema. La experimentación depende del grado de conocimiento del investigador, a la naturaleza, a las circunstancias del objeto y al problema de investigación, es decir no siempre se podrá realizar experimentación. La experimentación debe seguir ciertas reglas:

- a. el fenómeno de que se trate debe aislarse para estudiarlo mejor
- b. El experimento debe repetirse en las mismas circunstancias para comprobar si siempre es el mismo
- c. Las condiciones del experimento deben alterarse para investigar en que grado modifican al fenómeno
- d. El experimento debe durar el tiempo suficiente para que se produzca el fenómeno deseado.

La medición

Se desarrolla con el objetivo de obtener la información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto o fenómeno, donde se comparan magnitudes medibles y conocidas. Es decir es la atribución de valores numéricos a las propiedades de los objetos. En la medición hay que tener en cuenta el objeto y la propiedad que se va a medir, la unidad y el instrumento de medición, el sujeto que realiza la misma y los resultados que se pretenden alcanzar.

En las ciencias sociales, naturales y técnicas no basta con la realización de las mediciones, sino que es necesario la aplicación de diferentes procedimientos que permitan revelar las tendencias, regularidades y las relaciones en el fenómeno objeto de estudio, uno de estos procedimientos son los estadísticos, tanto los descriptivos como los inferenciales.

El mejor Método de investigación es ...

Es difícil escoger un método como el ideal y único camino para realizar una investigación, pues muchos de ellos se complementan y relacionan entre si. A mi consideración el método mas completo es el método HIPOTÉTICO-DEDUCTIVO ya que en él se plantea una hipótesis que se puede analizar deductiva o inductivamente y posteriormente comprobar experimentalmente, es decir que se busca que la parte teórica no pierda su sentido, por ello la teoría se relaciona posteriormente con la realidad. Como notamos una de las características de este método es que incluye otros métodos, el inductivo o el deductivo y el experimental, que también es opcional. Explicare brevemente la fortalezas que yo noto en cada uno de estos "submétodos", finalmente la reunión de todas estas fortalezas conformaran los argumentos de mi elección sobre el método hipotético deductivo.

La deducción, tiene a su favor que sigue pasos sencillos, lógicos y obvios que permiten el descubrimiento de algo que hemos pasado por alto.

La inducción, encontramos en ella aspectos importantes a tener en cuenta para realizar una investigación como por ejemplo la cantidad de elementos del objeto de estudio, que tanta información podemos extraer de estos elementos, las características comunes entre ellos, y si queremos ser mas específicos como en el caso de la inducción científica,

entonces tomaremos en cuenta las causas y caracteres necesarios que se relacionan con el objeto de estudio.

La experimentación científica, muchos de nuestros conocimientos nos lo proporciona la experiencia y es un método que te permite sentirte mas seguro de lo que se estas haciendo. A demás admite la modificación de variables, lo cual nos da vía libre para la corrección de errores y el mejoramiento de nuestra investigación. También podríamos agregar que como futuros ingenieros de sistemas aplicamos mucho este método, puesto que debemos buscar una solución de calidad, efectiva, funcional y de satisfacción a las necesidades del cliente, un ejemplo muy común en nuestra área seria la implementación de un software, siempre se realizan muchas pruebas. Desafortunadamente no en todas las investigaciones se puede aplicar este método, ya que estas dependen del grado de conocimiento del investigador, el problema de investigación y otros ya mencionados anteriormente.

CONCEPTOS BÁSICOS

HIPÓTESIS

Son guías para la investigación. Indican lo que estamos buscando o tratando de probar, y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado, formuladas a manera de proposiciones. Son el centro del método deductivo - cuantitativo.

TEORÍA

Es la explicación final o conocimiento que nos ayuda a entender situaciones, eventos y contextos. Conjunto de proposiciones interrelacionadas, capaces de explicar porque y cómo ocurre un fenómeno o de visualizarlo. Conjunto de constructos, conceptos, definiciones y proposiciones relacionadas entre sí, que presentan una visión sistemática de fenómenos especificando relaciones entre variables con el propósito de explicar y predecir los fenómenos. (Kerlinger, 2002)

LEY

Enunciado de una relación empírica entre dos o más variables, en psicología entre variables dependientes e independientes, que tiene un alto grado de probabilidad.

VARIABLES

Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Son eventos identificados que cambian de valor, las variables son cualquier cosa que cambie o varíe.

Dependientes: son los cambios sufridos por los sujetos como resultado de la manipulación de la variable independiente por parte del experimentador.

Independientes: es todo aquello que el experimentador manipula, debido a que cree que existe una relacion entre ésta y la variable dependiente.

Nominal: es una etiqueta que tienen la variable (Nacionalidad, sexo, raza, religión, estaciones del año) no se pueden jerarquizar ni contabilizar (característica físicas) [profesiones, signos zodiacales, colores, estado civil, meses, ocupación, continentes.

Ordinal: son jerarquías como: estatura, escalas de Likert por medio de letras [escolaridad, puestos laborales, desarrollo humano, grado escolar.

Intervalar: se mide entre un número y otro dentro de un rango [rango de edad, resultados de una competencia.

Inter.: son aquellas que estudian simultáneamente varios grupos de sujetos.

Intra: son aquellas que pueden estudiar al mismo grupo en diferentes periodos.

Extrañas: son aquellas variables que el investigador no controla directamente, pero que pueden influir en el resultado de su investigación. Cuando existe una variable extraña deben de ser controladas con los siguientes métodos:

- Eliminación.
- Constancia de condiciones (someter mismas condiciones físicas)
- Balanceo (igualar condiciones de los grupos)
- Contrabalanceo
- Aleatorización.

Continuas: puede asumir cualquier valor numérico y que puede cambiar en cualquier cantidad.

Discreta: Tiene valores numéricos enteros previamente establecidos, los cuales no pueden cambiarse arbitrariamente.

Razón O Absoluto: se encuentra un cero absoluto, se utiliza en la física, calificaciones o pulso.

CONSTRUCTOS

Variables que se hipotetizan para ayudar a explicar eventos no observados que intervienen entre estímulos y respuestas. Pueden ser de dos tipos: a) Hipotéticos b) Variables. La diferencia entre estos dos es que los hipotéticos poseen condición de realidad, mientras que las variables intervinientes son imaginaciones convenientes.

PARADIGMAS

Reunión de definiciones de un tema; es la integración de varias teorías.

PASOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

Es afinar y estructurar la idea de investigación. Criterios para plantear el problema:

El problema debe expresar una relación entre dos o más variables.

El problema debe estar formulado claramente y sin ambigüedad.

El planteamiento debe implicar la posibilidad de realizar una prueba empírica, debe poder observarse en la realidad.

Los elementos para el planteamiento del problema son:

Establecimiento de objetivos de investigación.

Deben ser congruentes entre si e ir en la misma dirección. Establecen lo que pretende la investigación.

Desarrollar las preguntas de investigación.

Deben ser congruentes entre si e ir en la misma dirección. Nos dicen qué respuestas deben encontrarse mediante la investigación.

Justificar la investigación (porque debe realizarse la investigación) y analizar su viabilidad y posibles consecuencias.

Recolección de información

Existen diversas maneras de recopilar la información extraída de las referencias, sin embargo la manera de recopilar la información es lo de menos, lo importante es que se extraigan los datos y las ideas necesarios para la elaboración del marco teórico. En algunos casos solo se extrae una idea. Las fuentes de donde podemos obtener la información son: libros, artículos de revistas, artículos periodísticos, películas, resúmenes e investigaciones, tesis, entrevistas, manuscritos.

CONOCIMIENTO METODOLÓGICO DE LA PSICOLOGÍA

APROXIMACIONES METODOLÓGICAS EN PSICOLOGÍA

TIPOS DE INVESTIGACIÓN

EXPLORATORIA

Este tipo de estudios se efectúan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, es decir, cuando la revisión de la literatura revelo que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.

DESCRIPTIVA

Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para describir lo que se investiga.

EXPLICATIVA

Estos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Se centran en explicar porque ocurre un fenómeno y en que condiciones se da, o porque dos o más variables están relacionadas.

CORRELACIONAL

Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto establecido. Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si esta o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.

NIVELES DE EXPLICACIÓN:

- Individual
- Grupal
- Socio-cultural

CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

MÉTODOS CUANTITATIVOS:

OBJETIVIDAD

Característica indispensable de las observaciones científicas por las cuales algunos observadores pueden coincidir en que ha ocurrido un evento específico con características particulares. Se requiere que el conocimiento se base en observaciones confiables, que pueden repetirse.

MEDICIÓN

Acto de asignar números o símbolos a características de los objetos de acuerdo con reglas.

EXPLICACIÓN

Proceso para deducir un enunciado específico de otro más general, explicando por tanto el enunciado específico.

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

CONCEPTO DE DISEÑO

Estructura y estrategia generales de una parte de la investigación. El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación. El diseño señala lo que se debe hacer para alcanzar los objetivos de estudio, contestar la(s) preguntas de investigación y analizar las hipótesis formuladas.

VALIDEZ INTERNA Y EXTERNA

VALIDEZ INTERNA

Son variables que deben controlarse durante la realización del experimento para que no generen confusión en los efectos del estímulo experimental.

VALIDEZ EXTERNA

Plantea la posibilidad de generalizar.

FACTORES QUE ATENTAN CONTRA LA VALIDEZ

VALIDEZ INTERNA

HISTORIA: son los acontecimientos que ocurrieron entre la 1ª y la 2ª medición.

MADURACIÓN: son los procesos internos de los participantes, que ocurren con el paso del tiempo.

ADMINISTRACIÓN DE TEST: cómo influye la aplicación de un test en los resultados de otro posterior.

INSTRUMENTACIÓN: los cambios en los instrumentos, o en los aplicadores que puedan producir cambios en los resultados.

REGRESIÓN ESTADÍSTICA: son los verdaderos resultados de la investigación, después de 2 aplicaciones.

SESGOS: son los resultantes en una selección diferencial de participantes, para los grupos que se están comparando.

MORTALIDAD EXPERIMENTAL: cuando hay deserciones en el grupo experimental, o cuando varios sujetos deciden no participar más en la investigación.

INTERACCIÓN ENTRE LA SELECCIÓN Y LA MADURACIÓN: como influyen las variables externas en la muestra.

VALIDEZ EXTERNA

Interacción de administración de test y tratamiento, Interacción de selección y tratamiento, Dispositivos reactivos e Interferencias de tratamientos múltiples.

TIPOS DE DISEÑO

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se refiere a la manipulación de variables por medio de un control de variables y en busca de la aleatorización en la muestra.

Un diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación (Christensen 1980, citado en Metodología de la Investigación, por Hdz., Sampieri). Señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio,

contestar las interrogantes que se ha planteado y analizar la certeza de las hipótesis formulados en un contexto en particular.

PRE-EXPERIMENTAL

Este tipo de diseños no son experimentos, no tienen valor científico, son muy variables respecto al manejo de las variables, presentan un rango de error muy grande, dan atribuciones o predicciones de un evento de manera injustificada, tienen altos costos.

CUASI-EXPERIMENTAL

Son experimentos flexibles en el manejo de las variables

EXPERIMENTALES

Son los más utilizados, son experimentos verdaderos, son muy rígidos en cuanto al control de las variables, utilizan grupos aleatorizados, tienen grupo control y tienen validez interna.

EX-POST-FACTO

Es el que se realiza después del acto, utiliza la prospectiva, es un estudio longitudinal.

Maneja una Prospectiva hacia el Futuro

Es un análisis de los hechos desde el pasado para pronosticarse en el futuro

Es un modelo que para comprobarse se tiene que esperar hasta la fecha en que pronostique, para observar el efecto.

Es un análisis longitudinal del pasado hacia el futuro

Es azaroso hasta que se comprueba el hecho

No es muy confiable, puesto que no se comprueba rápidamente

MÉTODOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

MÉTODO CUANTITATIVO

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO EXPERIMENTAL

MUESTREO

PROBABILÍSTICO: Todos los integrantes de la población tienen la misma posibilidad de ser elegidos. Tipos de muestreo probabilístico:

ALEATORIO SIMPLE: se toma una muestra al azar completamente, sin importar las características de los sujetos.

ESTRATIFICADO: los elementos de la muestra deben poseer un determinado atributo. La muestra debe dividirse en estratos o categorías, mismas que se presentan en la población y que son relevantes para los objetivos del estudio. En una institución, se investiga cómo esta conformada y luego se toma la muestra al azar, realizando una división de la población.

SISTEMÁTICO: se aplica a toda la población y se selecciona 1 instrumento o sujeto cada determinado número, sistematizadamente.

POR ÁREA: se seleccionan las zonas para la aplicación del instrumento. Se estratifica y se van asignando por zonas, por ejemplo en el D.F.: estudio de cada delegación, índice de delincuencia, etc.

NO PROBABILÍSTICO: Existe una característica que limita a la población. Tipos de muestreo no probabilístico:

BOLA DE NIEVE: a un sujeto, al que se le aplicó, se pide traiga a otros dos sujetos con las mismas características... y así sucesivamente hasta llegar al número requerido por la muestra.

ESTRUCTURADO: se busca a la persona con todas las características que se necesitan y se generalizan las de los demás de un mismo grupo.

AFILIATORIO: presentan una misma característica, pertenecen a una misma institución.

POR CUOTA: se hace una reducción porcentual de la población o máxima reducción. (10% mínimo)

CASOS ESPECIALES: se realiza un muestreo muy reducido, se buscan datos comunes y diferentes, con muy poca gente para detallar al máximo al sujeto.

EXTREMOS: se busca comparar las dos puntas o extremos en una curva, se utiliza cuando la variable es intercalar.

NIVELES DE MEDICIÓN

NOMINAL. Clasificar, nombrar, etiquetar todo lo que no sea contable o medible.

ORDINAL. Los casos se ordenan o se establecen rangos. jerarquías

INTERCALAR O INTERVALAR. Este tipo de escalas deben usar intervalos iguales en cantidad. Se mide lo que hay entre un número y otro.

DE RAZÓN. Son intervalos, pero incluyen un cero verdadero y las proporciones relativas en ella tienen sentido. No se pueden utilizar en psicología.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Se utilizan con frecuencia para hacer estimaciones de los parámetros de la población, su utilización depende del nivel de medición de los datos.

CURVA NORMAL: Es una figura de distribución de distribución importante en extremo. Características:

Es simétrica respecto al punto medio del eje horizontal

El punto por el que es simétrica, es el punto en el que caen tanto la media, mediana y la moda.

Las asíntotas (final de las colas) de la curva perfecta nunca tocan el eje horizontal. A pesar que para las distribuciones de muestras muy grandes existen límites reales, siempre podemos hipotetizar un valor más extremo.

Se sabe que área se encuentra bajo la curva entre el punto central (media) y el punto en el que cae una desviación estándar. De hecho, al trabajar en unidades de una desviación estándar, podemos calcular cualquier área dentro de la curva.

CONCEPTO DE VARIANZA: fluctuación o variabilidad promedio de un determinado valor de la población. La varianza es la desviación estándar elevada al cuadrado y se simboliza así: s^2 . Es un concepto estadístico sumamente importante, ya que muchas de las pruebas cuantitativas se fundamentan en él. Diversos métodos estadísticos parte de la descomposición de la varianza. Sin embargo, con fines descriptivos se utiliza preferentemente la desviación estándar.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

Son índices del valor central o localización de una distribución de frecuencia.

MEDIA: es conocida como el promedio, su símbolo es \bar{x} y es igual a la suma de las observaciones (o puntuaciones de prueba) dividida entre el número de observaciones. Esta medida aritmética es generalmente la medida más apropiada de tendencia central para datos de intervalo o razón cuando se cree que las distribuciones son apropiadamente normales. Es un número calculado mediante ciertas operaciones a

partir de los elementos de un conjunto de números, x_1, x_2, \dots, x_n , y que sirve para representar a éste. Hay distintos tipos de medias: media aritmética, media geométrica y media armónica. La media aritmética es el resultado de sumar todos los elementos del conjunto y dividir por el número de ellos.

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

MODA: es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia.

$$Moda = Li + \left\langle \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \right\rangle c$$

MEDIANA: es el valor que divide a la distribución por la mitad. Esto es, la mitad de los casos que caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de la mediana. La mediana refleja la posición intermedia de la distribución. La fórmula es la siguiente:

$$N + 1 / 2$$

La mediana es una medida de tendencia central propia de los niveles de medición ordinal, por intervalos y de razón.

$$Mediana = Li + \frac{(N/2 - \sum fi) c}{f_m}$$

MEDIDAS DE DISPERSIÓN

Indican la dispersión de los datos en la escala de medición y responden a la pregunta: ¿Dónde están diseminadas las puntuaciones o valores obtenidos?. Designan distancia o un número de unidades en la escala de medición. Medidas de dispersión, parámetros estadísticos que miden cómo de diseminados se encuentran los datos de una distribución. Los más utilizados se refieren al grado de lejanía de los datos respecto a la media y son la desviación media, la varianza, la desviación típica y el coeficiente de variación.

RANGO: También llamado recorrido, es la diferencia entre la puntuación mayor y la menor, indica el número de unidades en la escala de medición necesario para incluir valores máximo y mínimo. Se calcula así:

$$R = X_{\text{máx.}} - X_{\text{mín.}}$$

Puntuación mayor menos puntuación menor

Cuanto más grande sea el rango, mayor será la dispersión de los datos en una distribución.

DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y VARIANZA:

Es el promedio de desviación de puntuaciones con respecto a la media. Esta medida es expresada en las unidades originales de medición de la distribución. Se interpreta en relación con la media. Cuanto mayor es la dispersión de los datos alrededor de la media, mayor es la desviación estándar. Se simboliza con “s” y su fórmula es:

La desviación típica o desviación estándar, σ , es la raíz cuadrada de la varianza:

$$\sigma = \sqrt{V} = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}} = \sqrt{\frac{\sum x_i^2}{n} - \bar{x}^2}$$

La razón de ser de este parámetro es conseguir que la medida de dispersión se exprese en las mismas unidades que los datos a los que se refieren. Por ejemplo, en una distribución de estaturas en la que los datos están dados en centímetros, la media viene dada en centímetros, pero la varianza en centímetros cuadrados (cm²). Para evitar este inconveniente se calcula su raíz cuadrada, obteniéndose así la desviación típica en centímetros.

El par de parámetros formado por la media y la desviación típica (\bar{x} , σ) aporta una información suficientemente buena sobre la forma de la distribución.

El coeficiente de variación, C.V., es el cociente entre la desviación típica y la media de la distribución:

$$C.V. = \frac{\sigma}{\bar{x}}$$

Este parámetro sirve para relativizar el valor de la desviación típica y así poder comparar la dispersión de dos poblaciones estadísticas con gamas de valores muy discretas. Se aprecia así que en la primera compañía los salarios tienen menor dispersión que en la segunda.

CORRELACIÓN:

En estadística, relación entre las dos variables de una distribución bidimensional. Se mide mediante el coeficiente de correlación, r . Si los datos de la distribución son (x_1, y_1) , (x_2, y_2) , ..., (x_n, y_n) , el coeficiente de correlación se obtiene mediante la fórmula:

$$r = \frac{\sigma_{xy}}{\sigma_x \sigma_y}$$

En donde σ_{xy} es la covarianza, y σ_x , σ_y son las desviaciones típicas de las dos variables. El valor del coeficiente de correlación oscila entre -1 y 1 ($-1 \leq r \leq 1$). En cada caso concreto, el valor de r indica el tipo de relación entre las variables x y y . Cuando $|r|$ es próximo a 1 , la correlación es fuerte, lo que significa que las variaciones de una de las variables repercuten fuertemente en la otra. Mientras que si $|r|$ es próximo a 0 , la correlación es muy débil y las variables están muy poco relacionadas.

GRÁFICAS Y TABLAS:

Representaciones gráficas de los resultados que se muestran en una tabla estadística. Pueden ser de formas muy diversas, pero con cada tipo de gráfica se cumple un propósito. Por ejemplo, en los medios de comunicación, libros de divulgación y revistas especializadas se encuentran multitud de gráficas estadísticas en las que, con notable expresividad, se ponen de manifiesto los rasgos de la distribución que se pretende

destacar. Los diagramas de barras, los diagramas de sectores, los histogramas y los polígonos de frecuencias son algunas de ellas.

DIAGRAMA DE BARRAS: En este tipo de gráfica, sobre los valores de las variables se levantan barras estrechas de longitudes proporcionales a las frecuencias correspondientes. Se utilizan para representar variables cuantitativas discretas.

HISTOGRAMA Y POLÍGONO DE FRECUENCIAS: Los histogramas se utilizan para representar tablas de frecuencias con datos agrupados en intervalos. Si los intervalos son todos iguales, cada uno de ellos es la base de un rectángulo cuya altura es proporcional a la frecuencia correspondiente.

HISTOGRAMA Y POLÍGONO DE FRECUENCIAS ACUMULADAS: Si se representan las frecuencias acumuladas de una tabla de datos agrupados se obtiene el histograma de frecuencias acumuladas o su correspondiente polígono.

DIAGRAMA DE SECTORES: En un diagrama de este tipo, los 360° de un círculo se reparten proporcionalmente a las frecuencias de los distintos valores de la variable. Resultan muy adecuados cuando hay pocos valores, o bien cuando el carácter que se estudia es cualitativo.

TABLAS ESTADÍSTICAS

Recopilaciones numéricas bien estructuradas y fáciles de interpretar de las que se vale el estadístico para sintetizar los datos obtenidos con el fin de hacer un uso sencillo de ellos o bien para darlos a conocer de forma comprensible. Existen infinidad de tablas estadísticas, pero las más básicas son las tablas de frecuencias, las de frecuencias relativas y frecuencias acumuladas, las de frecuencias con datos agrupados en intervalos y las de doble entrada.

TABLA DE FRECUENCIAS: Estas tablas constan de dos columnas. En la primera se escriben los valores de la variable, x_i . En la segunda las correspondientes frecuencias, f_i . Estas sencillas tablas se utilizan, únicamente, cuando la variable es discreta y admite pocos valores (a lo sumo, de 12 a 16).

TABLA DE FRECUENCIAS RELATIVAS Y FRECUENCIAS ACUMULADAS: na tabla de frecuencias se puede ampliar con nuevas columnas con las frecuencias relativas y las frecuencias acumuladas.

TABLAS DE FRECUENCIAS CON DATOS AGRUPADOS EN INTERVALOS: Cuando la variable es continua, o es discreta pero toma una gran cantidad de valores, conviene dividir el rango de la variable en unos pocos intervalos (entre 6 y 12) y repartir los valores en ellos. El resultado será una tabla de frecuencias en la cual la variable, en lugar de tomar valores numéricos concretos, varía dentro de intervalos. Cuando se necesita (por ejemplo para el cálculo de parámetros) que cada intervalo quede representado por un único número, se toma su punto medio, al que se llama marca de clase.

TABLA DE DOBLE ENTRADA: En las distribuciones bidimensionales, en las que a cada individuo le corresponden dos valores, x_i , y_i , puede suceder que cada par de valores (x_m , y_n) ocurra varias veces, es decir, lleve apareada una frecuencia. En tal caso conviene disponer los resultados mediante una tabla de doble entrada como la que se muestra a continuación, correspondiente a los resultados de un colectivo de 125 personas puntuadas por su sensibilidad ecológica, x_i , y por sus conocimientos de biología, y_i :

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

La estadística inferencial, sin embargo, trabaja con muestras, subconjuntos formados por algunos individuos de la población. A partir del estudio de la muestra se pretende inferir aspectos relevantes de toda la población. Cómo se selecciona la muestra, cómo se realiza la inferencia, y qué grado de confianza se puede tener en ella son aspectos fundamentales de la estadística inferencial, para cuyo estudio se requiere un alto nivel de conocimientos de estadística, probabilidad y matemáticas.

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL

Es un conjunto de valores sobre una estadística calculada de todas las muestras posibles de determinado tamaño. Las distribuciones muestrales de medidas son probablemente las más conocidas. El estudio de determinadas características de una población se efectúa a través de diversas muestras que pueden extraerse de ella. El muestreo puede hacerse con o sin reposición, y la población de partida puede ser infinita o finita. Una población finita en la que se efectúa muestreo con reposición puede considerarse infinita teóricamente. También, a efectos prácticos, una población muy grande puede considerarse como infinita. En todo nuestro estudio vamos a limitarnos a una población de partida infinita o a muestreo con reposición. Consideremos todas las posibles muestras de tamaño n en una población. Para cada muestra podemos calcular un estadístico (media, desviación típica, proporción,...) que variará de una a otra. Así obtenemos una distribución del estadístico que se llama distribución muestral. Las dos medidas fundamentales de esta distribución son la media y la desviación típica, también denominada error típico. Hay que hacer notar que si el tamaño de la muestra es lo suficientemente grande las distribuciones muestrales son normales y en esto se basarán todos los resultados que alcancemos.

HIPÓTESIS NULA, DE TRABAJO Y ALTERNA:

HIPÓTESIS NULA

Son, en cierto, modo el reverso de la hipótesis de investigación o trabajo. Constituyen proposiciones acerca de la relación entre variables sólo que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de trabajo. Debido a que esta hipótesis resulta la contrapartida de la hipótesis de trabajo, hay prácticamente tantas nulas como de trabajo. Es decir, la clasificación de hipótesis nulas es similar a la tipología de la hipótesis de trabajo: hipótesis nulas descriptivas de una variable que se va a observar en un contexto, hipótesis que niegan o contradicen la relación entre grupos que se comparan e hipótesis que niegan la relación de causalidad entre 2 o más variables. La hipótesis nula se simboliza así: H_0 .

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Son posibilidades alternativas ante las hipótesis de trabajo y nula: ofrecen otra descripción o explicación distintas a las que proporcionan estos tipos de hipótesis. Cada una constituye una descripción distinta a las que proporcionan las hipótesis de trabajo y nula. Se simbolizan como H_a . Y solo pueden formularse cuando efectivamente hay otras posibilidades además de las hipótesis de trabajo y nula.

HIPÓTESIS DE TRABAJO O INVESTIGACIÓN

Son proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre 2 o más variables y que cumplen con los 5 requisitos mencionados:

Las hipótesis deben referirse a una situación social real

Los términos de las hipótesis deben ser comprensibles, precisos y lo más concretos posibles.

La relación entre variables propuesta por una hipótesis debe ser clara y lógica.

Los términos de la hipótesis y la relación planteada entre ellos, deben ser observables y medibles, o sea tener referentes en la realidad.

Las hipótesis deben estar relacionadas con técnicas disponibles para probarlas.

PRUEBAS PARAMÉTRICAS

T DE STUDENT.

Se utiliza para datos no relacionados, busca diferencias entre 2 grupos independientes no relacionados. Se utiliza para datos no relacionados, busca diferencias entre 2 grupos independientes no relacionados. La prueba de t Student, es un método de análisis estadístico, que compara las medias de dos categorías dentro de una variable dependiente, o las medias de dos grupos diferentes. Es una prueba paramétrica, o sea que solo sirve para comparar variables numéricas de distribución normal.

La prueba t Student, arroja el valor del estadístico t. Según sea el valor de t, corresponderá un valor de significación estadística determinado. En definitiva la prueba de t Student contrasta la HP Nula de que la media de la variable numérica “y”, no tiene diferencias para cada grupo de la variable categórica “x”. La prueba t para muestras independientes se utiliza para comparar la media de dos grupos o dos categorías dentro de una misma variable dependiente.

ANÁLISIS DE VARIANZA

El ANOVA es una prueba semejante a la prueba t Student, en cuanto a la práctica, pero la comparación entre grupos no es a través de la media y su SD, sino a través de la varianza de la variable numérica “y”, en cada grupo de la variable categórica “x”.

Básicamente el análisis de Varianza, se utiliza para corroborar si la significación de diferencias entre medias de dos o mas grupos, son o no debidas al azar. La cifra estadística obtenida con el Anova es la razón F.

Suponiendo que se analizan 2 grupos, el Anova, analiza las variaciones entre los dos grupos (inter-grupal) y la compara con la variación dentro de cada grupo (intra-grupal), para obtener mediante una suma de cuadrados el valor de F.

Si las diferencias de varianza entre cada grupo son mayores que las intra-grupales, seguramente existen diferencias significativas entre los grupos que no son debidas al azar. Los grupos se definen como en la prueba t eligiendo una variable categórica. La variable a analizar debe ser numérica y de distribución simétrica.

Utilizando la misma muestra de pacientes con 566 hipertensos esenciales y 214 secundarios, el valor de F es 109,43, lo cual corresponde a un valor de $p < 0.001$. Esto implica que las diferencias de medias de edad entre ambos grupos no es debida al azar. También existe un modelo de Anova multivariado, llamado MANOVA, en el cual se comparan mas de una variable numérica en dos o más grupos.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Técnica estadística que se utiliza para medir la relación cuantitativa entre dos o más variables. Se utiliza para estimar o predecir los valores de una variable con base en valores conocidos, o para explicar los valores de una variable en términos de la otra. Se podrá utilizar el análisis de regresión siempre que pensemos que se puede explicar una variable en función de otras. Nótese que implícitamente estamos definiendo una relación causal entre las variables que estamos utilizando, pero de esto hablaremos mas adelante. Veamos algunos ejemplos en los que podemos utilizar el análisis de regresión.

CORRELACIÓN DE PEARSON Y DE SPEARMAN

La correlación es una medida de la asociación lineal entre dos variables. La correlación fue utilizada por primera vez por Sir Francis Galton, aunque su discípulo Karl Pearson (1857-1936) fue quien estudió en profundidad sus propiedades. Karl Pearson fue profesor de matemáticas aplicadas y mecánica en el “University College of London”, autor de la prueba Chi-Cuadrado y del análisis de componentes principales.

La correlación mide la relación lineal entre dos variables y su sentido (si es directo o inverso). Cuando la relación es perfectamente lineal dicho coeficiente vale 1 (ó -1). Cuando el coeficiente tiene un valor próximo a cero, o bien no existe relación entre las variables analizadas o bien dicha relación no es lineal.

La correlación habitualmente denotada por r se puede estimar de dos maneras diferentes:

- El coeficiente de correlación de Pearson denotado por r es utilizado cuando ambas variables son cuantitativas siguiendo una distribución normal.
- El coeficiente de correlación de Spearman denotado por r_s se utiliza cuando alguna de las variables es ordinal o incluso dicotómica o para variables cuantitativas con muestras pequeñas.

Para cada coeficiente obtenido se puede realizar el siguiente el contraste de hipótesis para determinar

si el coeficiente es igual a cero:

$H_0: \rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

Correlación de Pearson

Se recogen datos experimentales correspondientes a n individuos con información de dos variables Var1

y Var2. Para calcular el coeficiente de correlación r de Pearson entre estas dos variables se necesita

calcular previamente la covarianza entre las dos variables y las desviaciones típicas muestrales.

Cálculo de la Covarianza Muestral

La covarianza entre dos variables Var1 y Var2 viene dada por: donde x_i indica el valor de la variable Var1 para el individuo i, y_i indica el valor de la variable Var1 para el individuo i, \bar{x} la media de Var1 e \bar{y} la media de Var2.

$$s_{xy}^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

CORRELACIÓN DE SPEARMAN

El coeficiente de correlación de Spearman es una técnica no paramétrica que se basa en los rangos en

vez de en los valores originales de la variable.

Cálculo de Rangos

Para los datos de las variables Var1 y Var2 se calculan los rangos de los valores de éstas, a los que se

denota por: $R_i(\text{Var1})$ y $R_i(\text{Var2})$, siendo $R_i(\text{Var1})$ los rangos de Var1 asociados al individuo i y $R_i(\text{Var2})$ los

rangos de Var2 asociados al individuo i. **Cálculo de valores intermedios** A continuación, se realizan los siguientes cálculos intermedios:

$$\begin{aligned} D &= \sum_{i=1}^n (R_i(\text{Var1}) - R_i(\text{Var2}))^2 \\ T_x &= \sum_{\text{empates en Var1}} (n^\circ \text{ empates}^3 - n^\circ \text{ empates}) \\ T_y &= \sum_{\text{empates en Var2}} (n^\circ \text{ empates}^3 - n^\circ \text{ empates}) \\ A &= \frac{n^3 - n - T_x}{12} \\ B &= \frac{n^3 - n - T_y}{12} \end{aligned}$$

PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS

Existen diferentes pruebas para verificar el ajuste de nuestros datos a una distribución de probabilidad. Las dos más utilizadas son el contraste χ^2 de Pearson, y la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

CONTRASTE χ^2 DE PEARSON

La idea del contraste de Pearson es muy sencilla: se agrupan los datos en k clases ($k \geq 5$), como si fuéramos a construir un histograma, cubriendo todo el rango posible de valores, siendo deseable disponer, aproximadamente, del mismo número de datos en cada clase y al menos de tres datos en cada una.

Llamamos O_i al número de datos observado en la clase i . Mediante el modelo de probabilidad que se desea verificar se calcula la probabilidad P_i asignada a cada clase, y por lo tanto, para una muestra de n datos, la frecuencia esperada según ese modelo de probabilidad es $E_i = n \cdot P_i$. Se calcula entonces el siguiente índice de discrepancia entre las frecuencias observadas y las que era previsible encontrar si el modelo fuera el adecuado:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

que se distribuye aproximadamente como una χ^2 si el modelo es correcto. Si el modelo se especifica de forma completa con las probabilidades P_i , conocidas antes de tomar los datos, el número de grados de libertad es $k-1$. Pero si se han estimado r parámetros del modelo a partir de los datos, entonces los grados de libertad son $k-r-1$.

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Este contraste, que es válido únicamente para variables continuas, compara la función de distribución (probabilidad acumulada) teórica con la observada, y calcula un valor de discrepancia, representado habitualmente como D , que corresponde a la discrepancia máxima en valor absoluto entre la distribución observada y la distribución teórica, proporcionando asimismo un valor de probabilidad P , que corresponde, si estamos verificando un ajuste a la distribución normal, a la probabilidad de obtener una distribución que discrepe tanto como la observada si verdaderamente se hubiera obtenido una muestra aleatoria, de tamaño n , de una distribución normal. Si esa probabilidad es grande no habrá por tanto razones estadísticas para suponer que nuestros datos no proceden de una distribución, mientras que si es muy pequeña, no será aceptable suponer ese modelo probabilístico para los datos.

PRUEBA DE WILCOXON DE LOS RANGOS CON SIGNO

Esta prueba nos permite comparar nuestros datos con una mediana teórica (por ejemplo un valor publicado en un artículo). Llamemos M_0 a la mediana frente a la que vamos a contrastar nuestros datos, y sea X_1, X_2, \dots, X_n los valores observados. Se calcula las diferencias $X_1 - M_0, X_2 - M_0, \dots, X_n - M_0$. Si la hipótesis nula fuera cierta estas diferencias se distribuirían de forma simétrica en torno a cero. Para efectuar esta prueba se calculan las diferencias en valor absoluto $|X_i - M_0|$ y se ordenan de menor a mayor, asignándoles su rango (número de orden). Si hubiera dos o más diferencias con igual valor (empates), se les asigna el rango medio (es decir que si tenemos un empate en las posiciones 2 y 3 se les asigna el valor 2.5 a ambas). Ahora calculamos R_+ la suma de todos los rangos de las diferencias positivas, aquellas en las que X_i es mayor que M_0 y R_- la suma de todos los

rangos correspondientes a las diferencias negativas. Si la hipótesis nula es cierta ambos estadísticos deberán ser parecidos, mientras que si nuestros datos tienen a ser más altos que la mediana M_0 , se reflejará en un valor mayor de R_+ , y al contrario si son más bajos. Se trata de contrastar si la menor de las sumas de rangos es excesivamente pequeña para ser atribuida al azar, o, lo que es equivalente, si la mayor de las dos sumas de rangos es excesivamente grande

PRUEBA DE WILCOXON PARA CONTRASTAR DATOS PAREADOS

El mismo razonamiento lo podemos aplicar cuando tenemos una muestra de parejas de valores, por ejemplo antes y después del tratamiento, que podemos denominar (X_1, Y_1) , (X_2, Y_2) , ..., (X_n, Y_n) . De la misma forma, ahora calcularemos las diferencias $X_1 - Y_1$, $X_2 - Y_2$, ..., $X_n - Y_n$ y las ordenaremos en valor absoluto, asignándoles el rango correspondiente. Calculamos R_+ la suma de rangos positivos (cuando X_i es mayor que Y_i), y la suma de rangos negativos R_- . Ahora la hipótesis nula es que esas diferencias proceden de una distribución simétrica en torno a cero y si fuera cierta los valores de R_+ y R_- serán parecidos.

PRUEBA DE FRIEDMAN (K MUESTRAS RELACIONADAS)

Esta prueba puede considerarse como una extensión de la [prueba de Wilcoxon](#) para el caso de más de dos muestras. En el caso de que las asunciones de la prueba ANOVA fuesen satisfechas, el análisis se realizaría de acuerdo a un diseño de ANOVA de dos factores sin repetición, en el que los factores sería respectivamente los pacientes (bloques) y el tratamiento, por referirnos a un ejemplo de un ensayo clínico con un diseño denominado de **bloques completos aleatorios**. Si las condiciones de aplicación no fuesen satisfechas, para la realización de la prueba no paramétrica, como siempre, desde el menú **Analizar** accederemos a las **Pruebas no paramétricas** donde seleccionaremos la opción **k muestras relacionadas**

PRUEBA DE MANN-WHITNEY PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

Si tenemos dos series de valores de una variable continua obtenidas en dos muestras independientes: $X_1, X_2, \dots, X_n, Y_1, Y_2, \dots, Y_m$, procederemos a ordenar conjuntamente todos los valores en sentido creciente, asignándoles su rango, corrigiendo con el rango medio los empates. Calculamos luego la suma de rangos para las observaciones de la primera muestra S_x , y la suma de rangos de la segunda muestra S_y . Si los valores de la población de la que se extrajo la muestra aleatoria de X se localizan por debajo de los valores de Y, entonces la muestra de X tendrá probablemente rangos más bajos, lo que se reflejará en un valor menor de S_x del teóricamente probable. Si la menor de las sumas de rangos es excesivamente baja, muy improbable en el caso de que fuera cierta la hipótesis nula, ésta será rechazada. Existen más pruebas no paramétricas de entre las que a continuación mencionamos las más habituales, remitiendo al lector interesado a cualquier libro básico de bioestadística:

- Prueba de Kruskal-Wallis para comparar K muestras
- Prueba de Friedman para comparar K muestras pareadas (bloques)

- Coeficiente de correlación de Spearman para rangos
- Prueba de rachas de Wald-Wolfowitz

MÉTODOS CUALITATIVOS

CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

La fuente de datos son las situaciones naturales (algunas estrategias provocan también fenómenos, intentan romper la rutina diaria de un grupo determinado para ver que sucede) (vs. Experimental dónde se provocan los fenómenos).

El investigador recoge los datos (a través de las distintas técnicas, como observación, análisis de contenidos, encuestas, grupos de discusión. Utilización del conocimiento tácito (a través de la experiencia y la interacción, es un conocimiento “experto”; aparece tanto a la hora de recoger la información como a la hora de analizar los datos; en la investigación experimental sólo se daría en el momento de definir los problemas e hipótesis). Recogida de datos abierta (en la continua interacción se aprecian nuevos campos para obtener información e informaciones no previstas)

Muestreo intencional (no probabilístico, se buscan datos que nos den información de claves para entender el contexto en que nos movemos)

ANÁLISIS INDUCTIVO

La investigación se diseña sobre la marcha (una vez que se ha planificado la investigación el resto va a depender de las fases y de los objetivos que vayan presentándose)

Criterios de validez propios (no nos interesa la capacidad de generalización, pero los resultados tienen que justificar su por qué y sobre todo tiene que ser una investigación que ha de servir para algo.)

ESTUDIO DE CASO

Es una estrategia de diseño de la investigación cualitativa; es un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo (Denny, 1978).

Tipos de Estudio de Caso (Guba y Lincoln, 1981).

	Factual		Interpretativo		Evaluativo	
	Acción	Producto	Acción	Producto	Acción	Producto
Hacer una crónica	Registrar	Registro	Construir	Historia	Deliberar	Evidencia
Representar	Construir	Perfil	Sintetizar	Significados	Representaciones	Retrato
Enseñar	Presentar	Cogniciones	Clasificar	Comprensiones	Contraste	Discriminaciones
Comprobar	Examinar	Hechos	Relatar	Teoría	Pesar	Juicios

Según Stake (1994), el estudio de caso se clasifica de la siguiente manera:

Intrínseco: se pretende alcanzar una mejor comprensión del caso en concreto.

Instrumental: un caso se examina para profundizar un tema o afinar una teoría.

Colectivo: se realiza cuando el interés se centra en la indagación de un fenómeno, población y condición general.

Tipo de estudio de caso (Elaborado a partir de Bogdan y Biklen, 1982)

Tipos	Modalidades	Descripción
Estudio de caso único	Histórico - organizativo	Se ocupa de la evolución de una institución.
	Observacional	Se apoya en la observación participante como principal técnica de recogida de datos.
	Biografía	Buscan, a través de extensas entrevistas, con una persona, una narración en primera persona.
	Comunitaria	Se centra en el estudio de un barrio o comunidad de vecinos.
	Situacional	Estudia un acontecimiento desde la perspectiva de los que han participado en el mismo.
	Microetnografía	Se ocupan de pequeñas unidades o actividades específicas dentro de una organización.
Estudio de casos múltiples	Inducción analítica modificada	Persigue el desarrollo y contrastación de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto mas general.
	Comparación constante	Pretende generar teoría contrastando las hipótesis extraídas en un contexto dentro de contextos diversos

ANÁLISIS DEL DISCURSO O ETNOMETODOLOGÍA:

Fenomenológico o hermenéutico

Esta técnica destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva.

De acuerdo con Van Manen (1990), el sentido y las tareas de la investigación fenomenológica, se resumen en ocho puntos:

Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad (la experiencia no conceptualizada o categorizada).

Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia.

Se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. Un intento sistemático de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.

Es la descripción de los significados vividos, existenciales. Procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana.

Es el estudio científico-humano de los fenómenos. Puede considerarse ciencia, en sentido amplio, un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.

Es la práctica atenta de las meditaciones.

Es la exploración del significado del ser humano.

Es el pensar sobre la experiencia originaria.

Etnográfico

Es un método de investigación mediante el cual se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. Se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

El trabajo etnográfico implica gran rigor teórico, técnico y metodológico aunado a apertura y flexibilidad para ir viendo, registrando y posteriormente analizando las situaciones que se presenten y que no podemos explicar con los elementos teóricos previos o iniciales; implica la superación del dato empíricamente registrado a través de la interpretación de sus significados.

Clínico

Narrativa

Investigación acción

MÉTODOS PSICOMÉTRICOS

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD:

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). Entre más se acerque el coeficiente a cero (0), hay mayor error en la medición.

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

MEDIDA DE ESTABILIDAD (CONFIABILIDAD POR TEST-RETEST).

En este procedimiento un mismo instrumento de medición (o ítems o indicadores) se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es positiva, el instrumento se considera confiable. Se trata de una especie de panel. Desde luego, el periodo de tiempo entre las mediciones es un considerar. Si el periodo es largo y la variable susceptible de cambios, puede confundir la interpretación del coeficiente de confiabilidad por este procedimiento. Y si el periodo es corto las personas pueden contestar en la primera aplicación del instrumento, para aparecer como más consistentes de lo que son en realidad (Bohrnstedt, 1976).

MÉTODO DE FORMAS ALTERNATIVAS O PARALELAS

En este procedimiento no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones son similares en contenido, instrucciones y otras características. Las versiones (generalmente dos) son administradas a un mismo grupo de personas dentro de un periodo de tiempo relativamente corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva. Los patrones de respuesta deben variar poco entre las aplicaciones.

MÉTODO DE MITADES PARTIDAS (SPLIT-HALVES)

Los procedimientos anteriores (medida de estabilidad y método de formas alternas), requieren cuando menos dos administraciones de la medición en el mismo grupo de individuos. En cambio, el método de mitades-partidas requiere sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Un

individuo con baja puntuación en una mitad, tenderá a mostrar también una baja puntuación en la otra mitad.

La confiabilidad varía de acuerdo con el número de ítems que incluya un instrumento de medición. Cuantos más ítems mayores es la confiabilidad. Esto resulta lógico, veámoslo con un ejemplo cotidiano: Si se desea probar que tan confiable o consistente es la lealtad de un amigo hacia nuestra persona, cuantas más pruebas le pongamos, su confiabilidad será mayor. Claro está que demasiados ítems provocarán cansancio en el respondiente.

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH Este coeficiente desarrollado por L. Cronbach requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

COEFICIENTE KR-20 Kuder y Richardson (1937) desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que la del coeficiente alfa.

ANÁLISIS DE VALIDEZ

DE CONTENIDO

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de ψ que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto medido (Bohrnstedt, 1976). Por ejemplo, una prueba de operaciones aritmética no tendrá validez de contenido si incluye sólo problemas de resta y excluye problemas de suma, multiplicación y división. Un instrumento de medición debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir.

DE CRITERIO

CONCURRENTE Y PREDICTIVA: es la validez de un instrumento de medición comparada con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con la que se juzga la validez del instrumento (Wiersma, 1986). Entre más se relacionan los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor. Por ejemplo, un investigador valida un examen sobre manejo de aviones, mostrando la exactitud con que el examen predice qué tan bien un grupo de pilotos puede operar un aeroplano. Si el criterio se fija en el presente se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo). Por ejemplo, un cuestionario para detectar las preferencias del electorado por los distintos partidos contendientes, puede validarse aplicando tres o cuatro días antes de la elección, sus resultados compararlos con los resultados finales de la elección. Si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva, por ejemplo, una prueba para determinar la capacidad administrativa de altos ejecutivos se puede validar comparando sus resultados con el futuro desempeño de los ejecutivos medidos.

DE CONSTRUCTO

Es la más importante desde el punto de vista científico y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo (medidos).

La validez de constructo incluye tres etapas:

1. Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
2. Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo, a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables. Desde luego, no es necesaria una teoría sumamente desarrollada, pero sí investigaciones que hayan demostrado que los conceptos están relacionados. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo puede arrojar mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición. Y mayor confianza tenemos en la validez de constructo de una medición, cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que teóricamente y de acuerdo con estudios antecedentes están relacionadas.

COMPETENCIA TÉCNICA

TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN Y DETECCIÓN

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN Y DETECCIÓN

ENCUESTA

Cuando necesitan conocerse las actitudes, opiniones o creencias de grandes cantidades de personas, el método de medición a elegir es una encuesta. Las preguntas de la encuesta pueden hacerse al consumidor en una entrevista personal, por teléfono o por medio del correo, y también por otros medios (Internet). La entrevista personal es un método muy común de investigación por encuesta, y puede realizarse casi en cualquier parte. Otro método de encuesta frente a frente es el enfoque de puerta en puerta; aquí puede sondearse un vecindario entero tocando a las puertas y solicitando respuestas al cuestionario. Una ventaja de la encuesta frente a frente es la capacidad de presentar estímulos a quienes responden, sin embargo debido a que la entrevista personal exige una labor intensiva, es el método de investigación por encuesta más costoso y que requiere tiempo.

El método de encuesta mas barato y mas rápido para obtener información es la encuesta telefónica, debido a que requieren menos interacción social entre el entrevistador y quien responde se reducen los sesgos inherentes en dicha interacción y la capacitación intensiva requerida para la entrevista personal. Sus desventajas son que la cantidad de información que puede obtenerse por teléfono es menor que en una entrevista personal o por correo, no es posible presentar a quienes responden estímulos visuales por teléfono, puede introducirse un sesgo si se usan los directorios telefónicos para identificar a quienes responderán. Una encuesta por correo puede ser el método de encuesta mas apropiado, tienen un costo relativamente bajo, en vista de que no requieren los servicios de un entrevistador capacitado y pueden proporcionar grandes cantidades de

información. Sus desventajas son la posibilidad de que no haya ninguna respuesta en absoluto del receptor pretendido de la encuesta, la posibilidad de respuesta de alguien que no era el receptor pretendido, la posibilidad de una respuesta tardía y por consiguiente inútil para propósitos de tabulación.

CUESTIONARIO

El cuestionario se define como una forma de encuesta caracterizada por la ausencia de encuestador. Es una técnica de recogida de información que supone de un interrogatorio en el que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y se formular con los mismos términos. Esta técnica se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. Allí se anotan las respuestas, en unos casos de manera textual y en otros de forma codificada. Suelen contener entre cinco y veinticinco preguntas abiertas-cerradas. Esta forma de encuesta está indicada cuando se pretende recoger información preguntando a un grupo numeroso de sujetos, con un costo mínimo de tiempo y esfuerzo, manteniendo un formato común en las preguntas.

El cuestionario es un procedimiento de exploración de ideas y creencias generales sobre algún aspecto de la realidad, se considera como una técnica mas, no la única ni la fundamental, en el desarrollo del proceso de recogida de datos, en su elaboración se parte de los esquemas de referencia teóricos y experiencias definidos por un colectivo determinado y en relación con el contexto de que son parte, el análisis de los datos permite que la información se comparta por participantes en la investigación, su administración no produce rechazo alguno entre los miembros de determinado colectivo, sino que es mayoritariamente aceptado y se le considera una técnica útil en el proceso de la realidad estudiada.

ENTREVISTA

Es el primordial instrumento de exploración de la Psicología, cuyo eje es la comunicación humana. La técnica de la entrevista depende del propósito que se desea alcanzar. Puede ser para recoger hechos, informar, motivar o influir.

Situación de comunicación vocal en un grupo de dos o más personas, más o menos voluntariamente integrada, sobre una base progresivamente desarrollada de experto – cliente, con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado; y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas para el cliente y en la relación de las cuales espera obtener algún beneficio. (Sullivan, 1995).

Existen muchas variedades de entrevista; sin embargo, existen dos factores principales que las distinguen:

Primero, las entrevistas difieren con respecto a su propósito. Por ejemplo, el propósito de una entrevista puede ser la valoración de un cliente que se presenta a una clínica externa por primera vez (entrevista de admisión), mientras que el propósito de otra puede ser llegar a una formulación diagnóstica con el DSM-IV (entrevista diagnóstica).

El segundo factor principal que las distingue es si la entrevista es estructurada o no estructurada (con frecuencia llamada entrevista clínica). En las entrevistas estructuradas se requiere que los clínicos hagan al pie de la letra un conjunto de preguntas estandarizadas en una secuencia específica.

Por el contrario, la entrevista no estructurada o abierta permiten que el clínico haga cualquier pregunta que le venga a la mente, en cualquier orden. No hay estructura establecida. Se deja que el paciente hable con plena libertad, sin embargo el terapeuta dirige.

Entrevista semiabierta, existe estructura con temas específicos pero las preguntas no son tan rígidas.

TIPOS DE ENTREVISTA

ENTREVISTA DE ADMISIÓN: Su propósito de la entrevista inicial consiste en informar al paciente sobre cuestiones tales como las funciones, honorarios, políticas, procedimientos y personal de la clínica. tiene, en general, dos propósitos:

Determinar la razón para que el paciente haya asistido a la clínica u hospital.

Juzgar si las instalaciones, políticas y foco de competencia de la institución podrán satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

ENTREVISTA DE HISTORIA CLÍNICA: Se toman de la manera más completa posible los antecedentes personales y sociales del paciente. Existe interés tanto en datos, fechas y eventos concretos como en los sentimientos del paciente al respecto. el propósito de la historia clínica consiste en proporcionar antecedentes amplios y un contexto en el cual se pueda colocar tanto al paciente como al problema. El rango de material que se cubre en el historial personal – social es bastante amplio. Cubre tanto la infancia como la adultez e incluye cuestiones educativas, sexuales, médicas, paterno – ambientales, religiosa y psicopatológicas. Es sumamente importante indicar la manera en la cual el paciente presenta el material: el modo de verbalizar, las reacciones emocionales ante el material, su evasividad o apertura.

ENTREVISTA DE EXAMEN DEL ESTADO MENTAL: Se realiza en general para evaluar la presencia de problemas cognoscitivos, emocionales o conductuales. Una de las limitaciones de este estado es que tenía una ejecución que carecía en gran medida de estructura. Para atender este problema se diseñaron entrevistas estructuradas. Los psicólogos clínicos deben familiarizarse con este tipo de examen debido a que estas entrevistas son uno de los primeros modos de evaluación clínica para los distintos profesionales de la salud mental.

ENTREVISTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS: Es una atención en clínicas directa al público y estaciones telefónicas nocturnas especializadas en dar consejos y apoyo a fármaco dependientes, padres que temen maltratar a sus hijos o personas que se sienten solas. Muchas de las reglas o de las categorías específicas comunes de las entrevistas son confusas en estos casos. Sin embargo, permanecen los mismos principios básicos. Su propósito es enfrentar los problemas a medida que ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Su intención es desviar el potencial de que ocurra un desastre y alentar a

quienes llaman a entrar en una relación con la clínica o hacer una referencia para elaborar una solución a mayor plazo.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: Los psicólogos clínicos valoran a los pacientes en función de los criterios del DSM – IV. Las compañías de seguros, los protocolos de investigación e, inclusive, los procedimientos legales en un tribunal, pueden requerir de valoración diagnóstica. Sin embargo, la manera en la cual los clínicos llegan a tal formulación se deja, en su mayoría, bajo su criterio. A través de la historia se ha empleado la entrevista clínica, una entrevista no estructurada, libre, cuyo contenido varía en gran medida de un clínico a otro.

ENTREVISTAS POR COMPUTADORA. Se han utilizado las computadoras para elaborar los historiales psiquiátricos, cubrir evaluaciones de problemas específicos, hacer evaluaciones conductuales y ayudar en el diagnóstico de trastornos mentales. Se dice que tales usos de la computadora tienen varias ventajas (Erdman Klc m y Greisl, 1985). Por ejemplo, la computadora siempre hace todas las preguntas asignadas, la confiabilidad es de 100% y, al menos para algunos pacientes, es menos incómodo y vergonzoso enfrentarse con un objeto inanimado que con un clínico real. Sólo pueden emplearse entrevistas estructuradas, lo cual anula la flexibilidad del entrevistador.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: Es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Tiene como objetivo aumentar la motivación intrínseca del paciente. Parte del enfoque cognitivo conductual, en este tipo de entrevista el terapeuta no debe ser autoritario, debe portarse de igual a igual y buscar analogías que se parezcan a las del paciente.

ENTREVISTA CONDUCTUAL: Es semiestructurada tiene un patrón a seguir, su objetivo es identificar y determinar áreas de funcionamiento adecuado o inadecuado del sujeto. Explora el aquí y ahora, la conducta problema. Le interesa saber como era el sujeto antes del problema, pero se va centrando en la conducta objetivo.

ENTREVISTA LABORAL: Este tipo de entrevista se emplea para analizar las características del entrevistado y determinar si es apto para el puesto asignado a cubrir en una empresa.

Existen diferentes tipos de entrevista laboral:

ENTREVISTA DE SELECCIÓN: Explora datos generales, escolares, familiares, se detecta la personalidad, crea un predictor.

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN: Existen diferentes subtipos de evaluación: se hacen para promoción, evaluar retroalimentación y de plan de vida y carrera.

ENTREVISTA DE SALIDA: Es necesario que este tipo de entrevista se realice, una vez que el empleado ha presentado su renuncia y tiene por objeto conocer las causas que motivaron dicha renuncia, además de que existe la

posibilidad de que en esta entrevista se pueda retener a la persona; si esto es por el bien tanto de la empresa como del individuo.

TIPOS DE PREGUNTAS EMPLEADAS EN LAS ENTREVISTAS

ABIERTA: Le da la responsabilidad al paciente y facilidad de respuesta. Por ejemplo: platique ¿cómo fue que empezó su enfermedad?

FACILITADORA: Alienta el flujo de la conversación del paciente. Ejemplo: ¿Cómo ha sido su vida sexual, activa, pasiva, etc.?

ACLARATORIA: Alienta la claridad de la respuesta y la amplia.

CONFRONTADORA: Señala las inconsistencias o incongruencias.

DIRECTA: Especifica el tema, concreta o cerrada.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

El término prueba psicológica se refiere a un dispositivo o proceso de medición diseñado para medir variables relacionadas con la psicología. Un aprueba psicológica casi siempre implica el análisis de una muestra de comportamiento, ésta podría variar desde respuestas a un cuestionario por escrito hasta respuestas orales a preguntas de desempeño de alguna tarea.

La muestra de comportamiento podría ser provocada por el estímulo de la prueba en sí o ser una conducta que ocurre de manera natural. Las pruebas psicológicas pueden diferir en diversas variables como contenido, formato, procedimientos de administración, procedimientos de calificación e interpretación y calidad psicométrica o técnica.

El contenido (tema) de la prueba varia, con el objeto de la prueba particular. El término formato se relaciona con la forma, plan, estructura, arreglo y disposición de los reactivos de la prueba al igual que consideraciones relacionadas como los límites de tiempo. También se usa formato para referirse a la forma en que se administra una prueba: computarizada, por medio de lápiz y papel o en alguna otra forma.

Puntuación se refiere a un código o resumen de afirmaciones, por lo general de naturaleza numérica que refleja una evaluación con respecto a la ejecución en una prueba, tarea, entrevista o alguna otra muestra de comportamiento. En consecuencia calificaciones del proceso de asignar dichos códigos o afirmaciones de evaluación a la ejecución en pruebas.

Las pruebas psicológicas difieren en forma amplia en los lineamientos de calificación e interpretación. Algunas están diseñadas para ser calificadas por quienes responden la prueba, otras para ser evaluadas por examinadores capacitados, y otras mas pueden ser calificadas por medio de computadoras.

Las pruebas difieren con respecto a su calidad técnica o psicométrica, es decir, una buena prueba mide lo que pretende medir en una forma consistente, y que si dos pretenden medir el mismo constructo exacto, aquella que lo hace mejor es el mejor instrumento.

ESCALAS

Una escala es un conjunto de números (u otros símbolos) cuyas propiedades son modelos de propiedades empíricas de los objetos o rasgos a los que se asignan los números.

La elaboración de escalas puede definirse como la asignación de números de acuerdo con las propiedades empíricas de objetos o rasgos, una suposición subyacente en la elaboración de escalas es que los rasgos y capacidades pueden cuantificarse y medirse en forma significativa

Existen varios tipos de escalas. Una forma de clasificar una escala es denominarla con referencia al tipo de variable que se esta midiendo. En general existen cuatro niveles diferentes o escalas de medición. Los números en diferentes niveles o escalas de medición transmiten diferentes clases de información. En las pruebas y en la investigación en general, es importante saber cuales escalas de medición se están empleando, ya que la clase de escala será un factor en la determinación de cuáles manipulaciones estadísticas de los datos serán apropiados o no.

ESCALAS NOMINALES (N)

Son la forma más simple de la medición. Estas escalas implican la clasificación o asignación de categorías basada en una o más características distintivas donde deben colocarse todos los objetos en categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas. (Ejemplo hombres-mujeres).

ESCALAS ORDINALES (O)

Estas también permiten la clasificación, sin embargo, además de la clasificación, con las escalas ordinales también es permisible un ordenamiento en rangos de alguna característica. Los instrumentos de evaluación aplicados al sujeto individual también pueden usar una forma ordinal de medición. Las escalas ordinales no implican nada respecto a cuanto mas grande es una categoría que otra. Aun cuando las escalas ordinales generalmente Emplean números para representar el ordenamiento de las categorías, los números no indican unidades de medición.

ESCALAS DE INTERVALO (I)

Las escalas de intervalo contienen intervalos iguales entre números, cada unidad en la escala es exactamente igual a cualquier otra unidad en la escala. Pero como sucede en las escalas ordinales, las escalas de intervalo no contienen un punto cero absoluto. Con las escalas de intervalo hemos llegado a un nivel de medición en el que es posible sacar el promedio de un conjunto de mediciones y obtener un resultado significativo.

ESCALAS DE RAZÓN (R)

Además de tener todas las propiedades de las escalas nominales, ordinales y de intervalo, una escala de razón tiene un punto cero verdadero. Todas las opciones matemáticas pueden realizarse de manera significativa en las escalas de razón por que existen intervalos iguales entre los números en la escala al igual que un punto cero verdadero o absoluto. En la psicología, la medición en el nivel de razón se usa en algunos reactivos que evalúan el funcionamiento del sistema nervioso.

ESCALAS DE MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA

El nivel ordinal de medición es el que se usa con mayor frecuencia en psicología. Como señaló Kerlinger “Las puntuaciones de las pruebas de inteligencia, aptitud y personalidad son, hablando en forma básica y estricta, ordinales. Indican con mas o menos

precisión no la cantidad de inteligencia, aptitud y rasgos de personalidad de los individuos, sino más bien las posiciones ordenadas en categorías de los individuos”. El atractivo de la medición de intervalo para los usuarios de pruebas psicológicas se encuentra en la flexibilidad con que pueden ser manipulados en forma estadística estos datos, una flexibilidad que no está disponible con los datos ordinales.

SOCIODRAMA

Objetivo: Proveer elementos para analizar cualquier tema, basado en situaciones o hechos de la vida real.

Objetivo Educativo: Identificar y conocer las causas y efectos de hechos o situaciones de la vida cotidiana.

Productos (Resultados Esperados)

Analizar y discutir el tema luego de la representación.

Que los participantes conozcan mucho más, fundamentalmente las causas y consecuencias, del problema representado.

Expresar las opciones de solución a los problemas

Breve Descripción de la Técnica

El sociodrama es una representación de algún hecho o situación de la vida real, que después se va a analizar. Para realizar el sociodrama hay que tener en cuenta 3 pasos:

1.El tema

2-La discusión del tema La realización del guión argumental y la distribución de personajes. Luego de estos tres pasos se realiza la representación propiamente.

Dinámica para el Desarrollo de la Técnica

Para llevar a cabo el sociodrama debemos seguir tres pasos:

PRIMER PASO: Escogemos un tema: Debemos tener muy claro cuál es el tema que vamos a presentar, y por qué lo vamos a hacer en ese momento.

SEGUNDO PASO: Conversamos sobre el tema: los que vamos a hacer el sociodrama dialogamos un rato sobre lo que conocemos del tema, cómo lo vivimos, cómo lo entendemos. Por ejemplo, si el tema fuera “Condiciones de salud en nuestra comunidad”. Alguien dice que faltan médicos, y nos cuenta un caso en el que en la comunidad, en varias oportunidades, se necesitó con urgencia un doctor y no se consiguió. Otra dice que hay problemas con el agua porque tiene microbios y nos cuenta casos que él conoce, donde el agua sucia ha enfermado a varios niños. Otra dice que el problema es por la pobreza en que vivimos y por eso no nos alimentamos bien. Y así, cada uno va diciendo lo que cree que tiene que ver con el tema.

TERCER PASO: Hacemos la historia o el argumento. En este paso ordenamos todo los hechos y situaciones que hemos dicho: 1 – Para ver en qué orden vamos a actuar (en qué orden van a ir los distintos hechos). 2 – Para definir los personajes de la historia. 3

Para ver a quién le toca representar cada personaje. 4 – Para ver en qué momento tiene que actuar cada uno.

Elementos Necesarios

Si para representar algún personaje fuera imprescindible identificarlo con un vestuario especial, se necesitaría dicho vestuario.

Se pueden usar también algunos materiales fáciles de encontrar, que ayuden a ser más real la actuación (sombreros, pañuelos, una mesa, etc.)

Se pueden hacer letreros grandes de papel o tela para identificar lugares.

SUGERENCIAS

La dramatización no debe ser muy larga.

Para que todos escuchen y entiendan, se debe hablar con voz clara, fuerte y sin apuro.

Moverse y hacer gestos. No dejar que las palabras sean lo único de la actuación.

VENTAJAS

Esta técnica es útil para empezar a estudiar un tema, como diagnóstico, o para ver qué conocemos de un tema.

Es útil también la finalizar el estudio de un tema (como conclusión o síntesis)

Es dinámica y alegre.

Posibilita acercarse y conocer la misma realidad de los participantes.

DESVENTAJAS

No todas las personas quieren hacer representaciones.

Si el debate posterior a la representación no se realiza en forma, la técnica no resulta.

DIARIO DE CAMPO

Es un instrumento reflexivo de análisis es decir el investigador va a plasmar en el no solo lo que recuerda sino también las reflexiones sobre lo que ha visto y oído. Si decíamos que en los sistemas narrativos era muy importante la perspectiva del observador (su forma de ver y oír las cosas, su capacidad de expresión su lenguaje, su capacidad de captación) en el diario es donde más presente está su personalidad, en él expresa los pensamientos y sentimientos que han generado lo observado.

MANEJO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Pero es un punto fundamental que el técnico no solo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, si no que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio comportamiento en el curso de la entrevista. La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en la que éstas intervienen como tales. Para subrayar el aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que esta pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese saber y de esa actuación según ese saber depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista.

TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA

Existen diferentes técnicas de entrevista con las cuales el proceso de la entrevista llegara a su punto máximo de eficiencia y eficacia, cualquiera que sea su objetivo, e independientemente de las técnicas específicas que se utilice para cada tipo de entrevista. Estas técnicas únicamente se utilizaran cuando, a juicio del entrevistador, sea necesario, ya que no debe olvidarse que la entrevista es un proceso de interacción humana dentro del cual hay que esforzarse en ser lo mas sincero y genuino que se pueda. Las técnicas son muy variadas.

TÉCNICA DE LA OBSERVACIÓN

Para poder aplicar esta técnica, la cual nos reportara siempre una gran efectividad de la entrevista, es imprescindible para el entrevistador gozar de un buen estado físico, así como poseer un gran poder de concentración para que no haya desviaciones del tema o perdida de algunos puntos importantes durante la entrevista. También es necesario poseer vivacidad y agilidad mental que permita al entrevistador llevar a cabo acertadas comparaciones, distinciones y percepciones en base a los cambios de situación que puedan darse. Es conveniente recordar que esto no implica la interpretación, la cual debe evitarse siempre que no se tengan los conocimientos necesarios para entender lo que ocurre. Como regla el entrevistador tendrá que elegir y definir lo que debe ser observado, interpretado, interrogado o cuestionable.

TÉCNICA DEL ECO

Utilizando esta técnica, el entrevistador dirige la conversación hacia sus objetivos sin necesidad de apoyarse en preguntas cerradas, haciendo que el entrevistado narre más sobre aspectos importantes de su vida o del tema que está tratando, sin que note la presión directa del entrevistador.

El procedimiento consiste en repetir en forma interrogativa y con las mismas palabras que usó el entrevistado la frase final o frase clave que se acaba de decir. Con esta repetición, el entrevistado siente la necesidad de proporcionar mayor información, o aclarar o retificar su información sin que se le haya pedido explícitamente que lo haga.

Esto es muy útil porque brinca la barrera que mucha gente pone entre preguntas cerradas y sus respuestas, ocultando o negando aspectos importantes.

TÉCNICA DEL SILENCIO

Un momento de silencio durante la entrevista puede crear tal impacto en el entrevistado, que este se ve obligado, a nivel inconsciente, a hablar para romper el silencio. Esta es una técnica de presión; consiste en guardar absoluto silencio después de que el entrevistado, aparentemente, ha terminado de hablar sobre el tema que se estaba tratando. Aquí el entrevistador, ya que se trata de que el entrevistador anime al entrevistado con una mímica suave para que éste siga hablando, pero nunca romper el silencio. No se aconseja, que el entrevistador deba permanecer callado a lo largo de toda una entrevista o que forzosamente provoque silencio después de cada frase.

Dado que esta técnica es semi-abierta, el entrevistador tiene que dirigir la plática hacia su objetivo; para de esta manera, obtener la información deseada hablando lo menos

posible, poniendo gran interés en lo que escucha; así sabrá dónde puede y debe guardar silencio.

TÉCNICA DEL JUEGO DE PAPELES

Esta técnica consiste en que el entrevistador actúe como el jefe que va a tener el entrevistado o que simule un ambiente parecido al que tendrá el entrevistado con objetos de hacer una hipótesis sobre cómo será su conducta en la situación real. Para poder aplicar efectivamente esta técnica se requiere que el entrevistador conozca las características del futuro jefe del entrevistado, así como las del puesto que éste ocupará.

Sin este conocimiento, la actuación no sería realista y fidedigna. Esta técnica de entrevista tiene como objetivo ver cuáles serán las conductas y reacciones que el entrevistado podría presentar en el puesto de trabajo concreto que le correspondería ocupar.

TÉCNICA DE CONFRONTACIÓN

Esta técnica es realmente eficaz en aquellos casos en los que el entrevistador tenga razones para suponer que el entrevistado está tratando de sorprenderlo, exagerando su capacidad y conocimientos. O en caso de que nos interese verificar alguno de los aspectos de la información. La confrontación consiste en pedir más datos y pruebas objetivas sobre lo que sospechamos que se ha exagerado o que queremos confirmar. Aquí se requiere de una gran capacidad de observación por parte del entrevistador para detectar cuándo está exagerando el entrevistado y cuándo no, y de esta manera poder plantear las preguntas más pertinentes.

DEJAR QUE EL ENTREVISTADO ESTABLEZCA EL RAPPORT

Esta técnica es una variación de la del silencio pero no se deben confundir. Consiste en que el entrevistador inicie una entrevista con una actitud muy pasiva, dejando que el entrevistado tome la iniciativa para establecer la relación inicial. En este caso, lo único que hace el entrevistador es una exclamación o un comentario en un tono muy suave y, después de hacerlo, guarda silencio y espera la actuación del entrevistado, teniendo cuidado en no mostrar o aparentar una posición rechazante. En base a esto, el entrevistado podrá evaluar de una manera objetiva si el entrevistado tiene la audacia necesaria para el puesto.

TÉCNICA DEL USO DEL AGRADO

Esta técnica consiste en que el entrevistador maneje una actitud de aceptación total mientras el entrevistado habla: debe manifestar verbal y corporalmente su aprobación, mostrando interés, no desviando la mirada, no distrayéndose con otros asuntos, haciendo gestos de aceptación, afirmando con la cabeza o mencionando su acuerdo con lo dicho por el entrevistado. Con esta conducta, se crea un óptimo ambiente de apoyo y confianza, y se puede observar cómo reacciona el entrevistado ante esta situación.

TÉCNICA DEL USO DEL DESAGRADO

Esta técnica es exactamente lo contrario a lo anterior. Esta es una técnica de presión cuyo objetivo es evaluar la seguridad que el entrevistado tiene en sí mismo ante una situación adversa, así como su capacidad para mantener y defender sus juicios; o si, por el contrario, padece inseguridad o nerviosismo, o trata de retractarse y complacer al entrevistador. Esta técnica requiere que el entrevistador se sepa mantener firme en su actitud y la maneje con seguridad, sin que nunca llegue a degenerar en una actitud agresiva. Consiste en que el entrevistador adopte una actitud de desagrado y desaprobación ante lo que el entrevistado está diciendo, no ante el sujeto en sí, ejerciendo la mayor presión posible dentro de un marco de respeto mutuo, para poder observar y analizar las reacciones del entrevistado. El entrevistados hará gestos de duda, desagrado, desaprobación, ante lo que está escuchando según su reacción podremos evaluar cómo reacciona ante el rechazo.

TÉCNICA DE PRESIÓN EMOCIONAL

Nos sirve para ver el grado de control emocional que el entrevistado tiene en sí mismo. Esta técnica consiste en hacerle sentir al entrevistado que nos creemos lo que nos está diciendo, provocándole una situación que lo lleve a la desesperación y de esta manera ver qué tan fácil o difícilmente pierde los estribos. Para manejar efectivamente esta técnica es necesaria una muy buena actuación por parte del entrevistador, para evitar que el entrevistado se dé cuenta de que sólo se trata de una técnica de presión emocional.

TÉCNICA DE PRESIÓN DE TIEMPO

Se trata de ejercer un alto grado de presión en base al manejo del tiempo. Sirve para explorar la capacidad de organización de un individuo cuando se encuentra bajo un límite de tiempo. Esta técnica requiere de una estricta planeación por parte del entrevistador para que no se dé el caso de divagar durante la entrevista.

Podemos decir que todas las técnicas aplicables a la entrevista, aunque diferentes en su manejo, tienden al mismo fin: investigar actitudes de un sujeto y las motivaciones que lo impulsan a tomarlas.

PAPEL DEL ENTREVISTADOR

Algunos de los papeles que el entrevistador suele tener a su cargo son:

A menudo va a ser el primer contacto que un candidato tendrá con una compañía o institución, a la que se presenta con la intención de obtener un empleo. En este tipo de situación, el entrevistado va a formarse a través del entrevistador, una imagen de la compañía, con lo cual quedara impresionado positiva o negativamente.

Según lo que el candidato perciba en la persona del entrevistador su reacción será de cautela o cooperación, de cordialidad u hostilidad, y esto dificultara o facilitara por tanto la tarea del entrevistador.

En otras ocasiones, su papel va a ser el de último contacto, como ocurre en la situación de entrevista de salida que se lleva a cabo con un empleado que abandona la compañía.

El entrevistador deberá tener una muy clara idea de sus propios problemas y sentimientos, por que si no, difícilmente podrá detectarlos en los demás y, mucho menos, hacerlos captar y comprender a otros.

La tarea del entrevistador, en cualquiera de los aspectos que esta abarca, exige requerimientos especiales dado que su trabajo ha de enfrentarlo a manejar la

complejidad de elementos que esta constituidos los seres humanos: sentimientos, ideas, mascarar y actitudes que los caracterizan.

ABORDAJE DE LA ENTREVISTA

Se muestran los esquemas desarrollados por Karl Menninger (1952) y José Bleger (1985), útiles para la elaboración de una comunicación ordenada, sistemática, de los datos obtenidos durante la o las entrevistas realizadas con orientación psicodinámica, cuya meta, es el esclarecimiento de los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del entrevistado.

HISTORIA CLÍNICA [ESQUEMA DE K. MENNINGER]

1.IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

Nombre, Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación, Residencia, Fuente de referencia, Fecha de admisión y fecha de estudio, Fuentes de información y grado de confianza que pueda darse a los datos obtenidos acerca del paciente, Nombre del entrevistador y en su caso", del psicólogo que realizó las pruebas y de la trabajadora social y Descripción del paciente.

2.DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Enfermedad actual, Historia familiar, Historia del desarrollo: (desde el nacimiento a la adolescencia).

Pautas de ajuste durante la vida adulta: (vocacional, social, sexual, y antecedentes patológicos)

3.EXAMEN PSIQUIÁTRICO:

Identificación general:

Circunstancias del examen (dónde cuándo y cómo se hizo el examen. Impresión física sobre el entrevistado. Transcripción del vocabulario del enfermo)

Elementos procesales:

- 1) Percepción (estado de la atención, sensopercepción, conciencia y orientación).
- 2) Intelecto o funciones cognitivas (en las que se incluyen la inteligencia, memoria y pensamiento).
- 3) Procesos afectivos y
- 4) Conducta.

Funciones integrantes (relaciones):

- 1) Relaciones consigo mismo (concepto de sí mismo; modelos de identidad; ego ideal: metas, niveles, código moral; superego: fuerza relativa, modelo en quien se basa y tipo de expiación que requiere).
- 2) Relaciones con, personas (principales ligas formadas, positivas, negativas). Profundidad y constancia de las mismas. Modalidades características de expresión de afecto y agresión. Patrón general de ajuste sexual. Paradigma transferencial, es decir, relación que el paciente establece con el entrevistador; siguiendo la pauta de relaciones infantiles.

3) Relaciones hacia objetos (actitud hacia sus posesiones, significado del dinero y objetos valiosos. Expresiones de ambición, de poder. Patrones de trabajo: interés; variedad, consistencia, habilidad, eficiencia, satisfacción. Hábitos recreativos. Valores filosóficos, sociales y religiosos.

4) Relaciones establecidas con la enfermedad: 1) Concepto de enfermedad (causa orgánica, producida por otros, castigo divino, etc.) y magnitud de la misma (minimizada o magnificada). 2) Concepto sobre la función del terapeuta, del hospital en su caso y del tratamiento que se le propone.

4. VALORACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCIÓN O REACCIONES ANTE LAS AMENAZAS DE DESINTEGRACIÓN: Se consigna una serie de respuestas del aparato psíquico, síntomas o manifestaciones, cuya presencia permite valorar el grado de preservación o perturbación de las funciones vitales, al servicio de la adaptación. Se consideran reacciones normales, ante situaciones de stress moderadas: el humor, llanto, fantasías, sueños, autocontrol, aceptación pasiva, sobrealimentación, actividad encaminada a modificar las situaciones, aumento en la frecuencia de excreciones y del esfuerzo personal para mantener la integridad.

Entre las respuestas ante amenazas intensas de desintegración:

EL PRIMER ORDEN DE DEFENSAS: Se encuentra constituido por hiperrepresión, hiperpresión, hiperalerta; hiperirritabilidad, hiperemocionalismo, hiperintelectualización, hipercompensación, hiperquinesia, hiperretraimiento e hiperlabilidad del sistema neurovegetativo (temblor, vaso dilatación facial, enuresis, etc.).

LAS DEFENSAS DE SEGUNDO ORDEN IMPLICAN UNA SEPARACIÓN PARCIAL DE LA REALIDAD, COMO DISOCIACIÓN: (desmayos, aislamiento, narcolepsia, amnesia, fugas y despersonalización). Desplazamiento (fobias y contra fobias, obsesiones, proyección, simulación y dificultad para sujetarse a las condiciones y circunstancias, del tratamiento). Substitución, (rituales, compulsiones, objetos y modalidad deserversos). Sacrificio (auto-desprecio, auto-restricción, ascetismo, tendencias autodestructivas, mutilación, narcotización o intoxicación y somatización).

EL TERCER ORDEN DE DEFENSAS: está constituido por mecanismos patológicos incorporados a la estructura de la personalidad, e incluye todos los trastornos de la misma.

EL CUARTO ORDEN DE DEFENSAS: indica una ruptura transitoria del ego y se expresa a través de ataques de pánico, desmoralización catastrófica, excitación dereísta transitoria, violencia suicida, homicida o sexual y convulsiones.

LA EXISTENCIA DE DEFENSAS DEL QUINTO ORDEN EXPRESA UNA RUPTURA PERSISTENTE DEL EGO, con marcado alejamiento de la realidad y corresponde a la existencia de excitación con conducta desorganizada y errática, hipertimia con estupor, agitación y formación de delirios, autismo, mutismo, alucinaciones y confusión.

EL SEXTO ORDEN DE DEFENSAS ATAÑE A UNA FALLA TOTAL DEL YO, con violencia continua, incontrolable que conduce al agotamiento físico ya la muerte.

5. EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA Debe llevarse a cabo una exploración física completa: estados de consciencia, hidratación y nutrición, pupilas, pares craneales, presencia o ausencia de bocio, adenopatías, soplos en cuello y reflejos primitivos (de succión, prensión palmar, hociqueo, examen del tórax y auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal, presencia o ausencia de edemas en miembros y pulsos periféricos, tono, fuerza muscular, reflejos de estiramiento muscular y cutáneoplantares, Romberg y marcha

El estudio neurológico de las demencias, destinado a la detección de aquellas demencias de causa tratable, sería el primer paso ante un supuesto caso de deterioro cognitivo.

6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PRONOSTICA procesar los datos obtenidos con la finalidad de establecer diferentes niveles diagnósticos, esto con la ayuda del DSM IV. En un segundo nivel diagnóstico nos detenemos a analizar aquellos elementos que aporten a una comprensión dinámica de la personalidad de quien consulta. Esta aproximación diagnóstica importa en tanto incide notoriamente en el pronóstico y en la elección de los recursos terapéuticos a implementar. consideraremos aspectos vinculados al entorno del paciente. Incluimos en este nivel sus lazos afectivos, dinámica familiar, nivel socio-económico cultural, inserción laboral o académica, vínculo con sus pares, y posibles redes de sostén. Una vez llegados a este punto el equipo estará en condiciones de formular las indicaciones primarias. Estas deberán ser pertinentes y realizables; acordes a las posibilidades reales del paciente en su entorno y a los recursos terapéuticos disponibles

7. RECOMENDACIONES. la hora de realizar las indicaciones primarias, es necesario hacer un balance de los aspectos que mencionamos en los objetivos señalados anteriormente. La pertinencia de cualquier indicación está directamente relacionada con la calidad del vínculo establecido. Las indicaciones no revisten el carácter de buenas o malas en sí mismas. Lo adquieren cuando se ha logrado un encuentro con el otro, esto es la comprensión del individuo en su complejidad, su padecer, las circunstancias que le rodean y los recursos internos que pueda poner en juego.

En el caso de situaciones que requieran intervenciones inmediatas, las mismas tendrán prioridad, derivando al paciente al especialista o servicio pertinente, postergando otras actuaciones.

8. INDICACIÓN TERAPÉUTICA Otras intervenciones posibles que consideramos todo equipo asistencial debe tener en cuenta son:

- Tratamiento psicoterapéutico. Los objetivos del mismo variarán en función de los recursos institucionales, la problemática y disponibilidad del paciente y su familia.
- Tratamiento psiquiátrico. La finalidad del mismo puede ser el tratamiento de síntomas actuales o de cuadros co-mórbidos con el consumo.
- Intervención de Asistente Social. Por la frecuencia de situaciones en las cuales el peso de factores sociales es relevante.

La secuencia o simultaneidad de los recursos mencionados será decidida por el equipo en cada caso.

ESQUEMA DE INFORME PSICOLÓGICO DE J. BLEGER

DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre,
Edad;Sexo
Estado civil
Nacionalidad
Domicilio
Profesión u oficio.

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS: Entrevistas (número y frecuencia, técnica usada, "clima" de las mismas, "lugar en que se llevaron a cabo). Tests empleando juego, registros objetivos (especificar), otros procedimientos.

MOTIVOS DE ESTUDIO: Por quién fue solicitado y objetivos del mismo. Actitud del entrevistado y referencia a sus motivaciones conscientes.

Descripción sintética del grupo familiar y de otros que han tenido o tienen importancia en la vida del entrevistado.

PROBLEMÁTICA VITAL: Referencia de la vida y de sus conflictos actuales; de su desarrollo, adquisiciones y pérdidas, cambios, temores, aspiraciones e inhibiciones y forma de enfrentarlos o sufridos.

DESCRIPCIÓN DE ESTRUCTURAS DE CONDUCTA.

DESCRIPCIÓN DE RASGOS DE CARÁCTER Y DE LA PERSONALIDAD: Que incluye la dinámica psicológica, la organización patográfica, una apreciación del grado de madurez de la personalidad, manejo del lenguaje, nivel de conceptualización, emisión de juicios, anticipación y planeamiento de situaciones, canal preferido en la comunicación, nivel o grado de coordinación, diferencias entre manejo verbal y motor, capacidad de observación, análisis y síntesis, grado de atención y concentración. Relaciones entre el desempeño intelectual, social, profesional. Considerar las particularidades y alteraciones del desarrollo psicosexual, cambios en la personalidad y la conducta.

DADO EL CASO: Incluir los resultados de tests y exámenes complementarios.

CONCLUSIÓN: Diagnóstico y caracterización psicológica del individuo y su grupo. Responder específicamente a los objetivos del estudio.

POSIBILIDAD PRONOSTICA.

POSIBLE ORIENTACIÓN: Miedos exámenes, forma de subsanar, aliviar u orientar al entrevistado, según el motivo de estudio.

C O M U N I C A C I Ó N

TÉCNICAS PARA PREPARAR: (ESTRUCTURA DE TRABAJOS ACADÉMICOS)

El trabajo académico deberá contar con una organización interna que le dé unidad y coherencia a las partes, de ahí que este trabajo implique los siguientes elementos:

- ✓ Portada
- ✓ Tabla de contenido
- ✓ Introducción
- ✓ Exposición general o desarrollo
- ✓ Conclusiones y/o recomendaciones
- ✓ Bibliografía
- ✓ Apéndice y/o anexos(si los hay)
- ✓ Índices (de ser necesarios)

Los elementos fundamentales del reporte de investigación documental son:

- Introducción
- Exposición general o desarrollo
- Conclusiones y/o recomendaciones.

La introducción se redacta cuando el trabajo académico ha sido concluido, puesto que solo en este momento, se puede conocer y expresar el contenido real del mismo.

Con objeto de redactar la introducción adecuadamente conviene contemplar las siguientes observaciones:

Se expone el tema que se va a desarrollar
Se justifica el tema
Se plantea el problema
Se señala las hipótesis, explicando los motivos que se tuvo para el planteamiento
Se expresan los objetivos que persigue la investigación
Se indica el marco teórico y la estructura general del trabajo.
Se informa las limitaciones y alcances del trabajo.
Puntos que el investigador deberá guiarse para redactar la introducción:
Tema
Justificación
Planteamiento del problema
Hipótesis
Objetivos de la investigación

Marco teórico y estructura general del trabajo de investigación

- *Portada
- *Índice de contenido
- *Introducción
- *Capítulos
- *Conclusión
- *Bibliografía

INFORMACIÓN DE LAS LIMITACIONES Y ALCANCES DEL TRABAJO EL LENGUAJE EN EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN

La tecnología educativa en la comunicación

La provisionalidad del conocimiento científico y la revisión de sus contenidos y aplicaciones para que siga siendo útil a la sociedad, son las dos dimensiones que dan la esencia a la tecnología, señala Sarramona. Por cuanto a la educación, agrega: la complejidad del objeto de estudio no debe ser obstáculo para valorar la utilidad, por ello remonta al pasado y define el presente, sin dejar fuera ninguna objeción pero considerando las posibilidades aún no explotadas.

De este modo, la tecnología puesta al servicio de la educación, lleva implícito el gran peso de la ética, la que lleva a reflexionar el “para que” sea necesaria, en la interacción del educador y el educando. (L. SARRAMONA, Tecnología educativa, 1988, 3). Como se observa, en la educación como cualquier otro ámbito de la vida humana, no existe la posibilidad de escapar al impacto de la tecnología por dos razones básicas: la incorporación de los beneficios que el actuar tecnológico comporta y la necesidad de la misma educación para la preparación con razonamiento crítico.

Al mismo tiempo, la tecnología educativa comprende a la técnica, realidad creada por el hombre como ser racional y en tanto que es producto de él, le ha facilitado la vida. En cualquier campo de la vida, cada día la técnica forma parte de mayor número de actividades que perfeccionan el quehacer por lo que es una realidad incuestionable, producto humano que da origen y desencadena la civilización.(J. SARRAMONA, Presente y futuro...,1994, 59)

Este saber técnico se refiere a la técnica, como el conjunto de acciones coordinadas que se encaminan a la solución de problemas de diversa índole: físicos, biológicos, sociales.

Según Popper, la técnica pertenece a un “segundo mundo” por la sistematización lógica, esencial en la actuación para resolver problemas, porque supone la superación del actuar humano, improvisado por ensayo y error.

La técnica, en la calidad de humana se aplica en beneficio del hombre con respeto a los valores, porque de otro modo se torna deshumanizadora al volverse contra él. Este producto, parte de la realidad social y guarda el sentido que le da la ética al preocuparse de las dimensiones del proceso tecnológico.

CARACTERÍSTICAS DE LA TÉCNICA:

De la técnica, dos características son importantes, la comunicabilidad y la racionalidad. La de comunicable, constituye esa parte del patrimonio cultural colectivo con los requisitos de tener una estructura, un diseño que permita el trazado previo del objeto, indicando la secuencia de la acción para resolver el problema. Así, las acciones técnicas se acomodan a la naturaleza del diseño, de manera que para los problemas complejos y de naturaleza dinámica, no pueden adoptar una forma mecanicista, cerrada.

Por otra parte, dentro de la racionalización de la técnica se conforma en parte, del análisis del problema, la valoración del esquema aplicativo y la creación de estructuras para la comunicabilidad de ésta. De esta forma, pasa al tercer mundo popperiano para reflexionar sobre la naturaleza y posibilidades de la técnica, a la tecnología. (J. SARRAMONA, Presente y futuro..., 1994, 60)

TECNOLOGÍA EDUCATIVA

La tecnología es con referencia a la técnica, la manera reflexiva de ésta, del análisis de su naturaleza, justificación y consecuencias. Lo educativo es el campo de aplicación. La tecnología educativa es la reflexión de la acción técnica aplicada a la resolución de problemas del campo educativo. Esto, se refiere a la racionalidad de la técnica que plantea la primera reflexión en cuanto al esquema con que se diseña la acción educativa tecnificada. Una actuación es técnica si se fundamenta en conocimientos científicos.

ANTECEDENTES DE LA TECNOLOGÍA EDUCATIVA

La tecnología educativa busca fundamentarse en la teoría conductista a mediados del siglo XX. Al respecto, Kaufman comenta, como se ha dado la evolución de la tecnología a partir del principio maclhunganiano que se refiere al medio constituido por el mensaje, los objetivos de Magger, la planeación curricular de Gagné donde la selección de los medios está en función de los objetivos. Del mismo modo, han influido, la interpretación del aprendizaje desde los paradigmas cognoscitivos de Bruner y Ausubel y los psicoevolutivos de Piaget. Además, Kaufman añade a lo anterior la preocupación sobre quien recibe la acción, el contexto en el que se aplica y se acuña el concepto de tecnología educativa. (J. SARRAMONA, Presente y futuro..., 1994, 60)

La racionalidad de la técnica, en este sentido, es vista desde dos puntos: uno, la justificación de la ciencia, desde la vigente en el momento histórico determinado y el conocimiento científico preponderante. El otro, derivado de la práctica reflexiva ejercida por los profesionales. En el primero, la práctica se orienta según los principios de carácter teórico o sea la formalización simbólica y las normas de carácter técnico, los procedimientos. El segundo llega a la formalización y normas a partir de la propia praxis. Todo ello, conduce a un hacer reflexivo sobre las bases teóricas que le dan sustento y apoyan la solución de problemas del área de la educación en este caso.

También, la racionalidad científica es social, se nutre del conocimiento compartido en tanto que la racionalidad práctica es de tipo subjetivo de la reflexión de la acción que una vez formalizada, comunicada y aceptada pasa al patrimonio colectivo ya que ambas son parte de la estructura de la disciplina. De los saberes teóricos se derivan los saberes procedimentales y de los conocimientos prácticos, el saber hacer a través de la aplicación de los teóricos instrumentales y todos bajo el encuadre de la formalización. (J. SARRAMONA, Presente y futuro..., 1994,60)

PROFESIONALIZACIÓN DE LA DISCIPLINA

La profesionalización implica la justificación social del actuar, la necesidad de conformar un cuerpo de conocimientos definitorios. Si existe un cuerpo teórico instrumental se tienen las razones extrasubjetivas para actuar y los parámetros de valoración. El cuerpo de saberes se construye y reconstruye por la constatación de la aplicabilidad de los conocimientos y la formalización de los saberes que surgen de la actuación práctica. En la praxis se estructuran los saberes, toman coherencia lógica y resultan comunicables, para después ser analizados, valorados y compartidos. De aquí deriva la interrogante, si los problemas educativos son susceptibles de formalizaciones, entonces la aplicación de algún nivel de generalización que justifique un cuerpo científico y procedimental puede ser compartido.

De este modo, se afirma que la formación práctica, siempre que se hace bajo un marco teórico previo profesionaliza una disciplina como la de la educación. Ésta, como las de los campos de sanidad, organización social y otros tiene limitaciones para la aplicación de los saberes a la solución de problemas específicos. Prueba de ello, es el del aprendizaje humano, que muestra la ausencia de una normativa logística, ni algorítmica para conseguir que todos los sujetos aprendan. Sin embargo, entre la aplicación de las normas generales a una situación concreta se sitúa la reflexión mas allá de la técnica, que incluya el apartado de los medios, la meta y abarque todos los ámbitos del proceso educativo, en una permanente búsqueda de racionalidad de las acciones y del compromiso personal que éstas comportan. En este campo entra la ética. (J. SARRAMONA, Presente y futuro..., 1994, 63)

ÉTICA Y TECNOLOGÍA

La preocupación multidimensional del proceso educativo, es parte de las vinculaciones de la ética y el actuar tecnológico. Entre éstas, destacan las siguientes:

Valora un modelo de hombre y sociedad que se pretende lograr en el que vincula la actividad laboral un proyecto personal y de progreso y superación.

Valora a quien beneficia directa e indirectamente la resolución de los problemas pedagógicos.

El actuar tecnológico del proceso mismo de la actuación pedagógica que exige reflexión, planificación, rigor, control, comporta hábitos personales y de consideración intrínsecamente morales.

Sobre el costo, le preocupa la eficacia y resolución de los problemas planteados además de la eficiencia y optimización de los recursos disponibles.

La naturaleza misma de la acción, ésta se efectúa con seres humanos que tienen derecho a respeto y garantía de seriedad.

Cualquier profesión se fundamenta en las razones técnico científicas para explicarlas a la comunidad y a los que van dirigidos, además de tener una dimensión

susceptible de ser compartida de acuerdo a los conocimientos científicos y técnicos vigentes.

La moral tiene una perspectiva social, en la cual, une al individuo con la colectividad. Por tanto, la moralidad demanda una reflexión en cada caso y contexto para decidir que alternativa técnica puede ser valida así como de la necesidad de hacer modificaciones. Así, un tecnólogo tiene en la reflexión práctica la razón de sus decisiones, conjuntamente con la razón técnica que le proporción los conocimientos técnico-científicos. (J. SARRAMONA, Presente y futuro, 1994,63)

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TECNOLOGÍA

La tecnología es una manera de actuar que no excluye a otras, pero que deben conocerse las posibilidades y limitaciones para decidir con conocimiento de causa.

Los principios básicos son: sistematismo, planificación, claridad de las metas, control, eficiencia y optimización.

LIMITACIÓN DE LA PERSPECTIVA SISTEMÁTICA

La propuesta única coherente y bien trabajada no es validada para cualquier caso o circunstancia. Lo sistémico, está más allá de los sistemas mecánicos, pone énfasis en la interacción con el medio como sistema abierto que se adapta a las circunstancias del entorno, sin dejar de constituir un todo organizado.

Planificación flexible. La planificación esta vinculada a la actividad profesional entendida como la anticipación a la acción. La realidad le da el firme propósito de llevarla a la práctica. Para planificar se requieren conocimientos previos de los individuos a quienes esta destinada la acción. La planificación, aun en personal experimentado es garantía de seriedad, calidad y ética profesional. (J. SARRAMONA, Presente y futuro..., 1994, 63)

Objetivos amplios y no previstos

Se inicia por la formalización de metas relevantes tomado en cuenta la reflexión sobre los educandos y el contexto. Los objetivos operativos son parte de los logros educativos de naturaleza operativa.

El control como garantía de calidad

El control es consustancial a toda concepción sistémica y tecnológica y aparece vinculado a todo ámbito que pretende una mejora de calidad. Sin vulnerar el principio de autonomía de la acción que se otorga a los profesionales, lo característico de una sociedad democrática es que nadie este exento de control, es decir de dar cuenta de sus acciones cuando tienen incidencia social. Los desafíos de la competitividad que suponen un mercado liberalizado tienen consecuencias sobre el sistema educativo formal y en la educación no formal. En todo sistema hay un control interno que garantiza la coherencia interna del mismo y un control externo que analiza la información resultante de la interacción con el medio y ambos están implícitos en el profesional de la educación por la heteroformación donde el docente es el rector principal del proceso.

El futuro de la tecnología educativa es en la realización de los multimediales dirigidos a la aplicación personalizada en donde el educando es el rector del proceso. Así en la medida en que se fomenten los procesos de aprendizaje por encima de los de enseñanza habrá de insertar un proceso introyectivo en los materiales y en las actividades pedagógicas.

REVISIÓN DE LA EFICACIA Y DE LA EFICIENCIA

La eficiencia y la efectividad son dos adjetivos de naturaleza cualitativa, ambos aplicables a los procesos logísticos o cualquier área en general, pues en condiciones ordinarias se propende a la optimización; lo que implica eficiencia y en condiciones extraordinarias se debe cumplir la misión aún a costa de los medios (ojo victorias pírricas); es importante entender que la eficacia no es un defecto, pues una alta eficiencia depende de seguir estrictamente los lineamientos de la planificación, pero es conocido que la planificación debe ser flexible, pues existen variables influyentes, especialmente las del entorno que producen cambios que de no poderse actuar en ellos podrían producir el fracaso, es en estas contingencias donde la eficacia se impone. Por otra parte, la efectividad es la cuantificación del cumplimiento de la meta, no importa si ésta se logra en forma eficiente o en forma efectiva.

En algunos casos, se acepta la efectividad como el logro de una meta acertadamente seleccionada en el proceso de planificación, es decir, la hipótesis que producía la solución idónea al problema o necesidad existente. Sin embargo, esto corresponde a la acertividad, palabra ésta que no se encuentra en el diccionario. Es sumamente importante entonces y entendiendo que existe una brecha entre los establecido por la Real Academia y la usanza ordinaria a nivel gerencial y en los postgrados del área adherir ambas realidades; lo cual puede lograrse como sigue:

Por lo tanto, los conceptos válidos serían los siguientes:

EFICIENCIA: "Capacidad para lograr un fin empleando los mejores medios posibles". Aplicable preferiblemente, salvo contadas excepciones a personas y de allí el término eficiente.

EFICACIA: "Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, sin que priven para ello los recursos o los medios empleados". Esta es una acepción que obedece a la usanza y debe ser reevaluada por la real academia; por otra parte debe referirse más bien a equipos.

EFFECTIVIDAD: "Cuantificación del logro de la meta". Compatible el uso con la norma; sin embargo, debe entenderse que puede ser sinónimo de eficacia cuando se define como "Capacidad de lograr el efecto que se desea".

La crítica volcada sobre la tecnología educativa, calificándola de no estar desprovista de razón por lo que la perspectiva moral de la tarea educativa nunca justificará poner los fines por encima de los medios. Por lo tanto es válido demandar una optimización de los recursos disponibles para rentabilizar al máximo su uso.

El mantenimiento de los principios de eficacia y de eficiencia, se presentan como colaboradores del ahorro al que estamos llamados desde el conjunto de la sociedad. Se considera, en este proceso a los alumnos, sus familias, el uso de los medios disponibles y obviamente el tiempo dedicado a la educación.

La eficiencia y la eficacia no son simples características de la tecnología sino dimensiones morales de la misma actuación profesional, dado que tiene consecuencias en los educandos y en la sociedad en general.

Sentido actual y tecnología educativa

La tecnología educativa se ha visto afectada por los paradigmas tecnocráticos y los antecedentes de su historia. Sin embargo la técnica, y la reflexión que sobre ella se haga

con vista a resolver problemas educativos aparece inexorablemente vinculada en este tiempo en que se demanda calidad de la educación, en que la comunicación internacional es fluida y con un gran bagaje de recursos y saberes acumulados que pueden orientar la actuación pedagógica.

La aplicación de la tecnología educativa en el campo de la enfermería es una realidad. La función de mediación de las enfermeras corresponde a las acciones educativas que desempeña y la convierte en agente de cambio en los contactos que establece con las personas. Los elementos de la tecnología le dan las herramientas para la reflexión del bagaje de conocimientos y estos la apoyen en la solución de problemas.

El desafío para los profesionales es superar el reto del progreso al logro de la calidad y competitividad de los productos y servicios ofrecidos. El logro implica la consolidación de una mentalidad tecnológica, tal como la propone Sarramona en el mundo laboral que no excluye, antes al contrario, la necesaria capacidad de innovación. El cambio de mentalidad tiene que iniciarse desde los procesos de formación, de ahí que demande también una escuela de calidad, acorde con los tiempos.

En cada lugar debe procurarse una técnica adaptada a la realidad, posibilidades, regida por los propios órganos de decisión y vinculada al intercambio internacional. Mas que la cuestión de la conveniencia o no de la tecnología, el problema está en saber que tipo de tecnología conviene y como incorporarla adecuadamente.

En el esquema de diseño tecnológico de Sarramona, señala tres dimensiones, a partir de las necesidades de formación. En la primera incluye el diagnóstico, la segunda a su vez la planificación, aplicación y verificación. En la tercera la evaluación previa, de proceso y de resultados. En el centro marca las metas influidas por el contexto sociocomunitario, el institucional. Las conductas de entrada y la valoración de los recursos disponibles influyen en los objetivos, de los cuales se derivan los contenidos, las estrategias de acción, los recursos, instrumentos de evaluación y los inventivos motivadores.

Del proceso se detectan las incidencias, y de los resultados se valoran los previstos y los no previstos Estos sirven de realimentación los objetivos. (J. SARRAMONA, Presente y futuro...,1994, 71)

La tecnología aplicada al ámbito educativo se define como la aplicación de un enfoque científico y sistemático con la información concomitante al mejoramiento de la educación, sus variadas manifestaciones y niveles diversos. (J. SARRAMONA, Tecnología educativa, 1990, 15)

La concepción tecnológica de la acción educativa permite en el momento hablar de la tecnología de la educación. La razón es la aceptación de objetivos integradores así como la posibilidad de la participación activa que le corresponde al educando lo que permite concebir a la tecnología susceptible de aplicación al conjunto del proceso educativo.

Los modelos filosófico sociales, las concepciones del mundo y de la vida social señalan la naturaleza del quehacer pedagógico. Sin embargo la mayoría de los profesores permanecen al margen de éstos y además los sistemas educativos tienen dificultad para seguir los avances científico tecnológico. Solo las profesiones avanzan gracias a la progresiva acumulación del saber compartido, de modo que la experiencia e intuición personal parten de él, lo complementan y provocan su superación.

Diferencia entre ciencia y tecnología

La tecnología es un tipo de saber aplicado que proporciona reglas de acción lo que le da un carácter normativo en tanto la ciencia es especulativa-descriptiva. La ciencia da cuenta de la forma de los hechos y la tecnología de las reglas de actuación, con. Agrega además: que la tecnología señala lo que debe hacerse para evitar o cambiar lo que puede ocurrir con la tecnología se busca eficiencia y se utilizan las teorías de la ciencia. El éxito en la ciencia es la objetividad en tanto en la tecnología radica en la subjetividad.

COMUNICACIÓN EFICAZ ES IMPOSIBLE NO COMUNICAR

De forma continua estamos emitiendo conductas. Nuestras conductas provocan en otros el efecto de un mensaje, de una comunicación. Incluso en aquellas ocasiones que elegimos "no comunicar", estamos transmitiendo a nuestro interlocutor lo que sentimos sin expresarlo.

La comunicación transmite una percepción personal del mundo. Lo que piensas, sientes o percibes sobre el entorno, los demás o ti mismo, lo reflejas en tus palabras:

Estás comunicando.

La comunicación es un proceso de influencia mutua entre dos o más personas.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal se define por el "cómo se dice": gestos, expresiones faciales, movimientos corporales, el espacio que nos separa del otro... Comunicamos a través de la forma en que vestimos, en como nos mostramos -alegres o tristes-, en como nos sentamos, si miramos o no a la cara, si hablamos despacio o deprisa,... Todo ello son signos que permiten a la persona que nos escucha hacerse una idea de quienes y como somos.

LA COMUNICACIÓN VERBAL

A) ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Comunicar es dar participación al otro de lo que uno tiene. Hay un EMISOR, que es quien tiene la responsabilidad en el proceso de la comunicación, un RECEPTOR y entre ellos se transmite un MENSAJE.

Se comunica a través de un CÓDIGO común. Para comunicar es necesario adaptar éste al receptor, a su nivel y características. Si pretendemos que suba a nuestro nivel perdemos desde el principio su atención.

El CANAL, medio a través del cual el mensaje llega al destinatario, y el RUIDO, que es todo aquello que impide que el mensaje llegue correctamente, es necesario cuidarlo.

B) EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN Para que el mensaje sea eficaz es necesario adaptarlo a quién lo escucha. Seguro que utilizas diferentes palabras para hablar con tus "colegas" que para hacerlo con tus padres o con un desconocido.

Comunicar es lanzar información (y recibir) dando en el blanco. El fin es cambiar conductas, no conocimientos. Para que la comunicación cambie las conductas, el mensaje debe de ser:

- 1º percibido
- 2º comprendido
- 3º aceptado
- 4º integrado.

El mensaje es eficaz cuando es intenso, duradero y posee un tono afectivo positivo, agradable. El tono es agradable si el mensaje crea seguridad, simpatía, autonomía. El tono es desagradable si el mensaje genera inseguridad, hostilidad, dependencia.

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

Las barreras de la comunicación son todas aquellas que interfieren en la captación del mensaje:

CONCEPCIÓN DE LA IDEA. Es de gran utilidad desarrollar la capacidad de síntesis, la habilidad para resumir en pocas palabras lo que queremos explicar.

CODIFICACIÓN O FORMULACIÓN DE LAS PALABRAS. Utilizar un lenguaje amplio, pero adecuado al oyente.

TRANSMISIÓN. Rectificar defectos en la expresión (mala pronunciación, mala articulación) y revisar los medios de que nos valemos.

RECEPCIÓN. Si sometemos a la persona a mucha información, perdemos su atención. Verificar si las personas a las que nos dirigimos tienen deficiencias auditivas, visuales. Controlar factores externos como mal ambientación, ruido, incomodidad.

DESCODIFICACIÓN. Cada persona tiene esquemas mentales individuales. Estamos llenos de prejuicios.

INTERPRETACIÓN. Es la percepción subjetiva del mensaje. Cada uno interpreta cosas diferentes a partir de un mismo medio.

ACEPTACIÓN. Aunque la comunicación haya sido buena, si el receptor cree que no le conviene, no lo acepta. Los individuos tenemos resistencia a aceptar nuevas ideas, es la neofobia o manía a lo nuevo.

PROBLEMAS DE LA COMUNICACIÓN

En el proceso de la comunicación existe una pérdida de información desde quien recibe y desde quien emite. Se piensa decir un 100%, se trasmite un 80 %, se recibe un 60%, se interpreta un 50 % y ¿cuánto de esto aceptará y pondrá en práctica el receptor?

Los problemas fundamentales están en:

NO DIJE TODO LO QUE QUERÍA DECIR

Prepara el mensaje

Escribe los puntos fundamentales previamente

Prevé las objeciones

Prepara las contestaciones

NO OYÓ TODO LO QUE DIJE

Escoge las mejores condiciones físicas y psicológicas para realizar la comunicación.

Acostumbra a volver atrás en caso de interrupción. Ayuda a retomar el hilo del mensaje.

NO ESCUCHÓ TODO LO QUE DIJE

Procuremos evaluar regularmente las comunicaciones no verbales del oyente (aburrimiento, desiste...).

Cuidar nuestra expresión oral y los medios para captar atención

Hacer preguntas de control, de forma que el oyente tenga que explicar, resumir o dar alguna opinión sobre lo escuchado.

Repetir la misma información de diferentes maneras para facilitar la creación de huellas de memoria

NO COMPRENDIÓ LO QUE DIJE

Hablar el lenguaje del otro. Apoyar nuestra comunicación con medios técnicos que faciliten la comprensión

LO COMPRENDIÓ PERO NO LO ACEPTA

Adaptar el mensaje a la personalidad del oyente
NO RETIENE TODO LO QUE ACEPTÓ

Hacer resúmenes parciales

Realizar síntesis escritas.

Recordar brevemente los puntos fundamentales que se trabajaron en la sesión anterior.

CÓMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Mantener el contacto ocular con el que habla.

Indicar que se escucha diciendo "sí" y afirmando con la cabeza.

No expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo. Dejar hablar.

Dejar pausas para animar al que habla a seguir haciéndolo.

Resumir de vez en cuando lo que se escucha para comprobar si se ha comprendido o no.

No menospreciar al que habla o su forma de hacerlo.

Responder a los sentimientos que están detrás de las palabras.

Mostrar que se comprende.

CLASIFICACIÓN DE LAS PUBLICACIONES

Por la naturaleza de la difusión

Esta clasificación tiene por objeto diferenciar la difusión atendiendo a la contraprestación económica percibida por la empresa editora e incluye las siguientes categorías:

1. PUBLICACIÓN DE DIFUSIÓN DE PAGO

Es aquella que, teniendo establecido un precio de cubierta por ejemplar y/o una tarifa de suscripción, es suministrada contra el pago de dicho precio. En ningún caso el importe ingresado por el editor, excluidos los impuestos, puede ser inferior al cincuenta por ciento, del precio básico de cubierta establecido.

2. PUBLICACIÓN DE DIFUSIÓN GRATUITA Es aquella que se difunde sin que se requiera un pago de la misma.

3. PUBLICACIÓN DE DIFUSIÓN MIXTA

Se considera publicación de difusión mixta aquella en la que al menos un veinte por ciento de la difusión total está pagada en las mismas condiciones que las descritas en las Publicaciones de difusión de pago.

4. PUBLICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA

Cifra total de ejemplares que situados en lugares establecidos se ponen a disposición de un público indeterminado de forma gratuita. Esta distribución se divide en dos grandes grupos.

A. IDENTIFICABLE : A estos efectos se entenderá como destinatario identificable tanto cuando sea posible determinarlo de forma personal como cuando lo sea a través de actividades económicas sectoriales concretas y determinadas. Es decir, cuando se pongan a disposición del público siempre que exista un acontecimiento sectorial económico concreto por el que se reúna el público al que va dirigida la distribución de la publicación de que se trate, (una feria de artes gráficas, un hospital, etc.).

También tendrá la misma consideración de destinatario identificable, el que concurra a determinados lugares (el acceso a la Universidad, a un estadio de fútbol, etc.) con una finalidad concreta e interés común, en los cuales son distribuidas o puestas a disposición las publicaciones cuyo contenido está relacionado de forma especializada con estos colectivos y nunca con carácter general.

Esta distribución puede ser:

EN BLOQUE: la distribución gratuita en bloque es la que presenta las siguientes características:

- **REDISTRIBUIDOS:** cuando solamente se conocen los intermediarios que se comprometen a redistribuir los ejemplares que reciben.
- **RETIRADOS:** corresponde a aquellos ejemplares depositados en bloque en lugares establecidos para que sean retirados voluntariamente por el público.
- **POR BUZONEO:** corresponde a aquella distribución en la que los ejemplares son depositados en los buzones domiciliarios de los destinatarios, o realizada de forma similar, en una determinada área geográfica.

B. NO IDENTIFICABLE Se entenderá no identificable cualquier destinatario que no reúna las condiciones descritas en el apartado anterior. Esta distribución puede ser:

EN BLOQUE: la distribución gratuita en bloque es la que presenta las siguientes características:

- **REDISTRIBUIDOS:** cuando solamente se conocen los intermediarios que se comprometen a redistribuir los ejemplares que reciben.
- **RETIRADOS:** corresponde a aquellos ejemplares depositados en bloque en lugares establecidos para que sean retirados voluntariamente por el público.
- **DISTRIBUCIÓN DIRECTA:** corresponde a entregas individualizadas efectuadas por el Editor, por medios propios o contratados, en espacios públicos (normalmente calles, centros y medios de transporte público, etc...)

POR LAS CARACTERÍSTICAS, CONTENIDO Y PÚBLICO LECTOR: Diarios, Revistas, Publicaciones técnicas y profesionales, Suplementos, Publicaciones gratuitas no profesionales, Guías y Directorios, Guías Telefónicas, Publicaciones de distribución gratuita.

C O M P E T E N C I A C O N T E X T U A L **VINCULACIÓN**

PROBLEMAS NACIONALES Y REGIONALES QUE AFECTAN A MAYORÍAS Y A MINORÍAS CON ALTO COSTO SOCIAL.

Las diez principales causas de muerte en los países desarrollados se encuentran determinadas en gran parte por factores de conducta. Podrían prevenirse si las personas mejoran tan sólo cinco comportamientos: dieta, hábito de fumar, ejercicio físico, abuso de alcohol y uso de fármacos hipotensores. En los últimos años se ha producido el reconocimiento definitivo por parte de los distintos organismos de salud tanto internacionales como nacionales, de que la mortalidad y morbilidad están producidas en su mayor parte por motivos conductuales, por lo que la gente hace, no por causas infecciosas o envejecimiento natural del organismo.

La conducta se ha ido convirtiendo poco a poco en el elemento explicativo de la salud y de la enfermedad. Poco a poco se ha ido cambiando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades de la civilización, a las enfermedades causadas por los comportamientos inadecuados. Algunos de los problemas que entran dentro de este aparato son: disfunción familiar, depresión, ansiedad, estrés, adicciones, violencia (intrafamiliar), etc.

Población, Distribución urbana - rural, características generales y procesos de transición. Migración.

El hombre modifica profundamente la naturaleza para crear condiciones adecuadas a su forma de vida, ha creado dos medios diferentes para vivir, el rural y el urbano. En el medio rural se establece una relación directa entre el hombre, el lugar y los organismos que lo habitan, ya sea para controlar su crecimiento y desarrollo (agricultura y ganadería), o para extraer productos (mineros, petróleo, árboles). En el medio urbano se encuentran las ciudades, las grandes industrias y abundantes servicios sociales.

Los cambios constantes que se operan en la estructura de la población de una comunidad, relativos a su crecimiento o disminución, constituyen su dinámica, determinada por la relación que existe entre los nacimientos, las defunciones y los fenómenos migratorios; estos últimos consisten en la llegada de habitantes procedentes de otras comunidades o en la salida de personas con el propósito de radicarse en otros lugares.

EMPLEO: TRABAJO TEMPORAL, SUBEMPLEO Y DESEMPLEO. CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN CONTINUA, MOVILIDAD

El trabajo es la actividad del hombre para producir bienes y servicios, a cuyo conjunto se le llama riqueza; a cambio de él el hombre recibe un pago llamado salario, sueldo o remuneración, que constituye su ingreso personal. En los países poco desarrollados, el porcentaje de población económica activa es baja, por lo que es poca la riqueza nacional producida, que al ser repartida entre un gran número de habitantes, determina una situación de vida muy baja y en ocasiones de positiva miseria. Los trabajadores eventuales son aquellos empleados contratados por compañías para enfrentar desafío temporales o inesperados, tales trabajadores suelen recibir un pago más bajo que los de tiempo completo y casi nunca tienen prestaciones.

El concepto de oportunidades iguales en empleo ha sufrido muchas modificaciones y se ha afinado desde la promulgación de la Ley de Derechos Civiles de 1964. En la actualidad, la mayor parte de los negocios trata de tomar decisiones sobre los empleos con base en la persona más capacitada, en vez de fijarse en que una persona sea de determinado sexo, raza, religión, color, nacionalidad y edad.

La capacitación está diseñada para permitir que los aprendices adquieran conocimientos y habilidades necesarias para sus puestos actuales. El adiestramiento de personal es el proceso por medio del cual los individuos aprenden las habilidades, conocimientos, actitudes y conductas necesarias para cumplir con las responsabilidades de trabajo que se les asigna.

EDUCACIÓN: ANALFABETISMO, ESCOLARIDAD PROMEDIO, DESERCIÓN, EDUCACIÓN PARA TODA LA VIDA.

La escolaridad promedio con que cuenta México es un nivel muy bajo ya que la mayoría de la población solo cumple con su primaria, educación básica. Por otro lado se encuentran muchos problemas de analfabetismo principalmente en las comunidades rurales y en las personas que vienen a emigrar a la ciudad. Existe también un índice alto de deserción escolar principalmente por problemas económicos y familiares.

TELEMÁTICA: NUEVAS TECNOLOGÍAS Y ENSEÑANZA VIRTUAL

A partir de la década de 1950 se inició una nueva historia, una nueva era: la de la información, de la tecnología y del conocimiento. En esa década, en los países

desarrollados la mayoría de la gente dejó de trabajar en la manufactura y pasó a manejar información, datos estadísticos y conocimientos especializados.

En esta área, la mayoría de los seres humanos dejó de usar sus manos y sus músculos como herramienta principal para la supervivencia. Hoy por hoy, la mayoría de las personas utilizan principalmente sus capacidades de pensar y de relación, la educación escolar, técnica o universitaria, la capacitación y actualización permiten como fuente de supervivencia, competitividad y seguridad para el futuro.

Las computadoras y los medios electrónicos de comunicación están acelerando este cambio. La era de la información y del conocimiento está generando una nueva forma de vida en todos los sistemas sociales, políticos, instituciones y empresariales.

SOCIAL: VIOLENCIA, NIVELES DE BIENESTAR, DELINCUENCIA

Los vicios como el alcoholismo, la drogadicción, los juegos de azar, etc, hacen que quienes se aficianan a ellos abandonen sus buenos hábitos, olviden a su familia y pierdan el empleo; en muchos casos, la necesidad de obtener dinero para sostener su vicio los obligan a violar normas sociales, hasta delinquir, cayendo paulatinamente en la degradación.

SALUD: ESPERANZA DE VIDA AL NACER, NIVELES DE NUTRICIÓN, DISCAPACIDAD, CONDICIONES DE LOS INDÍGENAS, SITUACIONES DE DESASTRE.

México una importante transición demográfica, es útil recordar las cifras y las tendencias para los próximos 10 años ya que, en esta década, se va a dar un envejecimiento relativo de nuestra población. En el período de 2001 a 2010 la población de 65 años o más va a crecer 32 por ciento, mientras que la población de 64 años o menos va a crecer 26 por ciento. La pirámide demográfica ya alcanzó el punto de inflexión y estamos entrando, como ya la mayor parte de los países de la OCDE, a un proceso de envejecimiento relativo de nuestra población. A ello se suma un aumento importante en la esperanza de vida. Hoy en día la esperanza de vida para las mujeres de nuestro país es de 77 años de vida y para los hombres es de casi 73 años. Los avances que se han alcanzado en materia de salud implican el aumento de la esperanza de vida. Es interesante señalar que la esperanza de vida aumentó casi 35 años en los últimos 70 años, casi seis meses de aumento en la esperanza de vida por cada año transcurrido.

Los desastres, ya sean causados por el hombre o naturales, son eventos al azar que crean una devastación incontrolable. Pese a que cada desastre tiene características únicas, la respuesta universal del ser humano a las pérdidas y los cambios catastróficos permiten aplicar la información y capacitación a escala mundial.

La discapacidad es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como pueden ser las tareas, aptitudes y conductas, supone un segundo nivel en las consecuencias de la enfermedad.

MEDIO AMBIENTE: CONTAMINACIÓN Y SUSTENTABILIDAD

Una característica muy importante de las ciudades es la generación de gran cantidad de desechos como humos, gases, aguas negras y basura, producto de las actividades

industriales y domésticas que ahí se realizan. El suelo está expuesto a diversas formas de contaminación, una de ellas es el riego con aguas negras que contienen microorganismos peligrosos para la salud, detergentes, grasas y aceites; otra contaminación la constituye los fertilizantes y las sustancias utilizadas para exterminar a los animales dañinos para las siembras; los desechos sólidos, como los plásticos o el papel, también son contaminantes. En el interior de las ciudades, el problema principal es la producción de sólidos, conocidos como basura. Ésta se compone de residuos de origen animal, vegetal y mineral; proveniente de actividades domésticas, industriales y comerciales.

POLÍTICA: PARTIDOS POLÍTICOS Y ORGANIZACIÓN CIUDADANA

La Constitución es la ley fundamental de un Estado. En ella, se establecen los derechos y obligaciones esenciales de los ciudadanos y gobernantes. Se trata de la norma jurídica suprema y ninguna otra ley, precepto o disposición puede contravenir lo que ella expresa

Según lo dispuesto por la Ley Federal de Organización Política y Procesos Electorales, los partidos políticos nacionales son entidades de interés político. Para garantizar el ejercicio de sus funciones, y con el objeto de que su conjunto forma un sistema de partidos, la citada ley regula los procedimientos para su constitución y registro, el desarrollo de sus actividades el cumplimiento de sus fines y su disolución; y establece que los partidos políticos con registro, gozará n de personalidad jurídica para todos los efectos legales.

En el Teatro de la República de la ciudad de Querétaro, fue promulgada el 5 de febrero de 1917 la nueva Constitución, que actualmente nos rige. En ella se establecieron los ideales revolucionarios del pueblo mexicano con un marcado contenido social y se plasmó un gobierno para todos los mexicanos sin distinción de raza, credo, condición social o política.

modificaciones son las reformas de 1953, en que se otorgó derecho de voto a las mujeres, y de 1969, en que se concedió la ciudadanía a todos los mexicanos mayores de 18 años, así como las sucesivas reformas electorales de 1977, 1986, 1989, 1990, 1993, 1994, y 1996 destinadas a garantizar elecciones legales y respetuosas de la voluntad popular.

Todo organismo que pretenda constituirse en partido político nacional, deberá formular una declaración de principios, su programa de acción y los estatutos que norman sus actividades. Dentro de una democracia, la militancia activa de la ciudadanía en los partidos políticos es de gran importancia, porque a través de ellos se expresa la voluntad y aspiraciones de los sectores que integran la población.

- El **Partido Revolucionario Institucional (PRI)** es uno de los principales partidos políticos en México.

Desde su fundación a finales de la década de los años 1920 todos los presidentes de México provenían de ese partido político hasta que fue derrotado en las elecciones federales del año 2000 por el candidato del Partido Acción Nacional, Vicente Fox Quesada.

Actualmente el presidente nacional del partido es Mariano Palacios Alcocer y la Secretaría General la ocupa Rosario Green.

El 4 de marzo de 1929 el expresidente Plutarco Elías Calles creó el Partido Nacional Revolucionario (PNR) con el fin de estabilizar el país y normalizar el acceso al poder de los principales veteranos de la guerra civil. Nueve años después, en 1938, el también presidente Lázaro Cárdenas incluye en sus filas a las principales centrales obreras del país y cambia el nombre de la institución al de Partido de la Revolución Mexicana (PRM). Finalmente el año de 1946, con el fin de enfatizar el inicio de una nueva época donde el gobierno de México ya no sería encabezado por los líderes revolucionarios sino por las instituciones sociales que emanaron a partir de esa guerra civil, el partido adoptó el nombre con el cual se le conoce en la actualidad: Partido Revolucionario Institucional (PRI).

Presidentes de México emanados del PRI: 1928-1930 : Emilio Portes Gil

1. 1930-1932 : Pascual Ortiz Rubio
2. 1932-1934 : Abelardo L. Rodríguez
3. 1934-1940 : Lázaro Cárdenas del Río
4. 1940-1946 : Manuel Ávila Camacho
5. 1946-1952 : Miguel Alemán Valdez
6. 1952-1958 : Adolfo Ruiz Cortines
7. 1958-1964 : Adolfo López Mateos
8. 1964-1970 : Gustavo Díaz Ordaz
9. 1970-1976 : Luis Echeverría Álvarez
10. 1976-1982 : José López Portillo y Pacheco
11. 1982-1988 : Miguel de la Madrid Hurtado
12. 1988-1994 : Carlos Salinas de Gortari
13. 1994-2000 : Ernesto Zedillo Ponce de León

- El Partido Acción Nacional, conocido por el acrónimo PAN, es uno de los mayores partidos políticos en México. Los miembros de este partido se denominan panistas.

Expatriado en 1929 Manuel Gómez Morín ex-rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, se reunió con algunos amigos entre los que destacaban, Mauricio Magdaleno, Germán del Campo, Fernando Azuela y otros más expatriados por haber apoyado la candidatura presidencial del pensador y ex-ministro de educación José Vasconcelos en contra del candidato oficial, se reunieron para tratar de convencer a Vasconcelos de la necesidad de fundar un partido político nacional, José Vasconcelos tenía otras ideas y no aceptó la propuesta. LEMA: Por una patria ordenada y generosa y una vida mejor y más digna para todos"

- El Partido Verde Ecologista de México (PVEM) es un partido político mexicano. En las elecciones federales del año 2000 formó junto con el Partido Acción Nacional (PAN) la Alianza por el Cambio, la cual resultó vencedora de los comicios consiguiendo la presidencia de la república para su candidato, Vicente Fox Quesada. El partido fue fundado

en 1986 con el nombre Partido Verde Mexicano (PVM) y su primer dirigente fue Jorge González Torres. El PVM participó en las elecciones federales de 1988 como parte del Frente Democrático Nacional y en las 1991 por primera vez en forma independiente, con el nombre Partido Ecologista de México (PEM). Al no conseguir el porcentaje de la votación necesario para obtener su registro definitivo, sus partidarios tuvieron que iniciar nuevamente las tareas para cumplir los requisitos para obtener un registro condicionado. Este fue obtenido en 1993 y en ese mismo año el partido cambió su nombre al actual, Partido Verde Ecologista de México.

➤ Partido de la Revolución Democrática o PRD es un partido político mexicano fundado el 5 de mayo de 1989, con una ideología política de izquierda y que es considerado la tercera fuerza política de ese país.

Actualmente, políticos afiliados al PRD gobiernan en los estados de Baja California Sur, Zacatecas, Michoacán, Guerrero y la capital de la República, el Distrito Federal.

El PRD se fundó en la Ciudad de México, el 5 de mayo de 1989. El PRD fue fundado por Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, Porfirio Muñoz Ledo, Heberto Castillo, Gilberto Rincón Gallardo, entre otros políticos de la izquierda mexicana. En el PRD confluyen dos corrientes de la izquierda histórica mexicana. Por un lado, una corriente que proviene de la tradicional "familia revolucionaria", representada por la izquierda del PRI, que gobernó en México de forma ininterrumpida de 1929 al año 2000. La otra corriente que confluyó en el PRD es la izquierda histórica mexicana, cuyos orígenes están en el Partido Comunista de México.

➤ El Partido del Trabajo (PT) es un partido político mexicano fundado en 1990. En la legislatura actual, el PT cuenta con 6 escaños en la Cámara de Diputados, y ninguno en el senado. Se considera un partido de izquierda, y cuenta con el apoyo de algunos sectores populares

➤ Convergencia (hasta el 2002, Convergencia por la Democracia) es un partido político mexicano, fundado como tal en 1999. Convergencia se define a si mismo como un partido socialdemócrata. Sus colores oficiales son el azul y el naranja.

Participó por primera vez en las elecciones federales de 2000 como integrante de la *Alianza por México*, que postuló a Cuauhtémoc Cárdenas como candidato a la presidencia. En esa elección, el partido obtuvo una senaduría y dos diputaciones federales.

En las elecciones federales de 2003 Convergencia contendió en forma independiente, obteniendo el 2.3% de la votación y cinco escaños en la Cámara de Diputados.

Al 2004, Convergencia contaba con 1 escaño en la Cámara de Senadores, 5 en la Cámara de Diputados, 28 alcaldías, 24 diputados locales en diversos estados y otros puestos de elección popular de menor rango.

DELINCUENCIA Y CRIMINALIDAD

La delincuencia se encuentra asociada a índices altos de criminalidad por lo que es un objeto específico de atención para la mejora y bienestar del país. En México, la criminalidad también ha presentado un crecimiento significativo durante los últimos años, en paralelo con la evolución mundial. En la edición anterior de Entorno se presentó el incremento de la delincuencia de acuerdo con las cifras oficiales. En esa publicación se resaltó el importante incremento de 142 por ciento en el número total de presuntos delincuentes en el país durante las últimas dos décadas y sus repercusiones en el crecimiento económico y la competitividad de las empresas.

Recientemente el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A. C. (ICESI), llevó a cabo la primera encuesta nacional sobre inseguridad pública en las entidades federativas 2001. El objetivo de la encuesta fue obtener información confiable sobre el problema de inseguridad en México a través de estimar los delitos denunciados y no denunciados, contar con perfiles de victimización (tipo y lugar del delito, tipo de amenaza, monto de pérdidas, edad de delincuentes, etc.), conocer la percepción de inseguridad en cada uno de los estados de la república e identificar el tipo de actividades cotidianas que se han dejado de hacer por temor a ser víctima de un delito.

La encuesta, realizada por cuatro prestigiadas empresas, tuvo un tamaño de muestra de 35,001 hogares en toda la república ponderados por la población de cada entidad federativa. La representatividad de la muestra, al ser científicamente diseñada, tiene un nivel de confianza de 95 por ciento y un margen de error de \pm uno por ciento. Los resultados de la encuesta nacional para el 2001 se detallan a continuación.

Principales resultados de la encuesta ICESI

Sobresale que en 14 por ciento de los hogares del país al menos una persona sufrió algún tipo de delito y una quinta parte de ellos (2.8 por ciento) ha padecido más de un delito. Por lo que respecta a la incidencia delictiva en las entidades federativas, los cinco estados con el mayor número de hogares que sufrió algún delito son el Distrito Federal, Baja California, Morelos, el estado de México y Chihuahua. En contraste, los estados con menor incidencia delictiva son Durango, Zacatecas, Baja California Sur, Colima, Puebla y Tlaxcala.

y Oaxaca con 1,595.

CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE IDENTIDAD NACIONAL

VALORES DE IDENTIDAD NACIONAL

Los valores que el grupo inculca y espera que vivan los individuos, expresan la identidad o peculiar forma de ser del grupo. Inculcar valores es inculcar la identidad, assimilar valores es integrarse a una identidad y vivir según expectativas del grupo.

En los grupos naturales esos valores se transmiten por inculturación o educación, es decir, mediante el proceso educativo en el que un individuo asimila su cultura desde niño: respeto a las tradiciones, veracidad, respeto a la palabra dada, cumplimiento de compromisos contraídos, cumplimiento de las funciones recibidas, defensa del grupo frente a agresiones externas, etc. Cuando una sociedad anhela una vía más justa para sus miembros; cuando desea el mayor bien para la mayoría y tiene el propósito de evitar conflictos internos y fortalecer su convivencia social, se preocupa grandemente por difundir la práctica de los valores universales. Los cuales se deben entender como una cualidad o conjunto de cualidades que caracterizan a un individuo y que lo hacen digno de estimulación y aprecio. Entre esos valores, los más apreciados son:

JUSTICIA, que significa dar a cada quien lo que corresponde, reconocer y respetar los derechos de los demás.

HONESTIDAD, que quiere decir ser honrado, respetar los bienes de los demás, cumplir con el deber, no robar o engañar.

FIDELIDAD, que significa no traicionar la confianza que se nos deposita, permanecer al lado de los que prometimos.

VERACIDAD, que es lo mismo que decir siempre la verdad.

BONDAD, que significa tener inclinación a practicar el bien, a tratar con efecto a nuestros semejantes

RESPONSABILIDAD, que es proceder conscientemente al cumplimiento de nuestras obligaciones y saber exigir nuestros derechos.

DIGNIDAD que se logra mantener el respeto a la personalidad humana, propia y ajena.

LA HISTORIA DE MÉXICO Y SU INFLUENCIA EN LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL MEXICANO.

Una nación es, sobre todo, un conjunto de personas que comparten una historia, en otras palabras, los integrantes de una misma nación tienen conciencia de un pasado común; comparten ciertas costumbres y tradiciones. Algunos de los elementos que conforman nuestra identidad nacional son: historia, tradiciones, lenguaje y forma de gobierno comunes.

Cultura: Religión, costumbres y tradiciones, roles familiares y sexuales y procesos de transformación cultural por contacto con otros grupos.

La cultura es el resultado de la acción de todas las generaciones: representa la herencia social de los pueblos, de tal suerte que no hay pueblo sin cultura, ni puede imaginarse una cultura aislada del pueblo que la ha creado. La cultura está formada por un conjunto creciente de conocimientos de diversa índole, que deben ser aprendidos por las nuevas generaciones a fin de salvaguardar la supervivencia de la sociedad.

No existen culturas puras, todas son producto del encuentro de una o más tradiciones que se amalgaman para formar nuevas aleaciones más resistentes y capaces de enfrentar mejor la realidad y las necesidades humanas de sobrevivencia y convivencia.

Las tradiciones permanecen y se conservan mejor que otras manifestaciones o productos culturales, pero no por eso permanecen estáticas. Guardan en su fondo simbólico los mensajes y contenidos de la cultura que les dio origen, a pesar de asimilar y presentar las adicciones que las robustecen y les otorgan vigencia a pesar del cambio y el paso del tiempo. Por este motivo son la fuente y cimiento de la identidad cultural que conforman las costumbres de cada pueblo.

Una cultura por definición cambia y se nutre de la asimilación de los elementos que otras culturas le ofrecen, pero requiere una base y una identidad que le den vigencia y carácter para permanecer, de no ser así, pasará a la historia para ser sustituida por otra, con la consiguiente pérdida de identidad de las personas que conforman dicha cultura.

VALORES Y SÍMBOLOS PATRIOS: CONCEPTUALIZACIÓN DE PATRIA.

Los símbolos patrios son tres elementos con los que representamos, ante nosotros los mexicanos y ante los extranjeros, nuestra nacionalidad. Se trata de la bandera, el escudo y el himno; en la mayoría de los casos, este símbolo son la expresión de la historia nacional.

TERRITORIO: sentido de pertenencia territorial, ubicación territorial de los grupos, problemas con zonas limítrofes campo - ciudad, regiones de grupos étnicos, zonas fronterizas, cambios en la propiedad de la tierra, invasiones, reubicaciones.

Una obligación de todo buen ciudadano debe ser, siempre, conocer las partes que integran y dan forma a nuestro territorio nacional. El Artículo 42 de la Carta Magna de México establece que el territorio nacional comprende:

El territorio nacional comprende: I. El de las partes integrantes de la Federación; II. El de las islas, incluyendo los arrecifes y cayos en los mares adyacentes; III. El de las islas de Guadalupe y las de Revillagigedo situadas en el Océano Pacífico; IV. La plataforma continental y los zócalos submarinos de las islas, cayos y arrecifes; V. Las aguas de los mares territoriales en la extensión y términos que fije el Derecho Internacional y las marítimas interiores; VI. El espacio situado sobre el territorio nacional, con la extensión y modalidades que establezca el propio Derecho Internacional.

EXTENSION TERRITORIAL: México abarca una extensión territorial de 1,964,375 km², de los cuales 1,959,248 km² son superficie continental y 5,127 km² son superficie insular. A este territorio debe añadirse la Zona Económica Exclusiva de mar territorial, que abarca 3,149,920 km², por lo que la superficie total del país es de 5,114,295 km².

FRONTERAS: La República Mexicana tiene fronteras con los Estados Unidos de América, Guatemala y Belice, a lo largo de un total de 4,301 kilómetros distribuidos de la siguiente forma: Con los Estados Unidos de América, se extiende una línea fronteriza a lo largo de 3,152 km desde el Monumento 258 al noroeste de Tijuana hasta la desembocadura del Río Bravo en el Golfo de México. Son estados limítrofes al norte del país: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.

La línea fronteriza con Guatemala tiene una extensión de 956 km; con Belice de 193 km (No incluye 85.266 km de límite marítimo en la Bahía de Chetumal). Los estados fronterizos del sur y sureste del país son: Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo.

Población: México cuenta con una población de 97,483,412 habitantes, de acuerdo con el más reciente censo del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática

(2000), población cuya composición étnica es 60 por ciento de mestizos, 30 por ciento amerindios, 9 por ciento europeos y 1 por ciento otros.

El idioma oficial de México es el español y cuenta con más de 66 lenguas amerindias; su unidad monetaria es el peso. Presentan entre sí desigualdades muy marcadas en los aspectos mencionados como se explicará enseguida.

El grupo de aborígenes está formado por los descendientes directos de la población que encontraron los conquistadores; tienen estas características: Nivel cultural bajo, condiciones generales de vida precarias resultantes de su economía agrícola-ganadera rudimentaria, lenguaje solo la autóctona, tipo de población que forma: rural, participación política casi nula, número aproximado de indígenas puros: 3% de la población total nacional.

El grupo mestizo es el núcleo más numeroso de nuestra población; se originó como producto de la unión entre aborígenes y españoles a partir de la conquista de México; habla el castellano; está dividido en clases sociales en las que están incluidos desde los individuos que a penas disponen de lo indispensable para subsistir, hasta los que son poseedores de bienes materiales en los aborígenes; disponen de un amplio campo ocupacional limitado solamente por la preparación científica y técnica que cada persona haya adquirido, por lo que su nivel económico es muy variable; éste grupo es el que participa más activamente en la vida social, cultural, económica y política del país.

El grupo blanco lo integran en su mayoría, descendientes de españoles o criollos, remanentes de la colonia; o gente extranjera que por razones políticas o económicas, fundamentalmente, ha venido a radicar entre nosotros con estas características étnicas: su nivel cultural es alto en general; alta también sus condiciones de vida, por su situación como patrones o dirigentes, en actividades económicas secundarias y terciarias: industria, comercio, transporte, lengua, nacional y extranjera: forman, las más de las veces, comunidades aisladas no incorporadas a la vida nacional.

Lenguaje: sentido de identidad lingüística

El lenguaje día a día se transforma para poder expresar la realidad de vida de una cultura que es siempre cambiante. De esta transformación el latín dio origen al francés, al italiano, al rumano, al castellano, nuestro español de México ha sufrido estos cambios propios del avance cultural, técnico y de la influencia extranjera especialmente evidente en los medios de comunicación.

También nuestro español lleva la riqueza de los vocablos árabes y prehispánicos que lo enriquecen son alterarlos en su pureza. El problema surge cuando se corrompe el lenguaje, cuando se aceptan y utilizan términos o estructuras gramaticales extranjeras, sobre todo del inglés norteamericano, cuando existen palabras en nuestro idioma que pueden expresar lo mismo con más propiedad e igual precisión. Tal es el caso de los sustantivos que se convierten en verbos sin necesidad, como: implementar netear y cafetear, pick nic, oversall y sweter, todos términos cada vez más comunes, pero todos ellos incorrectos que le restan precisión y universalidad al idioma que hablamos.

COMPETENCIA ADAPTATIVA.

APRENDER A APRENDER

FORMACIÓN PARA EL AJUSTE ANTE EL CAMBIO

CONOCIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO, BÚSQUEDA Y RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA

MEMORIA

Proceso de almacenamiento y recuperación de la información en el cerebro, básico en el aprendizaje y en el pensamiento. Los psicólogos distinguen cuatro tipos de recuerdo: reintegración, reproducción, reconocimiento y reaprendizaje. La reintegración supone la reconstrucción de sucesos o hechos sobre la base de estímulos parciales, que sirven como recordatorios. La reproducción es la recuperación activa y sin ayuda de algún elemento de la experiencia pasada (por ejemplo, de un poema memorizado). El reconocimiento se refiere a la capacidad de identificar estímulos previamente conocidos. El reaprendizaje muestra los efectos de la memoria: la materia conocida es más fácil de memorizar una segunda vez.

La memoria actúa por medio de fases las cuales son:

FIJACIÓN: Esta consiste en que aquellos contenidos captados mediante las sensaciones, imaginación, sentimientos, pensamientos y el aprendizaje sean almacenados en la mente. Influirán en la fijación y registro tanto en los factores fisiológicos como en los psicológicos, por ejemplo: El estado físico, al prestar atención, las veces en que se repita la materia o información.

CODIFICACIÓN: El recuerdo se adquiere, es codificado, ya que nuestro sistema nervioso no puede almacenar palabras e imágenes, estos son convertidos en un código que es reconocible por nuestras neuronas. Influyen tanto las estimulaciones externas como las internas.

CONSERVACIÓN: Almacenamiento de recuerdos, pasando estos a ser partes del preconscious y del inconsciente del individuo. Al paso del tiempo y al incorporarse nuevos recuerdos es posible que se pierdan algunos recuerdos ya almacenados.

EVOCACIÓN: Permanencia de los recuerdos en la memoria, los cuales son activados por un estímulo, el cual los hace revivir.

LOCACIÓN: Relacionado con la evocación, es el trabajo de localizar datos, que a uno le piden, entre millones de los mismos, buscar y ubicar información en la memoria, la cual es para responder a las inquietudes.

RECONOCIMIENTO: Después de la evocación los recuerdos deben ser reconocidos como tales, o sea, se debe estar atenta a ellos para identificarlos como contenidos ya antes almacenados.

TIPOS DE MEMORIA SEGÚN DURACIÓN:

El modelo de almacenamiento y transferencia de Akkinson y Shiffrin. De acuerdo con este modelo existen tres sistemas de memoria. La información es recogida por nuestros sentidos y entra en la memoria sensorial y si la información no se olvida pasa por los siguientes sistemas:

MEMORIA A CORTO PLAZO: Se da cuando establecen las pautas de los recuerdos aunque aún no se encuentren afianzadas. Cualquier ítem codificado, por ejemplo una palabra, durará menos de medio minuto en la memoria a corto plazo si no es repetida, para que esto no suceda deben ser repasado dando tiempo para que se consoliden en la memoria a largo plazo.

El proceso de repasar cubre dos funciones.

Mantener el contenido que se habría de narrar en su primer plano y así retornen frescos y sin fragmentos olvidados.

Permitir que exista el tiempo necesario para ser almacenada la memoria a largo plazo.

MEMORIA A LARGO PLAZO

Los recuerdos son mantenidos en la memoria a corto plazo, y se ha permitido que transcurra el tiempo para que se busque su consolidación, estos recuerdos son transferidos a la memoria a largo plazo, donde quedarán guardados en forma permanente. En esta se conserva todos los recuerdos que pasan al preconsciente por una simple decisión de la voluntad. La percepción utiliza los recuerdos de la memoria a largo plazo para interpretar las nuevas sensaciones que llegan hasta nuestra mente.

La memoria a largo plazo cuenta con un sustrato anatómico, pero esto aún no permite sacar conclusiones definitivas.

IMÁGENES SUCESIVAS

Forma elemental de la memoria sensorial. Persistencia de las sensaciones de los órganos receptores, por ejemplo: si miras un cuadro de color rojo intenso durante 15 segundos, al retirar y poner tu vista en una hoja de papel blanca, la figura se mantendrá, aunque de un color azul verdoso. Esta memoria no es regulable por la voluntad y participan las células de los órganos receptores.

Imágenes gráficas

Llamadas eidéticas, no es común encontrarlas en todas las personas, sino en algunas que parecen favorecidas con lo que pudiéramos denominar “memorias fotográficas”. La memoria de imágenes gráficas tiene mayor frecuencia en la infancia y en la adolescencia. Los que tienen este tipo de memoria son capaces de recordar los mínimos detalles de una imagen.

Imágenes de representación

Llamada memoria semántica, considerada como la memoria de la representación de los conceptos, ya que se refiere a las presentaciones en imágenes de todo aquellos que conocemos. Estas imágenes son menos nítidas que las anteriores. La memoria de representación es más compleja que la precedente.

Memoria discursiva

El hombre almacena las representaciones, pero también la forma como discurren estas. Capaz de establecer asociaciones entre complejas cadenas de conceptos, además de enjuiciarlas con los mismos contenidos que posee en su memoria.

MEMORIA EMOCIONAL

Trata de recordar el acontecimiento más angustiante o triste que te haya tocado vivir.

El fenómeno del olvido ha sido objeto de estudio por parte de los psicólogos. Normalmente, se da primero el olvido rápido, al que sigue una pérdida de memoria más lenta. Sin embargo, aumentar la cantidad de información retenida puede lograrse practicando activamente la ‘reproducción’ durante el aprendizaje, mediante revisiones periódicas del material aprendido, y ‘sobreaprendiendo’ el material más allá del punto de mero dominio. Una técnica instrumental desarrollada para mejorar la memoria es la mnemotécnica, que supone usar asociaciones y otros trucos para recordar estímulos concretos.

Tradicionalmente se han dado cuatro explicaciones del olvido: la primera es que las huellas mnémicas se van borrando de modo natural a lo largo del tiempo como resultado de procesos orgánicos que tienen lugar en el sistema nervioso, supuesto del que no hay constatación empírica; la segunda es que la memoria se va distorsionando progresivamente o modificando con el tiempo; la tercera es que el nuevo aprendizaje interfiere o reemplaza al antiguo, fenómeno que se conoce como inhibición retroactiva; por último, la cuarta explicación es que la represión de ciertas experiencias indeseables para el individuo causa el olvido de éstas y sus contextos.

Existen pocos datos sobre la fisiología del almacenamiento de la memoria en el cerebro. Algunos investigadores sugieren que la memoria se sitúa en localizaciones específicas, y otros que la memoria implica a amplias regiones cerebrales que funcionan conjuntamente. De hecho, es posible que ambas hipótesis se cumplan de forma simultánea.

Los teóricos también proponen diferentes mecanismos de almacenamiento para la memoria a corto y a largo plazo, y que si lo aprendido no pasa del primero al segundo existe la posibilidad de olvidar esa información.

Los estudios con animales indican que las estructuras en el sistema límbico cerebral cumplen distintas funciones en cuanto a la memoria. Por ejemplo, un circuito a través del hipotálamo y del tálamo podría estar relacionado con la memoria espacial, mientras que a través de la amígdala y del tálamo podría estar relacionado con la memoria emocional. La investigación también sostiene que la memoria de las habilidades psicomotoras es almacenada de modo distinto al de las actividades intelectuales.

En general, los recuerdos son menos claros y detallados que las percepciones, pero a veces una imagen memorizada es completa en cada detalle. Este fenómeno, conocido como memoria eidética, o imágenes eidéticas, se da con frecuencia en los niños, quienes a veces son capaces de reconstruir una imagen tan completa que pueden llegar a deletrear una página entera escrita en un idioma desconocido que apenas han visto durante unos momentos.

AUTO-DIDACTISMO EN CONTENIDOS Y TENDENCIAS EMERGENTES INTELIGENCIA ARTIFICIAL

La Inteligencia Artificial es el esfuerzo por desarrollar sistemas computacionales que se comporten como las personas. Existen cinco miembros en la familia de la IA: lenguaje natural, robótica, percepción, sistemas expertos y máquinas inteligentes. El campo de la IA es controvertido ya que la inteligencia es algo difícil de modelar y describir.

La IA tiene dos enfoques principales: ascendente que trata de imitar el cerebro humano y el descendente que trata de representar el conocimiento a través de la lógica, los Sistemas Expertos son los ejemplos más importantes de este enfoque.

Los Sistemas Expertos son programas de cómputo de conocimientos intensivos que resuelven problemas que antes requerían el conocimiento de un experto. Representan el conocimiento mediante reglas, redes o marcos. Tienen cuatro componentes: Base de conocimientos, el equipo de desarrollo, la cápsula de IA y el usuario. El desarrollo de sistemas expertos requieren el uso de prototipos y de ingenieros del conocimiento, para obtener los conocimientos del experto.

Inteligencia Artificial (IA) como el esfuerzo por desarrollar sistemas computacionales que se comporten como humanos. Tales sistemas deberían tener las siguientes capacidades:

- * Comprender el lenguaje natural
- * Realizar tareas físicas coordinadas (robótica)
- * Percibir el medio ambiente en que se encuentran
- * Emular conocimientos y la toma de decisiones humana (Sistemas expertos)
- * Poseer máquinas (HW) inteligentes
- * El desarrollo de cada una de estas capacidades conforman la Inteligencia Artificial.

* La inteligencia humana va más allá de toda descripción posible. Si un problema no puedes describirse no puede ser programado.

Las cuatro capacidades de la inteligencia humana:

1. Raciocinio: Deducir nuevos conocimientos mediante un conjunto de hechos y aplicando una secuencia de reglas y,
2. Comportamiento: No basta con pensar también hay que actuar inteligentemente
3. Desarrollo de metáforas y analogías: Al usarlas creamos nuevas reglas aplicables a nuevas situaciones
4. Creación y uso de conceptos: Pensamos en términos de conceptos y meta conceptos, y actuamos conforme a ellos.

DESARROLLO DE LA IA . La historia de la de la IA se ha centrado en dos enfoques:

1. ENFOQUE ASCENDENTE

Esfuerzo por crear una analogía física del cerebro. Se basa en que el cerebro está compuesto por millones de neuronas que procesan números binarios. Se crearon máquinas que seguían este modelo pero se demostró que a pesar de los grandes esfuerzos no podríamos igualar siquiera a animales inferiores. En los años 80 tuvo un nuevo auge con la creación de las redes neuronales que emulan los procesos físicos del cerebro.

2. ENFOQUE DESCENDENTE

Esfuerzo por crear una analogía lógica del cerebro. Ha pasado por tres etapas. La primera en la década de los 50' en la creación de un modelo de la inteligencia humana. Luego la segunda etapa el los 70 en la cual el poder de las computadoras permitió crear sistemas que jugarán ajedrez. La tercera etapa consiste en la construcción de sistemas expertos que emulan los conocimientos y la toma de decisiones de un humano en una tarea específica.

OTRAS TÉCNICAS INTELIGENTES REDES NEURONALES

Hardware y Software que trata de imitar los patrones de procesamiento del cerebro (enfoque ascendente). Las células del cerebro, neuronas, operan a 100 Hz, poco comparado con los computadores actuales, pero las neuronas del cerebro funcionan en paralelo esto implica que trabajan en conjunto a 10^{16} Hz y sólo pesa 1,5 Kg. con un volumen de 0,15 metros cúbicos incomparable con la tecnología actual.

Una computadora de red neural sería entonces un conjunto de procesadores en paralelo. A diferencia de los SE las redes neuronales aprenden experiencia, solucionan problemas diversos, la inteligencia está en el HW y además requieren menos costos y tiempos de desarrollo (ya que no se les enseña).

Hay dos formas de construirlas: mediante una red de computadoras o con un solo computado que simula el paralelismo.

SISTEMAS SENSORES EN PARALELO: Máquina consistente en varios nodos, cada nodo (computadora) recibe información desde niveles mas bajos, la procesa y envía a nodos de niveles mas altos en la jerarquía.

MÁQUINAS INTELIGENTES DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: Una máquina maestra dirige la búsqueda dando un patrón a muchas máquinas subordinadas que buscan es paralelo, si alguna de ellas lo encuentra avisa a la máquina maestra.

LÓGICA DIFUSA: Las computadoras usan 1/0, SI/NO, pero los humanos son menos precisos, la lógica difusa usa reglas que toleran imprecisiones usando términos no específicos llamados funciones miembros (caliente/frío, frío/lejos).

SEÑALES BIOELÉCTRICAS: Los Potenciales Evocados son señales bioeléctricas producto de la actividad que se presenta en las zonas neurales, periférica y central, como respuesta a estímulos externos.

Desde otro punto de vista, los Potenciales Evocados son registros de la actividad eléctrica del cerebro, en respuesta a un estímulo específico que puede ser de índole auditiva, somatosensorial o visual.

Se presentan como oscilaciones enmascaradas por la señal de Electroencefalografía (EEG) y se describen, por lo general, en términos de sus magnitudes máximas y mínimas (amplitudes pico) y de su duración relativa respecto al estímulo (latencia). Los potenciales evocados (PEs) También se conocen con el nombre de potenciales relacionados a eventos (PREs) o respuestas evocadas (REs). La característica principal en el estudio de los PEs es la aplicación de un estímulo externo, ya que de esta manera se tiene una referencia clara para estudiar los diferentes procesos del sistema nervioso. Como consecuencia directa de lo anterior, el estudio de los PEs permite la obtención de información funcional acerca de estructuras neurales específicas y constituye una medición objetiva de la actividad nerviosa.

La información obtenida a través de los PEs se utiliza en la detección de actividad nerviosa normal/anormal, localización de problemas referidos a un segmento del canal nervioso, caracterización de la severidad de un problema, etc. Los PEs son estudios que proporcionan información confiable, objetiva y reproducible de diferentes sistemas sensoriales, lo que aunado a que son un estudio no invasivo, inocuo, no doloroso y relativamente rápido, los hace una extensión precisa del examen clínico y cuando son adecuadamente indicados, realizados e interpretados, se convierten en una poderosa herramienta en la medicina neurológica.

RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA

El término retroalimentación es de origen relativamente reciente. Se define como un método de controlar un sistema al reinsertar en él los resultados de su desempeño pasado. Podemos aprender a controlar nuestro desempeño en los deportes al observar y actuar según los resultados de nuestros intentos previos.

De esta manera, la retroalimentación biológica es simplemente una clase particular de retroalimentación. En este caso, puede ser la retroalimentación de diferentes partes de nuestro cuerpo. Puede ser el cerebro, el corazón, los músculos o cualquier otra parte del cuerpo. Luego tenemos el entrenamiento de retroalimentación biológica, el cual es el procedimiento que nos permite entonarnos con nuestras funciones corporales y con el tiempo, controlarlas.

En una sesión típica de entrenamiento de retroalimentación biológica, a un sujeto se le da esta retroalimentación al conectarlo con un equipo que puede amplificar una de sus señales corporales y traducirlas en señales fácilmente observables. Puede ser una luz, un sonido, etc. Una vez que una persona pueda "ver" sus latidos cardíacos y "oír" sus ondas cerebrales, tiene la información que necesita para empezar a controlarlos y literalmente lo logra. Nadie sabe porqué sucede esto. Pero sí sucede. Es más, después de un poco de práctica, ya no se necesitará ninguna ayuda mecánica. Es decir, el propio aparato de retroalimentación biológica.

La retroalimentación biológica pone énfasis sobre el entrenamiento, más bien que sobre medicamentos o cirugía. Una vez que nos damos cuenta de que el hombre tiene la capacidad de jugar un papel activo en combatir sus propios problemas médicos, debemos darle toda la ayuda posible al hacer ese papel tan efectivo como sea posible. Aquí es donde el entrenamiento de retroalimentación biológica entra: es la mejor herramienta que tenemos para ayudar al hombre a lograr controlar las actividades del sistema nervioso relacionadas con su bienestar.

Usando el entrenamiento de retroalimentación biológica, el paciente y el médico pueden trabajar conjuntamente contra las enfermedades. En esta clase particular de lucha, el paciente se convierte en su propia prescripción para conservar una buena salud.

Una de las indicaciones médicas del entrenamiento de retroalimentación biológica es la ansiedad. Cuando el paciente aprende a conservarse en el estado alfa en patrón de ondas cerebrales, puede disminuir a voluntad su nivel de ansiedad.

De la misma manera, un paciente que sufra de migraña o dolores de cabeza tensionales, puede regular - a través de este entrenamiento - el flujo sanguíneo entre la cabeza y la mano. La retroalimentación biológica con EMG (electro miografía) es útil también en el tratamiento de muchas enfermedades neuromusculares, incluyendo los tics espasmódicos y los calambres musculares. En general, la retroalimentación puede ayudar en la drogadicción, lesiones del cuello, sordera histérica, víctimas de embolia, cantantes de ópera, pacientes con síndrome de Raynaud, asma y muchas otras enfermedades.

Un uso no convencional de la retroalimentación biológica es el de cambiar nuestro estado interior, es decir nuestra conciencia. Después del entrenamiento, no necesitaremos medicamentos experimentales peligrosos para explorar nuestro ser interior. Podemos cambiar nuestras mentes sin perder la cabeza.

Podemos fácilmente aprender cómo disminuir la frecuencia de nuestras ondas cerebrales, alcanzando el estado alfa (entre 8 y 13 ciclos por segundo). El estado de alfa es un estado mental casi siempre descrito como relajado, pasivo y placentero. Con la práctica podemos lograr una hipersincronía inter e intra hemisférica cerebral. Esto se

traduce en un aumento en el desarrollo de nuestra inteligencia, nuestra creatividad y demás habilidades. Para mí es como una especie de raja yoga moderno y electrónico.

La retroalimentación biológica ha demostrado lo que la psicología tradicional ha negado o ignorado; que podemos entrar en estados alterados de conciencia, controlar nuestros órganos internos y cambiar nuestras ondas cerebrales a voluntad.

Hay una analogía interesante entre el impacto de la investigación de la retroalimentación biológica en la parapsicología y los primeros desarrollos en la investigación del sueño. Hace unos 30 años los sueños eran vistos como ocurrencias extrañas por casi todos los científicos teóricos y los médicos. Solamente los Freudianos y algunos otros psicoterapeutas aceptaban la importancia de los sueños. Luego algunos investigadores observaron que cuando la gente duerme, presenta una serie de movimientos en los ojos. Ahora a esto se le conoce como el período REM del sueño. Así que de repente, los sueños, en vez de ser aquellas experiencias subjetivas, se hicieron reales. Al grado que los sueños los podemos medir, así que en la actualidad son objetos válidos de estudio.

NUEVAS TENDENCIAS DE LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA

El sistema escolar es el lugar en donde la Orientación Educativa ha encontrado un grado de desarrollo extraordinario, preocupándose por todos los niveles de adaptación e integración de los escolares en el mismo. Así la progresiva evolución de los estudiantes en los diferentes cursos y niveles con un satisfactorio grado de aprovechamiento, abordando las diferentes facetas del rendimiento escolar, es materia de estudios múltiples para los orientadores. La transición académica en los diferentes niveles educativos. Cuestiones aptitudinales, habilidades y destrezas adquiridas, valores, etc., precisan integrarse y analizarse en virtud de las necesidades de los estudiantes y de los contextos académicos y sociales.

Dentro del marco escolar caben destacar los programas de orientación de atención a la diversidad: Los sujetos con necesidades educativas especiales son el centro de una diversidad de esfuerzos investigadores en diferentes ámbitos de la orientación: Diagnóstico, intervención, adaptación al medio escolar, laboral, etc. La detección y atención de los más dotados también merece una atención especial. La orientación en los contextos educativos multiculturales: atención a variables de etnicidad, nivel de aculturación o identidad cultural, bilingüismo, sexo, etc.

La transición del mundo académico al mundo laboral también adquiere en nuestros días una importancia significativa. La orientación como proceso dinamizador de los procesos de formación e inserción. Abordar el peso creciente de conceptos como los de disponibilidad y ocupabilidad.

El desarrollo de la carrera, como ámbito de actuación más amplio y en el que se encuadra el anterior desarrollo vocacional. Dos formas parecen destacarse: La integración de la orientación en el curriculum escolar, como forma de abordar el desarrollo de la carrera en el ámbito escolar, y dando lugar a la educación para la carrera. El desarrollo y orientación de recursos humanos dentro del mundo de la empresa y de las organizaciones, dando lugar al desarrollo de la carrera en las organizaciones. El desarrollo de habilidades de vida (habilidades sociales, comprensión social, entrenamiento asertivo,

etc.) adquiere gran interés en el desarrollo de programas experimentales de desarrollo de la carrera, tanto en el ámbito escolar como en el de las organizaciones.

La Orientación Personal, entendida como relación de ayuda hacia el proceso de autorrealización personal, es una de las dimensiones tradicionales de la Orientación. Distintas iniciativas se vienen desarrollando por integrar estos programas de orientación psicopedagógica en el ámbito educativo. Como los valores y, en concreto, los hábitos de vida en cuanto se proyectan en la educación de la voluntad para tomar decisiones.

El asesoramiento a las familias, participando en el desarrollo de programas formativos de padres/madres de alumnos, es en la actualidad garantía de eficacia de una intervención orientadora socio-psico-pedagógica. La familia como unidad, conjunto sistémico y objeto último de la actividad orientadora también es fuente de abundantes iniciativas investigadoras. Surge así, la necesidad por determinar la eficacia del programa orientador, grado en que se logran los objetivos propuestos, la calidad intrínseca del programa, su adecuación al contexto, la forma y el marco de ejecución, y los logros y valoraciones que origina.

PRINCIPALES TEORÍAS DE LA CALIDAD

Orígenes y tendencias de la calidad total

Es intrínseco al hombre el deseo de superación, lo cual ha sido el elemento clave para el avance tecnológico y cultural de la humanidad. En este proceso destaca también el propósito de hacer las cosas bien, como algo natural al ser humano. A medida que en la edad media surgieron los gremios, las normas de calidad se hicieron explícitas. Esto pretendía, por un lado, garantizar la conformidad de los bienes que se entregaban al cliente, y por el otro, mantener en algunos grupos de artesanos la exclusividad de elaborar ciertos productos.

En el pasado se observa una clara relación del hombre con el resultado de su trabajo. Por el contrario, la mecanización, la producción en serie y la especialización de los procesos productivos han separado al hombre del producto de su esfuerzo e incluso se llega a alcanzar el extremo de que éste ya no logra distinguir el valor que agrega y con alguna frecuencia también ignora lo que produce la empresa donde presta sus servicios.

El concepto de Calidad se ha desarrollado de manera paralela a diferentes enfoques gerenciales. Es decir nos puede hablar del como sí hubiera evolucionado en forma aislada. De ahí que se pueda concluir que la implantación de calidad total demanda forzosamente un estilo gerencial participativo y que tenga como uno de sus principales valores al trabajo en equipo

En 1945, Feigebaum publica su artículo “la calidad como gestión”, donde describe la aplicación del concepto de calidad en diferentes áreas de las General Electric, lo que resulta el antecedente de su libro Total Quality Control. En 1950, Edward Deming discípulo de Shewhart, quien había participado dos años antes en un estudio sobre el Japón encargado por el gobierno estadounidense, dicta su primera conferencia a industriales de ese país, destacando la aplicación de métodos estadísticos en el control de la calidad.

En 1961, Philip Crosby lanza el concepto de cero defectos, enfatizando la participación del recurso humano, dado que se considera que las fallas vienen de errores del ser humano. Sin embargo, en los Estados Unidos, la importancia de calidad como un elemento clave de la competitividad no logra captarse por completo hasta finales de los

años setenta, cuando empieza a ser manifiesta la exitosa presencia japonesa en el mercado norteamericano.

El concepto de calidad ha pasado a lo largo de este siglo de una etapa donde no existía como una tarea sistemática a otra, donde el aseguramiento de calidad se inicia desde el diseño del producto y su respectivo proceso, lo cual ha calificado Ishikawa como el surgimiento de una nueva generación en las actividades de control de calidad

En México en décadas pasadas con fronteras cerradas y mercados cautivos no fueron motivo de estímulos para ofrecer productos y servicios con una calidad no solo aceptable en cuanto al cumplimiento de ciertas especificaciones, sino también a que estas observaran un comportamiento constante a través del tiempo. En contraste la apertura que actualmente vive la economía de nuestro país ha significado, para casi todas las ramas industriales y algunas del sector servicio, la necesidad redefinir el concepto de calidad, ya no solo para estar en posibilidades de competir, sino para algo más elemental, sobrevivir

Esto ha implicado entender que el concepto de calidad va mas allá que el simple cumplimiento de ciertas especificaciones, pues esto no asegura que el cliente este satisfecho: un producto o un servicio será de calidad cuando logre satisfacer las necesidades, expectativas y requerimientos del consumidor; por ende, será él quien establezca los parámetros a alcanzar. A su vez, el dinamismo implícito en este punto de referencia significa que la calidad no debe concebirse como un status. Si no como un proceso de mejora continua.

Calidad total se ha convertido en uno de esos conceptos que pueden significar todo o nada. Cuando se tiene contacto con organizaciones interesadas en incorporar la calidad total, estas tienen conceptualizaciones diferentes, lo que a representado un problema.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO DEL CEREBRO

¿Qué es la estimulación temprana? La estimulación temprana tiene por objetivo aprovechar esta capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del bebé. Mediante diferentes ejercicios y juegos su intención es la de proporcionar una serie de estímulos repetitivos, de manera que se potencien aquellas funciones cerebrales que a la larga resultan de mayor interés. No sólo se trata de reforzar aspectos intelectuales, como su capacidad para la lectura o el cálculo matemático, sino que la estimulación temprana también contempla los aspectos físicos, sensoriales y sociales del desarrollo.

¿Cómo se lleva a cabo? La estimulación temprana se basa en la repetición de lo que se viene a llamar unidades de información o *bits*. Al igual que todos los niños aprenden a hablar por si mismos (a base de oír diariamente los sonidos del lenguaje), su cerebro es capaz de adquirir toda otra serie de conocimientos mediante la repetición sistemática de estímulos o ejercicios simples. Con la repetición se consigue reforzar las áreas neuronales de interés. Por ejemplo, para que un bebé gatee es necesario que controle el llamado *patrón cruzado*, esto es, la capacidad de coordinar su mano derecha con su pie izquierdo (y viceversa) y así avanzar. Nuestro cerebro está dividido en dos hemisferios, izquierdo y derecho, cada uno de los cuales controla la parte opuesta del cuerpo. Pues bien, los

ejercicios de gateo refuerzan el patrón cruzado y, por tanto, ayudan a mejorar la coordinación entre los dos lados de nuestro cuerpo.

La persona promedio utiliza 10% o 12% del cerebro. Cómo aprovechar ese 88% restante de capacidad, una de las alternativas ha sido la de trabajar con los bebés de manera cada vez más temprana, debido a que el cerebro está desarrollándose y tiene la plasticidad necesaria para dejarse moldear.

La clave está en el estímulo positivo proporcionado al niño por los padres y personas encargadas de cuidarlo a través de la interacción cotidiana.

A pesar de su enorme complejidad, el cerebro de un bebé es el órgano menos formado en el momento de su nacimiento, ya que la estrechez del canal del parto limita en gran medida su volumen. Durante los próximos años, su cerebro crecerá de manera notoria, al igual que el resto de sus órganos, pero lo hará de una forma significativamente diferente. Así como los pulmones ya son capaces de llevar a cabo su misión desde el parto, y simplemente van aumentando su tamaño para obtener el oxígeno necesario para un cuerpo cada vez mayor, el cerebro no sólo crece físicamente, sino que también se transforma internamente.

Cuando un bebé nace, su cerebro es un enorme conjunto de neuronas, a la espera de formar la intrincada estructura cerebral que de adulto le permitirá hablar, leer, razonar y sentir todo tipo de emociones. Algunas de las neuronas ya tienen una misión específica y su funcionamiento ha sido activado por los genes para llevar a cabo las tareas básicas para la supervivencia fuera del vientre materno, como el respirar, llorar o succionar. Pero existen billones de neuronas que aún no han sido activadas y que tienen la potencialidad de formar parte de cualquier proceso cerebral futuro.

Tan o más importantes que las neuronas son las conexiones que entre ellas se establecen para formar los circuitos o redes neuronales. Si bien una neurona aislada realiza una misión simple, millones de ellas interconectadas entre sí son capaces de realizar las más complejas tareas. Por introducir un símil, cualquier órgano de nuestro cuerpo está formado por millones de células, aunque cada célula es incapaz por sí misma de llevar a cabo la función del órgano del que forma parte. Es, por tanto, el conjunto de neuronas y sus conexiones lo que establece la auténtica potencialidad del cerebro humano.

EXPERIMENTAR ES FUNDAMENTAL.

Se estima que el cerebro de un adulto tiene algo más de cien mil millones de neuronas, cada una de las cuales se conecta con varios miles. Si hacemos un simple cálculo, veremos que en total hay algo así como **cien billones** de interconexiones en nuestra cabeza. Teniendo en cuenta este dato, la idea clásica de que el cerebro de un adulto está inexorablemente determinado por sus genes no se sostiene. De los aproximadamente 100.000 genes del genoma humano, la mitad están relacionados con la formación y el desarrollo del sistema neuronal. Es, por tanto, imposible codificar toda la complejidad de un cerebro adulto en tan solo 50.000 genes heredados.

La única posibilidad que cabe pensar es que la genética determina la configuración general del sistema nervioso y del cerebro, pero que hay otro factor que es el verdadero responsable del complejo entramado de neuronas y conexiones en la edad adulta: **el entorno**. Todos disponemos de terminaciones nerviosas de la cabeza a los pies, y se ha visto que funciones específicas, como el habla o el reconocimiento visual, se localizan en áreas bien definidas de nuestro cerebro. Es evidente que la genética marca esta configuración, pero serán los cientos de miles estímulos externos que recibirá un bebé en sus primeros años lo que acabará de perfilar sus circuitos cerebrales.

LA VENTANA DE OPORTUNIDAD.

Parece, pues, que la experiencia durante los primeros años de vida no son tan solo recuerdos, sino que es fundamental en la construcción del cerebro. Existe no obstante otro factor muy importante a considerar: el tiempo. Como se ha podido comprobar tras numerosos ensayos, el tiempo en que es posible estimular una determinada área neuronal para influir en la creación de interconexiones está limitado. Es lo que se conoce como la **ventana de oportunidad**. Habitualmente la ventana se abre en el momento del nacimiento (aunque puede ser incluso antes o un poco después) y se cierra irremediablemente tras un período de tiempo determinado.

En los años 70 se realizó un experimento con gatitos. A un gatito sano se le tapó un ojo desde su nacimiento durante varias semanas. Tras destaparlo se comprobó que el gatito no tenía visión en ese ojo ni fue capaz de adquirirla con posterioridad. Se vio que el número de conexiones entre la retina del ojo tapado y la parte del cerebro responsable de la visión era minúsculo en comparación con el ojo destapado. La conclusión estaba clara: es necesario proporcionar los estímulos adecuados durante un período de tiempo preciso para que la estructura cerebral se forme correctamente.

Al parecer nuestro cerebro actúa bajo el principio **"úsalo o piérdelo para siempre"**. Si no se produce la estimulación de un área a tiempo, las neuronas mueren y ya no resulta posible recuperar esa función. La ventana de oportunidad varía de acuerdo con la función cerebral de que se trate. Así, los sentidos como la vista y el oído cierran su ventana de oportunidad mucho antes que la capacidad para sentir emociones o el comportamiento.

LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Las consecuencias de este descubrimiento son agriales. Por una parte, sabemos que podemos influir positivamente en el desarrollo neuronal de nuestros hijos; pero, por otra, el tiempo que tenemos para ello es limitado. Es una especie de carrera contrareloj en la que no hay una segunda oportunidad. No obstante, hay también buenas noticias: en la sociedad actual el número de estímulos que recibe un niño es mucho mayor que en cualquier época pasada. Hoy llevamos a nuestros bebés a nadar, oímos música en todas partes, los paseamos en coche (lo que resulta muy adecuado para la estimulación del sentido del equilibrio, por cierto), escuchan idiomas diferentes, se relacionan con otros niños desde pequeños y practican un sinfín de actividades más que, sin duda, contribuyen a enriquecer las conexiones neuronales.

Aún así, no existen límites por lo que a estimulación se refiere, y existen otros muchos aspectos que podríamos potenciar de cara a su futuro rendimiento escolar y a su vida como adultos. Fomentar la lectura desde edad temprana, facilitar el conocimiento de otros idiomas o iniciarlos en el razonamiento lógico y matemático son un buen ejemplo de ello, y la forma de proceder en cada caso será objeto de otros artículos.

Recuento Histórico. Aunque en un principio se llamó estimulación temprana, cuando nació la terapia de estimulación, era todo lo contrario: tardía. En efecto, estaba reducida a unas actividades remediales y dirigidas a niños con severas limitaciones motoras, psíquicas o sensoriales, como era obvio tenía un carácter individual y debía ser realizada por personal especializado. Pronto los investigadores notaron que cuando la terapia era iniciada tarde, los resultados eran pobres por no decir nulos, mientras que cuando más temprano detectaban las limitaciones, los resultados eran mejores. Fue esta la razón por la que le dieron el calificativo de temprana, para hacer énfasis en la necesidad de iniciarla lo más rápido posible. Al observar como casi nunca lograban una rehabilitación completa, se abrió el camino a la búsqueda de una mayor precocidad, y ésta desembocó en el concepto de aplicar estimulación anticipada, a todos los niños en riesgo de padecer limitaciones, antes de que estas aparecieran.

El reconocimiento unánime de que aún el parto más normal representa una experiencia potencialmente agresiva para el frágil sistema nervioso del niño, y que, por lo menos en teoría, debe ser benéfico que este tejido esté en condiciones óptimas para afrontarlo, han obligado a dar un paso más en la búsqueda de la precocidad del estímulo, hasta llegar a decir que lo ideal es que inicie a partir de la formación de las neuronas cerebrales, evento que ocurre entre la 10a y la 25a semana de embarazo.

De acuerdo a lo expresado, lo que en un tiempo se denominó estimulación temprana hoy se llama estimulación oportuna, y ha dejado de ser una terapia remedial, individual y realizada por profesionales para pasar a ser preventiva, con participación de la comunidad y proporcionada por el mismo núcleo familiar, en pro del desarrollo integral del niño.

El objetivo de la estimulación oportuna es optimizar el desarrollo del niño para que logre la máxima superación de sus potenciales psico-intelectuales, consiguiendo un equilibrio adecuado que permita un desarrollo integrado de su personalidad.

La estimulación infantil debe enfatizar el desarrollo a nivel mental, motor, social y emocional por igual, que haga sentir al niño cómodo en su medio ambiente, y que logre personas adultas competentes y adaptadas, con capacidad de conocer y aprender diferentes tecnologías, de apreciar el arte, de comunicarse con otros y de sentirse satisfecho de ser quien es.

¿Cómo se desarrolla el cerebro?

El desarrollo cerebral inicia poco después de la concepción y continúa a lo largo del período prenatal. El suceso principal es la producción de las células nerviosas, llamadas neuronas. En la infancia el cerebro presenta un desarrollo más rápido durante el primer año de vida que en cualquier otro momento. Durante la gestación, el número de neuronas puede determinarse ya para las 18 semanas de embarazo. Al momento de nacer, el cerebro de un bebé tiene aproximadamente 100 billones de neuronas, suficientes para el resto de la vida.

Durante el período prenatal, estas neuronas deben encontrar el camino exacto y la correcta posición en la corteza cerebral, sitio donde tienen lugar el pensamiento y la

memoria; si estas células nerviosas se desvían pueden causar serios problemas de desarrollo. El tabaco, el alcohol, el uso drogas y la exposición a radiaciones son las causas más comunes de estos problemas.

La célula cerebral tiene tres partes principales. La primera parte son las dendritas, ellas traen el mensaje sensorial y lo introducen al cuerpo de la célula. En el cuerpo de la célula tiene lugar el aprendizaje, y una vez que esto sucede el mensaje es desplazado por el axón, desarrollándose hasta volverse muy largo y conectarse con la siguiente neurona. Cada célula se conecta con miles de otras células; cada pensamiento requiere de por lo menos 30.000 neuronas que trabajen en conjunto.

¿De qué manera pueden los padres estimular al bebé antes de nacer?

El proporcionar un ambiente seguro y lograr comunicar el amor que sienten por sus hijos es la clave para lograr un crecimiento y aprendizaje óptimos. El primer estímulo que recibe el feto de la madre es la respiración: cada minuto la mamá respira de 12 a 16 veces, haciendo expandir el tórax y presionando el abdomen.

A la semana 27 de gestación el feto puede oír los ruidos cardíacos de la mamá. Para estimular el oído del feto puede hablarle o colocarle melodías cerca al vientre. A las 21 semanas de edad gestacional el feto puede recibir estímulos de luz, puede diferenciar cuando las luces están encendidas y cuando están apagadas.

El bebé tiene mucho estímulo táctil al ser empujado contra la pared uterina, además siente el líquido amniótico de forma permanente; el chuparse el dedo es también estímulo táctil, observado a través de ecografías desde la semana 7 de gestación. En el tercer trimestre de embarazo es oportuno iniciar el diálogo con el bebé, enseñándole a asociar palabras con acciones.

¿Cómo y cuando estimular al bebé?

Al momento de nacer el bebé tiene 25% del peso cerebral total, que se ha desarrollado en el útero, para los seis meses de edad ha llegado a 50% del peso de su cerebro, para el año de edad está en 70% y a los tres años ya se ha llevado a cabo 90% del desarrollo cerebral. Por lo tanto, la mayoría del crecimiento cerebral se produce en el primer año de edad.

Es importante que los padres reconozcan que cada bebé es un ser único, individual, que tiene sus propios ritmos, y así aprendan a interactuar en forma natural con él. Uno de los ritmos que tiene el niño es un ciclo de atención y pérdida de concentración, tiene la capacidad de estar alerta, de estar consciente cuando los ojos están abiertos. El mayor período de estar alerta y despierto es inmediatamente después del nacimiento; durante dos horas un neonato normal está muy atento, por lo tanto, en el momento del parto debe ser colocado en el seno de la madre para que lo primero que mire sea la cara de mamá y de papá si está cerca. Si un bebé está despierto y alerta, no quiere decir que está prestando atención; en el neonato normal su período de atención es de 4 a 10 segundos y poco a poco va aumentando, es una forma de saber si al niño le gusta lo que usted le hace: el bebé que presta atención por más tiempo es porque está disfrutando con la actividad. Los niños necesitan que les hablen, los sostengan, los carguen en brazos, los acaricien, les canten, les proporcionen un ambiente cálido y seguro para lograr un desarrollo óptimo.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Anteriormente se creía que el C.I. era determinante para saber si una persona tendría éxito en la vida, un test podría marcar el futuro de su éxito académico y profesional. Sin embargo, hace ya varios años que desde el ámbito empresarial se dieron cuenta de que son otras capacidades las necesarias para el éxito en la vida. Y esas no las medía ningún test de inteligencia.

Las emociones tienen mucha importancia en nuestra vida cotidiana ya que la mayoría de las veces marcan todas nuestras decisiones casi sin percatarnos. La mayoría de nuestras decisiones están tintadas (si no dominadas) por las emociones. Ante esto hay que admitir que hay gente con un dominio de su vida emocional mucho mayor que otra. Y es curioso ver que poca correlación hay entre la Inteligencia clásica y la Inteligencia Emocional.

La inteligencia emocional es un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados mentales, etc., y que puede definirse como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones.

Componentes de la Inteligencia Emocional: Según Daniel Goleman los principales componentes de la inteligencia emocional son:

1. **AUTOCONOCIMIENTO EMOCIONAL (O CONCIENCIA DE UNO MISMO)**
: Se refiere al conocimiento de nuestras propias emociones y cómo nos afectan. Es muy importante conocer el modo en el que nuestro estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, cuales son nuestras virtudes y nuestros puntos débiles.

2. **AUTOCONTROL EMOCIONAL (O AUTORREGULACIÓN)** El autocontrol nos permite no dejarnos llevar por los sentimientos del momento. Es saber reconocer que es pasajero en una crisis y qué perdura.

3. **AUTOMOTIVACIÓN.** Dirigir las emociones hacia un objetivo nos permite mantener la motivación y fijar nuestra atención en las metas en lugar de en los obstáculos. En esto es necesaria cierta dosis de optimismo e iniciativa, de forma que seamos emprendedores y actuemos de forma positiva ante los contratiempos.

4. **RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES AJENAS (O EMPATÍA)** Las relaciones sociales se basan muchas veces en saber interpretar las señales que los demás emiten de forma inconsciente y que a menudo son no verbales. El reconocer las emociones ajenas, aquello que los demás sienten y que se puede expresar por la expresión de la cara, por un gesto, por una mala contestación, nos puede ayudar a establecer lazos más reales y duraderos con las personas de nuestro entorno.

5. **RELACIONES INTERPERSONALES (O HABILIDADES SOCIALES)** Cualquiera puede darse cuenta de que una buena relación con los demás es una de las cosas más importantes para nuestras vidas y para nuestro trabajo. Y no solo tratar a los que nos parece simpáticos, a nuestros, amigos, a nuestra familia.

INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

Howard Gardner define la inteligencia como la capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas. Al definir la inteligencia como una capacidad Gardner la convierte en una destreza que se puede desarrollar.

Gardner no niega el componente genético. Todos nacemos con unas potencialidades marcadas por la genética. Pero esas potencialidades se van a desarrollar de una manera o de otra dependiendo del medio ambiente, nuestras experiencias, la educación recibida, etc.

Howard Gardner añade que igual que hay muchos tipos de problemas que resolver, también hay muchos tipos de inteligencia. Howard Gardner y su equipo de la universidad de Harvard han identificado ocho tipos distintos:

1. **INTELIGENCIA LÓGICA-MATEMÁTICA:** La capacidad para usar los números de manera efectiva (por ejemplo cuantificar indicadores) y razonar adecuadamente (usar los datos estadísticos en la toma de decisiones). Esta inteligencia incluye la sensibilidad a los esquemas y relaciones lógicas, las afirmaciones y las proposiciones (si-entonces, o causa-efecto), las funciones y otras abstracciones relacionadas. Los tipos de procesos que se usan al servicio de la inteligencia lógico-matemática incluyen: la categorización, la clasificación, la inferencia, la generalización, el cálculo y la demostración de hipótesis.

2. **INTELIGENCIA LINGÜÍSTICA:** Es la capacidad de usar las palabras de manera efectiva, sea de manera oral o de manera escrita (la utilización de textos explicativos de diversa índole, una redacción libre o temática) Es la que tienen los escritores, los poetas, los buenos redactores. Utiliza ambos hemisferios.

3. **INTELIGENCIA ESPACIAL:** La habilidad para percibir de manera exacta el mundo visual-espacial y de ejecutar transformaciones sobre esas percepciones: Es la capacidad de pensar en tres dimensiones. Permite percibir imágenes externas e internas, recrearlas, transformarlas o modificarlas, recorrer el espacio o hacer que los objetos lo recorran y producir o decodificar información gráfica.

4. **INTELIGENCIA MUSICAL.** La capacidad de percibir, discriminar, transformar y expresar las formas musicales. Esta inteligencia incluye la sensibilidad al ritmo, el tono, la melodía, el timbre o el color tonal de una pieza musical. (Por ejemplo puede también aplicarse la variación del ritmo y el tono de voz de una alocución).

5. **INTELIGENCIA CORPORAL – KINESTÉSICA:** La capacidad para usar todo el cuerpo para expresar ideas y sentimientos (por ejemplo la expresión del reconocimiento a un empleado por mejoras en los procesos) y la facilidad en el uso de las propias manos para producir o transformar cosas (por ejemplo un artesano o un escultor). Esta inteligencia incluye habilidades físicas específicas como la coordinación, el equilibrio, la destreza, la fuerza, la flexibilidad y la velocidad, así como las capacidades auto perceptivas, las táctiles y la percepción de medidas y volúmenes.

6. **INTELIGENCIA INTRAPERSONAL:** La inteligencia intrapersonal consiste, en el conjunto de capacidades que nos permiten formar un modelo preciso y verídico de nosotros mismos, así como utilizar dicho modelo para desenvolvernó de manera eficiente en la vida. Las tres capacidades en las que se fundamenta la inteligencia intrapersonal son las siguientes:

- * La capacidad de percibir las propias emociones
- * La capacidad de controlar las propias emociones
- * La capacidad de motivarse a uno mismo

7. **INTELIGENCIA INTERPERSONAL:** La inteligencia interpersonal es la que nos permite entender a los demás. La inteligencia interpersonal es mucho más importante en

nuestra vida diaria, porque es la que determina la elección de la pareja, los amigos y, en gran medida, nuestro éxito en el trabajo o en el estudio. La inteligencia interpersonal se basa en el desarrollo de dos grandes tipos de capacidades, la empatía y la capacidad de manejar las relaciones interpersonales.

La empatía es el conjunto de capacidades que nos permiten reconocer y entender las emociones de los demás, sus motivaciones y las razones que explican su comportamiento. La empatía supone que entramos en el mundo del otro y vemos las cosas desde su punto de vista, sentimos sus sentimientos y oímos lo que el otro oye. La capacidad de manejar las relaciones interpersonales.

Cuando entendemos al otro, su manera de pensar, sus motivaciones y sus sentimientos podemos elegir la manera más adecuada de presentarle nuestro mensaje. La capacidad de comunicarnos es la que nos permite organizar grupos, negociar y establecer conexiones personales.

8. INTELIGENCIA NATURALISTA: Consiste en observar los modelos de la naturaleza, en identificar y clasificar objetos y en comprender los sistemas naturales y aquellos creados por el hombre.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Las áreas de intervención de la psicología de la salud

1. Promoción de un estilo de vida saludable.
2. Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
3. Tratamiento de enfermedades específicas, como las mencionadas más arriba. En ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

¿Cómo influyen los factores psicológicos en la enfermedad física?

EL ESTRÉS La respuesta ante el estrés se refiere al modo como afrontamos aquello que consideramos peligroso o que supone una amenaza para nosotros (estresor). Aunque algunos estresores son comunes y producen reacciones similares en todas las personas

(por ejemplo, el ataque de un oso), la mayoría de los estresores de nuestra vida diaria son, en gran parte, subjetivos, de modo que lo que resulta estresante para una persona puede no serlo para otra. Esta diferencia depende del modo en que las personas interpretan los acontecimientos; es decir, de lo que piensan respecto a ellos.

Una vez que se percibe una amenaza a nuestro bienestar psicológico o físico (real o imaginada), se ponen en marcha varios mecanismos fisiológicos. Por un lado, debido a la activación del sistema nervioso simpático, se liberan las hormonas llamadas adrenalina y noradrenalina cuya función es la de preparar el organismo para la huida o la lucha ante una amenaza (aumenta el metabolismo, aumenta el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, aumenta la sudoración, mejora el flujo de oxígeno a los músculos principales, etc). Es lo que suele llamarse ansiedad (cuando es intenso) o nerviosismo (cuando es más leve). Cuando esta respuesta se vuelve crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo.

Por otro lado, ante el estrés se produce también la liberación de otras hormonas llamadas glucocorticoides. Estas hormonas intervienen en el metabolismo de la glucosa, que es la que proporciona energía al organismo (imprescindible para enfrentarnos a la amenaza) y tienen un efecto inhibitorio sobre el sistema inmunitario. Esta respuesta es adaptativa a corto plazo, ya que al suprimirse la respuesta de sistema inmunitario se suprime el desarrollo de la inflamación, la cual podría mermar nuestra habilidad para luchar o huir del peligro. Sin embargo, si el estrés se hace crónico, la presencia continuada de glucocorticoides puede tener un efecto negativo, debilitando el sistema inmunitario y favoreciendo de este modo la aparición de numerosas enfermedades. En otros estudios se ha visto cómo el estrés continuado acaba dando lugar a una disminución de la sensibilidad a los glucocorticoides, de modo que se produciría la respuesta inversa: una sobre activación del sistema inmunitario y, por tanto, de la respuesta inflamatoria, aumentando la probabilidad de enfermedades que se caracterizan precisamente por una respuesta inflamatoria excesiva, como artritis, alergias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades reumáticas, etc. En estos momentos, es probable que la depresión haya sustituido a la ansiedad inicial.

HÁBITOS Y COMPORTAMIENTOS Los hábitos y estilos de vida poco saludables como el tabaco, el alcohol en exceso, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, la falta de sueño, etc. influyen también en la fisiología del organismo y contribuyen a la aparición de la enfermedad o bien a la aparición de problemas psicológicos que, a su vez, contribuyen a la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, el tabaco puede producir directamente una bronquitis crónica, o bien puede producir síntomas como aumento crónico del ritmo cardíaco y náuseas, lo cual a su vez, aumenta la sensación de nerviosismo general y la predisposición a sentir ansiedad. Si esta persona interpreta estos síntomas de ansiedad como algo muy desagradable y negativo, es posible que se sienta aún más ansiosa al notar dicha ansiedad, con lo cual esta aumenta, afectando, a su vez, al organismo como hemos explicado en el apartado 1. Es decir, se trata de un mecanismo circular en el que comportamiento, emoción y fisiología se influyen unos a otros hasta producir la enfermedad.

La mejor y única estrategia para controlar este problema es la prevención, la que debe estar orientada a los grupos más vulnerables (niños menores) y realizada por las

personas más cercanas a ellos: sus padres y/o cuidadores directos (profesores, educadoras de párvulos).

1. PREVENCIÓN PRIMARIA es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso salud - enfermedad antes que el individuo se enferme. En otras palabras, son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades. Ejemplos de esto son la capacitación de monitores en escuelas y jardines infantiles, la educación a padres durante el control del niño sano y campañas nacionales de prevención de quemaduras.
2. PREVENCIÓN SECUNDARIA corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Incluye acciones de recuperación de la salud. Ejemplo de esto son las medidas que tomaron en la casa con el niño accidentado, antes de acudir al servicio de urgencia, tiempo transcurrido desde el accidente y la consulta, primera curación realizada, entre otras acciones.
3. PREVENCIÓN TERCIARIA se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a las personas a fin de que puedan utilizar sus capacidades y de esta manera, reintegrarse a la sociedad. Con el niño quemado este nivel de prevención es de gran relevancia, ya que de éste va a depender el grado de autovalencia y reinserción a la sociedad. Es así como el trabajo de kinesiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y educadores, entre otros es imprescindible, para que un niño secueado tanto física como psicológicamente, pueda nuevamente realizar las actividades que llevaba a cabo antes del accidente.

PSICOLOGÍA DEL DESASTRE

Los desastres no son emergencias de gran magnitud ni viceversa, podemos decir que las emergencias son situaciones inesperadas que comprometen la vida y la integridad física de una o de varias personas y que demandan una intervención especializada.

Recientemente se ha estudiado y analizado el manejo de las emergencias y desastres en forma sistemática como una secuencia cíclica con etapas interrelacionadas, dichas etapas son conocidas como la prevención, la mitigación, la preparación, la alerta, la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción, a su vez cada una de estas se pueden agrupar en tres grandes fases de estudio estas son: el antes, el durante y el después.

La psicología en emergencias y desastres se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan desde principios del siglo XX y que han ido evolucionando desde los estudios eminentemente descriptivos e individuales hasta trabajos de corte sociológicos y estadísticamente significativos hasta la propuesta de técnicas específicas de intervención.

El interés por el estudio del comportamiento humano en situaciones de emergencias y desastres podemos decir que se remonta a principios de siglo con el trabajo de Eduard Stierlin (1909) de Zurich el cual investigó a 21 sobrevivientes de un accidente en una mina en 1906 y a 135 personas dos meses después del terremoto de Messina Italia en 1908.

Sin embargo el estudio que se considera pionero es del Médico psiquiatra E. Lindermann (1944) EU el cual trabajo con los sobrevivientes y sus familias de las víctimas del incendio del club nocturno Coconut Grove en Boston. Su informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtió en la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo.

Fue precisamente que partiendo de estos principios que Gerald Caplan integrante también del Massachusetts General Hospital y del Harvard School of Public Health, que formulo el significado de la crisis en la vida.

Las investigaciones descriptivas van descubriendo posteriormente que las reacciones de las víctimas no son iguales durante el impacto del evento y posterior a este en este sentido Friedman y Linn (1957) EU, trabajando con los sobrevivientes del barco "Andrea Dorian" describe que al tratar con víctimas de sucesos traumáticos se debe de tener en cuenta sus diferentes respuesta a las fases de "Choque inicial" y la "Recuperación" en una situación de desastre.

Lifton Robert (1967) EU, empieza a describir la conducta que se presenta en las fases o periodos posteriores al impacto del desastre iniciando su inquietud con el estudio de los problemas psicológicos a largo plazo que se presentaron después del bombardeo atómico en Hiroshima.

La Asociación de Psiquiatría Americana (1970) publica un manual de "Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes" el cual es traducido y adaptado en el Perú por el Medico Psiquiatra Baltazar Caravedo, Asesor en Salud Mental de la Dirección General de Servicios Integrados de Salud del Ministerio de Salud del Perú; en el cual se describen diversos tipos de reacciones clásicas a los desastres así mismo se exponen los principios básicos que se deben de tener en cuenta para la ayuda a las personas "perturbadas emocionalmente".

El conocimiento, comprensión e interpretación de las reacciones psicológicas de las víctimas sean estas como sujetos individuales o en su conjunto como colectivo de una sociedad se basan en un conjunto de constructos teóricos que van desde el modelo explicativo del estrés basado en las respuestas psicológicas de los individuos durante situaciones de desastres o eventos traumáticos elaborado por Janis (1954), pasando por los descubrimientos clásicos de Selye y su Síndrome General de Adaptación(1976), el enfoque taxonómico de las consecuencias del estrés de Cox (1978), que abarca los efectos subjetivos, conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales, hasta los últimos descubrimientos del Estrés Trauma y su capacidad para el cambio del contenido bioquímico cerebral (Jhon Everlin, 1997).

Otra de las columnas vertebrales que sustentan la estrategias de la intervención en emergencias y desastres tiene que ver con la teoría de la crisis de Gerald Caplan (1964),Baldwin (1979), Lazarus (1980), Slaikeu (1984) entre otros y dentro de la teoría general de la crisis el concepto de las "crisis circunstanciales de la vida" descrito por Lidermann (1944) y Karl Slaikeu (1988) que la describe por su carácter de ser inesperada, tener calidad de urgencia, tener un impacto potencial sobre comunidades enteras y e incluir los conceptos de peligro y oportunidad, todos estos elementos son comunes a las situaciones de emergencias y desastres. Así mimo junto con los conceptos de la crisis están los de las teorías sobre el manejo del duelo (Kubeler-Ross 1969),la

experiencia del trabajo con pacientes terminales víctimas de la erupción volcánica de Armero en Colombia (Isa Fonnergra 1985), el trabajo con los deudos de las víctimas del atentado a la colonia Judía en Argentina(Jacinto Imbar 1997).

Complementando estos conceptos estan los postulados de clasificación de las víctimas sostenido por Taylor y Frazer (1981-1987) los cuales conceptúan como víctimas de primer grado a las que sufren el impacto directo de las emergencias o desastres, sufriendo perdidas materiales o daño físico, las víctimas secundarias serían los familiares o amigos de las anteriores, las víctimas de tercer grado serian los integrantes de los equipos de primera respuesta, las víctimas de cuarto grado sería la comunidad que se ve afectada en su conjunto, las víctimas de quinto grado las personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación y las víctimas de sexto grado son aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos en ellos son los sentimientos de culpa los principales los principales causantes de los problemas psicológicos desde el punto de vista psicosocial están los aportes de los conceptos del "soporte social" o "Redes de soporte social" y su importancia para ayudar a las personas a superara situaciones de crisis y facilitar la rehabilitación y reconstrucción posterior a un desastre Turner (1983), Sarason (1983), Rook y Dooley (1985), Lefcourt (1984), Mitchell (1983), Darío Páez (1986), entre otros.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Entendemos a la Psicología en emergencias y desastres como aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como de la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, estudiando como responden los seres humanos ante las alarmas y como optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptativas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción.

El objeto de estudio de la Psicología en emergencias y desastres esta en función a los conceptos teóricos anteriormente planteados y son las víctimas en sus seis amplias categorías y en función a los grupos etarios a los que pertenecen así como los grupos poblacionales involucrados en cada una de las tres fases de los desastres y en cada una de sus etapas interrelacionadas.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN: La psicología de emergencias y desastres viene utilizando estrategias de intervención psicológica adaptadas para la ayuda a las víctimas en todas sus amplias categorías pudiéndose mencionar algunas de ellas:

- **PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Se trata, generalmente, de una *terapia breve* cuyo principal objetivo es dar apoyo ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita. La teoría está basada en los trabajos de

Lindemann y Caplan, posteriormente fueron ampliados, desarrollados y modificados por L. Rapaport, N. Parád, D. Kaplan, Jacobson, M. Strickler y P. Sifneos. El modelo de intervención en crisis es planteado por Slaikeu, retomado por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez..

Lindemann y Caplan establecieron un programa de Salud Mental en el área de Harvard precisaron los aspectos más importantes de la Salud Mental: *el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad*. Así mismo, menciona que para evaluar dichos aspectos del yo, es necesario basarse en las siguientes áreas:

- 1.- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
- 2.- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
- 3.- El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

PRINCIPIOS CLINICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS:

1. **Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas, se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
2. **Metas:** ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
3. **Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (como un sistema red de amigos). Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

CARACTERÍSTICAS	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE 1ª. INSTANCIA:	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE 2ª INSTANCIA:
-----------------	--	--

	PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	TERAPIA MULTIMODAL
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas.	De semanas a meses.
¿Por parte de quién?	Protectores de vanguardia (Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y orientadores terapeutas (Formación en Salud Mental: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas?	Restablecer el enfrentamiento inmediato; dar apoyo de contención; reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda (Terapia Multimodal o Asistencia Médica).	Resolver la crisis, reelaborar o translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente de trauma de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.	Terapia multimodal para crisis (CASIC).

5 COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS:

1. Realización del contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A sí mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales).

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona **sienta** que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3.Sondear las posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4.Asistir en la ejecución de pasos concretos: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5.Seguimientos para verificar el progreso. Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de *los Primeros Auxilios Psicológicos*: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo

- TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS EN ALBERGUES, ESCUELAS O CENTROS COMUNALES MANEJO PSICOLÓGICO DEL DUELO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
- TÉCNICAS DE DEBRIFING, DEFUSING Y DESMOVILIZACIÓN PSICOLÓGICA PARA EL MANEJO DE INCIDENTES CRÍTICOS
- TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BOURNUT Se trata de un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento. síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En las mismas fechas, la psicóloga social **Cristina Maslach**, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de

“Sobrecarga emocional” o *síndrome del Burnout* (quemado.) Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Incluye:

Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales

Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal

Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

- TERAPIA Y DINÁMICA DE GRUPO PARA ADULTOS EN ALBERGUES Y REFUGIOS
- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA ORIENTADAS A LA RECUPERACIÓN DE LAS REDES DE SOPORTE SOCIAL Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES PARA LA NEUTRALIZACIÓN DEL RUMOR Y EL MANEJO EFICIENTE DE LA COMUNICACIÓN.

CAMPOS DE DESARROLLO

La psicología de emergencias y desastres como especialidad abre nuevos campos ocupacionales relacionados al área de su interés de esta manera tenemos que los psicólogos emergencistas pueden desempeñarse en:

Los equipos de primera respuesta integrándolos como psicólogo del equipo participando en sus programas de capacitación, diseñando programas de contención psicológica en las operaciones ayudándolos en la vuelta a la rutina del trabajo y del hogar posterior a la participación en emergencias y/o desastres.

En las emergencias hospitalarias y en sus diversas áreas como el triage, recepción, observación, cuidados intensivos, cuidados intermedios, hospitalización, aplicando las técnicas de intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos tanto a los pacientes como a los familiares de estos, así como orientándolos en la consecución de ayuda complementaria y asistencia social, finalmente trabajando con los equipos de salud en la prevención del síndrome de Bournunt.

Como especialista en el área de la prevención de accidentes en el campo organizacional y fuerzas armadas, desarrollando programas de sensibilización y motivación destinados al cambio cognitivo comportamental con la finalidad de que se incorporen los principios de la seguridad en su trabajo diario.

Como consultor en el sector educación en temas relacionados a la Defensa Civil en Centros Educativos, organizando la capacitación para docentes y alumnos, asesorando en la implementación de estrategias psicoeducativas para la enseñanza de la Defensa Civil, así como la atención a los niños y adolescentes víctimas de emergencias y desastres.

Como docente especialista en las escuelas de formación de paramédicos, bomberos, voluntarios de la Cruz Roja y Brigadistas de la Defensa Civil, así como en programas diversos de capacitación de entidades gubernamentales y no gubernamentales. Como especialista consultor para la Defensa Civil, Cruz Roja, y otras organizaciones ligadas a las emergencias y desastres.

USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

PROCESADOR DE TEXTO

La función de un procesador de palabras es simplificar la tarea de escribir, editar e imprimir un documento. También mejora la producción personal permitiendo la duplicación de un documento sin tener que escribirlo nuevamente. Además, permite recuperar el documento rápidamente. El usuario puede ver el documento en la pantalla, leerlo, corregirlo y cambiarlo antes de imprimirlo. También puede guardar el documento en un disco y recuperarlo más tarde para hacerle leves cambios o usarlo de nuevo en el futuro. Igualmente, puede cotejar y corregir el deletreo y sugerir sinónimos. Ahorra mucho tiempo, consta de 5 aplicaciones para crear diferentes tipos de documentos:

- **Writer:** procesador de texto.
- **Calc:** aplicación para crear hojas de cálculo.
- **Draw:** programa de dibujos vectoriales orientado a objetos.
- **Impress:** herramienta para diseñar presentaciones.
- **Math:** aplicación para crear fórmulas y ecuaciones matemáticas.

En la ventana principal encontramos las siguientes zonas:

- **Barra de menú.** Para acceder a cualquiera de las funciones que proporciona el procesador de texto.
- **Barras de utilidades.**
 - **Barra de funciones.** Contiene botones para crear un nuevo documento, imprimirlo, guardarlo, etc.
 - **Barra de objetos.** Contiene botones para cambiar el formato del texto, ponerlo en negrita, cursiva, cambiarle el color, etc.
 - **Barra de herramientas.** Contiene botones que proporcionan utilidades como la corrección ortográfica, inserción de una tabla, etc.
 - **Barra de hiperenlaces.** Contiene botones de navegación, un cuadro de texto donde especificar la dirección a donde se desea ir, botón de búsquedas, etc.
- **Zona del documento.** Es el área de trabajo, la zona para escribir el documento.
- **Barra de estado.** Contiene información general del estado de la aplicación, número de página, estilo utilizado en la zona visualizada, etc.

La apariencia de la ventana principal puede cambiarse, por ejemplo mostrando u ocultando

las barras de utilidades. Pulsando en Ver - > Barras de símbolos aparece un submenú con

las barras de utilidades, aquellas que tienen el símbolo ✓ se muestran en la ventana


principal. Para mostrar/ocultar una barra de utilidades, pulsar sobre Ver - > Barra de


símbolos - > Barra que deseo modificar para activar/desactivar su visualización.

Mi primer documento.


Al arrancar OpenOffice aparece una página en blanco sobre la que se puede comenzar a escribir.


Los botones de la barra de objetos se utilizan para cambiar la apariencia de la letra o fuente del texto, véase figura 1.2. Para utilizar cualquiera de estos botones, primero tenemos que seleccionar el texto sobre el que desea aplicar la acción de un botón y después pulsar sobre dicho botón. Por ejemplo, para poner en negrita una palabra del texto primero seleccionamos la palabra y después pulsamos sobre el botón que cambia a negrita.

Sin embargo, cuando el documento tiene cierto tamaño, no es recomendable cambiar el formato del texto directamente. Es mucho mejor utilizar estilos .

Una vez escrito el documento normalmente lo guardaremos para poder recuperarlo en otro momento. Para guardarlo podemos usar el menú Archivo-  Guardar o bien utilizar el botón correspondiente de la barra de funciones, ver figura

Es importante fijarse en el tipo de archivo que está seleccionado cuando guardamos el documento, ya que determinará el formato utilizado (también la extensión del archivo) y por tanto el programa con el que después podremos abrirlo de nuevo.

Para abrir un documento se puede utilizar el botón correspondiente de la figura 1.3 o bien la entrada de menú Archivo-  Abrir.

Si se desea generar un nuevo documento también se puede realizar de dos formas, usando el botón correspondiente de la figura 1.3 o usando la entrada del menú Archivo-  Nuevo. Si nos fijamos en el botón Nuevo de la figura 1.3 vemos que tiene un triángulo verde, esto significa que el botón tiene 2 comportamientos dependiendo de la pulsación realizada con el botón izquierdo del ratón sobre el mismo:

- Pulsación larga sobre el botón: despliega un menú con todas las posibles acciones relacionadas con ese botón. En el caso del botón nuevo genera el menú que se muestra en la figura 1.4.
- Pulsación corta sobre el botón: realiza la última acción que se llevó a cabo al pulsar ese botón. En el caso del botón nuevo si no se ha pulsado anteriormente, tiene configurado crear un nuevo documento de texto de OpenOffice.org.

Vamos a ver ahora los diferentes tipos de listas y sus configuraciones:

- **Listas** Las listas son relaciones de elementos que suelen escribirse con un símbolo al comienzo de cada párrafo, llamado viñeta. Para seleccionar el símbolo o viñeta

utilizaremos la entrada de menú Formato - > Numeración/Viñetas. Seleccionando la pestaña Viñetas o Imágenes podremos configurar el símbolo que se utilizará al principio de cada párrafo.

- **Enumeraciones** Las enumeraciones son listas que no usan viñetas como símbolos al comienzo de los párrafos, sino números correlativos. La barra de objetos proporciona un botón para crear enumeraciones con un aspecto predefinido. Para

cambiar el tipo de numeración se utiliza la entrada de menú Formato- > Numeración/Viñetas seleccionando la pestaña Tipo de numeración.

- **Esquemas numerados** Los esquemas numerados son varias enumeraciones con jerarquía, es decir, información con varios niveles de anidamiento para formar un esquema. Para utilizar los esquemas numerados usaremos la entrada de menú

Formato- > Numeración/Viñetas y seleccionaremos la pestaña Esquema. Con la pestaña Opciones se podrá configurar el aspecto de cada uno de los niveles de anidamiento.

Para aumentar el nivel de enumeración cuando se está escribiendo el esquema se utiliza la tecla Tabulador; para disminuirlo se usa la combinación de teclas May+Tabulador. También pueden realizarse estas funciones usando la barra de objetos. Para ello, previamente debe pulsar sobre el botón "Barra de objetos de numeración" que aparece en la parte derecha de la barra de objetos. Esta acción mostrará la barra de la figura 1.6, a través de la cuál se tendrá acceso a funciones relacionadas con listas: bajar/subir niveles, insertar entradas sin número, desplazar verticalmente niveles, reiniciar numeración, etc.

Para terminar de escribir la lista y volver al modo habitual de escritura, hay que usar el botón Activar/Desactivar Numeración de barra de objetos o utilizar la entrada de menú

Formato- > Numeración/Viñetas, seleccionar la pestaña tipo de numeración y pulsar sobre el botón Eliminar.

Encabezado y pie de página

Para crear un encabezado se utiliza la entrada del menú Insertar- > Encabezamiento. Esta acción generará un cuadro de texto al principio de cada página, todo lo escrito en ese cuadro se reflejará en todas las páginas del documento.

Para crear un pie de página se usa la entrada del menú Insertar- > Pie de página. Esta acción creará un cuadro de texto al final de cada página. Al igual que en el encabezado, todo lo escrito en el pie de página se verá reflejado en todas las páginas del documento.

La configuración tanto del encabezado como del pie de página puede realizarse a través del menú Formato- > Página.

Nota al pie

Para insertar una nota al pie se puede utilizar la entrada de menú Insertar- > Nota al pie. Aparecerá una la ventana "Insertar nota al pie" para la configuración de sus características. Una vez definida la configuración se creará una caja al final de la página (o del documento, si se ha configurado de esta otra forma) para insertar el texto correspondiente a la nota.

Tablas

Para crear una tabla se puede realizar a través del menú Insertar- > Tabla o a través del botón insertar de la barra de herramientas, situada en vertical en la zona izquierda de la ventana. En la ventana "Insertar tabla" se pueden configurar características de la tabla, entre ellas, el número de filas y de columnas.

Una vez configurada, la tabla aparece dentro del documento en la posición donde se encontraba el cursor. Para rellenar las celdas, sólo hay que posicionar el cursor en cada celda (que puede hacerse utilizando el ratón o bien pulsando la tecla tabulador dentro de una celda para que se seleccione la siguiente).

Trabajando con imágenes

Para insertar una imagen en un documento usaremos la entrada de menú Insertar- >

Imagen- > De Archivo. Aparecerá una ventana que nos permitirá navegar por el árbol de subdirectorios hasta encontrar la imagen que deseamos insertar.

El procesador de palabras ayuda a producir documentos, tales como: informes, cartas, papeles y manuscritos. Muchas personas lo utilizan para la correspondencia; los estudiantes lo usan para escribir informes y monografías; los escritores lo usan para escribir novelas; los periodistas lo usan para crear nuevas historias, y los científicos lo usan para crear informes de investigación.

Los procesadores de palabras de hoy en día utilizan un menú horizontal. Cada opción de este menú posee los "pop-up menus" o menús verticales. Además, poseen los "toolbars" que son herramientas de acceso gráfico de los menús. Algunas de las herramientas más utilizadas son: "standard" y "formatting". También, poseen una regla que ayuda en el ajuste de los márgenes o tabuladores.

Los procesadores de palabras más utilizados son: Microsoft Word, Word Perfect, Works y Word Star. A continuación se presentan las teclas, los menús, los botones y los mandatos más usados en Microsoft Word.

HOJA DE CÁLCULO

Son programas creados para convertir información desorganizada en datos organizados y realizar cálculos con ellos. Los datos se organizan en filas y columnas, formando una cuadrícula compuesta de celdas. En estas celdas se introducen texto, datos numéricos, fórmulas, datos de tipo fecha, etc.

Con estos datos se pueden realizar operaciones matemáticas y de ordenación. Las fórmulas se recalculan cuando se modifican los datos.

Una hoja de cálculo es la conversión electrónica del conjunto formado por una hoja en blanco, un lápiz, una goma de borrar y una calculadora muy potente. Una hoja electrónica es un programa orientado a la gestión numérica. Se trata de simular un determinado suceso, representado por números que dependen unos de otros a través de fórmulas o expresiones, para llegar a conclusiones que ayuden a la toma de decisiones.

Se define una hoja electrónica como una matriz formada por filas y columnas. La intersección de una fila y una columna es denominada celdilla o celda. Las celdillas están relacionadas, permitiendo realizar cálculos manual o automáticamente, escribir textos y copiar fórmulas.

En cada celdilla se pueden introducir tres clases de datos: textos o entradas alfanuméricas, entradas numéricas y fórmulas o expresiones. Las celdillas con entradas alfanuméricas o numéricas forman el conjunto de entrada independiente, ya que su valor no depende de ninguna otra posición de la hoja. Las celdillas cuyos contenidos son fórmulas o expresiones constituyen el conjunto de entradas dependientes, el resultado depende del contenido de otras posiciones o de algún otro parámetro.

HOJA ELECTRÓNICA

La hoja electrónica es una hoja de cálculo que permite la manipulación de datos arreglados en filas y columnas. Las columnas están representadas por letras y las filas por números. La intersección de la columna y la fila se conoce como la celda. La dirección de la celda es la letra (o las letras) de la columna con el número de la fila. Ejemplo: la dirección de la celda que queda en la segunda fila y la cuarta columna es D2.

Una celda puede contener texto, un número o una fórmula que establece una relación con otras celdas, o sea que, puede trabajar con datos alfanuméricos, numéricos y lógicos. Cada vez que se cambia el contenido de una celda, la hoja electrónica libera de lo tedioso de hacer calcular nuevamente a mano, ahorrando una gran cantidad de tiempo. Algunos ejemplos de funciones son: SUM, AVERAGE, LOOKUP, COUNTIF. La forma correcta de presentar una fórmula que utiliza una función es a través de los siguientes pasos: colocar el símbolo = de es igual 2. escribir la función, Ejemplo: SUM calcular dentro del paréntesis las celdas que definen el rango a sumarse. Ejemplo: (A1:A10) o (A1:F1) Al final debe de quedar de la siguiente manera: =SUM(A1:A10) Esta fórmula suma las celdas desde la A1 hasta la A10, por lo tanto, está sumando las celdas en la columna A=SUM(A1:F1) Esta fórmula suma las celdas desde la A1 hasta la F1, por lo tanto, está sumando las celdas en la fila número uno.

La hoja electrónica permite crear gráficas para representar los datos que se encuentren en la hoja. Las gráficas pueden ser de varios tipos, tales como: lineales, circulares ("pie charts"), de barras verticales, horizontales y de tres dimensiones.

Como ejemplos de aplicaciones de las hojas electrónicas, se pueden mencionar: inventario, registro de datos, balanceo de chequera, planificación de producto,

requerimientos de materiales y labores, producción del informe del tiempo, presupuesto, adquisición y búsqueda de bienes raíces, análisis de bienes raíces y mercadeo, etc. Los paquetes complejos de hojas electrónicas pueden hacer comparaciones de lógica como "if-then-else" o pruebas de "less than/greater than". Estas operaciones se utilizan en tareas como el cálculo de nóminas.

Actualmente las hojas electrónicas utilizan un menú horizontal. Cada opción de este menú posee los "pop-up menus" o menús verticales. Además, poseen los "toolbars" que son herramientas de acceso gráfico de los menús. Algunas de las herramientas más utilizadas son: "standard, formatting, "chart" y "drawing". También, poseen una barra de fórmula que ayuda en la corrección de errores de fórmulas o textos y nos indica la posición del cursor.

La primera hoja electrónica en ser desarrollada se conoce como Visicalc, pero no es de uso común actualmente. Las hojas electrónicas más utilizadas son: Microsoft Excel y Lotus

BASE DE DATOS

La DBMS (Data Base Management System) es la herramienta que las computadoras utilizan para realizar el procesamiento y almacenamiento ordenado de los datos.

Una base de datos es una colección de datos o archivos relacionados de una manera estructurada, almacenados electrónicamente y pueden ser editados, unidos, organizados y hasta permite hacer búsqueda. Es un método de organizar información en un formato uniforme.

Las personas desarrollan las bases de datos para organizar, hacer búsqueda, desarrollar informes y acceder información. Para poder llevar a cabo estas funciones, controladas por los usuarios, se diseñó un programa llamado sistema de manejo de bases de datos o "Database Management System (DBMS)".

El DBMS es un programa de aplicación que ayuda a manejar los datos en más de un archivo a la vez. También permite definir la relación entre los tipos de records. La clave para que una base de datos sea efectiva está en el diseño de la estructura. Esta debe permitir que los datos puedan ser manipulados con flexibilidad y que suministre la información requerida que ayude a tomar decisiones correctas.

Pasos a seguir en el diseño de una base de datos:

- Identificar los datos que se van a recoger y almacenar.
- Decidir cómo organizar la información dentro de los campos
- Seleccionar los tipos de datos para cada campo.
- Identificar el formato para cada campo.
- Determinar el alcance para cada campo.
- Agrupar los campos.
- Ejemplos de Bases de Datos: Access, FoxPro, Approach.

SOFTWARE DE PRESENTACIÓN

Software que permite al usuario diseñar presentaciones para desplegarlas a través de la misma computadora o imprimir diapositivas y acetatos. Contienen opciones avanzadas para integrar efectos en cada cambio de diapositiva. Ejemplos: Presentation, Power Point.

NAVEGACIÓN EN SISTEMAS DE REDES

El Internet, algunas veces llamado simplemente "La Red", es un sistema mundial de redes de computadoras, un conjunto integrado por las diferentes redes de cada país del mundo, por medio del cual un usuario en cualquier computadora puede, en caso de contar con los permisos apropiados, acceder información de otra computadora y poder tener inclusive comunicación directa con otros usuarios en otras computadoras.

Fue concebido por la agencia de nombre ARPA (Advanced Research Projects Agency) del gobierno de los Estados Unidos en el año de 1969 y se le conocía inicialmente como ARPANET. El propósito original fue crear una red que permitiera a los investigadores en un Campus poder comunicarse a través de los sistemas de cómputo con investigadores en otras Universidades. Físicamente, el Internet usa parte del total de recursos actualmente existentes en las redes de telecomunicaciones. Técnicamente, lo que distingue al Internet es el uso del protocolo de comunicación llamado TCP/IP (Transmission Control Protocol/Internet Protocol).

WEB (WORLD WIDE WEB)

Es el universo de información accesible a través de Internet, una fuente inagotable del conocimiento humano. El componente más usado en el Internet es el Web. Su característica sobresaliente es el texto remarcado, un método para referencias cruzadas instantáneas. En la mayoría de los Sitios Web, ciertas palabras aparecen en texto de otro color diferente al resto del documento. Por lo general, este texto es subrayado. Al seleccionar una palabra o frase, uno es transferido al sitio o página relacionado a esa frase. En algunas ocasiones hay botones, imágenes, o porciones de imágenes que pueden activarse mediante un clic. Si Usted mueve el apuntador sobre el contenido del documento y el apuntador cambia a un símbolo con una mano, eso indica que Usted puede realizar un clic para ser transferido a otro sitio.

Usando el Web, se tiene acceso a millones de páginas de información. La exploración en el Web se realiza por medio de un software especial denominado Browser o Explorador. La apariencia de un Sitio Web puede variar ligeramente dependiendo del explorador que use. Así mismo, las versiones más recientes disponen de una funcionalidad mucho mayor tal como animación, realidad virtual, sonido y música.

PÁGINA WEB

Una página de Internet o página Web es un documento electrónico que contiene información específica de un tema en particular y que es almacenado en algún sistema de cómputo que se encuentre conectado a la red mundial de información denominada Internet, de tal forma que este documento pueda ser consultado por cualesquier persona que se conecte a esta red mundial de comunicaciones y que cuente con los permisos apropiados para hacerlo.

Una página Web es la unidad básica del World Wide Web. Una página Web tiene la característica peculiar de que el texto se combina con imágenes para hacer que el documento sea dinámico y permita que se puedan ejecutar diferentes acciones, una tras otra, a través de la selección de texto remarcado o de las imágenes, acción que nos puede conducir a otra sección dentro del documento, abrir otra página Web, iniciar un mensaje de

correo electrónico o transportarnos a otro Sitio Web totalmente distinto a través de sus hipervínculos.

Estos documentos pueden ser elaborados por los gobiernos, instituciones educativas, instituciones públicas o privadas, empresas o cualquier otro tipo de asociación, y por las propias personas en lo individual.

Sitio Web

Es un conjunto de archivos electrónicos y páginas Web referentes a un tema en particular, que incluye una página inicial de bienvenida, generalmente denominada home page, con un nombre de dominio y dirección en Internet específicos.

Empleados por las instituciones públicas y privadas, organizaciones e individuos para comunicarse con el mundo entero. En el caso particular de las empresas, este mensaje tiene que ver con la oferta de sus bienes y servicios a través de Internet, y en general para eficientar sus funciones de mercadotecnia.

Su Sitio Web no necesariamente debe localizarse en el sistema de cómputo de su negocio. Los documentos que integran el Sitio Web pueden ubicarse en un equipo en otra localidad, inclusive en otro país. El único requisito es que el equipo en el que residan los documentos esté conectado a la red mundial de Internet. Este equipo de cómputo o Servidor Web, como se le denomina técnicamente, puede contener más de un sitio Web y atender concurrentemente a los visitantes de cada uno de los diferentes sitios.

Los Sitios Web requieren de una dirección particular para que los usuarios puedan acceder a la información contenida en ellos. Estas direcciones, o URLs (por sus siglas en inglés Uniform Resource Locator), aparecen cotidianamente en todos los medios de comunicación como son prensa escrita, radio, televisión, revistas, publicaciones técnicas y en el propio Internet a través de los motores de búsqueda (por su denominación en inglés search engines). Los nombres de estos sitios Web obedecen a un sistema mundial de nomenclatura y están regidos por el ICANN (Internet Corporation for Assigned Names and Numbers).

Los Sitios Web pueden ser de diversos géneros, destacando los sitios de negocios, servicio, comercio electrónico en línea, imagen corporativa, entretenimiento y sitios informativos.

PORTAL

Portal es un término, sinónimo de puente, para referirse a un Sitio Web que sirve o pretende servir como un sitio principal de partida para las personas que se conectan al World Wide Web. Son sitios que los usuarios tienden a visitar como sitios ancla. Los portales tienen gran reconocimiento en Internet por el poder de influencia que tienen sobre grandes comunidades.

La idea es emplear estos portales para localizar la información y los sitios que nos interesan y de ahí comenzar nuestra actividad en Internet. Un Sitio Web no alcanza el rango de portal sólo por tratarse de un sitio robusto o por contener información relevante. Un portal es mas bien una plataforma de despegue para la navegación en el Web.

CORREO ELECTRÓNICO

El correo electrónico (email, electronic mail) es el intercambio de mensajes almacenados en computadora por medio de las telecomunicaciones. Los mensajes de correo electrónico se codifican por lo general en formato de texto ASCII (American Standard Code for Information Interchange). Sin embargo, se pueden también enviar archivos en otros formatos, tales como imágenes gráficas y archivos de sonidos, los cuales son transferidos como archivos anexos en formato binario. El correo electrónico representa una de las primeras aplicaciones del Internet y sigue siendo la de mayor uso. Un alto porcentaje del tráfico total en el Internet se debe al correo electrónico. El correo electrónico puede ser también intercambiado entre usuarios de proveedores privados de servicios en línea, tales como America On Line y Compuserve, y aquellos conectados a través de otros medios diferentes al Internet, redes públicas y privadas.

El correo puede ser enviado tanto a individuos en lo particular como a listas de distribución. Una lista de distribución puede ser administrada usando software especializado (e-reflector). Algunas listas de correo permiten a uno subscribirse con tan sólo enviar una solicitud a su administrador. Una lista de correo que se administra automáticamente se le nombra servidor de listas (list server).

El correo electrónico es uno de los protocolos incluidos dentro del TCP/IP (Transport Control Protocol/Internet Protocol), protocolo que gobierna la operación del Internet. Un protocolo comúnmente empleado para enviar correo electrónico es el SMTP (Simple Mail Transfer Protocol) y un protocolo muy popular para recibirlo es el POP3 (Post Office Protocol 3). Tanto Netscape como Microsoft incluyen un software básico para administración de correo junto con sus programas para navegación en el Web.

RED

En términos de tecnologías de información, una red es una serie de puntos o nodos interconectados por algún medio físico de comunicación. Las redes pueden interconectarse con otras redes y contener sub-redes.

La topología más común, o configuración general de redes, incluye el bus, la estrella, y las topologías token ring. Las redes se pueden clasificar también en términos de la separación física entre nodos, como redes de área local (LAN, local area network), redes de área metropolitana (MAN, metropolitan area network), y redes de área amplia (WAN, wide area network).

Una cierta clase de redes puede también ser clasificada por el tipo de tecnología de la transmisión de datos que se emplea. Por ejemplo, una red TCP/IP (Transport Control Protocol/Internet Protocol), o una red del tipo SNA (Systems Network Architecture); si transporta voz, datos, o ambas clases de señales; por quién puede utilizar la red (pública o privada); por la naturaleza de sus conexiones (conmutada, dedicada o no dedicada, o por conexión virtual); y por los tipos de conexiones físicas (por ejemplo, fibra óptica, cable coaxial, y par trenzado sin blindaje UTP). Las grandes redes de telefonía y las redes que usan su infraestructura (tal como el Internet) disponen de acuerdos para compartir e intercambiar recursos con otras compañías para formar redes mucho más grandes.

BUSCADOR O MOTOR DE BÚSQUEDA

Es un conjunto de programas coordinados que se encargan de visitar cada uno de los sitios que integran el Web, empleando los propios hipervínculos contenidos en las páginas Web para buscar y leer otros sitios, crear un enorme índice de todas las páginas que han sido leídas y registradas, llamado comúnmente catálogo, y mantener una copia actualizada de toda esta información, para luego presentar direcciones en Internet como resultado de las peticiones de búsqueda solicitadas por las personas que usan estos servicios de localización de páginas.

VIRUS

Un virus es un bloque de código de programación, generalmente disfrazado como un documento, que causa un efecto inesperado y por lo general indeseable al estar presente en un sistema de cómputo. Un virus se diseña con frecuencia para que se propague en forma automática hacia otros usuarios de cómputo. Los virus pueden ser transmitidos a través de documentos anexos en correo electrónico, como transferencias directas al bajar archivos de Internet, o al estar presentes en un disquete o un CD. El transmisor de estos archivos infectados a menudo no tiene conocimiento del virus.

Algunos virus manifiestan su presencia tan pronto como se ejecuta su código; otros permanecen latentes hasta que ciertas circunstancias hacen que su código sea ejecutado por el sistema de cómputo infectado. Algunos virus son inofensivos en su propósito y efecto, pero otros pueden ser enormemente dañinos, eliminando archivos o provocando que su disco, disquete o CD requiera ser formateado nuevamente, con la subsecuente pérdida parcial o total de su información.

COMPETENCIA ÉTICA

VALORES PROFESIONALES

PRINCIPIOS ÉTICOS Y AXIOLOGÍA

CÓDIGO ETICO DEL PSICOLOGO.

RESPONSABILIDAD

CAPÍTULO I. De los principios generales

El psicólogo deberá:

- Art.1 Tener presente que por el solo hecho de ingresar a la comunidad de psicólogos, se compromete a respetar estas normas y a promover una buena imagen de su profesión.
- Art.2 Ejercer su profesión en condiciones éticas y materiales que garanticen la calidad científica y profesional de la misma y los eminentes fines humanos que deben caracterizarla.
- Art.3 Respetar la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde actúe profesionalmente, y velar siempre por el bienestar individual y social en la prestación de servicios de toda índole.
- Art.4 Participar, desde el ámbito de su profesión, en la preservación y mejoramiento ecológicos.
- Art.5 Mantener dentro y fuera del ejercicio de la profesión, y aún en el ámbito de la vida privada, su dignidad personal y profesional.
- Art.6 Mantenerse en constante formación profesional y esforzarse por actualizar sus conocimientos en relación con el progreso de su disciplina.

- Art.7 Guardar el secreto profesional, que es inherente al ejercicio de la disciplina y obligatorio para proteger los intereses del individuo y de la sociedad según las modalidades de la actividad específica del psicólogo y conforme a las leyes generales en vigor.
- Art.8 Abstenerse de la exhibición pública de cualquier consultante, en prestaciones personales o mediante filmaciones, fotografías o grabaciones que no obedezcan a motivos científicos, y conservar, hasta donde sea posible, el anonimato del cliente.
- Art.9 Evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad.
- Art.10 Evitar asociarse profesionalmente con quien emplee métodos no científicos.
- Art.11 Colaborar en las actividades que puedan contribuir al desarrollo de la psicología como ciencia y como profesión.
- Art.12 Respetar, sin discriminación, los ideas políticas y religiosas y la vida privada, con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquiera otra característica personal de sus consultantes.
- Art.13 Abstenerse de utilizar cargos políticos, administrativos o gremiales para obtener ventajas y privilegios personales ilegítimos.
- Art.14 Evitar atribuirse o sugerir que tiene calificaciones profesionales, méritos científicos o títulos académicos que no posee.
- Art.15 Negarse a expedir certificados e informes basado sólo en la observación directa y personal, es decir, sin un estudio previo.

HONESTIDAD. Significa que no hay contradicciones ni discrepancias entre los pensamientos, palabras o acciones. Ser honesto con el verdadero ser y con el propósito de una tarea gana la confianza de los demás e inspira fe en ellos. Nunca hacer mal uso de lo que se nos confió. Honestidad es la conciencia clara “ante mí y ante los demás”. Honestidad es el reconocimiento de lo que está bien y es apropiado para nuestro propio papel, conducta y relaciones. Con honestidad, no hay hipocresía ni artificialidad que creen confusión y desconfianza en las mentes y en las vidas de los demás. La honestidad conduce a una vida de integridad, porque nuestro interior y exterior son reflejo el uno del otro.

El valor de la verdad le hace a uno digno de confianza:

Ser digno de confianza y confiar en los demás proporcionan la base y la conexión necesarias para que las relaciones sean nítidas. También es necesario compartir con honestidad los sentimientos y las motivaciones de cada uno. Cuando hay honestidad y limpieza, también hay cercanía.

Sin estos principios, ni los individuos ni la sociedad pueden funcionar. Una persona honesta es aquella que aspira a observar los códigos de conducta más elevados, que es leal a los principios benevolentes y universales de la vida y cuyas decisiones se basan en discernir claramente entre lo que es correcto y lo que es erróneo.

Tales personas se rigen por normas que dan guía y valor para comprender y respetar las conexiones sutiles del mundo en relación con su propia vida. Una persona honesta aprecia la interconexión del mundo natural y no malgasta, abusa ni desperdicia las riquezas de los recursos destinados al bienestar de la humanidad.

Una persona honesta no da por supuesto el derecho a disponer de los propios recursos, como la mente, cuerpo, riqueza, tiempo, talento o conocimientos. Honestidad

significa no hacer nunca un mal uso de lo que se nos confía. Siempre debe haber interés en usar los recursos de manera adecuada para las necesidades básicas humanas, morales y espirituales. Los recursos bien utilizados crean bienestar y se multiplican. La persona que está seriamente comprometida con el desarrollo y con el progreso mantiene la honestidad como un principio constante en la construcción de un mundo de paz, de abundancia, un mundo con menos desperdicios y mayor esplendor.

CONFIDENCIALIDAD

CAPÍTULO II. Del ejercicio libre de la profesión

RESPECTO A SU CLIENTELA, EL PSICÓLOGO ESTÁ OBLIGADO A:

- Art.16. Abstenerse de emplear la sollicitación directa o indirecta de sus clientes; Abstenerse de recurrir a la recomendación pública del establecimiento donde ejerce la profesión; Evitar el utilizar la inducción publicitaria para su elogio propio; Abstenerse de emplear agentes que alleguen consultantes; Evitar el recompensar pecunariamente de modo directo o indirecto a las personas que le recomiendan consultantes.
- Art. 17 Mantener la más alta calidad en la prestación de sus servicios, independientemente de la remuneración acordada con el consultante.
- Art. 18 Renunciar a diagnosticar, prescribir, tratar o aconsejar o un cliente, cuya problemática esté fuera del ámbito de su competencia.
- Art.19 Administrar las intervenciones que juzgue más seguras y menos onerosas, tanto en lo que se refiere a la carga económica como a los efectos secundarios o como laterales que impliquen, y proporcionar sólo los servicios profesionales necesarios.
- Art.20 Rehusar guiarse solamente por el interés pecuniario o personal en la prestación de sus servicios profesionales, y evitar la aceptación de casos que impliquen sostener principios contrarios a sus convicciones personales o científicas, o que puedan comprometer o limitar su independencia.
- Art. 21 Ajustar la remuneración de sus servicios profesionales o los recursos económicos de quien lo solicite.
- Art.22 Combatir la charlatanería y falta de profesionalismo en todos sus aspectos y denunciar los intentos de explorar la credibilidad y la buena fe del público.
- Art.23 Negarse a ofrecer servicio psicológico con fines de entretenimiento. La intervención o consulta mediante conferencias, demostraciones públicas, artículos de prensa o revista, programas de radio o televisión, correspondencia y otros medios impersonales, deberá realizarse sólo con fines didácticos o científicos, de orientación o de difusión profesional.
- Art.24 Comunicar sus conclusiones técnico- profesionales a los familiares o, en su caso, a la institución correspondiente, cuando considere necesario no hacerlo directamente al consultante.
- Art.25 Evitar un perjuicio al consultante cuando resulte indispensable suspender o discontinuar la prestación de sus servicios profesionales. Para ello, deberá advertirle su decisión con la debida anticipación y proporcionarle la información necesaria para que otro psicólogo o profesional afín prosiga la asistencia.
- Art.26 Guardar el secreto profesional en:
El conocimiento obtenido por causa de la profesión;
Las confidencias hechos por terceros al psicólogo, en razón de su profesión;

Las confidencias derivadas de relaciones con los colegas u otros profesionales

De lo anterior, se exceptúan los siguientes casos:

Aquellos en que actúan conforme a circunstancias previstas por la ley;

Aquellos en que se trate de menores de edad, y sus padres representantes legales, escuela o tribunal, requieran un informe cuyo fin evidente y comprobable sea brindarles ayuda;

En caso de que el psicólogo fuera acusado legalmente, podrá revelar el secreto profesional sólo dentro de los límites indispensables para su propia defensa;

Aquellos en que se actúe para evitar la comisión de un delito y prevenir daños morales o materiales que de él se deriven;

Aquellos en que el que consulta dé su consentimiento por escrito, para que los resultados sean conocidos por quien él autorice.

Art.27 Abstenerse de intervenir en asuntos que lo conduzcan a revelar el secreto profesional, o a utilizar las confidencias recibidas en el ejercicio de su profesión, salvo que obtenga el consentimiento previo y formal del consultante.

Art.28 Observar, cuando se trate de un trabajo profesional conjunto de dos o más psicólogos, que la obligación de guardar el secreto es igualmente proporcional en todos. La infracción o este principio acarreará una sanción sólo a los responsables directos o indirectos y no al grupo profesional, ni a la institución donde actúen.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS INDIVIDUOS CON QUIENES SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

CAPÍTULO III. De la investigación

D. De la comunicación

Art.42 Para las comunicaciones en materia de investigación, se tendrá en cuenta lo siguiente:

El desacuerdo con los resultados de una investigación o estudio no es razón admisible para silenciar su publicación;

Al publicar los resultados de la investigación, el autor se compromete a preservar la veracidad de los mismos;

Cuando se trate de trabajos de coparticipación formal y productiva, se requerirá la autorización de los participantes en lo mismo para su publicación. En el caso de haber oposición de alguno de los participantes se deberá aclarar explícitamente la posición del investigador disidente;

Permitir que se divulguen los resultados sobre los cuales haya desacuerdo entre los investigadores, el psicólogo deberá considerar cuidadosamente las consecuencias de la interpretación que el público pudiera hacer de las cuestiones relacionadas con esos hallazgos, y tomará las medidas necesarias para evitar que no existe un acuerdo al respecto;

La modestia y la discreción deben caracterizar las publicaciones del psicólogo y este no debe autorizar que se publiquen resultados sin tener la seguridad de que obtendrán una interpretación seria, imparcial y adecuada;

El autor es personalmente responsable de la divulgación de sus investigaciones y, por lo tanto, puede desautorizar toda publicación que no se ajuste a sus condiciones;

En el informe de su investigación, el psicólogo dará crédito a las instituciones y personas que hayan colaborado para su realización.

- Art.43 Al utilizar material o información perteneciente a instituciones deberá cumplir con los convenios hechos con éstas, y respetar los principios básicos de este código.

CAPÍTULO VI

De las relaciones entre colegas

- Art.61 Deberá existir entre los profesionales de la psicología un espíritu de colaboración y de respeto mutuo. Se abstendrán de subestimar a sus colegas y emplear su eventual conocimiento de antecedentes personales, ideológicos, políticos o de otra naturaleza que puedan ocasionar un perjuicio o desprestigio profesional o personal.
- Art.62 El psicólogo empleará la cortesía con sus colegas y les ayudará cuando no puedan atender sus tareas profesionales por causas de fuerza mayor.
- Art.63 Cuando el psicólogo reciba consultantes enviados por otro colega, deberá informarle por escrito todo lo relativo al estudio del caso y los resultados a que llegue, a petición expresa del colega que lo envió.
- Art.64 El psicólogo al que se le ofrezca un caso deberá asegurarse antes de que ningún profesional está en ese momento a cargo del mismo. Si sustituye a otro colega deberá cerciorarse de que éste se ha desatendido yo del asunto, o que el cliente así lo solicito explícitamente. Si el asunto es urgente, podrá hacerse cargo, con la condición de que informe enseguida al profesional o profesionales interesados.
- Art.65 El psicólogo que con motivo justificado se encargue provisionalmente de asuntos profesionales de otro colega, debe proceder de manera que salvaguarde el buen nombre del remplazado. Los honorarios corresponderán al remplazante.
- Art.66 El psicólogo, su esposo (a), hijos y padres dependientes, tienen opción a ciertos servicios gratuitos de sus colegas, con la condición de reciprocidad. Se excluye la psicoterapia.

ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

CAMBIOS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL EN UN CONTEXTO GLOBALIZADO: RETOS Y OPORTUNIDADES DE LAS UNIVERSIDADES MEXICANAS

Si bien los cambios apuntan al fortalecimiento del ejercicio privado o corporativo, deben plantearse algunas particularidades de acuerdo con el papel social de las profesiones. Por ejemplo, en las profesiones médicas -incluyendo la enfermería-, el papel del estado es primordial como empleador, aunque el estancamiento salarial ha reafirmado una tendencia histórica en el ejercicio de la medicina que los especialistas han denominado "la combinación de modos de ejercicio". Esta tendencia es muy clara en las pequeñas y medianas ciudades, en donde el médico trabaja para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Secretaría de Salud, pero también atiende en su consultorio particular o en la clínica privada de especialidades.

Además, se presentan formas híbridas del ejercicio como cuando empresas privadas pequeñas recurren al médico familiar como una forma de otorgar atención médica a una parte de su personal. Este tipo de convenios hace que el médico no cobre sus consultas al precio del mercado sino que acepte cuotas fijas menores que le aseguran una clientela

permanente. Otro fenómeno que opera con frecuencia en pequeñas poblaciones y en el medio rural, es el trueque de servicios médicos por productos alimenticios, de consumo u otros servicios.

La combinación de modos diferentes de la práctica profesional no es un fenómeno privativo de la medicina. En México profesiones como derecho, medicina, veterinaria, odontología, enfermería, algunas ramas de la ingeniería y la actividad de los contadores, descansan en un ejercicio múltiple que depende del entorno socio-económico y hasta de los vínculos familiares y los sistemas informales de solidaridad social. El nivel de desarrollo regional y el proceso de urbanización también son determinantes en las modalidades de la práctica profesional.

El efecto de la internacionalización económica es radicalmente distinto en una comunidad indígena de Chiapas o de Oaxaca que en la frontera norte de México. Las disparidades del desarrollo mexicano obligan a reconocer una doble tarea en la organización curricular universitaria y de educación superior tecnológica: por un lado, mejorar la calidad y la eficacia de la práctica profesional de acuerdo con los requerimientos sociales y económicos regionales y, por otro, incorporar contenidos y habilidades que permitan movilidad laboral en un contexto de mercado global. En síntesis, es preciso que la modernización profesional sea compatible con calidad y con las necesidades sociales de México.

Esto implica que los contenidos de los currícula de los estudios profesionales, no siempre respondan a las normas internacionales que rigen en los países desarrollados. El "desfase" con los requisitos sociales de la población mexicana, puede ser más grave que una supuesta "actualización" con parámetros internacionales o la idea de una "competitividad" con profesionales de otras latitudes. Es factible renovar los contenidos y las habilidades profesionales para realizar investigación de frontera o competir con ciertas tecnologías de punta pero partiendo de nuestras necesidades y retos, especialmente el que se refiere al profundo rezago social y económico en un contexto de amplias desigualdades regionales.

No es sencillo lograr resultados en el corto plazo a nivel trilateral en la normatividad y la acreditación de las calificaciones profesionales. Las condiciones de cada profesión varían. El hecho de que las licencias o cédulas profesionales que autorizan el ejercicio profesional se otorguen a nivel estatal y provincial en Estados Unidos y Canadá respectivamente, afecta a los profesionales mexicanos, debido a mecanismos burocráticos que afectan a los extranjeros y a que existe falta de reciprocidad. Por ejemplo, México otorga licencias que tienen validez a nivel nacional.

La Secretaría de Educación Pública indicó que ya se aplica en México el Examen General de Calidad Profesional por medio del Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior. Éste lo realiza a solicitud de los profesionales a título personal, ya que el artículo 5º constitucional no permite su obligatoriedad.⁶ Sin embargo, se encuentran ya muy avanzados los estudios para la reforma constitucional del artículo 5º, que podría introducir cierta obligatoriedad a nuevos niveles de calidad antes de otorgar las cédulas para el ejercicio profesional en algunas carreras.

LOS RETOS ACTUALES DEL PROFESIONAL MEXICANO

Las autoridades educativas mexicanas descartan que la libre movilidad de profesionales en América del Norte se convierta en una "invasión" de profesionales de Canadá y Estados Unidos hacia México. De acuerdo con la SEP, antes de abrir el mercado mexicano se establecerán estándares que atiendan la soberanía, la identidad y las formas propias del ejercicio profesional. Además, se indicó que los colegios de profesionales de los tres países ya han avanzado en la elaboración de estándares de acreditación y certificación, para someterlos a la consideración de los gobiernos y formalizarlos. Este proceso debe concretarse en diversos plazos durante los próximos cinco años, ya que se plantea para 1999 una primera evaluación del tema, de acuerdo con el TLC.

En México, desde 1989 con la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de la Educación Superior, las universidades empiezan a articular conjuntamente un sistema de evaluación. Esta Comisión tiene como fin concebir y definir la evaluación de la educación superior en todo el país; dar continuidad y permanencia al proceso evaluativo, y proponer criterios y estándares de calidad para las funciones y tareas de la educación superior. Sin embargo, Gustavo Chapela, exrector general de la UAM y actual director general adjunto del Consejo Nacional de ciencia y Tecnología (CONACYT), reconoce que todavía no existe en México un sistema nacional de acreditación, que aún no se cuenta con una instancia que certifique periódica y sistemáticamente si una institución de educación superior desempeña sus funciones de docencia, investigación y difusión de la cultura en condiciones de calidad deseables, previamente establecida y aprobadas por las propias universidades.

Algunos de estos cambios no pueden esperar más allá de 1996. Se trata de operaciones y negociaciones que abarcan países con enormes asimetrías que no pueden hacerse equivalentes de la noche a la mañana. De esta suerte deben adoptarse medidas que favorezcan al país más débil, en este caso México, para fomentar preferencias que ayuden a su desarrollo con la cooperación trilateral, y evitar la imposición de reglas como si todo fuera parejo.

Se reconoce que el tema de la acreditación y la transferencia de créditos, demanda el trabajo más intenso. Al respecto, los comités interinstitucionales de evaluación de la educación superior (CIEES) han propuesto -para el caso mexicano- el uso de exámenes estandarizados y la formulación de currícula y evaluación comunes, así como el otorgamiento de apoyos financieros a proyectos bilaterales o trilaterales de evaluación de créditos, y la creación de programas académicos conjuntos en áreas estratégicas.

Resulta alentador que haya conciencia de los cambios ineludibles que se avecinan en las instituciones de educación superior. Existen acuerdos vigentes con países latinoamericanos para el reconocimiento y revalidación de estudios, así como declaraciones conjuntas orientadas a la cooperación internacional para avanzar en el reconocimiento de estudios, homologación y certificación, en el marco de la División de Estudios Superiores de la UNESCO. En otras palabras, el profesional mexicano se encuentra ante un reto de amplia globalización que abarca no sólo una mayor circulación de mercancías, servicios y capital sino una creciente movilidad de las personas, en particular de los técnicos, expertos y profesionales que participan en los espacios de intercambio global.

Compartimos plenamente la idea de Jaime Kravzov, rector de la unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma de Metropolitana (UAM), de que "en este proceso de globalización las universidades públicas se enfrentan a una transformación acelerada: revisión de sus planes y programas de estudio, de sus métodos de enseñanza, actualización de su infraestructura académica y del desarrollo de la investigación y posgrado; así mismo, se intenta cambiar su forma de administración, sus mecanismos de admisión de estudiantes, sus cuotas escolares y su matrícula".

Seguramente nuestros colegios, asociaciones profesionales y las instituciones de educación superior, fortalecerán sus criterios y capacidades, manteniendo una estrecha relación con sus homólogos de Canadá, Estados Unidos y otros países, sin olvidar las especificidades de la sociedad mexicana y los retos que significa responder a necesidades de millones de mexicanos sin acceso a los mínimos de bienestar.

Durante 1995 se fortalecieron los trabajos conjuntos trinacionales. Los representantes del Consejo Americano de Educación de los Estados Unidos, la Asociación de colegios y Universidades de Canadá y la ANUIES de México se reunieron para promover la movilidad estudiantil y la planta académica. También se exploró entre los tres países cómo la educación superior puede promover el desarrollo económico, por medio de la asociación con empresas. ANUIES preparó la reunión trinacional sobre colaboración en Educación Superior que se llevó a cabo en Guadalajara a fines de abril de 1996.

Finalmente, cabe recordar que el Tratado Trilateral de Libre Comercio contiene dos capítulos relacionados con los servicios profesionales: el XII "comercio transfronterizo de servicios" y el XVI "entrada temporal de personas de negocios".

Al respecto, Javier Mendoza Rojas, asesor de ANUIES, señala que se negoció que a los proveedores de servicios profesionales de cualquier país del Tratado se les otorgue trato nacional y que se procure eliminar gradualmente las restricciones cuantitativas que cada país, estado o provincia establezcan, de suerte que se facilite la movilidad profesional.

También Mendoza Rojas señala que el artículo 1210 del Tratado obliga a que en un plazo de dos años cada país elimine todo requisito de nacionalidad o residencia permanente para el otorgamiento de licencias o certificados a prestadores de servicios de los otros países. Este plazo venció el 1° de enero de 1996. De esta manera para que un profesional preste sus servicios en cualquier país del Tratado, bastará con que el país donde ejerza le otorgue una licencia o permiso siempre y cuando se reconozcan sus títulos profesionales, lo que se encuentra en proceso de acuerdo como lo hemos visto en este ensayo.

Recuérdese que hasta ahora sólo se han otorgado licencias temporales de ejercicio trinacional en arquitectura e ingeniería civil, y no es sencillo que todas las profesiones en negociación cumplan con los requisitos que establece el anexo 1210.5 del Tratado en lo referente al conocimiento de las leyes, el idioma y la geografía local, así como la protección del consumidor o usuario del servicio profesional.

En el caso de México, la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones, prosigue sus tareas de actualización de los mecanismos que regulan el ejercicio profesional en México, según se desprende de las discusiones de la Reunión Nacional sobre Regulación de las Profesiones, celebrada a fines de noviembre de 1995.

BIOÉTICA

En 1978 se publica un importante documento: el Informe Belmont realizado por la Comisión Nacional, en el que se marcan las directrices que se deben seguir en

experimentación con humanos. Los principios contenidos en él sentarán las bases de lo que serían las futuras deliberaciones bioéticas.

La bioética sigue asentándose en la sociedad de la mano sobre todo de la medicina, pero, ¿qué novedad aportaba a una ciencia que ya contaba con una tradición ética tan arraigada desde los tiempos de Hipócrates? Sin duda fue la afirmación de la autonomía frente al tradicional paternalismo médico, no en vano la bioética había nacido en EEUU, un país caracterizado por la pluralidad cultural y una larga trayectoria en la defensa de las libertades individuales. La relación médico-paciente ya no puede ser autoritaria, sino que las decisiones se toman de forma conjunta. Como consecuencia surgirán las cartas de derechos de los enfermos, los comités éticos asistenciales o las comisiones nacionales asesoras en temas de bioética.

Pero no hay que dejar de lado, en este breve recorrido histórico, hechos como el accidente en la central nuclear de Chernobil en 1986, o las espectaculares acciones de organizaciones ecologistas que surgieron para la defensa de la naturaleza. Y es que, como el mismo Potter señalaba no sin razón, los médicos se habían apropiado del término reduciéndolo en exclusividad a la bioética clínica. A la entrada del nuevo milenio la bioética va recuperando esa vertiente interdisciplinar y cada vez son más las ciencias clásicas que se suman a esta nueva corriente más global de la bioética.

La bioética y sabemos qué importantes centros se dedican a su estudio. Sin embargo, cuando hablamos de investigación, imaginamos la existencia de científicos en sus laboratorios rodeados de probetas y microscopios, pero ¿qué hace un bioeticista? ¿Cuáles son sus herramientas de trabajo?

Por un lado, la bioética trata de definir fundamentos sobre los que sustentar los juicios éticos. No pueden realizarse afirmaciones morales a la ligera, sino que deben siempre justificarse desde unas bases racionales mínimas. El trabajo de documentación y la búsqueda bibliográfica así como la reflexión, son esenciales para ello.

Los cuatro grandes principios de la bioética: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Una de las aportaciones más importantes de la fundamentación ha sido el establecimiento de los cuatro grandes principios de la bioética, universalmente aceptados: no maleficencia (deber de no infligir daño a otros y realizar bien el propio trabajo, según buenas prácticas), justicia (reconocimiento de la igualdad de los seres humanos e imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios, evitando la discriminación, segregación o marginación de los seres humanos), de autonomía (derecho a decidir y respeto a las convicciones, opciones o elecciones de vida de cada individuo) y de beneficencia (obligación de promover el bien de los demás siguiendo su propio criterio de bien). Estos principios, punto de partida y verdadero nexo común de toda formulación ética, se han convertido en el santo y seña de bioeticistas. Pero no todo es teoría: la bioética también busca métodos que ayuden a los profesionales a tomar decisiones éticas o resolver problemas causados por conflictos de valores. En este campo se realizan importantes encuestas y estudios experimentales de cuyo resultado muchas veces dependen medidas políticas, de gestión o legislativas.

Fundamentación y metodología se aplican a cuestiones concretas que ocupan en la actualidad a la bioética. Ya desde las noticias con las que iniciábamos este artículo y a lo largo del mismo, podemos reconocer algunos de estos temas: genética, clonación,

problemas al inicio y final de la vida, relación médico-paciente, ecología... Puede decirse que la bioética estará allí donde surjan problemas en torno a los avances científicos y que de forma directa o indirecta afecten al ser humano. Es importante propiciar foros en los que participen representantes de todas las partes implicadas (científicos, políticos, moralistas, filósofos etc) para que queden reflejadas todas las opiniones y sensibilidades sin exclusión y se debatan estas cuestiones de forma reflexiva y responsable.

Enseñanza de Bioética

Quizá después de leer lo anterior, alguien se asombre de no haber oído hablar de una carrera de bioética. No se extrañe ya que no existe como tal, pues una de sus características es su carácter multidisciplinar, es decir, cualquier profesión está abierta a la bioética, y su enseñanza se realiza a través de másters o cursos de especialización de postgrado, aunque cada vez son más las carreras que lo incluyen como asignatura optativa o del primer ciclo. Todavía más sangrante es que la bioética no se enseñe en ninguna escuela de periodismo

Recientes estudios realizados por la UNESCO resaltaban la necesidad de impartir enseñanzas de bioética a todos los niveles. Así, llama poderosamente la atención que, mientras casi todas las facultades de medicina la incluyen en sus programas, no lo hagan de forma generalizada las de derecho, ciencias políticas, filosofía o biología. Todavía más sangrante es que no se enseñe en ninguna escuela de periodismo: la bioética se nutre del debate social, por eso su difusión y divulgación son esenciales.

También falla la enseñanza de base en escuelas e institutos. Un caso paradigmático de esta carencia es el de España, donde la formación religiosa preconstitucional fue sustituida en muchas escuelas por otra asignatura laica, la “Ética”, que hacía las delicias de los niños, ya que, según sus propias palabras, “nos dejan hacer lo que queremos”. Quizá sería el momento de cumplir las recomendaciones de la ONU y llenar de contenido esas enseñanzas para que las futuras generaciones adquieran desde pequeños esa cultura bioética conquistada con tanto esfuerzo. Queda un largo pero apasionante camino por recorrer

ACEPTACIÓN DE LA DIVERSIDAD

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DE COLEGAS

CAPÍTULO II. Del ejercicio libre de la profesión

Respeto a su clientela, el psicólogo está obligado a:

Art.16 Abstenerse de emplear la solicitud directa o indirecta de sus clientes;

Abstenerse de recurrir a la recomendación pública del establecimiento donde ejerce la profesión;

Evitar el utilizar la inducción publicitaria para su elogio propio;

Abstenerse de emplear agentes que alleguen consultantes;

Evitar el recompensar pecunariamente de modo directo o indirecto a las personas que le recomiendan consultantes.

Art. 17 Mantener la más alta calidad en la prestación de sus servicios, independientemente de la remuneración acordada con el consultante.

Art. 18 Renunciar a diagnosticar, prescribir, tratar o aconsejar o un cliente, cuya problemática esté fuera del ámbito de su competencia.

- Art.19 Administrar las intervenciones que juzgue más seguras y menos onerosas, tanto en lo que se refiere a la carga económica como a los efectos secundarios o como laterales que impliquen, y proporcionar sólo los servicios profesionales necesarios.
- Art.20 Rehusar guiarse solamente por el interés pecuniario o personal en la prestación de sus servicios profesionales, y evitar la aceptación de casos que impliquen sostener principios contrarios a sus convicciones personales o científicas, o que puedan comprometer o limitar su independencia.
- Art. 21 Ajustar la remuneración de sus servicios profesionales o los recursos económicos de quien lo solicite.
- Art.22 Combatir la charlatanería y falta de profesionalismo en todos sus aspectos y denunciar los intentos de explorar la credibilidad y la buena fe del público.
- Art.23 Negarse a ofrecer servicio psicológico con fines de entretenimiento. La intervención o consulta mediante conferencias, demostraciones públicas, artículos de prensa o revista, programas de radio o televisión, correspondencia y otros medios impersonales, deberá realizarse sólo con fines didácticos o científicos, de orientación o de difusión profesional.
- Art.24 Comunicar sus conclusiones técnico- profesionales a los familiares o, en su caso, a la institución correspondiente, cuando considere necesario no hacerlo directamente al consultante.
- Art.25 Evitar un perjuicio al consultante cuando resulte indispensable suspender o discontinuar la prestación de sus servicios profesionales. Para ello, deberá advertirle su decisión con la debida anticipación y proporcionarle la información necesaria para que otro psicólogo o profesional afín prosiga la asistencia.
- Art.26 Guardar el secreto profesional en:
- El conocimiento obtenido por causa de la profesión;
 - Las confidencias hechos por terceros al psicólogo, en razón de su profesión;
 - Las confidencias derivadas de relaciones con los colegas u otros profesionales
- De lo anterior, se exceptúan los siguientes casos:
- Aquellos en que actúan conforme a circunstancias previstas por la ley;
 - Aquellos en que se trate de menores de edad, y sus padres representantes legales, escuela o tribunal, requieran un informe cuyo fin evidente y comprobable sea brindarles ayuda;
 - En caso de que el psicólogo fuera acusado legalmente, podrá revelar el secreto profesional sólo dentro de los límites indispensables para su propia defensa;
 - Aquellos en que se actúe para evitar la comisión de un delito y prevenir daños morales o materiales que de él se deriven;
 - Aquellos en que el que consulta dé su consentimiento por escrito, para que los resultados sean conocidos por quien él autorice.
- Art.27 Abstenerse de intervenir en asuntos que lo conduzcan a revelar el secreto profesional, o a utilizar las confidencias recibidas en el ejercicio de su profesión, salvo que obtenga el consentimiento previo y formal del consultante.
- Art.28 Observar, cuando se trate de un trabajo profesional conjunto de dos o más psicólogos, que la obligación de guardar el secreto es igualmente proporcional en todos. La infracción o este principio acarreará una sanción sólo a los responsables directos o indirectos y no al grupo profesional, ni a la institución donde actúen.

CAPÍTULO IV. De la docencia

Son deberes principales en esta área:

- Art.44 Reconocer que, como profesor, el psicólogo tiene la obligación primordial de ayudar a otros a que adquieran conocimientos y habilidades, a mantener altos niveles académicos y a proceder con objetividad al presentar la información
- Art.45 Considerar que la finalidad de la educación es el pleno desarrollo del individuo y la sociedad.
- Art.46 Fundamentar las actividades docentes en una preparación cuidadosa, de modo que la enseñanza sea precisa y actualizada.
- Art.47 Evitar en el área de la docencia, la incapacidad pedagógica y científica comprobada y el reiterado incumplimiento de los deberes docentes, así como la delegación de estas obligaciones en asistentes no capacitados.
- Art.48 Presentar en sus programas los temas de sus cursos en términos claros y concretos, de forma que ilustren su naturaleza y características..
- Art.49 Aclarar en los anuncios o folletos que describan talleres, seminarios u otros programas educativos, sus alcances y limitaciones, sus objetivos, duración, requisitos, material requerido y honorarios.
- Art.50 Estimular a los estudiantes en su búsqueda del conocimiento, presentándoles apoyo para la libre investigación dentro de los cánones del presente código. Promover a lo largo de sus cursos el conocimiento y observando de lo ético profesional para garantizar su mayor difusión.
- Art.51 Adoptar siempre una actitud de respeto y atención a los puntos de vista de sus alumnos. Tener presentes los diversos antecedentes de los estudiantes y, cuando se manejen temas potencialmente ofensivos poro alguno, tratarlos objetivamente y presentarlos de manera que el estudiante los comprenda.

CAPITULO V. De las pruebas y los instrumentos de evaluación

A. Normas generales

El psicólogo se compromete a:

- Art.52 Vigilar que el uso de las pruebas e instrumentos psicológicos sea reservado exclusivamente a quienes tengan la preparación profesional adecuada y hayan aceptado las obligaciones y consecuencias inherentes a su empleo.
- Art.53 Considerar que las pruebas psicológicas son instrumentos auxiliares de trabajo y que por sí solas no bastan para formular un diagnóstico.
- Art.54 Colaborar en el control profesional y comercial del material psicológico, evitar su difusión generalizada y limitar su distribución a quienes estén debidamente acreditados.
- Art.55 Usar los pruebas e instrumentos en proceso de validación sólo con fines de investigación o docencia, previo adoración al respecto y con los debidos reservas.
- Art.56 Evitar la comercialización y distribución generalizado de pruebas en fase experimental. En lugar adecuado deberá señalarse su carácter experimental, así como la fecha de impresión y la autorización correspondiente.
- Art.57 Elaborar los pruebas disponibles para uso profesional, incluyendo manuales o información que expresen sus motivos o fines, su desarrollo, su validez, y el nivel de entrenamiento necesario para usarlas e interpretarlas.

B. De la utilización de técnicas, instrumentos y pruebas psicológicas.

- Art.58 Los consultantes tienen el derecho a conocer los resultados y sus interpretaciones y, en su caso, los datos originales sobre los que se basan los juicios. El psicólogo eludirá aportar información que pueda comprometer el funcionamiento de la prueba, pero explicará las bases de las decisiones que puedan afectar adversamente al consultante o a quienes dependen de él.
- Art.59 El cliente tiene el derecho de obtener una explicación sobre la naturaleza, propósitos y resultados de la prueba en un lenguaje comprensible, salvaguardándolo de cualquier situación que ponga en riesgo su estabilidad emocional.
- Art.60 El psicólogo que ofrece servicios de clasificación e interpretación de pruebas será capaz de demostrar que la validez de los programas y los procedimientos usados está debidamente probada. El ofrecimiento al público de un servicio automático de pruebas debe considerarse como una consulta entre profesionales, y el psicólogo hará todo lo posible para evitar el mal uso de los informes de las pruebas.

INDIVIDUOS CON QUIENES SE TRABAJA/ ELEMENTOS CULTURALES, MEDIO AMBIENTE, ANIMALES, ENTORNO

CAPÍTULO III. De la investigación

A. Principios generales

- Art.29 Deberá decidirse sobre la conveniencia de una investigación, de acuerdo con su utilidad para el progreso de la psicología y el fomento del bienestar humano. Toda investigación deberá calificarse en función de su necesidad, de sus posibles logros y de los riesgos que implique

- Art.30 La investigación deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente enfrenadas y científicamente calificadas.

B. Con participantes humanos

- Art. 31 La investigación en humanos deberá:

Ser precedido por una evaluación cuidadosa de los riesgos y los beneficios que el estudio pueda aportar, considerando que debe prevalecer tanto el interés del individuo y el de la sociedad por encima del de la ciencia;

Ajustarse a los principios científicos y fundamentarse en la experiencia previa realizada en animales, así como en el conocimiento de la literatura científica;

Poner en claro que la responsabilidad por el sujeto participante reside en el investigador, aun cuando aquel haya dado su consentimiento;

Realizarse, cuando se empleen sustancias, únicamente en clínicos, hospitales e instalaciones de investigación que ofrezcan garantías adecuadas a los sujetos;

Prever la existencia de un contrato claro y justo entre el investigador y el sujeto de la investigación, que delimite las responsabilidades de cada uno.

- Art.32 Los sujetos de la investigación deberán:

Expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación. La protección de esta libertad exige una vigilancia especial cuando el investigador está en una posición de autoridad sobre el participante;

Estar suficientemente informados sobre la naturaleza, alcance, fines y consecuencias posibles de la experimentación, de sus molestias y riesgos, de los beneficios que puedan esperarse excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de lo mismo;

Recibir, tan pronto como sea posible, la explicación y la justificación de los procedimientos empleados cuando, debido a los requerimientos metodológicos de un estudio, haya sido necesario recurrir al encubrimiento y al engaño;

Tener plena libertad para retirar su consentimiento y suspender su participación en cualquier momento, sin que esto les acarree perjuicio alguno.

Art. 33 En el caso de incapacidad legal, física o mental del sujeto de investigación, o cuando el sujeto sea menor de edad, se solicitará el permiso del responsable jurídico.

Art.34 Cuando puedan producirse consecuencias mediatas o inmediatas indeseables para el sujeto, el investigador tiene la responsabilidad de detectarlas, eliminarlas o corregirlas. El investigador protegerá a los sujetos de toda incomodidad, daño o peligro físico y mental, y les informará verazmente en caso de existir, estos riesgos para obtener su consentimiento.

Art.35 Deberá respetarse el derecho del individuo a su intimidad, para lo que se tomarán las debidas precauciones. Por tanto, se garantizará el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de la información obtenida de ellos, a menos de que previamente se haya llegado a un acuerdo diferente.

C. Con sujetos animales

Art.36 Se respetarán los dictados razonables de una sensibilidad media y las recomendaciones usuales de conocimiento público y aceptación general

Art. 37 La adquisición, mantenimiento y eliminación final de los animales empleados en la investigación deberá cumplir con las disposiciones legales y de costumbre en la localidad.

Art.38 El investigador deberá supervisar cuidadosamente todos los procedimientos realizados con los animales, responsabilizándose de su bienestar, salud y trato por parte de sus ayudantes.

Art. 39 El responsable de la investigación deberá asegurarse de que todos sus colaboradores reciban instrucciones explícitas sobre los métodos experimentales y los procedimientos de cuidado de los animales empleados, cada colaborador deberá realizar únicamente las labores que son de su competencia.

Art.40 El investigador deberá evitar o disminuir al mínimo indispensable cualquier malestar, incomodidad, dolor o enfermedad de los animales.

Art.41 Cuando se requiera terminar con la vida del animal de investigación, el procedimiento deberá ser rápido y sin dolor.

AMBIENTES EN DONDE SE TRABAJA:

En el Campo de la Psicología Clínica

En el Campo de la Psicología Educativa

En el Campo de la Psicología Social

En el Campo de la Psicología Industrial (del trabajo)

En el Campo de la Psicología Experimental

En el Campo de la Investigación, Docencia y divulgación de la Psicología en

Centros de acción

A manera de breviario cultural, puedo indicar las áreas que deberían ser consideradas en un análisis de la ética profesional :

1. Acerca de la Responsabilidad : Al proveer de servicios el psicólogo debe mantener los más altos estándares de su profesión. El acepta la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y hace esfuerzos para asegurar que sus servicios sean empleados apropiadamente.
2. Acerca de la Competencia: El mantener altos los estándares de competencia es una responsabilidad mostrada por todo psicólogo en el interés del público y de su profesión vista como un todo. Los psicólogos reconocen los límites de su competencia tanto en lo teórico como en lo aplicado. Ellos solo proveen servicios y solo utilizan técnicas en las cuales están calificados por entrenamiento y experiencia.
3. Acerca de la Moral y de los Estándares Legales: El psicólogo, en la práctica de su profesión, demuestra un apego sensible a los códigos sociales y a lo que la comunidad espera en relación a los principios morales, reconociendo que las violaciones a estos estándares, por su parte, involucran a sus clientes, discípulos o colegas en conflictos personales que 'dañan su propio nombre y la reputación de su profesión.
4. Acerca de la Publicidad: Las actividades promocionales de los psicólogos deben servir para que los clientes hagan juicios, estén informados y puedan elegir.
5. Acerca de la Confidencialidad: Los psicólogos tienen como obligación primordial el mantener la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el curso de su trabajo como psicólogos. Ellos sólo revelan información con el consentimiento de la persona involucrada o de la representación legal.
6. Acerca del Bienestar del Consumidor: El psicólogo respeta la integridad y protege el bienestar de la persona o del grupo de personas con las que trabaja.
7. Acerca de las Relaciones Profesionales: Ellos respetan las prerrogativas y obligaciones de las instituciones u organizaciones con los cuales están asociados.
8. Acerca de la Evaluación de Técnicas; Los psicólogos hacen esfuerzos por mantener la seguridad de las pruebas y las técnicas de evaluación junto con los mandatos legales. Cuidan que éstas sean utilizadas de forma apropiada.
9. Acerca de la Investigación con Participantes Humanos: La consideración principal de este apartado es como contribuye a la ciencia psicológica y al bienestar humano la utilización de personas en la investigación. Ellas deben ser informadas del objeto de estudio y de las consecuencias. y
- 10. Acerca del cuidado y uso de Animales:** Estas son las mismas que con los sujetos humanos. Todas ellas ya consideradas en el mismo documento.

La misión del psicólogo sería el establecer las condiciones para que nos preguntemos, una y otra vez, ¿Cuál es la cualidad específica de la vida humana, y sobre lo que sólo ella puede desarrollar? Una vez que encontramos respuesta a esta interrogante que nos parece válida ¿ puede de ahí en adelante un hombre digno de tal nombre consagrarse a otra cosa distinta del intento de hacer crecer por todos los medios esta cualidad propia que los caracteriza a él y a sus hermanos?

PORCIÓN ESPECÍFICA DEL EXAMEN
COMPETENCIA CONCEPTUAL EN EL ÁREA CLÍNICA
FUNDAMENTOS CONCEPTUALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSIQUIATRÍA: Área de la medicina que trata las enfermedades mentales.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Rama de la psicología que se encarga de estudiar los comportamientos saludables y de riesgo, promueve la salud.

PSICOLOGÍA CLÍNICA: Es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal.

PSICOPATOLOGÍA: Estudio de los trastornos mentales y de los trastornos, sentimientos y conductas anormales.

PSICOTERAPIA: Tratamiento psicológico de problemas emocionales en la que una persona entrenada establece una relación profesional con el paciente, con el fin de remover, modificar o retrasar síntomas ya existentes, mediando con patrones de conducta inadecuados y promoviendo un crecimiento y desarrollo positivo.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. RELACIÓN CON: LA RELIGIÓN, LA FILOSOFÍA, LA MEDICINA, LA PSIQUIATRÍA Y LA ANTROPOLOGÍA.

Las primeras civilizaciones atribuían con frecuencia la causa de la locura a fuerzas mágicas o divinas. Los intentos de tratamiento eran administrados principalmente por sacerdotes y se basaban en creencias y rituales religiosos. Las sociedades griegas y romanas comenzaron a aplicar el conocimiento médico de su tiempo a los síntomas psiquiátricos, con hipótesis acerca de que la causa de los males residía en los efectos de algún desequilibrio de los humores esenciales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y de otros desajustes en los procesos vitales. En el siglo XVI a los perturbados mentales se les consideró herejes y poseídos por el demonio, llegando a amarrarlos en postes y a quemarlos como brujas. La influencia del clero fue notoria en la medicina y es especial en la psiquiatría ya que utilizaba el exorcismo para tratar a las enfermedades mentales.

A comienzos del siglo XIX, diferentes países habían desarrollado una variedad de enfoques alternativos. En Francia y Alemania, se consideraba a las enfermedades mentales como trastornos físicos del cerebro, y los que la padecían eran hospitalizados, así psiquiatras y neurólogos los estudiaban para averiguar las causas. Por el contrario en Inglaterra se consideraba que estos problemas eran a causa de los ciclos lunares, por lo cual las víctimas eran llamadas “lunáticos”. En Norteamérica, se les consideraba como enfermos y se crearon asilos para ellos, generalmente lejos de los centros urbanos en granjas que los pacientes cultivaban. A los psiquiatras que los atendían les llamaban “alienistas”; en el mejor de los casos estas instituciones eran humanistas y pacíficas, en el peor eran “nidos de víboras” y “manicomios”.

La posición humanista en la medicina postula que, al lado de la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas, el estudiante de medicina necesita adquirir

conceptos y educar su sensibilidad para aprender a percibir la humanidad de los enfermos; su lado subjetivo y su lado social.

Un aspecto del conocimiento del psiquiatra es físico: la biología del cerebro y qué puede estar mal en ella; de qué manera los efectos en los genes pueden provocar que las células funcionen de cierta manera; las influencias de los mensajeros químicos en el cerebro; y cómo utilizar la tecnología y los métodos más nuevos para manejar estos problemas. A lo largo de los últimos cien años, los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado también habilidades y técnicas específicas para evaluar la capacidad de la persona para enfrentar a la vida, y aprender nuevos métodos para vivir de manera confortable.

MODELOS Y APROXIMACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODELO MÉDICO Se utiliza el modelo de la enfermedad física para definir la conducta anormal, los factores causales son orgánicos, bioquímicos, genéticos. La descripción de la conducta anormal se basa en síntomas, síndromes y trastornos, el tratamiento: fármacos, quirúrgicos. Representantes: Kaeplin, Zinder, Mechl.

PSICOFARMACOLOGÍA: Estudia propiedades físicas y químicas, los efectos bioquímicos y fisiológicos, los mecanismos de acción, absorción, distribución, biotransformación, excreción, así como los posibles usos terapéuticos de los fármacos.

FARMACODINÁMICA: Efecto de la droga sobre el organismo, tanto bioquímico como fisiológico, así como mecanismos de acción.

FARMACOCINÉTICA: Efecto del organismo sobre la droga.

FARMACOLOGÍA.

"Ansiolíticos e Hipnosedantes."

La asignación de un medicamento dentro del grupo de ansiolíticos e hipnosedantes indica que su principal uso terapéutico es para producir sedación (con la mejoría concomitante de la ansiedad) o inducir el sueño.

Existen variaciones considerables en la estructura química de los fármacos incluidos en este grupo, de tal forma que la categoría se basa más en los usos clínicos que en las propiedades químicas o los mecanismos de acción de estos fármacos.

Los trastornos de ansiedad y los problemas de sueño son alteraciones muy comunes a nivel mundial, y podemos afirmar que los ansiolíticos y los hipnosedantes son las drogas que más se prescriben actualmente.

Un fármaco ansiolítico efectivo debe reducir la ansiedad y tener un efecto calmante, afectando poco o nada las funciones motoras y mentales.

El grado de depresión del SNC causada por una droga sedante debe ser mínimo a dosis terapéuticas. Por otra parte un fármaco hipnótico debe ser capaz de producir somnolencia e inducir y mantener un estado de sueño que sea lo más semejante al estado fisiológico de sueño.

Los efectos hipnóticos implican una depresión mas pronunciada del sistema nervioso central que la sedación y generalmente se puede alcanzar con la mayoría de drogas hipnosedantes con dosis mayores. Una de las características de los fármacos ansiolíticos e hipnosedantes es que inducen un grado de depresión del sistema nervioso central dependiente de la dosis, aunque existe algunas excepciones.

TRANSTORNOS DE ANSIEDAD

Los transtornos ansiedad son una de las condiciones psiquiátricas más frecuentes de los Estados Unidos.

Hay datos que muestran que en ese país existe una incidencia de 24,9% y una prevalencia de 17,2% si se toman todos los transtornos de ansiedad juntos.

Aunque antes se pensaba que los desordenes de ansiedad no eran clínicamente significativos, hoy es claro que ellos son enfermedades serias, responsables de una morbilidad substancial e inclusive de cierta mortalidad asociada.

Los transtornos de ansiedad incluyen varias entidades distintas que algunas veces se presentan conjuntamente en un paciente. Las principales subcategorías se encuentran en la tabla siguiente: Aparte de ser muy comunes, los transtornos de ansiedad tienden a ser entidades crónicas que sin tratamiento no se mejoran espontáneamente.

Estos transtornos a menudo se acompañan de depresión mayor. Por fortuna en la mayoría de los casos, existen tratamientos efectivos para controlar estas patologías.

En la tabla que encuentra a continuación podrá revisar la presentación clínica de algunos de los transtornos de ansiedad:

Transtorno	Presentación clínica
Transtorno de Pánico (con o sin Agorafobia)	En el primer episodio el paciente sufre de un ataque de pánico caracterizado por: palpitaciones, opresión en el pecho, disnea, parestesias, mareo y malestar gastrointestinal. Posteriormente el paciente puede sentir una "ansiedad anticipatoria" al ataque y para evitarlo puede desarrollar agorafobia (fobia al espacio abierto)
Transtorno de ansiedad generalizada	Esta entidad se caracteriza por una preocupación crónica y excesiva por problema comunes como no tener suficiente dinero o tener dificultades en la carrera, pero siempre el nivel de estrés es exagerado. Adicionalmente los pacientes se quejan de problemas físicos como taquicardia, dolor de cabeza e insomnio. Este transtorno frecuentemente acompaña a la depresión, a otros transtornos de ansiedad y el abuso de sustancias.
Fobias Sociales	La fobia social se caracteriza por el miedo exagerado a ser expuesto al escrutinio o evaluación negativa por parte de otras personas o el miedo a involucrarse en una situación que lleve a humillación o vergüenza. Existe una fobia específica a ciertas situaciones sociales como hablar en público y otra generalizada en la que se teme involucrarse

	en cualquier actividad de interacción social.
Fobias Específicas	Como su nombre lo indica esta fobia consiste en un temor desproporcionado a objetos o situaciones específicas como las alturas, espacios cerrados, insectos, etc. Es común que estas fobias se presenten en la niñez y desaparezcan cuando la persona crece.
Transtorno Obsesivo-Compulsivo	Pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sufren de ideas obsesivas incesantes que todo el tiempo cruzan los pensamientos o la necesidad de realizar rituales inútiles, o ambos. La obsesión puede tomar la forma de una repetición sin fin en la cabeza del paciente de número o partes de canciones. Las compulsiones comunes son la necesidad de lavar cosas o lavarse infinidad de veces o verificar múltiples veces que la puerta este cerrada antes de salir de casa. El paciente reconoce que las obsesiones o compulsiones son absurdas, pero sencillamente no puede evitarlas.
Síndrome de estrés postraumático	Este síndrome se presenta después de situaciones que han amenazado la integridad física del individuo con una respuesta intensa de miedo y horror. Los pacientes sufren de flashbacks que les recuerdan la experiencia traumática, además de presentar ansiedad generalizada, ataques de pánico, insomnio y afecto depresivo.

Revisaremos el tratamiento farmacológico de los **TRANSTORNOS DE ANSIEDAD**

BENZODIAZEPINAS Y BARBITÚRICOS

Aunque las benzodiazepinas usadas en la clínica ejercen en forma cuantitativa efectos similares, importantes diferencias cuantitativas en sus espectros farmacodinámicos y sus propiedades farmacocinéticas han llevado a patrones variables de aplicación terapéutica.

Existe una razón para creer que un número distinto de mecanismos de acción contribuyen en grado variable a los efectos sedantes-hipnóticos, de relajación muscular, ansiolíticos y anticonvulsivantes de las benzodiazepinas.

QUÍMICA.: Las estructuras de las benzodiazepinas utilizadas en los Estados Unidos se muestran en el cuadro que encontrará a continuación de este párrafo.

El término benzodiazepina se refiere a la porción de la estructura compuesta por un anillo de benceno (A) fusionado a un anillo de diazepina de 7 miembros (B). Sin embargo, dado que todas las benzodiazepinas importantes contienen un sustituyente 5-arilo (en el anillo C) y un anillo 1,4- diazepina, el vocablo significa en realidad benzodiazepina 5-arilo-1,4.

PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS

Absorción y Distribución: Cuando se utilizan para tratar los trastornos de ansiedad o el insomnio, se administran por vía oral. La tasa de absorción depende de varios factores como la liposolubilidad del fármaco. Por ejemplo el Triazolam y el Diazepam se absorben rápidamente, mientras que el Oxazepam, el Lorazepam o el Temazepam se absorben mas lentamente.

La biodisponibilidad de las benzodiazepinas por vía intramuscular es errática. Los Barbitúricos se absorben usualmente muy rápido después de su administración por vía oral.

Los tiobarbitúricos (como el Tiopental) son muy liposolubles y por esta razón se absorben rápidamente, entran al sistema nervioso central y ejercen sus efectos.

Todos los hipnosedantes cruzan la barrera placentaria durante el embarazo y de igual forma se pueden encontrar en la leche materna, por lo que producen depresión del SNC de los lactantes.

Las benzodiazepinas y los otros hipnosedantes tienen una alta unión a proteínas. La unión a proteínas de las Benzodiazepinas va del 60 al 95%; aunque esta unión en términos generales no interfiere con la vida media de otros medicamentos que también tiene alta unión a proteínas

BIOTRANSFORMACIÓN

1. BENZODIAZEPINAS:

El metabolismo hepático es el principal medio de depuración o eliminación de las Benzodiazepinas. Este metabolismo tiene dos fases:

1. en la primera la mayoría de estos fármacos sufren oxidación microsomal, y
2. en la segunda estos metabolitos son conjugados por glucosiltransferasas que generan compuestos glucoronidos que son excretados en la orina.

Muchos de los compuestos que se generan en la primera fase son también compuestos activos, que pueden tener vidas medias incluso mayores que la droga original.

Por ejemplo el desmetildiazepam que tiene una vida media de 40 horas, es un metabolito activo de: Clordiazepóxido, Diazepam y Prazepam. Las benzodiazepinas que se utilizan para inducir hipnosis tienen estas características.

Por otra parte la triazolobenzodiazepinas (alprazolam y triazolam) sufren alfa hidroxilación y estos compuestos rápidamente se conjugan para formar glucoronidos inactivos de tal forma que sus efectos farmacológicos son cortos

2. BARBITÚRICOS:

Con excepción del fenobarbital, solo pequeñas cantidades de los barbitúricos se excretan sin cambios. La principal ruta metabólica involucra la oxidación por enzimas hepáticas de los grupos químicos que se encuentran en el carbono 5 de los diferentes barbitúricos. Los metabolitos de los barbitúricos, con muy pocas excepciones, carecen de actividad farmacológica.

La tasa de eliminación de los barbitúricos es lenta, con excepción de los tiobarbitúricos (como tiopental).

EXCRECIÓN: Los metabolitos hidrosolubles de las benzodiazepinas y otros hipnosedantes es principalmente por el riñón. El fenobarbital se excreta en la orina sin mayores cambios y la alcalinización de la orina puede favorecer su eliminación. Solo pequeñas trazas de benzodiazepinas sin modificar se encuentran en la orinas.

BIODISPONIBILIDAD: La biodisponibilidad de los hipnosedantes puede estar influenciada por varios factores, particularmente por alteraciones en la función hepática causadas por enfermedades, el envejecimiento, otros fármacos o disminución en la actividad de las enzimas microsomales

BENZODIAZEPINAS Y BARBITÚRICOS - FARMACODINAMIA

Los sitios exactos y el mecanismo de acción de las benzodiazepinas no se han dilucidado completamente, sin embargo parece que su acción está mediada a través del neurotransmisor inhibitorio: ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Estos fármacos parecen actuar a nivel límbico, talámico e hipotalámico del sistema nervioso central produciendo efectos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, relajantes musculares y anticonvulsivantes.

Las benzodiazepinas son capaces de producir todos los niveles de depresión del SNC que van desde una sedación leve hasta el coma. Se han detectado sitios específicos de unión con alta afinidad por las benzodiazepinas en el Sistema Nervioso Central y la afinidad de estos sitios para estos fármacos se aumenta por el GABA y el cloro.

En los sitios de acción de las Benzodiazepinas en el SNC parece estar involucrado un complejo macromolecular (posiblemente un terámero) compuesto por: Receptores GABAA, receptores benzodiazepínicos con alta afinidad y canales de cloro; aunque la interacción entre estos componentes no es del todo clara.

Las interacciones sinérgicas entre los receptores benzodiazepínicos centrales con los receptores de GABA y la consiguiente apertura de canales de cloro parece ser responsable de los efectos a nivel del SNC que poseen estos fármacos.

Existen algunas evidencias de que los sitios donde se encuentran los receptores benzodiazepínicos son heterogéneos y que existen al menos dos subtipos de receptores: tipo 1 [BZ1] y tipo 2 [BZ2], aunque la importancia clínica no se ha establecido.

Existen técnicas de clonación molecular que han mostrado que receptor GABA tiene una estructura pentamérica compuesta de múltiples subunidades (alfa, beta, gamma, etc). La combinación de estas tres principales subunidades es esencial para el funcionamiento fisiológico de la macromolécula.

Los receptores GABAA de las diferentes áreas del sistema nervioso central contienen una combinación diferentes de subunidades lo que les confiere distintas propiedades farmacológicas.

La reconstitución de los canales con varias combinaciones de subunidades indica que el GABA se une a las subunidades alfa y beta, y que esta interacción inicia la apertura del canal de cloro. La sensibilidad del complejo a las benzodiazepinas requiere de una subunidad gamma2, lo cual sugiere que el receptor de las benzodiazepinas se encuentra cerca de esta unidad.

La apertura del canal de cloro y la resultante hiperpolarización de la célula es responsable la inhibición del SNC. Los barbitúricos por otra parte también inhiben los receptores inhibitorios GABAA e inhiben un subtipo de receptor excitatorio de glutamato llamado

AMPA. Estos fármacos interactúan con el receptor GABAA de una manera distinta a como la hacen las benzodiazepinas, ya que no requieren de la subunidad gamma para ejercer sus acciones. Es importante recordar que debido a que produce inhibición del sistema nervioso central por dos vías, esta puede ser muy profunda si se administran altas dosis.

EFFECTOS EN LOS DISTINTOS ÓRGANOS:

1. Sistema Nervioso Central:

A. SEDACIÓN: La sedación se puede definir como una supresión de la respuesta a un nivel constante de estimulación, con una ideación y actividad espontánea disminuidas. Estos cambios comportamentales ocurren con las dosis mas bajas efectivas utilizadas de los hipnosedantes mas comumente usados.

B. HIPNOSIS: Por definición todos los fármacos hipnosedantes producirán sueño si se administran dosis suficientemente altas. Los efectos hipnóticos de los hipnosedantes en el sueño se han estudiado ampliamente sobre todo en pacientes sanos.

Estos fármacos disminuyen la latencia del sueño (el tiempo que tarda la persona en dormirse), aumentan la duración de la fase 2 del sueño No REM, disminuyen la duración del sueño REM y finalmente disminuyen la etapa de ondas delta lentas.

C. ANESTESIA: Algunos hipnosedantes barbitúricos como el Tiopental tienen una alta liposolubilidad y penetran el tejido cerebral muy rápido después de su administración intravenosa; y por esta razón son útiles en la práctica anestésica.

Algunas Benzodiazepinas incluyendo el Diazepam y el Midazolam se usan en anestesia por vía intravenosa aunque no son útiles por sí mismos; de hecho pueden producir depresión respiratoria postanestésica

D. EFECTOS ANTICONVULSIVANTES: La mayoría de los hipnosedantes son capaces de inhibir el desarrollo y la propagación de actividad epileptiforme en el sistema nervioso central. Varias benzodiazepinas incluyendo Clonazepam, Nitrazepam, Lorazepam y Diazepam tienen acciones selectivas y se usan para tratar algunos estados convulsivos. El fenobarbital de los barbitúricos se usa para tratar convulsiones tónico - clónicas

E. RELAJACIÓN MUSCULAR: Algunos Hipnosedantes, particularmente los benzodiazepínicos, pueden producir relajación muscular a través de la inhibición de la unión neuromuscular y de los reflejos polisinápticos internunciales.

F. EFECTOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES: Los efectos de los hipnosedantes sobre la respiración son equivalentes a los del sueño, en individuos normales; sin embargo en pacientes con enfermedades pulmonares pueden producir una depresión respiratoria, inclusive a dosis terapéuticas. Este efecto se debe a la depresión del centro respiratorio en el bulbo y es la causa de muerte por sobredosis de hipnosedantes.

En pacientes sanos no se observan efectos cardiovasculares inclusive administrando dosis hipnóticas; sin embargo en pacientes en estados hipovolémicos, con insuficiencia cardíaca congestiva y otras enfermedades cardiovasculares, dosis normales de hipnosedantes pueden empeorar el estado cardiovascular

Antagonistas de las Benzodiazepinas: Flumazenil

El Flumazenil es un derivado de las benzodiazepinas que tienen una alta afinidad por el receptor benzodiazepínico y que actúa como un antagonista competitivo. Este fármaco es el único antagonista del receptor benzodiazepínico que se encuentra disponible para uso clínico en este momento. El Flumazenil bloquea varias acciones de las Benzodiazepinas pero no

antagoniza los efectos de otros hipnosedantes, el alcohol, los opioides y anestésicos generales a nivel del Sistema Nervioso Central.

El Flumazenil se utiliza para revertir los efectos depresores en el SNC que se producen después de una sobredosis de Benzodiazepinas. El efecto sedativo es contrarrestado por este fármaco sin embargo la depresión respiratoria no es revertida tan fácilmente. Debido a que la vida media de las Benzodiazepinas es mayor que la del Flumazenil, es necesario administrar dosis repetidas del antagonista.

Los efectos adversos del Flumazenil incluyen agitación, confusión, mareo y náuseas. El Flumazenil puede desencadenar un severo síndrome de abstinencia en pacientes con una dependencia fisiológica a las Benzodiazepinas.

NUEVOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

Aunque las Benzodiazepinas continúan siendo los agentes de elección para el tratamiento de la mayoría de trastornos de ansiedad y algunos problemas de insomnio, los efectos secundarios como sedación y somnolencia, la potenciación de otros fármacos depresores del SNC y la posibilidad de desarrollar dependencia fisiológica y psicológica, hacen que no sean los medicamentos ideales.

Se han investigado nuevas drogas ansiolíticas que actúan a través de sistemas no GABAérgicos y por lo tanto reducen la posibilidad de que se presenten estos efectos secundarios. La buspirona y ciertas imidazopirinas como el zolpidem tienen estas características de ser más selectivas aunque también parecen actuar en los receptores benzodiazepínicos.

BUSPIRONA

La buspirona alivia la ansiedad sin causar efectos sedativos o eufóricos marcados, pero a diferencia de las Benzodiazepinas no tiene efectos hipnóticos, anticonvulsivantes o relajantes musculares. Este fármaco parece que ejerce su acción a través de agonismo parcial en receptores serotoninérgicos cerebrales.

La Buspirona tiene mínimas posibilidades de abuso. En contraste con las Benzodiazepinas, el efecto ansiolítico de la Buspirona puede tomar más de una semana en aparecer y por esta razón no es útil en los estados agudos de ansiedad sino en trastornos de ansiedad generalizada.

Este fármaco causa menos incapacidad psicomotora y no afecta la capacidad para conducir vehículos; así mismo no potencia los efectos de otros fármacos o sustancias depresoras del SNC.

ZOLPIDEM

El Zolpidem es un derivado imidazopiridínico con una estructura química distinta a la de las Benzodiazepinas, que tiene acciones hipnóticas. Este fármaco se une selectivamente al receptor benzodiazepínico BZ1 y facilita la inhibición neuronal mediada por GABA.

El Zolpidem también es antagonizado por el Flumazenil, pero a diferencia de las benzodiazepinas, no tiene efectos de relajación muscular ni anticonvulsivantes. Se puede usar para el tratamiento a corto plazo del insomnio, ya que tiene tasas de efectividad similares a las de las Benzodiazepinas.

El riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia con el Zolpidem es menor que con las Benzodiazepinas hipnóticas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

Las Benzodiazepinas son los fármacos que mas frecuentemente se utilizan para tratar los estados de ansiedad. La decisión de que fármaco del grupo se debe usar, se basa en las situaciones específicas y en el paciente en particular. Tal vez el Alprazolam es el único que está indicado específicamente en los transtornos de pánico y agorafobia ya que es mas efectivo para estos casos que otras benzodiazepinas.

La decisión de administrar una u otra benzodiazepina se debe basar en los siguientes principios farmacológicos:

1. Que el fármaco tenga un índice terapéutico relativamente alto
2. Un riesgo bajo de interacción con otros fármacos por inducción enzimática
3. Tasas de eliminación bajas para favorecer su presencia en el Sistema Nervioso Central
4. Un riesgo de dependencia fisiológica baja con pocos síntomas de abstinencia

Las desventajas de las benzodiazepinas es que tienden a desarrollar dependencia psicológica, forman metabolitos activos, tienen efectos anémicos y son relativamente costosas. Además potencian los efectos depresores del SNC que tienen otros fármacos y sustancias como el etanol.

La Buspirona no tiene muchos de estos efectos secundarios de las benzodiazepinas; de hecho se considera que es ansiolítico mas selectivo que existe, lo malo es que tiene un tiempo de latencia largo y por ende no es mu útil en los estados agudos de ansiedad (como en los ataques de pánico)

La terapia debe enfocarse a alcanzar los efectos máximos con los mínimos efectos adversos. Es importante recordar a los pacientes que el fármaco produce depresión del SNC y por ende las actividades de mucha precisión y concentración pueden verse comprometidas.

Algunos pacientes toleran mejor las benzodiazepinas en las noches, ya que presentan menos alteraciones en su vida diaria con esos esquemas de dosificación. En general las terapias con benzodiazepinas no pueden ser largas por su riesgo adictivo y debe advertirse acerca del consumo de alcohol o medicaciones con antihistamínicos y anticolinérgicos.

Existen otros fármacos que se han utilizado para los transtornos de ansiedad como los antihistamínicos o los beta bloqueadores (estos últimos sobre todo para controlar las manifestaciones autonómicas de la ansiedad). La clonidina (un antihipertensivo) también se ha utilizado para tratar algunos transtornos de ansiedad.

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

El insomnio puede ser de varios tipos: conciliación (dificultad para dormirse), reconciliación (despertarse en las madrugadas y no poder conciliar el sueño nuevamente) y sueño no reparador.

El insomnio es una queja muy importante para el paciente y requiere una evaluación cuidadosa por parte del medico tratante.

Existen diversas causas orgánicas, psicológicas y situacionales de insomnio que no requieren tratamiento con hipnosedantes sino acciones específicas sobre la causa desencadenante del insomnio.

Las medidas no farmacológicas que se utilizan para tratar el insomnio incluyen:

- dieta y ejercicio
- evitar bebidas estimulantes antes de acostarse
- asegurar un sitio para dormir confortable
- intentar acostarse todas las noches a la misma hora.

En algunas ocasiones el paciente puede requerir un hipnosedante durante un período determinado de tiempo; sin embargo es necesario recordar que es frecuente la aparición del insomnio nuevamente después de suspender el fármaco.

El criterio clínico para decidir que fármaco se va a administrar se debe basar en el tipo de insomnio que el paciente presente. El fármaco elegido debe tener una latencia corta y una duración prolongada, con la menor cantidad de efectos adversos al día siguiente.

Los antihistamínicos de primera generación se han utilizado con este fin, precisamente por su efecto sedante, así como algunos barbitúricos y las benzodiazepinas. El problema con estos últimos compuestos es que pueden desarrollar tolerancia y dependencia si usan continuamente.

El zolpidem también se usa porque tiene menos efectos secundarios y produce menos dependencia.

El uso de hipnosedantes por largos periodos de tiempo es una práctica médica irracional y peligrosa.

OTROS USOS TERAPÉUTICOS

Los hipnosedantes se utilizan para otras entidades y situaciones distintas a las mencionadas anteriormente. Estas indicaciones están resumidas en la tabla que se encuentra a continuación.

"ANTIPSICÓTICOS."

La esquizofrenia es una enfermedad mental común y seria, caracterizada por pérdida de contacto con la realidad (psicosis), alucinaciones (percepciones inexistentes), delirios, alteración en el pensamiento, aplanamiento del afecto y alteraciones en el desarrollo laboral y social.

La prevalencia de la enfermedad es comparable entre las mujeres y los hombres. Su pico de aparición es entre los 18 y 25 años en los hombres, y entre los 26 y 45 años en las mujeres; sin embargo a veces aparece en la infancia, la adolescencia o en la tercera edad.

Aunque la causa específica de la enfermedad se desconoce, se cree que tiene una base biológica. La teoría mas aceptada tiene que ver con el modelo "vulnerabilidad - stress", en la que se afirma que la aparición, remisión y recurrencia de la enfermedad son producto de la interacción entre la vulnerabilidad neurológica del individuo y los estresores ambientales.

Esta compleja y heterogenea enfermedad se ha relacionado con varios sistemas como el de la dopamina.

Se reconocen cinco vias dopaminérgicas importantes en el cerebro, relacionadas con el comportamiento, con la coordinación de los movimientos, con la inhibición de la secreción de prolactina y con la conducta alimentaria. Se han descrito cinco receptores de dopamina.

Aunque la mayoría de personas con esquizofrenia no tienen una historia familiar de ella, si se han implicado factores genéticos en su génesis. Las personas que tienen un familiar

en primer grado con esquizofrenia tienen un riesgo del 15% de padecerla, en comparación, con el riesgo de la población general que es del orden del 1%.

Un gemelo homocigoto cuyo hermano padece la enfermedad, tiene un riesgo del 50% de desarrollarla también.

Varios estresores ambientales pueden ser el gatillo para disparar la enfermedad por primera vez o producir recurrencias. Dentro de estos factores están: terminar una relación, abandonar el hogar para unirse a las fuerzas armadas, un cambio de trabajo o la entrada a la universidad e inclusive el consumo de sustancias psicoactivas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la esquizofrenia pueden variar de forma y severidad. Generalmente estos síntomas se clasifican como positivos o negativos.

Los positivos se caracterizan por un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos por una disminución o pérdida de las funciones normales.

En la tabla que aparece a continuación encontrará un resumen de los principales síntomas que se presentan en la esquizofrenia:

Síntomas Positivos	Síntomas Negativos
- Delirios (paranoides, de referencia, etc)	- Aplanamiento del afecto
- Alucinaciones (Auditorias, visuales, olfatorias, gustativas o táctiles)	- Pobreza del lenguaje
- Alteraciones en el lenguaje	- Anhedonia
- Agitación psicomotora	- Aislamiento social
- Apariencia, higiene o conducta inapropiada	

Nota: Los síntomas de la esquizofrenia típicamente interfieren con la funcionalidad del paciente y frecuentemente son lo suficientemente severos como para afectar el trabajo, las relaciones sociales y el autocuidado.

El desempleo, el aislamiento social, el deterioro de las relaciones familiares y una pobre calidad de vida, no son infrecuentes en este tipo de pacientes. Existen varios tipos de esquizofrenia como: Paranoide, catatónica, desorganizada o indiferenciada.

DIAGNÓSTICO : El DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), establece que para hacer el diagnóstico de esquizofrenia se requiere la presencia de dos o más de los siguientes síntomas característicos:

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento desorganizado.

Estos síntomas deben estar presentes durante la mayor parte de un mes y los signos atenuados de alteraciones en las relaciones sociales, el trabajo (o estudio) y el autocuidado, deben estar presentes durante un período de 6 meses.

Antipsicóticos que son uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. También revisaremos brevemente los fármacos utilizados en otras patologías que también producen síntomas psicóticos

ANTIPSICÓTICOS:

Los fármacos antipsicóticos en general se consideran antagonistas de la dopamina, pero también participan probablemente con el glutamato, el ácido aminobutírico (GABA), y otros receptores. No se ha comprobado que el antagonismo de cualquier receptor distinto al D2 tenga efecto antipsicótico.

Estos fármacos pueden producir amenorrea-galactorrea (por hiperprolactinemia), prueba de embarazo falsa positiva, y aumento de la libido en las mujeres, mientras que en los hombres desencadena una disminución de la libido, ginecomastia e impotencia.

La toxicidad extrapiramidal que poseen estos compuestos parece relacionarse con alta potencia inhibitoria en los D2.

Además pueden producir los siguientes efectos secundarios:

- Disminución de la tensión arterial y prolongación del intervalo QT
- Sequedad de la boca
- Dificultad en la micción
- Estreñimiento
- Imposibilidad para eyacular
- Parkinsonismo, acatisia, distonias, discinesia tardía y delirium

Nota: En pacientes extremadamente sensibles a los efectos extrapiramidales se presenta el síndrome neuroleptico maligno con rigidez muscular, leucocitosis, fiebre, alteración de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.

Los antipsicóticos se utilizan en la esquizofrenia y en el trastorno afectivo bipolar, aunque en este último caso, si es leve, puede ser suficiente el litio o el ácido valproico con benzodiacepinas potentes (como lorazepam).

Otros usos de los antipsicóticos son:

- Trastornos de conducta en pacientes con demencias.
- Algunos antipsicóticos tienen efecto antiemético al bloquear los receptores de dopamina a nivel central y periférico.
- Algunas fenotiacinas se utilizan como antipruriginosos al bloquear los receptores H1.
- La prometacina se ha utilizado como sedante preoperatorio.

La mejor guía para seleccionar un antipsicótico es la respuesta previa, no hay especificidad para tratar uno u otro síntoma. La tendencia actual es a utilizar los antipsicóticos de "alta potencia" como el haloperidol o la flufenacina, en lugar de los de "baja potencia" como la clorpromacina y la tioridacina.

La mayoría de antipsicóticos son de igual eficacia, excepto la clozapina y la olanzapina. En algunos casos sin embargo una persona puede responder mejor a uno que a otro antipsicótico.

Los antipsicóticos se pueden administrar con antidepresivos tricíclicos en la depresión que complica la esquizofrenia. Puede agregarse hipnosedantes para controlar la ansiedad o el insomnio no controlado por los antipsicóticos.

Los medicamentos que más se combinan con los antipsicóticos son los antiparkinsonianos. Hay dos tipos de antipsicóticos, los de dosis alta y los de dosis baja.

El prototipo de antipsicótico de dosis alta es la clorpromazina. Los antipsicóticos de dosis baja incluyen entre otros el haloperidol y la trifluoperazina.

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS:

CLORPROMAZINA:

Esta fenotiazina es la droga antipsicótica que más se ha utilizado en el mundo en el tratamiento de pacientes psicóticos, aunque en algunos países parece estar siendo reemplazada por otros fármacos (como el haloperidol).

Es una droga excelente cuando el paciente psicótico requiere sedación (por ejemplo, el paciente psicótico agitado). Sus desventajas incluyen la disquinesia tardía, los efectos cardiovasculares, la hipotensión ortostática y la taquicardia, así como una variedad de efectos extrapiramidales y distonías musculares.

La clorpromazina actúa bloqueando los receptores postsinápticos en el sistema mesolímbico y bloquea los autoreceptores dopaminérgicos somatodentríticos D2. Después de 12 semanas de tratamiento continuado, se bloquea la despolarización dopaminérgica de este sistema.

Se ha visto que esta disminución en la neurotransmisión dopaminérgica es responsable de sus efectos antipsicóticos. Por otra parte ese bloqueo D2 es responsable de los efectos extrapiramidales moderados que se observan con el uso de este medicamento.

La Clorpromazina posee una fuerte actividad anticolinérgica y bloquea los receptores alfa adrenérgicos. Esta acción produce sedación, relajación muscular y efectos cardiovasculares como hipotensión, taquicardia refleja, y cambios menores en el patrón electrocardiográfico.

HALOPERIDOL:

El haloperidol es un butirofenona que parece estar reemplazando a la clorpromazina en el manejo psicofarmacológico de la psicosis aguda. Es menos sedante que la clorpromazina y sus efectos antipsicóticos son comparables con ella.

Este fármaco antipsicótico de alta potencia está indicado en el tratamiento de desórdenes psicóticos y graves problemas de comportamiento en niños.

El Haloperidol puede ser efectivo en algunos casos de autismo infantil y se utiliza frecuentemente para tratar la enfermedad de Huntington y reducir los movimientos Coreiformes.

El Haloperidol también actúa bloqueando los receptores postsinápticos en el sistema mesolímbico y bloqueando los autoreceptores dopaminérgicos somatodentríticos D2. Por esta razón sus efectos son comparables a la de la Clorpromazina.

TRIFLUOPERAZINA:

Esta fenotiazina de dosis baja sigue siendo extremadamente útil en el manejo de los cuadros psicóticos sin mucha agitación en los cuales hay un predominio de alucinaciones, ideas delirantes y un pensamiento paranoide.

En general los antipsicóticos de dosis baja producen menos efectos secundarios y tóxicos, su efecto sobre la tensión arterial es mínimo y producen menos sedación; pero los efectos extrapiramidales son más marcados que con los de dosis altas y casi siempre requieren una droga antiparkinsoniana.

La Trifluopromazina es una fenotiazina parenteral antipsicótica utilizada para el tratamiento sintomático de desordenes psicóticos así como antiemético. Este fármaco tiene potentes efectos antieméticos y anticolinérgicos, moderados efectos extrapiramidales y sedativos y moderados efectos hipotensivos en comparación con otras fenotiazinas. El mecanismo de acción de la Trifluopromazina es similar a la de los dos fármacos anteriormente mencionados

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS: CLOZAPINA:

Se ha venido utilizando desde los años sesenta como tratamiento de la esquizofrenia, pero su uso se ha restringido desde que se informó de varias muertes por neutropenia asociadas a su uso. La clozapina tiene una afinidad baja por el receptor D2 y una mayor afinidad por los receptores D1 y D4.

La baja incidencia de efectos extrapiramidales asociados a su uso se cree debida a esa baja actividad frente al receptor D2. El uso de la clozapina está restringido debido a que puede producir una neutropenia fatal. En el Reino Unido y en USA la clozapina solamente puede ser utilizada si el paciente:

- No responde a otros antipsicóticos.
- Presenta discinesia tardía o síntomas extrapiramidales severos.

Cuando se administra este fármaco es necesario monitorizar cuidadosamente al paciente, de forma especial los elementos formes de la sangre, para detectar la presencia de neutropenia. Cada paciente debe ser registrado y el fármaco solamente podrá ser dispensado tras un recuento normal de leucocitos. Después debe realizarse un recuento leucocitario semanal durante 18 semanas.

La clozapina está contraindicada en pacientes con antecedentes de neutropenia. El riesgo de neutropenia es del 1-2%, siendo habitualmente reversible. Otros efectos adversos de la clozapina incluyen hipersalivación, sedación, ganancia de peso, taquicardia e hipotensión.

OLANZAPINA:

La Olanzapina es un antipsicótico atípico con estructura química y mecanismo de acción similar a la clozapina. Este fármaco se une a los receptores alfa1, dopaminérgicos, histamínicos H1, muscarínicos y serotoninérgicos H2.

Comparado con los antipsicóticos típicos, la Olanzapina tiene menores reacciones extrapiramidales e hiperprolactinemia, además de tener un bajo potencial de interacciones y

neutropenia. La Olanzapina es efectiva para tratar los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

RISPERIDONA:

La risperidona es un agente antipsicótico oral que se considera como una opción de primera línea para el tratamiento de la psicosis.

Tiene una alta afinidad por los receptores de 5-HT₂ y una menor afinidad por los receptores D₂. Parece ser tan efectiva como el haloperidol.

Los desordenes psicóticos, incluyendo los que se presentan en los pacientes esquizofrénicos, y los síntomas afectivos asociados a esta enfermedad responden a la risperidona.

La ventaja de este fármaco sobre los otros antipsicóticos es que reduce los síntomas negativos de la esquizofrenia y la incidencia de síntomas extrapiramidales. Este fármaco tampoco se ha asociado a agranulocitosis.

INDICACIONES PARA EL USO DE ANTIPSICÓTICOS:

Los pacientes con mejor posibilidad de respuesta positiva a los antipsicóticos incluyen aquellos con un episodio agudo más que crónico; aquellos con un gran incremento en la actividad motora, insomnio, pobre apetito, alucinaciones y delirios.

Los antipsicóticos son también útiles en las psicosis menos severas y durante las recaídas de episodios psicóticos previos. Independientemente de su diagnóstico (p. e. esquizofrenia, síndrome paranoide, psicosis orgánica, psicosis afectiva, etc.).

Los cuadros clínicos más comunes encontrados en las psicosis podrían dividirse en las formas: agudas, las subagudas y las crónicas.

PSICOSIS AGUDAS:

Frecuentemente, un paciente psicótico agudo muestra agitación psicomotora, alucinaciones, delirios, trastorno en el pensamiento, neologismos, hostilidad e insomnio.

Si el paciente no recibe la medicación por vía oral, una alternativa podría ser aplicación de haloperidol en ampollas de 5mg, repetidas cada hora hasta llegar a un máximo de 40mg, hasta que los síntomas se hayan controlado o la sedación sea adecuada.

Si el paciente es colaborador, se puede usar haloperidol en tabletas 10mg. Por vía oral hasta 40mg, por día en dos dosis; se debe tener cuidado con los efectos secundarios y la sedación excesiva.

Otra alternativa farmacológica que se puede utilizar si el paciente no colabora es la clorpromazina 25mg, una o dos ampollas intramusculares en una administración. Esta dosis se puede repetir cada media hora hasta un máximo de 200mg, o hasta que mejore la agitación.

Si el paciente es colaborador los mismos principios psicoterapéuticos expuestos, se deben tener en cuenta y se puede emplear el siguiente programa psicofarmacológico: clorpromazina 25mg. Tabletas, 3 por día a la hora de acostarse; incrementos progresivos hasta 400mg por día. Si no hay mejoría se debe remitir a un especialista.

PSICOSIS SUBAGUDAS:

En esta condición el paciente presenta un cuadro psicótico donde pueden existir ideas de control, referencia, persecución, grandeza, y/o alucinaciones; delirios; trastorno del pensamiento; neologismos; insomnio pero en el cual no hay una agitación notoria; el paciente es manejable y coopera en el tratamiento.

En esos casos se pueden utilizar tabletas de clorpromazina de 25mg, tal como en la psicosis aguda. Si el paciente colabora, las dosis de 100 a 300mg, pueden ser el límite máximo.

Otra posibilidad es la trifluoperazina tabletas de 5mg, 3 tabletas al día. Debido a su notable efecto extrapiramidal, casi siempre se emplean las drogas antiparkinsonianas cuando se utilizan trifluoperazina o clorpromazina.

PSICOSIS CRÓNICAS:

Casi todos los síntomas de las psicosis agudas se encuentran en las formas crónicas; pero no hay agitación y los síntomas se han desarrollado en un período mayor.

Los pacientes pueden haber estado sufriendo de estos síntomas por meses o años con dificultados sociales crónicas y pueden tener una historia de hospitalizaciones repetidas.

En psicosis crónica la droga de elección es la flufenazina de 2 a 5 mg, dos veces al día en tabletas vía oral. Los aumentos pueden ser graduales para determinar la tolerancia; una vez que se establece el nivel terapéutico, la dosis se puede mantener aproximadamente a 4mg, dos veces al día por varios meses.

Si el paciente no colabora, los productos de depósito son las drogas de elección; se pueden usar el enantato de flufenazina o el decanoato de flufenazina, pero preferiblemente prescritos por un psiquiatra.

Una alternativa es la trifluoperazina, tabletas de 5mg , 15mg por día. Debido a la necesidad de un tratamiento por períodos prolongados a través de la toma de varias pastillas en el día, el paciente falla con frecuencia en su uso; en esos casos, los productos de depósito están bien indicados.

PERÍODO DE PRUEBA:

El período de prueba para los antipsicóticos deberá ser de una a dos semanas; la mayoría de las drogas antipsicóticas tienen una acción inmediata sedante; sin embargo sus efectos sobre las alucinaciones o los delirios comienzan a notarse varios días o aun semanas después de iniciado el tratamiento.

Los familiares deben ser instruidos acerca de este hecho con el objeto de no retirar el tratamiento antes de tiempo por creer que no ha sido efectivo.

Los efectos colaterales son más comunes al comienzo del tratamiento, p. e. hipotensión, arritmias, efectos extrapiramidales, sedación excesiva y distonías musculares. Es necesario, por tanto, alertar a pacientes y familiares sobre la disminución de estos problemas a medida que pasa el tiempo

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS:

Efectos adversos neurológicos agudos debidos a bloqueo del receptor

D2:

Efectos adversos neurológicos agudos debidos a bloqueo del receptor

D2

Incluyen la distonía aguda, esta se caracteriza por posturas musculares fijas con espasmo, e incluyen:

- Cierre mandibular
- Protrusión de la lengua
- Opistótonos
- Tortícolis
- Crisis oculogiras (boca abierta, cabeza hacia atrás y ojos fijos hacia

arriba).

Aparece entre horas y días después, y se da con mayor frecuencia en varones jóvenes.

Debe ser tratada de modo inmediato con fármacos anticolinérgicos (prociclidina 5-10mg, benztropina intramuscular o intravenosa). La respuesta es espectacular.

EFFECTOS ADVERSOS NEUROLÓGICOS A MEDIO PLAZO DEBIDOS A BLOQUEO D2:

Incluyen principalmente acatisia y parkinsonismo. La acatisia es una inquietud motora, generalmente de miembros inferiores, acompañada de una sensación interna de intranquilidad. Es en general muy penosa para el paciente.

El tratamiento supone fundamentalmente reducir la dosis farmacológica. El parkinsonismo es inducido por el bloqueo de los receptores D2 en los ganglios basales.

Los síntomas aparecen tras unos días o semanas, y el tratamiento debe incluir fármacos anticolinérgicos (p. ej., prociclidina, orfenadrina), reducción de la dosis de neurolepticos o cambio a un neuroleptico atípico (como risperidona y clozapina), que es menos probable que produzca tales síntomas extrapiramidales.

EFFECTOS ADVERSOS NEUROLÓGICOS CRÓNICOS DEBIDOS A BLOQUEO D2:

Son principalmente discinesia tardía y distonía tardía. La discinesia tardía se manifiesta usualmente como discinesia orofacial y produce chasquido de labios y rotación de la lengua. La distonía tardía aparece como movimientos coreoatetósicos de la cabeza, cuello y tronco.

Se manifiesta tras meses o años de tratamiento farmacológico. Existe un riesgo incrementado de discinesia tardía en pacientes mayores, mujeres, desdentados y pacientes con lesión orgánica cerebral

Aproximadamente el 20% de los pacientes que están tomando neurolepticos durante un largo período desarrollarán discinesia tardía, aunque no existe relación con la duración o dosis total del tratamiento o clase del antipsicótico utilizado.

No existe tratamiento efectivo, así que es importante la prevención mediante la limitación del uso de neurolepticos y el reconocimiento precoz de los síntomas. El incremento de las dosis puede empeorarlos. La clozapina ha demostrado mejorar la sintomatología. Los modernos antipsicóticos (p. ej., la risperidona) pueden presentar menor probabilidad de inducir discinesia tardía.

EFFECTOS ADVERSOS NEUROENDOCRINOS DEBIDOS A BLOQUEO D2:

Incluyen hiperprolactinemia por reducción de la retroalimentación negativa sobre la

hipófisis anterior. Concentraciones séricas altas de prolactina pueden producir galactorrea, amenorrea e infertilidad en algunos pacientes.

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (SNM) Es el efecto adverso de mayor peligro vital en el uso de neurolépticos. Se cree que es debido a un desarreglo del sistema dopaminérgico, aunque la fisiopatología exacta es desconocida. Los síntomas incluyen:

- Hipertermia
- Rigidez Muscular
- Inestabilidad autónoma
- Pérdidas de conocimiento fluctuantes

Esta es una reacción idiosincrásica que aparece desde unos cuantos días a semanas tras comenzar el tratamiento, aunque puede ocurrir en cualquier momento. La mortalidad es del 20% y requiere tratamiento médico inmediato con:

- Bromocriptina (un agonista D1/D2); que se utiliza para revertir el bloqueo dopaminérgico.
- Dantroleno (un relajante muscular esquelético) se utiliza para la rigidez muscular.
- La deshidratación y la hipertermia se contrarrestan con tratamiento de soporte.

La falla renal por rabdomiolisis es la principal complicación y causa de muerte.

El SNM puede volver a producirse al re introducir los neurolépticos; por tanto, se recomienda esperar al menos dos meses antes de reintroducir el fármaco, usando uno de diferente clase a la mínima dosis recomendada.

Otros efectos adversos:

Efecto Adverso	Síntomas
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> - Sequedad de boca (hipersalivación en el caso de la clozapina) - dificultad o retención urinaria - estreñimiento - visión borrosa.
Sedantes	- Pueden suponer el antagonismo de los receptores de histamina-1 (H1) por estos fármacos.
Anti - Alfa Adrenérgicos	- Muchos neurolépticos pueden bloquear los receptores alfa adrenérgicos y contribuir a la hipotensión postural.
Reacciones Inmunes	<ul style="list-style-type: none"> - Incluyen urticaria, dermatitis, erupciones, fotosensibilidad dérmica y una coloración de la piel gris, azul o púrpura, todo lo cual puede corresponder a respuestas autoinmunes. - Se dan más comúnmente con las fenotiacinas, en la que se han descrito en ocasiones pigmentaciones conjuntivales, corneolenticulares y de retina.

	- La ictericia colestática debida a reacción de hipersensibilidad es un efecto adverso raro de la clorpromacina
--	---

"ANTIDEPRESIVOS."

En el año de 1950 se empezó a utilizar la Reserpina como un fármaco antipsicótico, sin embargo rápidamente se evidenció que este medicamento producía depresión. Inicialmente producía una respuesta hipertensora y posteriormente hipotensión; sin embargo era llamativo que inducía depresión.

Posteriormente se estudió profundamente el mecanismo de acción de ese medicamento, y se llegó a la conclusión que actuaba generando una depleción en los depósitos de noradrenalina, serotonina y dopamina. Adicionalmente se encontró que en los pacientes que tenían tendencia a la depresión y el suicidio, había una baja concentración de estas aminas biógenas en los núcleos cerebrales.

Gracias a estos hallazgos se pensó que la fisiopatología de la depresión radicada en estas aminas y se empezaron a estudiar fármacos que fueran capaces de interactuar con estos neurotransmisores a nivel del Sistema Nervioso Central.

El primero de estos fármacos que se descubrió fue la Imipramina, un medicamento que se había empezado a utilizar para tratar a los pacientes tuberculosos. La Imipramina no era efectiva para tratar la enfermedad pero si mejoraba el estado de ánimo de aquellos paciente que sufrían de marginación social y por lo tanto estaban propensos a sufrir de depresión.

Los científicos observaron que la Imipramina tenía una estructura química similar a un fármaco antipsicótico, fenotiazínico, que se venía utilizando llamado Clorpromazina. La Imipramina tenía un anillo central (también era tricíclico), pero este no tenía azufre a diferencia de las fenotiazinas, sino que estaba compuesto por 7 carbonos.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que este cambio estructural le confería a la Imipramina sus propiedades antidepresivas. Este hallazgo permitió desarrollar el primer grupo de fármacos para tratar los trastornos depresivos: Antidepresivos Tricíclicos.

DEPRESIÓN: La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos mas comunes.

Alrededor del 5 - 6% de la población mundial se encuentra deprimida en este momento, y se estima que alrededor del 10% de las personas pueden deprimirse durante su vida.

Los síntomas de la depresión a veces son sutiles y no son reconocidos por los médicos ni por los mismos pacientes. Algunos de los pacientes que tienen síntomas vagos o manifestaciones somáticas y que los llama "neuroticos", podrían estar deprimidos.

La depresión es una enfermedad heterogénea que ha sido clasificada y caracterizada de diversas formas. De acuerdo al DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), existen varios diagnósticos involucran a la depresión dentro de los que están:

- Depresión mayor.
- Distimia.
- Enfermedad Bipolar.
- Ciclotimia.

Existen otras clasificaciones de la depresión que se basan en el origen probable de la enfermedad. Según esa clasificación la depresión puede ser:

- 1. REACTIVA O SECUNDARIA (la mas común), la cual ocurre como respuesta a eventos penosos o enfermedades**
- 2. ENDÓGENA, que se caracteriza por una alteración bioquímica determinada genéticamente, que se caracteriza por la incapacidad para hacer frente al estrés ordinario.**

Los principales fármacos que se utilizan para tratar los trastornos depresivos que son: antidepresivos tricíclicos, heterocíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina e inhibidores de la Monoamino Oxidasa (MAO).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN:

El primer paso de un manejo y tratamiento exitoso de la depresión es realizar un diagnóstico correcto y explicárselo al paciente de tal forma que pueda entenderlo y aceptarlo.

La forma en que se hace esto depende de la educación del paciente, la severidad de la enfermedad y el concepto cultural que tenga el paciente acerca del diagnóstico psiquiátrico.

Es importante hacerle caer en cuenta al paciente que la depresión es una enfermedad médica tal como la hipertensión o la diabetes mellitus, ya que esto ayuda a retirar los prejuicios y que el paciente acepte el diagnóstico y por consiguiente el tratamiento.

Si el paciente tiene síntomas claros que permitan establecer el diagnóstico de depresión, debe instaurarse el tratamiento antidepresivo prontamente. Es necesario evaluar el riesgo suicida que tiene el paciente para determinar si amerita ser hospitalizado.

En este tratamiento debe establecerse una especie de alianza terapéutica donde el paciente pueda sentirse libre de expresar sus síntomas y sus expectativas en cuanto al tratamiento.

Si se decide usar fármacos antidepresivos es importante explicarle al paciente que síntomas se espera tratar con la medicación y cuales son los efectos secundarios de la medicación. Si se puede es ideal que un pariente cercano le ayude al paciente durante el tratamiento de su enfermedad.

El tratamiento de los desórdenes depresivos incluye medidas psicoterapéuticas combinadas con el tratamiento farmacológico. En algunos pacientes con depresiones refractarias al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se ha utilizado la terapia electroconvulsiva (TEC) para controlar la enfermedad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNDROMES DEPRESIVOS:

Los estudios controlados que comparan los fármacos antidepresivos que actualmente se encuentran en el mercado han llegado a la conclusión de que todos son mas o menos equivalentes.

Aunque esto puede ser cierto para los grupos de pacientes, se ha visto que cuando se trata a los pacientes individuales, estos pueden responder mejor a uno u otro fármaco por razones desconocidas.

Por ejemplo algunos estudios europeos han mostrado que los pacientes suficientemente deprimidos para ser hospitalizados, responden mejor a los clásicos antidepresivos tricíclicos que a la monoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

De esta forma la escogencia del fármaco tiende a ser un proceso empírico, basado en la historia previa del paciente y las características particulares de cada caso. Ninguno de los agentes heterocíclicos (de segunda generación) ha demostrado ser en términos generales mas efectivo que las antidepresivos tricíclicos, sin embargo se afirma que estos fármacos actúan mas rápido, tienen menores efectos sedativos y autonómicos y son menos tóxicos. Estas premisas son parcialmente ciertas ya que varía según los fármacos que se esten comparando.

No se ha encontrado una indicación específica para un tipo de depresión, de los inhibidores específicos de la recaptación de Seroronina o los otros antidepresivos nuevos. La popularidad de estos fármacos se debe a la aceptación por parte de los pacientes.

Un reporte que afirmaba que el uso de la Fluoxetina aumentaba la ideación suicida o agresiva, no fue confirmado por los estudios posteriores. Se encontró que esta ideación no era distinta a la que se presenta inherente a la enfermedad depresiva.

Los pacientes deprimidos co un considerable grado de ansiedad, rasgos fóbicos e hipocondrisis responden mejor al tratamiento con inhibidores de la Monoaminooxidasa (MAO).

Los agentes antidepresivos también no se han utilizado solo para tratar la depresión sino también para otras entidades como:

- Transtornos de Pánico.
- Desórdenes Obsesivo - Compulsivos.
- Enuresis.
- Dolor Crónico.

Grupos De Fármacos Que Existen Para El Tratamiento De La Depresión

ANTIDEPRESIVOS TRICÍLCICOS:

Los antidepresivos tricíclicos se llaman así por su núcleo característico de tres anillos. Estos fueron los primeros antidepresivos que se descubrieron y se han venido utilizando desde hace mas de cuatro décadas.

Su estructura química es muy similar a la de las fenotiazinas, aunque sus propiedades farmacológicas si varían.

El primer fármaco que apareció de este grupo para el tratamiento de la depresión fue la Imipramina que fue sintetizada por primera vez al final de la década de los 40s. La imipramina se considera el prototipo de los antidepresivos tricíclicos.

MECANISMO DE ACCIÓN: El mecanismo de acción preciso de los antidepresivos tricíclicos no se ha dilucidado, sin embargo se cree que la mayoría de sus efectos terapéuticos se deben a la disminución en la recaptación de Serotonina y Adrenalina.

La Amitriptilina parece ejercer sus efectos tanto en la norepinefrina como en la adrenalina, mientras que la Imipramina lo hace mas sobre la Serotonina, aunque no exclusivamente.

La inhibición de la recaptación de serotonina es más intensa con la Clopramina, que la

obtenida con otros antidepresivos tricíclicos. La Doxepina tiene un mecanismo de acción muy similar al de la Amitriptilina, es decir que actúa tanto sobre la norepinefrina como la serotonina.

FARMACOCINÉTICA: La mayoría de antidepresivos tricíclicos se absorben parcialmente en el tracto gastrointestinal y sufren de metabolismo de primer paso. Este metabolismo se realiza por dos rutas: transformación del núcleo tricíclico y alteración de la cadena alifática lateral. Los metabolitos de la Imipramina (Desmetilipramina) y la Amitriptilina (Nortriptilina) son farmacológicamente activos.

EFFECTOS ADVERSOS : Una amplia variedad de efectos cardiovasculares pueden ocurrir con el uso de estos fármacos debido a que potencian la norepinefrina y su actividad anticolinérgica. Dentro de estos efectos están:

- Taquicardia Ventricular.
- Palpitaciones.
- Hipertensión.
- Hipotensión Ortostática.

Es posible que ocurran reacciones más severas como infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca congestiva o eventos cerebrovasculares.

La Imipramina y otros antidepresivos tricíclicos pueden producir una prolongación del PR, el QT y el QRS. Estos efectos cardiovasculares son raros a dosis terapéuticas, pero pueden ocurrir, especialmente si el paciente tiene una enfermedad cardiovascular de base.

La somnolencia es uno de los efectos adversos más frecuentes de los antidepresivos tricíclicos a nivel del SNC. Por esta razón es deseable administrarlos por la noche, ya que este efecto sirve para combatir el insomnio. El mareo también es común por la hipotensión ortostática que producen.

Otros efectos adversos que pueden producir son:

- Temblor
- Visión Borrosa
- Hipertensión Ocular
- Xerostomía
- Constipación
- Retención Urinaria.
- Disminución de la libido
- Impotencia

Es importante anotar que los pacientes que requieren una terapia prolongada con antidepresivos tricíclicos pueden experimentar un síndrome de abstinencia si retira súbitamente el fármaco. Esto ocurre sobre todo con las aminas tricíclicas terciarias como: amitriptilina, imipramina, clomipramina, trimipramina, and doxepina.

TOXICIDAD

Los antidepresivos tricíclicos son extremadamente peligrosos cuando se sobredosifican (lo cual no es infrecuente que ocurra en un paciente deprimido con fines suicidas). Las sobredosis intencionales o accidentales pueden desencadenar:

1. Coma con shock y a veces acidosis metabólica
2. Depresión respiratoria con tendencia a la Apnea súbita
3. Agitación o delirium que precede al coma
4. Irritabilidad neuromuscular y convulsiones
5. Hiperpirexia

6. Parálisis del intestino y la vejiga
7. Alteraciones cardiovasculares (como las mencionadas previamente).

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS - AGENTES INDIVIDUALES:

IMIPRAMINA:

La imipramina es un antidepresivo tricíclico con un amplio espectro de acción farmacológica, que incluye propiedades alfa-adrenolíticas, antihistamínicas, anticolinérgicas y bloqueadoras de receptores 5-HT. No obstante se cree que la actividad terapéutica de la imipramina se basa ante todo en su capacidad para inhibir la recaptación neuronal de noradrenalina (NA) y 5-HT.

La imipramina pertenece a la categoría de los llamados bloqueadores mixtos de la recaptación, es decir, inhibe la recaptación de NA y 5-HT aproximadamente en la misma medida.

La absorción de la imipramina por vía oral es rápida y total y la ingesta de alimentos no tiene efectos sobre su absorción y biodisponibilidad. Durante su primer paso hepático la imipramina administrada por vía oral se transforma parcialmente en desmetilimipramina, metabolito que posee también actividad antidepresiva.

Aproximadamente el 80% se elimina en orina y el resto en heces, la mayoría en forma de metabolitos inactivos. La cantidad de imipramina sin alterar y la del metabolito activo, desmetilipramina, excretadas en orina representan el 5% y 6% respectivamente y sólo pequeñas cantidades son excretadas en heces.

La imipramina está indicada en estados depresivos de cualquier etiología, sintomatología y gravedad, depresión y distimias depresivas en niños, adolescentes y en la edad senil, en síndromes depresivos debidos a arteriosclerosis, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, enfermedades somáticas crónicas, síndrome doloroso crónico y alcoholismo.

Otras indicaciones de este fármaco son crisis de pánico, enuresis nocturna (en edades superiores a los 5 años y cuando se descarte una causa orgánica), síndrome doloroso crónico.

AMITRIPTILINA:

La amitriptilina es una amina tricíclica terciaria que se encuentra disponible en presentación oral y parenteral. La Amitriptilina se metaboliza a nortriptilina, un metabolito activo que también se consigue como forma farmacéutica. Clínicamente la amitriptilina se utiliza para tratar la depresión, el dolor de origen neuropático, desórdenes de atención - hiperactividad, enuresis funcional en niños, crisis de pánico y trastornos fóbicos.

La Amitriptilina parece ejercer su efecto inhibiendo tanto la recaptación de serotonina como la de norepinefrina. La Amitriptilina se metaboliza a nortriptilina que parece ser quien tiene la mayor capacidad de inhibir la recaptación de noradrenalina.

La Amitriptilina posee una fuerte actividad anticolinérgica. Se pueden producir arritmias cardíacas por su efecto similar a la quinidina, combinada con su efecto anticolinérgico y la potenciación de la Norepinefrina.

La Amitriptilina se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, sin embargo la respuesta individual varía bastante. Los efectos antidepresivos plenos se demoran varias semanas en alcanzarse y los efectos adversos pueden presentarse desde la primera dosis.

CLOMIPRAMINA:

La Clomipramina ejerce un efecto antidepresivo rápido, con un alto grado de seguridad terapéutica. Influye globalmente sobre el síndrome depresivo, en especial sobre la inhibición de la esfera impulsiva y la distimia, así como sobre la angustia existencial.

El efecto se instaura generalmente durante la primera semana de tratamiento, pero pueden ser necesarias 3 ó 4 semanas para conseguir su efecto óptimo.

Este fármaco actúa presumiblemente inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina de las neuronas correspondientes, siendo la inhibición de la recaptación de serotonina más intensa que la obtenida con otros antidepresivos tricíclicos.

La clomipramina se absorbe completamente por vía oral. La fijación proteica es de un 97,6%. Dos tercios se excretan por la orina en forma de conjugados hidrosolubles y aproximadamente un tercio por las heces. La cantidad de clomipramina inalterada y del metabolito activo excretada por la orina es en ambos casos inferior al 1% de la dosis.

DOXEPINA:

La Doxepina es un antidepresivo tricíclico utilizado en el tratamiento de depresión o ansiedad el efecto ansiolítico de la doxepina es usualmente aparente dentro de la primera semana de tratamiento, mientras que su respuesta antidepresora no se hace aparente sino después de 2 a 4 semanas.

La Doxepina posee un substancial efecto anticolinérgico y sedativo aunque no es tan marcado como con la Amitriptilina

El mecanismo de acción de la Doxepina es el que mas se parece al de la Amitriptilina, es decir que inhibe la recaptación tanto de la Noradrenalina como de la Serotonina. Al igual que la Amitriptilina, se absorbe bien por vía oral, sin embargo sus efectos adversos pueden aparecer a las horas de ser administrada, mientras que el efecto antidepresivo puede demorarse 2 semanas en aparecer.

ANTIDEPRESIVOS HETEROCÍCLICOS (SEGUNDA GENERACIÓN):

Entre 1980 y 1996 un buen número de antidepresivos de "segunda generación" y "tercera generación", llamados también heterocíclicos, fueron introducidos al mercado. Dentro de estos agentes están la trazodona, el bupropión, la amoxapina y la Maprotilina. La Amoxapina y la Maprotilina tienen una estructura molecular a la de los antidepresivos tricíclicos, mientras que la de la Trazodona y el Bupropión si es distinta. Los agentes heterocíclicos no son notablemente diferentes a los agentes tricíclicos en cuanto a su potencia.

Desde 1990 se han introducido algunos antidepresivos heterocíclicos de tercera generación con estructuras químicas únicas como la Venlafaxina. Existe un antidepresivo derivado de la trazodona llamado Nefazodona que se utiliza mucho en Europa.

MECANISMO DE ACCIÓN:

El mecanismo de acción de los fármacos que pertenecen a este grupo varía dependiendo de los agentes individuales. La Amoxapina, por ejemplo es un metabolito del antipsicótico Loxapina y por esta razón, retiene la capacidad de antagonizar los receptores dopaminérgicos, aunque también bloquea la recaptación de Norepinefrina.

La maprotilina de manera potente y selectiva inhibiendo la recaptación de noradrenalina. La trazodona tiene un mecanismo de acción que está mas relacionado con inhibición de la recaptación de Serotonina. El bupropión inhibe la recaptación de

dopamina y de serotonina y noradrenalina en menor magnitud.

FARMACOCINÉTICA: La farmacocinética de estos fármacos es similar a la de los tricíclicos. Tienden a tener una biodisponibilidad variable, largos volúmenes de distribución y tal vez metabolitos activos. La trazodona tiene la vida media mas corta y por esta razón al inicio del tratamiento es necesario administrarla en dosis divididas.

EFFECTOS ADVERSOS Y TOXICIDAD: Los efectos adversos y la toxicidad de los fármacos heterocíclicos varían según los diferentes agentes. La sobredosis de Amoxapina se caracteriza por una severa neurotoxicidad con convulsiones que son difíciles de controlar, así como cardiotoxicidad. La sobredosis con otras drogas heterocíclicas parece crear solo problemas menores que pueden ser manejados solo con medidas de soporte. Los otros efectos secundarios serán revisados para cada agente.

AGENTES INDIVIDUALES (ALGUNOS):

TRAZODONA:

La trazodona es un antidepresivo oral, no relacionado con los antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos. Este fármaco posee algunas similitudes con otras drogas antidepresivas sin embargo también tiene efectos ansiolíticos.

La trazodona se utiliza en el tratamiento de la depresión mayor, en trastornos de ansiedad generalizada y para tratar el insomnio.

Aunque en menor grado que la fluoxetina, la trazodina inhibe la recaptación de serotonina a nivel de la membrana neuronal presináptica. No tiene acciones sobre la dopamina en el SNC. Tiene menor actividad colinérgica que los antidepresivos tricíclicos y actividad sedativa por bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos. En algunos casos puede producir somnolencia, astenia, hipotensión, cefalea, vértigo, ligera excitación, sequedad de boca, trastornos psicomotores y gastrointestinales. En general, estos efectos son transitorios y no requieren la interrupción del tratamiento.

En caso de sobredosificación, debe instaurarse una terapia sintomática, lavado de estómago y diuresis forzada.

AMOXAPINA:

La amoxapina es un antidepresivo del tipo dibenzoxapínico. Estructuralmente es similar a los antidepresivos tricíclicos y comparte similitudes con las fenotiazinas.

La acción antidepresiva de la Amoxapina, se cree que se debe a su acción sobre varios neurotransmisores en la membrana neuronal. Este fármaco tiene la capacidad de antagonizar los receptores dopaminérgicos, y por ello puede producir Parkinsonismo. Puede producir una amplia variedad de efectos cardiovasculares debido a que potencia la norepinefrina y su actividad anticolinérgica.

Su sobredosis se caracteriza por una severa neurotoxicidad con convulsiones que son difíciles de controlar, así como cardiotoxicidad.

BUPROPIÓN

El bupropión es un antidepresivo oral no relacionado con los tricíclicos ni los otros antidepresivos conocidos. Este fármaco es bien tolerado por los pacientes que sufren de hipotensión ortostática con los tricíclicos, lo malo es que tienen un potencial convulsivo mayor que cualquier otro fármaco antidepresivo.

Este fármaco se usa como antidepresivo, pero también está indicado como coadyuvante

en el abandono del tabaco. El bupropión inhibe la recaptación de Dopamina y Noradrenalina a nivel de la membrana postsináptica.

El principal efecto adverso del Bupropión son las convulsiones que se presentan en el 0.1 % de los pacientes a dosis terapéuticas. Sin embargo a medida que aumenta la dosis son mayores.

MAPROTILINA:

Este fármaco es un antidepresivo tetracíclico, con propiedades similares a las de los tricíclicos. Presenta un espectro de acción equilibrado: eleva el estado de ánimo y alivia la ansiedad, la agitación y la inhibición psicomotora. En casos de depresión enmascarada actúa favorablemente sobre los síntomas somáticos predominantes del cuadro clínico. La Maprotilina actúa de manera potente y selectiva inhibiendo la recaptación de noradrenalina. La Maprotilina se usa en Depresión endógena, Depresión psicógena, Depresión somatógena, Depresión enmascarada, Depresión acompañada de ansiedad, Depresión y distimias depresivas en niños y adolescentes y en la edad senil.

Los efectos adversos son leves y transitorios y desaparecen en general en el transcurso del tratamiento o al disminuir la dosis. A menudo es difícil diferenciar entre algunos de los efectos secundarios y los síntomas de los estados depresivos tratados como cansancio, alteraciones del sueño, agitación, ansiedad, estreñimiento, sequedad de boca. Si se manifiestan efectos graves p. ej., de tipo neurológico o psiquiátrico, deberá interrumpirse el tratamiento con este medicamento. Los pacientes de edad son particularmente sensibles a los efectos anticolinérgicos, neurológicos, psiquiátricos o cardiovasculares

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA:

Uno de los principales problemas con los antidepresivos de primera generación es que poseen muchos efectos farmacológicos "irrelevantes" heredados de su similitud con las fenotiazinas antipsicóticas.

Se ha visto que la actividad antimuscarínica, antihistamínica, y anti adrenoceptores, no contribuye en nada a mejorar la depresión y por el contrario si puede aumentar los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos.

Desde que se evidenció que la fluoxetina (Prozac) era un antidepresivo efectivo, que actuaba exclusivamente sobre la Serotonina y que tenía mínimos efectos autonómicos, se llegó a la conclusión de que este era un camino muy alentador para buscar nuevos fármacos.

Actualmente existen tres inhibidores específicos de la recaptación de Serotonina y en esa sesión vamos a revisar dos: La Fluoxetina y la Sertralina

MECANISMO DE ACCIÓN: El mecanismo de acción exacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, no está completamente comprendido, sin embargo se cree que su efecto más importante es el incremento en las acciones de la Serotonina debido a un importante bloqueo específico de la recaptación de serotonina en la membrana neuronal.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen menos efectos sedativos, anticolinérgicos y cardiovasculares que los antidepresivos tricíclicos, por una marcada disminución en la unión a receptores histamínicos, colinérgicos y adrenérgicos.

La monooxidasa no es inhibida por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y su actividad colinérgica es prácticamente inexistente.

AGENTES INDIVIDUALES:

FLUOXETINA:

La Fluoxetina es un antidepresivo cuyo mecanismo de acción parece fundamentarse en la inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina por las neuronas del sistema nervioso central. Esta indicada en Depresión y ansiedad asociada, bulimia nerviosa y trastornos obsesivo-compulsivos (DSM-III).

BIODISPONIBILIDAD: después de 6 a 8 horas de una dosis oral única de 40 mg, se observan las concentraciones plasmáticas máximas. La ingesta de alimentos no parece afectar la biodisponibilidad de fluoxetina, aunque puede retrasar, sin consecuencias, su absorción. Por tanto, se puede administrar fluoxetina con o sin alimentos.

DISTRIBUCIÓN: fluoxetina tiene un volumen de distribución y una unión a proteínas plasmáticas elevados. La vida media de eliminación es de 4-6 días y la de su metabolito activo de 4-16 días (ambas pueden aumentar en pacientes con deficiencia del sistema P450IID6). Las concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio se alcanzan después de la administración durante varias semanas.

METABOLISMO: fluoxetina se metaboliza fundamentalmente en el hígado a norfluoxetina y a otros metabolitos. La insuficiencia hepática puede afectar la eliminación de fluoxetina.

ELIMINACIÓN: la vía principal de eliminación parece ser la renal. Se puede producir acumulación adicional de fluoxetina o de sus metabolitos en pacientes con alteración severa de la función renal.

Las reacciones adversas más comúnmente observadas con el uso de fluoxetina (frecuencia mayor al 2%) son: síntomas referidos al sistema nervioso central incluyendo ansiedad, nerviosismo e insomnio, somnolencia y astenia, temblor, mareo ó sudoración; alteraciones gastrointestinales incluyendo anorexia, náuseas ó diarrea. Reacciones menos frecuentes incluyen: cefalea, sequedad de boca, dispepsia y vómitos.

También se han comunicado reacciones graves (frecuencia menor al 1%) que incluyen: síncope, arritmia cardíaca, anomalías en las pruebas de función hepática, hipo e hipertiroidismo, aumento del tiempo de hemorragia, síndrome cerebral agudo y convulsiones.

SERTRALINA:

La sertralina es un Antidepresivo oral que también actúa mediante la inhibición específica de la recaptación de Serotonina en la membrana neuronal. Este fármaco tiene un metabolito activo y un potencial menor de interacciones medicamentosas que la fluoxetina (sobre todo por el citocromo p-450).

La Sertralina está indicada para el tratamiento de los síntomas de depresión, prevenir las recaídas del episodio inicial de depresión o la recurrencia de nuevos episodios depresivos.

También está indicada para el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos (TOC), trastornos de pánico con o sin agorafobia y trastornos obsesivo compulsivo (TOC) en pacientes pediátricos.

Los efectos secundarios que se presentan con mas frecuencia son: náuseas, diarrea/heces blandas, anorexia, dispepsia, temblor, vértigos, insomnio, somnolencia, incremento de la sudoración, sequedad de boca y disfunción sexual masculina (principalmente eyaculación retardada). Los fármacos de este grupo son los que en general

tienen una mayor aceptación y adherencia por parte de los pacientes debido a su menor proporción de efectos secundarios. Por ejemplo la Fluoxetina es el fármaco antidepresivo que mas se consume en los Estados Unidos

INHIBIDORES DE LA MAO (MONOAMINOXIDASA):

La Monoaminoxidasa A (MAO - A) es responsable del metabolismo de la norepinefrina, la serotonina y la tiramina, mientras que lo Monoaminoxidasa B (MAO - B) es mas selectiva en el metabolismo de la Dopamina.

Como en la fisiopatología de la depresión esta involucrada la depleción de la noradrenalina y la serotonina, la inhibición de estas monoaminoxidasas puede aumentar la concentración de ellos en el espacio intersináptico y mejorar los síntomas de la depresión. Este es el principio farmacológico de los antidepresivos de este grupo.

Lo malo es la inhibición irreversible de la MAO permite la acumulación de tiramina y se pierde el metabolismo protector de primer paso que protege contra la tiramina de las comidas. Por esta razón un aumento de la tiramina en la dieta puede producir severas reacciones hipertensivas. Estos fármacos han sido muy controvertidos por esta razón. Son más tóxicos que los de los otros grupos (también) tienen toxicidad hepática.

Los inhibidores de la MAO disminuyen el AMP cíclico en las células postsinápticas y disminuyen la activación de los receptores B2 (esto se ha llamado Down - regulation).

AGENTES INDIVIDUALES

FENELZINA:

La fenelzina es un inhibidor irreversible de la aminooxidasa que se administra por vía oral, derivado de la hidrazina. Este fármaco se utiliza para tratar la depresión, sobre todo la depresión atípica, la depresión secundaria y la depresión psicótica. También se usa para los trastornos obsesivo compulsivos, trastornos de pánico y desórdenes fóbicos.

Como mencionabamos anteriormente el principal y mas temido efecto secundario es la crisis hipertensiva que puede desencadenar que se manifiesta por taquicardia o bradicardia sinusal, angina, palpitaciones, dolor de cabeza severo, fotofobia, midriasis y diaforesis. También se pueden presentar hipertermia y nauseas.

Por esta hipertensión se puede producir un evento cerebrovascular hemorrágico que puede ser fatal.

TRANILCIPROPAMINA

La tranilcipropamina es un inhibidor reversible de la aminooxidasa que se administra por vía oral. Este fármaco se utiliza para tratar pacientes con depresión mayor que no responden a las otras terapias antidepresivas y que se encuentran hospitalizados o pueden ser estrechamente monitorizados. Las reacciones adversas que se presentan con este fármaco son similares a las que mencionabamos con la Fenelzina.

CLASIFICACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y USO MÁS FRECUENTE

Antidepresivos	Ansiolíticos e hipnóticos	Antipsicóticos
1. Tricíclicos y tetracíclicos	1. Benzodiazepínicos	1. Fenotiacinas
Amitriptilina	Vida Corta:	Alifáticas:
Clorimipramina	Oxazepán	Cloropramicina
Desipramina	Triazolán	Levomepromacina
Doxepina	Vida Intermedia:	Piperidínicas:

Imipramina	Alprazolán	Pipotiacina
Maprotilina	Bromazepán	Tioridacina
2. Inhibidores de la Monoaminooxidasa	Vida Larga:	Piperacínicas:
Fenelcina	Clonazepán	Flufenacina
Isocarboxácida	Clordiacepóxido	Perfenacina
Moclobemida	Diazepán	Trifluoperacina
3. Inhibidores de la Recaptura de serotonina	2. Aspironas	2. Butifenonas
Fluoxetina	Buspironas	Haloperidol
Paroxetina	Otros:	3. Benzamidas
Sertralina	Carbonato de litio	Sulpiride
4. Atípicas	Metilfenidato	4. Dibenzodiazepinas
Mianserina	Disulfirán	Clozapina
Trazadona		5. Benzisoxasol
		Risperidona

MODELO PSICOLÓGICO

Considera la enfermedad mental o conducta anormal como el resultado de un mal funcionamiento psíquico generalizado con diversas características, toma en cuenta lo fisiológico.

PSICODINÁMICO

Lo que causa la enfermedad es el conflicto intrapsíquico (ello, yo y superyó), pone de manifiesto el inconsciente, se describe la conducta anormal en términos de defensa y angustia, la técnica de intervención terapéutica es el psicoanálisis y su principal representante es Freud, Jung, Adler, Horney, Erickson.

CONDUCTUAL

Se centra en la conducta observable, sin importar el proceso psíquico que interviene, emplea los principios del aprendizaje (reforzamiento, condicionamientos) para descubrir las condiciones de estímulo que mantienen la conducta inadaptada y modificarla, utiliza técnicas conductuales, Desensibilización y modelado. Representantes: Eysenck, Skinner y Bandura.

HUMANISTA-EXISTENCIAL

Se centra en el aquí y el ahora de un individuo que debe ser tratado, comprendido y entendido, la realidad básica está formada por las experiencias del individuo, es holístico, la conducta anormal se representa por no tener sentido de vida. Utiliza técnicas como terapia centrada en el cliente. Sus representantes son: Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Sastre, Husserl, Rogers y Maslow.

SISTÉMICO-CIBERNÉTICO

Se basa en la teoría general de los sistemas en donde el síntoma de la conducta anormal es un componente regulador del sistema que afecta a todos sus miembros, recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto en que se mueve se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva. Principales representantes: Escuela de Palo Alto (Riskin y Satir), Escuela de Milán (selvini-Palazzoli, Boscoso, Prata y Cecchin) y la Escuela Estructural Estratégica (Minuchin).

COGNITIVO CONDUCTUAL

Se basa en el estudio de los procesos mentales: pensamiento, sentimientos, aprendizaje, etc., y cómo se relacionan éstos con las conductas observables, como técnicas utilizan la Terapia Racional Emotiva. Representantes: Ellis y Beck.

PSICOFISIOLÓGICO

Se investiga en qué medida el comportamiento se debe a las condiciones físicas del organismo. Se centra en el estudio del cerebro, el sistema nervioso y la bioquímica del cuerpo.

MODELO SOCIOLÓGICO

Investiga la influencia mutua que las personas ejercen entre sí, y si la conducta anormal se debe a esta influencia, si los roles desempeñados por los individuos dependen del género y su desenvolvimiento. Representante: Moscovici.

SISTEMAS DIAGNÓSTICOS INTERNACIONALES DE TRASTORNOS MENTALES: DSMIV Y CIE 10 DSM – IV MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRIA

El DSM-IV-R es la 4ª. Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual fue diseñado con una organización adecuada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Refleja conocimientos más vigentes y no son sólo opiniones de sus miembros. El DSM-IV-R, es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios.

La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases mutuamente excluyentes.

El DSM-IV-R, es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto deben ser utilizados por personas con experiencia clínica: no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a pie de la letra como libro de cocina.

El juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas persistan durante largo tiempo y se consideren graves. La falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Además de requerir entrenamiento y juicio clínicos, es también importante el método de recopilación de datos. La aplicación válida de los criterios diagnósticos de este

manual requiere una evaluación que permita directamente el acceso a la información contenida en estos grupos de criterios. Las valoraciones que se apoyan únicamente en pruebas psicológicas y que no tienen validez de contenido (test proyectivos) no pueden ser utilizadas como datos primarios para establecer un diagnóstico.

UTILIZADO POR: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Enfermeras. Terapeutas, Consejeros, Profesionales de la Salud

OBJETIVOS:

Clínicos: Guía útil para la práctica, mediante la brevedad y concisión en los criterios diagnósticos.

Investigación: Facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores

Educación: Es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología

CUANDO SE PUEDE UTILIZAR: Con pacientes ingresados, Pacientes ambulatorios, Hospital de día, Psiquiatría de enlace, Consulta privada, Asistencia primaria

COMO ESTA ORGANIZADO: Instrucciones para su uso, Clasificación DSM – IV (lista sistemática de los códigos y categorías), Sistema Multiaxial para el dx, Criterios dx de cada trastorno acompañados por un texto descriptivo, Apéndices (11)

QUE TRASTORNOS ENCONTRAMOS:

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

Trastornos relacionados con sustancias

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de ansiedad

Trastornos somatomorfos

Trastornos facticios

Trastornos disociativos

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastornos adaptativos

Trastornos de la personalidad

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

CIE - 10

Se emplea en la valoración de la personalidad pues a través de sus criterios diagnósticos asigna códigos numéricos a cada trastorno lo que permite su registro médico e identificación y facilita la comparación estadística del sujeto sobre la base de criterios normales.

DSM-IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos

y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1994.

1. **TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA:**

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE RETRASO MENTAL.

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años

* *RETRASO MENTAL*: LEVE, MODERADO, GRAVE, Y PROFUNDO.

F70 Retraso mental leve (317): CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

F71 Retraso mental moderado (318.0): CI entre 35-40 y 50-55.

F72 Retraso mental grave (318.1): CI entre 20-25 y 35-40.

F73 Retraso mental profundo (318.2): CI inferior a 20-25.

F79 Retraso mental de gravedad no especificada (319): cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

* TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

Criterios para el diagnóstico del F81.0 Trastorno de la lectura (315.00)

A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo

esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico del F81.2 Trastorno del cálculo (315.1)

A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico del F81.8 Trastorno de la expresión escrita (315.2)

A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él. **Nota de codificación.** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III

- **TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS:** *trastorno del desarrollo de la coordinación.*

Criterios para el diagnóstico del F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4)

A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III

○ **TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN:**

Criterios para el diagnóstico del F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (315.31)

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

B. Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

C. No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico del F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31)

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico del F80.0 Trastorno fonológico (315.39)

A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).

B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico del F98.5 Tartamudeo (307.01)

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de más de los siguientes fenómenos:

1. repeticiones de sonidos y sílabas
2. prolongaciones de sonidos
3. interjecciones
4. palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)
5. bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
7. palabras producidas con un exceso de tensión física
8. repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., "Yo-yo-yo le veo")

B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III

○ TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:

Criterios para el diagnóstico del F84.0 Trastorno autista (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a)** retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- (b)** en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- (c)** utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d)** ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a)** preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b)** adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c)** manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d)** preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Criterios para el diagnóstico del F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

A. Todas las características siguientes:

- 1.** desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- 2.** desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
- 3.** circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- 1.** desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
- 2.** pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos

manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).

3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).

4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.

5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Criterios para el diagnóstico del F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10)

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego
5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia

◦ **TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR:**

◦

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. Existen 1 o 2:

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a)** a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b)** a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c)** a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d)** a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e)** a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f)** a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g)** a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h)** a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i)** a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a)** a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b)** a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c)** a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d)** a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e)** a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f)** a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g)** a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h)** a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i)** a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

Criterios para el diagnóstico del F91.8 Trastorno disocial (312.8)

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- 1.** a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- 2.** a menudo inicia peleas físicas
- 3.** ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- 4.** ha manifestado crueldad física con personas
- 5.** ha manifestado crueldad física con animales
- 6.** ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- 7.** ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- 8.** ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- 9.** ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- 10.** ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- 11.** a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
- 12.** ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

- 13.** a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
- 14.** se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- 15.** suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Criterios para el diagnóstico de L F91.3 trastorno negativista desafiante (313.81)

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. a menudo discute con adultos
3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones
4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. a menudo es colérico y resentido
8. a menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad

○ TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O DE LA NIÑEZ:

Criterios para el diagnóstico de F98.3 Pica (307.52)

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.

C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.

D. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico del F98.2 Trastorno por rumiación (307.59)

A. Regurgitaciones repetidas, sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada por lo menos durante un mes, tras un período de funcionamiento normal.

B. Pérdida de peso o incapacidad para alcanzar el peso normal.

Criterios para el diagnóstico del F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (307.59)

A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.

B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.

D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

○ **TRASTORNOS DE TICS:**

Criterios para el diagnóstico del F95.2 Trastorno de la Tourette (307.23)

A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo, (una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.)

B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de 3 meses consecutivos.

C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

Criterios para el diagnóstico del F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22)

A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.

B. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.

C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posvímica).

F. Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

Criterios para el diagnóstico del F95.0 Trastorno de tics transitorios (307.21)

A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).

B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.

C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis postviral).

F. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales

○ **TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN:**

Criterios para el diagnóstico de Encopresis

A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.

B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.

C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Codificar del modo siguiente:

F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (787.6)
(también código F59.0 Estreñimiento en Eje III)

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (307.7)

Criterios para el diagnóstico de F98.0 Enuresis (307.6)

A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Especificar tipo:

Sólo nocturna

Sólo diurna

Nocturna y diurna

○ OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA:

Criterios para el diagnóstico de trastorno de F93.0 Ansiedad por separación (309.21)

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

- 1.** malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
- 2.** preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
- 3.** preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada

importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)

4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación

5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares

6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa

7. pesadillas repetidas con temática de separación

8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si: **Inicio temprano:** si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo (313.23)

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Criterios para el diagnóstico del F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89)

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de* edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:

1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)
2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
3. cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

F94.1 Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

F94.2 Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

Criterios para el diagnóstico del F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (307.3)

- A. Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).
- B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).
- C. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico.
- D. El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).
- E. El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.
- F. El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.

Especificar si: **Con comportamiento autolesivo:** si el comportamiento da lugar a daño corporal que requiera tratamiento específico (o que daría lugar a daño corporal si no se tomaran medidas protectoras).

2. DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS:

◦ DELIRIUM:

Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirio debido a... (indicar enfermedad médica) (293.0)

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, código F05.1.

Nota de codificación: incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias

- A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de 1 o 2.
 - 1.** los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia
 - 2.** el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración*

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

*Nota: El diagnóstico debe hacerse como delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

Códigos para el delirium por intoxicación por (sustancia específica):

F10.03 Alcohol [291.0]

F16.03 Alucinógenos [292.81]

F15.03 Anfetaminas (o sustancias afines) [292.81]

F12.03 Cannabis [292.81]

F14.03 Cocaína [292.81]

F19.03 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.81]

F18.03 Inhalantes [292.81]

F11.03 Opiáceos [292.81]

F13.03 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81]

F19.03 Otras sustancias (o sustancias desconocidas) [292.81] (p. ej., cimetidina, digital, benztropina)

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias

- A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D.** Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Códigos para el delirium por abstinencia de (sustancia específica):

F10.4 Alcohol [291.0];

F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81];

F1 Otras sustancias (o desconocidas) [292.81]

Criterios para el diagnóstico de delirium debido a múltiples etiologías

- A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos).

Nota de codificación: Utilizar los códigos necesarios que reflejen el tipo de delirium y su etiología específica, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalitis vírica [293.0] y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0].

○ **DEMENCIA:**

Criterios para el diagnóstico de F00 Demencia tipo Alzheimer

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
3. enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

Su inicio es a los 65 años o antes

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

Su inicio es después de los 65 años

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

Criterios para el diagnóstico de F01 Demencia vascular (290.4)

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- (a) afasia (alteración del lenguaje)
- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicada: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si: Con alteración de comportamiento.

Criterios para el diagnóstico de F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1].

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].

F02.8 Demencia debida a... (indicar enfermedad médica no enumerada antes) [294.1]

Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B₁₂, irradiación intracraneal

Nota de codificación: Codificar también en Eje III la enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de demencia persistente inducida por sustancias

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- (a) afasia (alteración del lenguaje)
- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Código para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):

F10.73 Alcohol [291.2]

F18.73 Inhalantes [292.82]

F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]

F19.73 Otras (sustancias desconocidas) [292.82]

Criterios para el diagnóstico de Demencia debida a múltiples etiologías

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- (a) afasia (alteración del lenguaje)
- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium

○ **TRASTORNOS AMNÉSICOS:**

Criterios para el diagnóstico de F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica) (294.0)

A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.

B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico).

Especificar si:

Transitorio: si el deterioro de la memoria dura menos de 1 mes.

Crónico: si el deterioro de la memoria dura más de 1 mes.

Nota de codificación: Anotar el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F04 Trastorno amnésico debido a traumatismo cerebral [294.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.

B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Códigos para el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (sustancias específicas):

F10.6 Alcohol [291.1]

F13.6 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.83]

F19.6 Otras sustancias (o desconocidas) [292.83]

3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados

Criterios para el diagnóstico de F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)

A. La presencia de catatonía se manifiesta por inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecopraxia.

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.1 Trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

**Criterios para el diagnóstico de F07.0 Cambio de personalidad debido a...
(indicar enfermedad médica) (310.1)**

A. Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.)

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

E. La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el tipo:

Tipo lábil: si el síndrome predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático: si el síntoma predominante es la apatía o indiferencia acusadas.

Tipo paranoide: si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide.

Otros tipos: si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.

Tipo combinado: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.

Tipo no especificado

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F07.0 Cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal [310.1]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

4. **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS:**

Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En entorno controlado
- 4 Leve/moderado/grave

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Criterios para la intoxicación por sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para la abstinencia de sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

○ TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL:

Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol (303.00)

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: **1.** lenguaje farfullante, **2.** incoordinación, **3.** marcha inestable, **4.** nistagmo, **5.** deterioro de la atención o de la memoria, **6.** estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), **2.** temblor distal de las manos

3. insomnio, **4.** náuseas o vómitos, **5.** alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones

6. agitación psicomotora, **7.** ansiedad, **8.** crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. Especificar si: **Con alteraciones perceptivas**

Trastornos inducidos por el alcohol Intoxicación por alcohol ,Abstinencia de alcohol ,Delirium por intoxicación de alcohol ,Demencia persistente inducida por alcohol .Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones Trastorno del estado de ánimo . Trastorno de ansiedad inducido por alcohol Trastorno del sueño inducido por alcohol Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS:**

Criterios para el diagnóstico de F16.0 Intoxicación por alucinógenos (292.89)

A. Consumo reciente de un alucinógeno.

B. Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.

C. Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.

D. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos: **1.** dilatación pupila, **2.** taquicardia, **3.** sudoración, **4.** palpitaciones, **5.** visión borrosa **6.** temblores, **7.** incoordinación

E. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) (292.89)

A. Reexperimentación, después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, flashes de color, intensificación de los colores, estelas en las imágenes de

objetos en movimiento, postimágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia.

B. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

C. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

Trastornos inducidos por alucinógenos, Intoxicación por alucinógenos, Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, Delirium por intoxicación por alucinógenos, Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes, con alucinaciones, Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos, Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado

○ TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR):

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por anfetamina (292.89)

A. Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.

C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines: **1.** taquicardia o bradicardia, **2.** dilatación pupilar, **3.** tensión arterial aumentada o disminuida, **4.** sudoración o escalofríos, **5.** náuseas o vómitos, **6.** pérdida de peso demostrable, **7.** agitación o retraso psicomotores, **8.** debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, **9.** confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F15.04 si Con alteraciones perceptivas.

Criterios para el diagnóstico de F15.3 Abstinencia de anfetamina (292.0)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A: **1.** fatiga, **2.** sueños vividos, desagradables, **3.** insomnio o hipersomnia
4. aumento del apetito, **5.** retraso o agitación psicomotores

C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por anfetaminas : Intoxicación por anfetamina , Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas , Abstinencia de anfetamina , Delirium por intoxicación por anfetamina , Trastorno psicótico inducido por anfetamina , Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina Trastorno del sueño inducido por anfetamina , Trastorno sexual inducido por anfetamina , Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina , Trastorno relacionado con anfetamina no especificado.

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFEÍNA:**

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90)

A. Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).

B. Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína: **1.** inquietud, **2.** nerviosismo, **3.** excitación, **4.** insomnio, **5.** rubefacción facial, **6.** diuresis
7. alteraciones digestivas, **8.** contracciones musculares, **9.** logorrea y pensamiento acelerado **10.** taquicardia o arritmia cardíaca, **11.** sensación de infatigabilidad, **12.** agitación psicomotora

C. Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

Trastornos inducidos por cafeína : Intoxicación por cafeína , Trastorno de ansiedad de ansiedad inducido por cafeína , Trastorno del sueño inducido por cafeína , Trastorno relacionado con cafeína no especificado

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS:**

Criterios para el diagnóstico de F12.00 Intoxicación por Cannabis (292.89)

A. Consumo reciente de Cannabis.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.

C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de Cannabis:

1. inyección conjuntival, **2.** aumento de apetito, **3.** sequedad de boca, **4.** taquicardia

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F12.04 si con alteraciones perceptivas.

Trastornos inducidos por Cannabis: ,Intoxicación por cannabis , Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas . Delirium por intoxicación por cannabis ,Trastorno psicótico inducido por cannabis: con ideas delirantes, con alucinaciones , Trastorno de ansiedad inducido por cannabis Trastorno relacionado con cannabis no especificado

○ TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA:

Criterios para el diagnóstico de F14.00 Intoxicación por cocaína (292.89)

A. Consumo reciente de cocaína.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:**1.** taquicardia o bradicardia. **2.** dilatación pupilar. **3.** aumento o disminución de la tensión arterial. **4.** sudoración o escalofríos. **5.** náuseas o vómitos. **6.** pérdida de peso demostrable. **7.** agitación o retraso psicomotores. **8.** debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas **9.** confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F14.04 si con alteraciones perceptivas

Criterios para el diagnóstico de F14.3 Abstinencia de cocaína (292.0)

A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:**1.** fatiga.**2.** sueños vividos y desagradables. **3.** insomnio o hipersomnia
4. aumento del apetito. **5.** retraso o agitación psicomotora

C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por cocaína : Intoxicación por cocaína , Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas ,Abstinencia de cocaína , Delirium por intoxicación por cocaína ,Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes, con alucinaciones ,Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína ,Trastorno de ansiedad inducido por cocaína ,Trastorno del sueño inducido por cocaína ,Trastorno sexual inducido por cocaína ,Trastorno relacionado con cocaína no especificado

○ TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR):

Criterios para el diagnóstico de F19.00 Intoxicación por fenciclidina (292.89)

A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.

C. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa):**1.** nistagmo horizontal o vertical

2. hipertensión o taquicardia. 3. obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor. 4. ataxia. 5. disartria
6. rigidez muscular. 7. crisis convulsivas o coma. 8. hiperacusia

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F19.04 si con alteraciones perceptivas

Trastornos inducidos por fenciclidina Intoxicación por fenciclidina.
Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas . Delirium por intoxicación por fenciclidina . Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes, con alucinaciones . Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina . Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina . Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES:**

Criterios para el diagnóstico de F18.00 Intoxicación por inhalantes (292.89)

A. Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes: **1.** mareo, **2.** nistagmo. **3.** incoordinación. **4.** lenguaje farfullante. **5.** marcha inestable
6. letargía. **7.** disminución de los reflejos. **8.** retraso psicomotor. **9.** temblores. **10.** debilidad muscular generalizada. **11.** visión borrosa o diplopía. **12.** estupor o coma. **13.** euforia

D. Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por inhalantes Intoxicación por inhalantes , Delirium por intoxicación por inhalante . Demencia persistente inducida por inhalantes . Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes, con alucinaciones . Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes . Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes . Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA:**

Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0)

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos: **1.** estado de ánimo disfórico o depresivo. **2.** insomnio. **3.** irritabilidad, frustración o ira. **4.** ansiedad. **5.** dificultades de concentración. **6.** inquietud. **7.** disminución de la frecuencia cardíaca. **8.** aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por nicotina

- Abstinencia de nicotina

Trastorno relacionado con nicotina no especificado

- **TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS:**

Criterios para el diagnóstico de F11.00 Intoxicación por opiáceos (292.89)

A. Consumo reciente de un opiáceo.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos: **1.** somnolencia o coma, **2.** lenguaje farfullante
3. deterioro de la atención o de la memoria

D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F11.3 Abstinencia de opiáceos (292.0)

A. Alguna de las siguientes posibilidades:

- 1.** interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos
- 2.** administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos

B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A: **1.** humor disfórico. **2.** náuseas o vómitos. **3.** dolores musculares. **4.** lagrimeo o rinorrea
5. dilatación pupilar, piloerección o sudoración. **6.** diarrea. **7.** bostezos. **8.** fiebre. **9.** insomnio

C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por opiáceos Intoxicación por opiáceos , Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas . Abstinencia de opiáceos . Delirium por intoxicación por opiáceos . Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes, con alucinaciones . Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos . Trastorno del sueño inducido por opiáceos . Trastorno sexual inducido por opiáceos . Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

○ TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS:

Criterios para el diagnóstico de F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)

A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

C. Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

1. lenguaje farfullante **2.** incoordinación **3.** marcha inestable **4.** nistagmo **5.** deterioro de la atención o de la memoria **6.** estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.0)

A. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

B. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones).
2. aumento del temblor de manos. 3. insomnio. 4. náuseas o vómitos. 5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones. 6. agitación psicomotora. 7. ansiedad. 8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Abstinencia desedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado
- **TRASTORNOS RELACIONADOS CON VARIAS SUSTANCIAS:**

Dependencia de varias sustancias.

○ **TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS):**

- Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
- *Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)*
- *Abuso de otras sustancias (o desconocidas)*
- Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas):

Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno

psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno , y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado

5. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

○ ESQUIZOFRENIA:

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): **1.** ideas delirantes. **2.** alucinaciones **3.** lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia). **4.** comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. **5.** síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

.x8 Otro patrón o no especificado

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan: 1. lenguaje desorganizado. 2. comportamiento desorganizado. 3. afectividad aplanada o inapropiada

D. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos .x0 Continuo .x4 Episodio único en remisión parcial.x5 Episodio único en remisión total.x8 Otro patrón o no especificado.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

Especificar si: Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida
4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

Criterios para el diagnóstico de F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70)

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

.1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas

psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]
F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]
F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]
F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]
F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11]
F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]
F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]
F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]
F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]
F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]
F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]
F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]
F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]
F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]
F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]
F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante (297.1)

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

Criterios para el diagnóstico de F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes: **1.** ideas delirantes **2.** alucinaciones **3.** lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) **4.** comportamiento catatónico o gravemente desorganizado Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto

Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante (297.1)

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

Criterios para el diagnóstico de F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes: **1.** ideas delirantes. **2.** alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) **4.** comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias

2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son

excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

- F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]**
- F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]**
- F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]**
- F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]**
- F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11]**
- F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**
- F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]**
- F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]**
- F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]**
- F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]**
- F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]**
- F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**
- F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]**
- F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]**
- F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]**
- F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]**
- F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]**
- F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]**
- F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]**
- F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]**

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias

2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]
F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]
F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]
F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]
F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11]
F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]
F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]
F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]
F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]
F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]
F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]
F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]
F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]
F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]
F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]
F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F06. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

- F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]**
- F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]**
- F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]**
- F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]**
- F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11]**
- F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**
- F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]**
- F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]**
- F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]**
- F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]**
- F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]**
- F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]**
- F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]**

F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]
F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]
F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]
F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]
F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

6. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO:

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1.** estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2.** disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3.** pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4.** insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5.** agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- 6.** fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7.** sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden

ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

- Con síntomas catatónicos**
- Con síntomas melancólicos**
- Con síntomas atípicos**
- De inicio en el posparto**

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

- Con síntomas catatónicos**
- Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípleos
De inicio en el posparto**

Especificar:

**Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
Con patrón estacional**

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:**1.** pérdida o aumento de apetito**2.** insomnio o hipersomnia**3.** falta de energía o fatiga**4.** baja autoestima**5.** dificultades para concentrarse o para tomar decisiones**6.** sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Criterios para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaníaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial

para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II

Criterios para el diagnóstico de F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0)

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (296.40)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar: **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente): **Crónico Con síntomas catatónicos**
Con síntomas melancólicos Con síntomas atípicos De inicio en el posparto

Especificar: **Especificaciones de curso longitudinal** (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)

A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisodios)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)

A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.

B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniático.

C. No ha habido ningún episodio maniaco ni un episodio.

D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniático: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniático

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Criterios para el diagnóstico de F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basado en tipos:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D).

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21]

Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
2. el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuidos a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]

F16.8 Alucinógenos [292.84]

F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]

F14.8 Cocaína [292.84]

F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]

F18.8 Inhalantes [298.84]

F11.8 Opiáceos [298.84]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]

Tipos:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

Leve: Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.

Moderado: Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.

Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del

episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

No especificado

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)

Leve: Sólo se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos o depresivos típicos.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos o depresivos típicos. Se incluyen síntomas como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos o los de grandiosidad), inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio mixto hay un periodo sin síntomas significativos del episodio mixto con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado

Criterios para la especificación de cronicidad

Crónico: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo.

Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

Criterios para la especificación de síntomas catatónicos

Con síntomas catatónicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II.

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o por estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido)
4. peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada
5. ecolalia o ecopraxia

Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

Con síntomas melancólicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente.

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
2. la depresión es habitualmente peor por la mañana
3. despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
4. enlentecimiento o agitación psicomotora
5. anorexia significativa o pérdida de peso
6. culpabilidad excesiva o inapropiada

Criterios para la especificación de síntomas atípicos

Con síntomas atípicos: puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico.

A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. aumento significativo del peso o del apetito
2. hipersomnia
3. abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes)
4. patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo

C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

Criterios para la especificación de inicio en el posparto

Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Criterios para la especificación de curso longitudinal

Con recuperación interepisódica total: si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.

Sin recuperación interepisódica total: si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.

Criterios para la especificación de patrón estacional

Con patrón estacional: puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante.

A. Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).

Nota: No se incluyen los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).

B. Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo periodo.

D. Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

Criterios para la especificación de ciclos rápidos

Con ciclos rápidos: puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II.

Al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en los 12 meses previos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

Nota: Los episodios están delimitados por una remisión total o parcial durante al menos 2 meses o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar

solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés

postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica

Criterios para el diagnóstico de F40.02 Fobia específica (300.29)

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social (300.23)

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej.,

trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen

temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por

ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
2. el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

- F10.8 Alcohol [291.8]**
- F16.8 Alucinógenos [292.89]**
- F15.8 Anfetamina (o sustancias similares) [292.89]**
- F15.8 Cafeína [292.89]**
- F12.8 Cannabis [292.89]**
- F14.8 Cocaína [292.89]**
- F19.8 Fenciclidina (o derivados) [292.89]**
- F18.8 Inhalantes [292.89]**
- F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]**
- F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]**

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

8. TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empiece antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)

2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante

el embarazo)

4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Criterios para el diagnóstico de F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)

A. Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

B. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)

2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.

E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).

- E.** Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

Criterios para el diagnóstico de F44 Trastorno de conversión (300.11)

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

.4 Con síntoma o déficit motor

.5 Con crisis y convulsiones

.6 Con síntoma o déficit sensorial

.7 De presentación mixta

Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.

B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).

E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especificar el tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Especificar (para ambos tipos) si:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o superior a 6 meses.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.).

El código diagnóstico para el dolor se selecciona en base a la enfermedad médica asociada si se conoce ésta o a la localización anatómica del dolor si la enfermedad médica subyacente no está claramente establecida: por ejemplo, M54.5 Dolor lumbar [724.2], M54.3 Dolor ciático [724.3], R10.2 Dolor pélvico [625.9], R51 Cefalea [784.0], R51 Dolor facial [784.0], R07.4 Dolor torácico [786.50], M25.5 Dolor articular [719.4], M89.8 Dolor óseo [733.90], R10.4 Dolor abdominal [789.0], N64.4 Dolor de mama [611.71], N23 Dolor renal [788.0], H92.0 Dolor de oídos

[388.70], H57.1 Dolor de ojos [379.91], R07.0 Dolor de garganta [784.1], K08.8 Dolor de dientes [525.9] y N23 Dolor urinario [788.0]

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7)

A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7)

A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

9. TRASTORNOS FICTICIOS:

Criterios para el diagnóstico de F68.1 Trastorno ficticio (300)

A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.

B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.

C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Tipos:

Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.

Trastornos ficticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19): si existe una combinación de signos y síntoma psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros

10. **TRASTORNOS DISOCIATIVOS:**

Criterios para el diagnóstico de F44.0 Amnesia disociativa (300.12)

A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).

C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F44.1 Fuga disociativa (300.13)

A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.

B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Criterios para el diagnóstico de F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14)

A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

Criterios para el diagnóstico de F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6)

A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).

B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.

C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

11. TRASTORNOS ES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL:

Trastornos del deseo :

Criterios para el diagnóstico de F52.0 Deseo sexual hipoactivo (302.71)

A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.10 Trastorno por aversión al sexo (302.79)

A. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual).

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (302.72)

A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón (302.72)

A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

C. El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico femenino (302.73)

A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico masculino (302.74)

A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal. El diagnóstico clínico debe efectuarse teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyaculación precoz (302.75)

A. Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos).

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinado**

Criterios para el diagnóstico de F52.6 Dispareunia (302.76)

A. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

C. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.5 Vaginismo (306.51)

A. Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.6 Dispareunia (302.76)

A. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.

B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

C. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Criterios para el diagnóstico de F52.5 Vaginismo (306.51)

- A. Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Especificar tipo:***De toda la vida Adquirido**

*Especificar tipo:***General Situacional**

*Especificar:***Debido a factores psicológicos Debido a factores combinados**

Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica)

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

Seleccionar el código y término sobre la base del trastorno sexual predominante:

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica) (625.8). Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (608.89). Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (607.84). Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.

N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) (625.0). Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) (608.89). Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) (625.8). Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) (608.89). Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

Criterios para el diagnóstico de Trastorno sexual inducido por sustancias

A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia
2. el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Nota: Este diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta

durante la intoxicación y si el trastorno es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Codificar trastorno sexual inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]

F15.8 Anfetamina (o sustancias de acción similar) [292.89]

F14.8 Cocaína [292.89]

F11.8 Opiáceos [292.89]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

Especificar si: **Con alteración del deseo Con alteración de la excitación Con alteración del orgasmo Con dolor sexual**

Especificar si: **Con inicio durante la intoxicación:** cuando se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancias y los síntomas aparecen durante su curso

Trastornos es: *Deseo hpoactivo, Trastorno por aversión al sexo*

Trastornos de la excitación : *Trastornos de la excitación en la mujer Trastornos de la excitación en el varón*

Trastornos del o: *Trastorno orgásmico femenino Trastorno orgásmico masculino Eyaculación precoz*

Trastornos es por dolor: *Dispareunia* (no debida a una enfermedad médica) *Vaginismo* (no debido a una enfermedad médica)

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
- Trastorno sexual no especificado

○ **Parafilias:**

Criterios para el diagnóstico de F65.2 Exhibicionismo (302.4)

A. Durante un periodo de por lo menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Criterios para el diagnóstico de F65.0 Fetichismo (302.81)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. ej., ropa interior femenina).

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. ej., vibrador).

Criterios para el diagnóstico de F65.8 Frotteurismo (302.89)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F65.4 Pedofilia (302.2)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si: **Con atracción sexual por los varones** **Con atracción sexual por las mujeres** **Con atracción sexual por ambos sexos**

Especificar si: **Se limita al incesto**

Especificar si: **Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños)** **Tipo no exclusivo**

Criterios para el diagnóstico de F65.5 Masoquismo sexual (302.83)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F65.5 Sadismo sexual (302.84)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F65.1 Fetichismo transvestista (302.3)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: **Con disforia sexual:** si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidad sexuales

Criterios para el diagnóstico de F65.3 Voyeurismo (302.82)

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Criterios para el diagnóstico de F64 Trastorno de la identidad sexual (302)

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
2. en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
3. preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
4. deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
5. preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:

En los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad actual:

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]
F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]

Especificar si (para individuos sexualmente maduros): **Con atracción sexual por los varones** **Con atracción sexual por las mujeres** **Con atracción sexual por ambos sexos** **Sin atracción sexual por ninguno**

12. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
○ *ANOREXIA NERVIOSA*

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

○ *BULIMIA NERVIOSA*

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

○ *TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO*

13. **TRASTORNOS DEL SUEÑO:**

○ **TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO:**

▪ **DISOMNIAS:**

▪ *INSOMNIO PRIMARIO*

Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio primario (307.42)

A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

▪ *HIPERSOMNIA PRIMARIA*

Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia primaria (307.44)

A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.

B. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Recidivante: si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años

▪ *NARCOLEPSIA*

Criterios para el diagnóstico de G47.4 Narcolepsia (347)

A. Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.

B. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
2. intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño

C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

▪ *TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN*

Criterios para el diagnóstico de G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59)

A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).

B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

▪ *TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO*

Criterios para el diagnóstico de F51.3 Trastorno del ritmo circadiano (307.45)

A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.

B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.

D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar tipo:

Tipo sueño retrasado: patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo.

Tipo jet lag: somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario.

Tipos cambios de turno de trabajo: insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.

▪ *DISOMNIA NO ESPECIFICADA*

▪ **PARASOMNIAS:**
▪ *PESADILLAS*

Criterios para el diagnóstico de F51.5 Pesadillas (307.47)

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

▪ *TERRORES NOCTURNOS*

Criterios para el diagnóstico de F51.4 Terrores nocturnos (307.46)

A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.

B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.

C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.

D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.

E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

▪ *SONAMBULISMO*

Criterios para el diagnóstico de F51.3 Sonambulismo (307.46)

A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.

B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.

C. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.

D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).

E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica

▪ *PARASOMNIA NO ESPECIFICADA*

◦ **TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL**

Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.42)

A. El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.

B. Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia).

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia relacionada con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.44)

A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.

B. La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia) o por una cantidad insuficiente de sueño.

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica

○ **OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO**

Criterios para el diagnóstico de G47.X Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) (780.XX)

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones del sueño no cumplen los criterios para la narcolepsia ni trastorno del sueño relacionado con la respiración.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar tipo:

.0 Tipo insomnio (52): si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

.1 Tipo hipersomnia (54): si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

.8 Tipo parasomnia (59): si la alteración del sueño predominante es una parasomnia.

.8 Tipo mixto (59): si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina.

Nota de codificación: Incluir el nombre de enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, G47.0 Trastorno del sueño debido a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo insomnio [780.52]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

Criterios para el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente
2. el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]
F15.8 Anfetamina [292.89]
F15.8 Cafeína [292.89]
F14.8 Cocaína [292.89]
F11.8 Opiáceos [292.89]
F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]
F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

Tipos:

Tipo insomnio: si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

Tipo hipersomnia: si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo parasomnia: si una parasomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo mixto: si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

14. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS:

○ **TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE**

Criterios para el diagnóstico de F63.8 Trastorno explosivo intermitente (312.34)

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

○ **CLEPTOMANÍA**

Criterios para el diagnóstico de F63.2 Cleptomanía (312.32)

A. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.

B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.

C. Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer el robo.

D. El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o a una alucinación.

E. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad

○ **PIROMANÍA**

Criterios para el diagnóstico de F63.1 Piromanía (312.33)

A. Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión. **B.** Tensión o activación emocional antes del acto.

C. Fascinación, interés, curiosidad acerca de o atracción por el fuego y su contexto situacional.

D. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.

E. El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. ej., en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).

F. La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco, o un trastorno antisocial de la personalidad

◦ JUEGO PATOLÓGICO

Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico (312.31)

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
2. necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
3. fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
4. inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
5. el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
6. después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
7. se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
8. se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
9. se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco

◦ TRICOTILOMANÍA

Criterios para el diagnóstico de F63.3 Tricotilomanía (312.39)

A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.

B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.

C. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.

D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

○ TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO ESPECIFICADO

15. **TRASTORNOS ADAPTATIVOS: TRASTORNO ADAPTATIVO:**

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

- F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]**
- F43.28 Con ansiedad [309.24]**
- F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]**
- F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]**
- F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]**
- F43.9 No especificado [309.9]**

16. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Criterios diagnósticos generales para un F60 Trastorno de la personalidad

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- 1.** cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- 2.** afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- 3.** actividad interpersonal
- 4.** control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal)

○ TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
2. preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
3. reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
4. en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
6. percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
7. sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

○ TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA
PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
2. escoge casi siempre actividades solitarias
3. tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona

4. disfruta con pocas o ninguna actividad
5. no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
6. se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
7. muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

◦ TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. suspicacia o ideación paranoide
6. afectividad inapropiada o restringida
7. comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares
8. falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
9. ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

○ TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco

○ TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

○ TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.

6. muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

○ TRASTORNO NARCISISTA DE LA
PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. exige una admiración excesiva.
5. es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

○ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR
EVITACIÓN

Criterios para el diagnóstico F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.

2. es reactivo a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. es extremadamente reactivo a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

○ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás.
2. necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.
4. tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

○ TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. muestra rigidez y obstinación

○ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO

17. **OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA:**

○ *FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO:*

▪ TRASTORNO MENTAL QUE AFECTA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

▪ SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

F54... (Factor psicológico) que afecta a... (indicar enfermedad médica) (316)

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación
2. los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
3. los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona
4. las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

El nombre se basa en la naturaleza de los factores psicológicos (si hay más de un factor, indicar el más predominante):

Trastorno mental que afecta a... (indicar enfermedad médica): p. ej. un trastorno del Eje I como trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio.

Síntomas psicológicos que afectan a... (indicar enfermedad médica): p. ej. síntomas depresivos que retrasan una recuperación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma.

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a... (indicar enfermedad médica): p. ej. negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular.

Comportamientos desadaptativos que afectan a... (indicar enfermedad médica): p. ej. sobrealimentación, falta de ejercicio, comportamientos sexuales de riesgo.

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... (indicar enfermedad médica): p. ej. exacerbación de una úlcera relacionada con el estrés, hipertensión, arritmia o cefalea tensional.

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a... (indicar enfermedad médica): p. ej., factores interpersonales, culturales o religiosos

Trastornos motores inducidos por medicamentos

Se incluyen los siguientes trastornos motores inducidos por medicamentos debido a su frecuente importancia en:

1. el tratamiento de los trastornos mentales o de las enfermedades médicas.
2. el diagnóstico diferencial con otros trastornos (p. ej., trastorno de ansiedad

versus acatisia provocada por neurolepticos; catatonía versus síndrome neuroleptico maligno). Aunque estos trastornos se califican como "inducidos por medicamentos", es difícil establecer la relación causal entre la administración del medicamento y la aparición del trastorno motor, especialmente porque estos trastornos también aparecen en ausencia de medicación. El término neuroleptico es ampliamente usado en este manual para referirse a medicamentos con propiedades antagonistas sobre el receptor dopaminérgico. Incluye los llamados agentes antipsicóticos "típicos" (p. ej., clorpromacina, haloperidol, flufenacina), los agentes antipsicóticos "atípicos" (p. ej., clozapina), algunos fármacos que bloquean el receptor dopaminérgico utilizados en el tratamiento de síntomas como náuseas y gastroparesia (p. ej., proclorperacina, prometacina, trimetobenzamida, tietilperacina y metoclopramida), y la amoxapina, que está considerada un antidepresivo.

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolepticos (332.1)

Temblor parkinsoniano, rigidez muscular o acinesia que aparecen a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un neuroleptico (o después de disminuir la medicación utilizada).

Trastornos motores inducidos por medicamentos para tratar síntomas extrapiramidales.

G21.0 Síndrome neuroleptico maligno (333.92)

Rigidez muscular grave, temperatura elevada y otros síntomas (p. ej., sudoración, disfagia, incontinencia, alteraciones del nivel de conciencia que van de la confusión al coma, mutismo, elevación o labilidad en la tensión arterial, elevación de la creatinfosfocinasa [CPK]) que aparecen con el consumo de neurolepticos.

G24.0 Distonía aguda inducida por neurolepticos (333.7)

Posición anormal o espasmo de los músculos de la cabeza, el cuello, las extremidades o el tronco que aparecen varios días después de iniciar o aumentar la dosis de neurolepticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales).

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolepticos (333.99)

Quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. ej., movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de neurolepticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales).

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolepticos (333.82)

Movimientos involuntarios de tipo coreiforme, atetoide o rítmicos (que duran varias semanas) de la lengua, la mandíbula o las extremidades, que aparecen asociados al consumo de neurolépticos durante varios meses (puede ser durante un corto período de tiempo en los ancianos).

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (333.1)

Temblor fino que aparece durante los intentos por mantener una postura que se asocia al consumo de un medicamento (p. ej., litio, antidepresivos, ácido valproico).

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (333.90)

Esta categoría se reserva para trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no clasificados en ninguno de los trastornos específicos mencionados antes. Los ejemplos incluyen: 1) parKinsonismo, acatisia aguda, distonía aguda o movimientos discinéticos relacionados con medicamentos distintos de los neurolépticos; 2) cuadros clínicos que recuerdan el síndrome neuroléptico maligno relacionados con medicamentos distintos de los neurolépticos, y 3) distonía tardía.

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados (995.2)

Esta categoría se reserva para su uso opcional por los clínicos para codificar los efectos secundarios de los fármacos (distintos de los trastornos motores) cuando estos efectos adversos se convierten en el objeto principal de la atención clínica. Los ejemplos incluyen hipotensión grave, arritmias cardíacas y priapismo

Problemas de relación

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno.

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (V61.9)

El objeto de atención clínica es un patrón de deterioro en la interacción que está asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica de un miembro de la familia.

Z63.8 Problemas paterno-filiales (V61.20)

El objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Z63.0 Problemas conyugales (V61.1)

El objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. ej., críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges.

F93.3 Problema de relación entre hermanos (V61.8)

El objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.

Z63.9 Problema de relación no especificado (V62.81)

El objeto de atención clínica se centra en los problemas de relación que no son clasificables en ninguno de los problemas específicos mencionados antes (p. ej., dificultades con los colaboradores).

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales)

Este apartado incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia. Estos problemas se incluyen porque son objeto de atención clínica frecuente entre las personas visitadas por los profesionales de la salud.

T74.1 Abuso físico del niño (V61.21)

El objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.

T74.2 Abuso sexual del niño (V61.21)

El objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.

T74.0 Negligencia de la infancia (V61.21)

El objeto de atención clínica es el descuido de un niño.

T74.1 Abuso físico del adulto (V61.1)

El objeto de atención clínica es el abuso físico de un adulto (p. ej., dar una paliza al cónyuge, abusar de un progenitor anciano).

T74.2 Abuso sexual del adulto (V61.1)

El objeto de atención clínica es el abuso sexual de un adulto (p. ej., coacción sexual, violación).

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

Z91.1 Incumplimiento terapéutico (V15.81)

El objeto de atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias que provoca el tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), a su costo elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos (p. ej., negación de la enfermedad) y a la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación). Esta categoría debe usarse sólo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Z76.5 Simulación (V65.2)

La característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra.

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Presentación de un contexto medicolegal (p. ej., la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica).
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento

del régimen de tratamiento prescrito.

4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

La simulación difiere del trastorno facticio en que existe un incentivo externo para la producción de los síntomas, lo que no ocurre en el trastorno facticio. La evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el papel de enfermo sugiere un trastorno facticio. La simulación se diferencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. En la simulación (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de conversión) los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis.

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (V71.01) El objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial del adulto que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, chantajistas y traficantes de sustancias ilegales.

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (V71.02) El objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial en el niño o el adolescente que no es debido a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial o trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen actos antisociales aislados de los niños o adolescentes (no un patrón de comportamiento antisocial).

R41.8 Capacidad intelectual límite (V62.89) El objeto de atención clínica está asociado a una capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. El diagnóstico diferencial entre la capacidad intelectual límite y el retraso mental (CI de 70 o inferior) es especialmente difícil cuando coexisten otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia).

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (780.9) El objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Z63.4 Duelo (V62.82) El objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos.

culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. inhibición psicomotora acusada.
5. deterioro funcional acusado y prolongado.
6. experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Z55.8 Problema académico (V62.3) El objeto de atención clínica es un problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema

Z56.7 Problema laboral (V62.2) El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

F93.8 Problema de identidad (313.82) El objeto de atención clínica es la incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo.

Z71.8 Problema religioso o espiritual (V62.89) El objeto de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Z60.3 Problema de aculturación (V62.4) El objeto de atención clínica es un problema relacionado con la adaptación a diferentes culturas (p. ej., problemas educativos relacionados con la emigración).

Z60.0 Problema biográfico (V62.89) El objeto de atención clínica es un problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados

con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los cambios relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación.

PROCESOS GRUPALES: ENFOQUES GRUPALES

TEORÍA DEL CAMPO

Deriva su nombre de la tesis fundamental de que la conducta es producto de un campo de terminantes interdependientes (llamado espacio vital o espacio social). Representan las propiedades estructurales de este campo de conceptos topológicos y teoría de la predisposición a la actividad a las propiedades dinámicas mediante los conceptos de fuerzas psicológicas sociales.

LEWIN Sostuvo la teoría de que el comportamiento humano de cualquier individuo está determinado por el binomio sujeto-ambiente. A él se debe la noción de campo psicológico, que de un modo similar a los campos eléctrico o magnético es la sede de tensiones que se forman y equilibran sin cesar. Es importante tener en cuenta el nivel de aspiraciones del sujeto, que incide en el comportamiento. Este nivel va variando hacia arriba o hacia abajo según los éxitos o los fracasos, lo que influye de nuevo en la conducta. Una de las aportaciones más importantes de Lewin es la que se refiere al estudio de la autoridad y de la influencia social. Denominó guardián a los líderes de opinión que están en una posición estratégica controlando los flujos de información. Lewin amplió la teoría de Gestalt a una teoría social de campo y desarrolló el concepto de espacio vital de una persona que abarca no sólo su entorno, sino también lo espiritual y lo mental.

TEORÍA DE LA INTERACCIÓN

Esta teoría concibe los grupos como un sistema de individuos que interactúan, sus conceptos fundamentales son la actividad la interacción y el sentimiento que hace un intento por construir todo concepto de orden superior en función a esos términos.

TEORÍA DE SISTEMAS

Los conceptos esenciales son los sistemas de Orientación y el Sistema de posiciones y de papeles intercambiables, esta Teoría hace mucho hincapié en varios tipos de "ingresos y egresos" del sistema y comparten con la teoría del campo un interés fundamental por los procesos equilibradores. La TGS surgió con los trabajos del alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968.

La TGS no busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero sí producir teorías y formulaciones conceptuales que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. Los supuestos básicos de la TGS son:

1. Existe una nítida tendencia hacia la integración de diversas ciencias naturales y sociales.
2. Esa integración parece orientarse rumbo a un teoría de sistemas.

3. Dicha [teoría de sistemas](#) puede ser una manera más amplia de estudiar los campos no-físicos del [conocimiento científico](#), especialmente en [ciencias sociales](#).
4. Con esa teoría de los [sistemas](#), al desarrollar [principios](#) unificadores que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas [ciencias](#) involucradas, nos aproximamos al [objetivo](#) de la unidad de [la ciencia](#).
5. Esto puede generar una integración muy necesaria en [la educación](#) científica.

La TGS afirma que las propiedades de los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados; su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente. La TGS se fundamenta en tres premisas básicas:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas: cada [sistema](#) existe dentro de otro más grande.
2. Los sistemas son abiertos: es consecuencia del anterior. Cada [sistema](#) que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por un [proceso](#) de [cambio](#) infinito con su entorno, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus [fuentes](#) de energía.
3. Las [funciones](#) de un sistema dependen de su [estructura](#): para los sistemas biológicos y mecánicos esta afirmación es intuitiva. Los [tejidos](#) musculares por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una [estructura](#) celular que permite contracciones

TEORÍA DE LA ORIENTACIÓN SOCIOMÉTRICA

Es originada por Moreno, se preocupa por las elecciones interpersonales que mantienen unidos los grupos de gentes.

La Sociometría. Jacob Levi Moreno (1892) durante la I. G.M. trabajó como funcionario del gobierno austríaco en la organización de una colonia de más de diez mil refugiados. Pretendía organizar dicha comunidad planeada racionalmente sobre la base de aceptaciones y rechazos de los miembros de dicha comunidad. En 1916 utiliza por primera vez, en una carta, el término “sociometría”. En 1925 emigra a Estados Unidos, donde tiene lugar la fundación de la ciencia sociométrica. En un congreso, en 1933, sorprendió a la prensa y a la imaginación de los delegados con una aportación de casi un centenar de sociogramas. (López López, E; 1977: XXVI/7)

Moreno define la sociometría como el estudio de la evolución y organización de los grupos y de la posición que en ellos ocupan los individuos, prescindiendo de la estructura interna de cada individuo.

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Se centra en ciertos procesos motivacionales y defensivos que ocurren en el individuo, así como el inconsciente. Freud utilizó el término "defensa" para designar exclusivamente las tentativas del sujeto por proteger, mediante la represión, su ego contra las exigencias peligrosas de los instintos.

Los mecanismos de defensa son operaciones del ego y muestran dos rasgos comunes: a) negación o deformación de la realidad, y b) operación a un nivel inconsciente.

REPRESIÓN.- Impide que los impulsos peligrosos de los instintos, procedentes del id y en conflicto con el ego o superego, penetren en la conciencia. Estas exigencias instintivas no pueden provocar angustia si se las mantiene fuera de la conciencia. La represión distorsiona lo que se ve o escucha, reprime o simplemente hace inaccesibles los recuerdos vinculados a experiencias traumáticas o que las traen a la memoria, su finalidad es controlar la ansiedad moral, neurótica u objetiva. Un deseo que el superego juzga indeseable y que emana del id será rechazado por el ego, pero el que comienza la represión es el superego.

FORMACIÓN REACTIVA.- A veces el ego hace frente a las tendencias instintivas efectuando aquello que es totalmente opuesto a ellas. Así los sentimientos de odio e ira, por ejemplo, se tornan manifestaciones exageradas de amor, los impulsos sexuales de gran intensidad se convierten en profundos sentimientos de repugnancia al pensar en el contacto sexual. Formación reactiva es un mecanismo en virtud del cual un impulso se mantiene alejado de la conciencia por medio de su opuesto, y una de sus principales características de esta defensa, es su exageración.

PROYECCIÓN.- Otro mecanismo que permite negar los impulsos del id consiste en atribuirlos a una persona u objeto del mundo exterior. Cuando el ego recurre a esta defensa, es como si la ansiedad neurótica se transmutara en ansiedad objetal, es decir, coloca al objeto amenazador en el exterior. Tal actitud se entiende perfectamente si se recuerda que en el transcurso del desarrollo del hombre, éste ha aprendido que es más fácil sortear los peligros del mundo que los del id.

NEGACIÓN.- Se utiliza cuando el conflicto se da entre el impulso del id y alguna frustración objetiva del mundo externo. Este mecanismo obra de tal manera que niega la existencia de la situación en que se encuentra el sujeto. Esta defensa no debe confundirse con la represión, donde el conflicto es entre los impulsos del id y el ego o el superego, mientras que en la negación dichas tendencias entran en conflicto con las circunstancias reales del medio exterior.

REGRESIÓN.- Cuando el individuo se ve amenazado por las exigencias del id, puede desear volver a una etapa precedente en su comportamiento. Gracias a ella se exteriorizan los impulsos del id en una forma que sería imposible a niveles superiores del desarrollo. Los psicoanalistas interpretan como regresivas varias conductas realizadas por adultos, algunas como la tendencia a emplear el habla infantil, destruir la propiedad ajena, masturbarse, hacer berrinches, vestirse como niño, pelearse e incluso la propensión a la siesta.

RACIONALIZACIÓN.- Consiste en hallar razones o explicaciones lógicas, pero falsas muchas veces, evitando la angustia de enfrentarnos a nuestros propios y auténticos sentimientos o a las exigencias del id. No es fácil percatarse del uso que se hace de este mecanismo, al actuar al nivel inconsciente, provoca angustia dar explicaciones de nuestros actos, al ser incapaces de admitir un sentimiento que el id y el ego nos agobia y exige.

Dando explicaciones que por lo general las responsabilidades de nuestros actos se las descargamos en otros.

IDENTIFICACIÓN.- Se considera lo opuesto a la proyección. Al identificarnos con alguna idea o sentimiento, asumimos ciertas características del objeto admirado. Este mecanismo es indiscutible en teatro o en el cine, existe una identificación con el héroe o la heroína y nuestra estima se ve aumentada y la angustia disminuida al ver en otros los atributos que queremos para nosotros, proporcionando ambiciones, ideales y finalidades.

SUBSTITUCIÓN.- Este mecanismo consiste en reemplazar ciertos impulsos del id, no aprobados e inaceptables a sentimientos de la misma especie que si serian aceptados por el superego, los sentimientos agresivos, por ejemplo, se substituirían por la practica de deportes o practicas rudas aceptadas socialmente. A este tipo de mecanismo se le conoce como Sublimación. Los impulsos se subliman o sucumben al superego.

Resumiendo algunos postulados de la teoría Psicoanalítica se puede mencionar que: Existen procesos inconscientes, la conducta obedece a un motivo, los impulsos o motivos pueden entrar en conflicto, el comportamiento es resultado del desarrollo, el ser humano es un organismo capaz de adaptarse, todos los hombres pasan por una serie de etapas psicosexuales dinámicamente diferenciadas, todas ellas representan un periodo distinto de interacción entre el niño y las fuerzas socializadoras que influyen en él y dejan un vestigio en el carácter definitivo del adulto, los motivos de las tres estructuras de la personalidad entran irremediabilmente en conflicto y producen, entre otras cosas, la ansiedad, para controlarla existen mecanismos de defensa que actúan a un nivel inconsciente y que niegan o deforman la realidad, y todo mundo los utiliza para sortear la ansiedad causada por el conflicto de impulsos. Freud fue un brillante observador de la conducta humana y logró captar sus observaciones en conceptos creativos que constituyen la base de su teoría

TEORÍA DE ORIENTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA GENERAL

Como los grupos se consisten de individuos es de esperarse que los conceptos de la conducta humana elaborados en la Psicología general formaran parte de la dinámica de grupo puede notarse la influencia de cada una de las grandes teorías de la motivación, el aprendizaje, y la percepción, pero la más influyente en esta es la cognoscitiva.

ORIENTACIÓN DE LOS MODELOS FORMALES

Esta ha construido modelos formales con ayuda de las matemáticas para manejar aspectos limitados al grupo aunque han tomado algunas suposiciones de las ciencias sociales.

INTEGRACIÓN Y ESTRUCTURA

La estructura de grupo se refiere a los modelos constantes de sentimiento, percepciones y acciones que se caracterizan por las interacciones entre los miembros de un grupo, los procesos de grupo se refieren al patrón de cambio de relacionarse entre los elementos de la estructura a través del tiempo. A cada estructura de grupo le corresponde un proceso, el proceso de la amistad que tiene que ver con las modalidades según las cuales los miembros se aceptan o se rechazan unos a otros para mantener la cohesión y la solidaridad del grupo, el proceso de influencia social a través de la cual los grupos realizan

decisiones fijan objetivos y establecen la conformidad a las normas y recompensas y castigan el quebrantamiento de las normas.

MANEJO DE GRUPO

El funcionamiento de un grupo como un todo esta afectado por variaciones de estructura que influyen el modo y la eficiencia con la que se realizan sus objetivos, las estructuras de amistad, poder comunicación y trabajo son los determinantes más significativos del funcionamiento de grupo. La estabilidad de la estructura de grupo esta relacionada con la emergencia de un líder fuerte, carismática, el liderazgo no se impone al grupo sino que emerge de el.

Al principio el líder se conforma a las normas del grupo más tarde se le permite introducir cambios pequeños.

TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN Y DETECCIÓN REGISTRO

A través de un registro de rasgos se pretende reunir el mayor número de datos posibles acerca de la personalidad del sujeto; se trata de tomar nota de cuáles rasgos son característica suya y cuáles no, aunque de algunos no podrá definirse con toda claridad. Podríamos decir que el registro de rasgos es un reflejo de la personalidad del sujeto que proporcionará un rico panorama general del mismo de donde podremos partir para planear la promoción individual de cada educando. Es muy importante tener en cuenta que, por medio de este registro, se trata de saber solamente si el alumno posee o no el rasgo señalado de ninguna manera el grado en que lo posee.

El registro tiene la ventaja de permitir que se reúna amplia información sobre el alumno, aunque en una forma no pormenorizada. Los registros anecdóticos tienen como fin tomar nota de aquellas actitudes no usuales, espontáneas que sean altamente significativas en el momento de integrar datos para emitir juicios de valor.

ENCUESTA

Se caracteriza por una serie de preguntas dirigidas a un público o persona individual con el fin de obtener información, es un poco formal.

ENTREVISTA

Se concibe como una interacción social entre dos personas de la que resulta una comunicación de significados: el entrevistado da su visión particular sobre el asunto y el entrevistador intenta recoger, interpretar y comprender esa visión particular.

INVENTARIO

Es un instrumento con la finalidad de obtener diferentes datos acerca del sujeto como son: intereses, actitudes, sentimientos y conductas al obtener dichos datos podemos situarlo dentro de un rango o clasificación.

CUESTIONARIO

Es utilizado para obtener información específica acerca del sujeto a través de cuestionamientos previamente realizados; es un instrumento más utilizado para la recolección de datos. Conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Tipos de preguntas: cerradas contienen alternativas de respuestas previamente delimitadas y abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, el número de categorías de respuestas es infinito.

ESCALAS

Las escalas son medidas matemáticas que permiten cuantificar los datos de las pruebas, las más utilizadas son las escalas de Likert, Thurstone, y Guttman.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

ENTREVISTA CLÍNICA:

La entrevista es una interacción entre dos o más personas, cada participante contribuye al proceso y cada uno influye en la respuesta del otro, la interacción de la entrevista se diseña para lograr un propósito seleccionado a nivel consiente, esta puede ser abierta o cerrada, dentro la técnica se sugiere un buen Rapport, para estimular la comunicación, el lenguaje debe de ser sencillo y comprensible, saber escuchar así como de respetar los silencios del paciente.

TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

Es imprescindible para los investigados gozar de buena vista, oído y ningún trastorno nervioso además de poseer una buena concentración para que no haya ninguna desviación del tema.

TÉCNICA DE ECO

El entrevistador dirige la conversación haciendo que el entrevistado narre más sobre aspectos importantes de su vida o del tema que este tratando el procedimiento consiste en repetir en forma interrogativa y con las mismas palabras que uso el entrevistado la ultima frase o frases clave que se acaba de decir.

TÉCNICA DE JUEGO DE SILENCIO

Es una técnica de presión en guardar absoluto silencio después que el entrevistado ha terminado de hablar sobre el tema que estaba tratando.

TÉCNICA DE JUEGO DE PAPELES

Esta técnica tiene por objeto ver cuales serán las conductas y reacciones que el entrevistado podría presentar en el puesto de trabajo concreto que le correspondería ocupar.

TÉCNICA DE CONFRONTACIÓN

Consiste en pedir más datos y pruebas sobre lo que consideramos se ha exagerado o queremos confirmar.

DEJAR QUE EL ENTREVISTADOR ESTABLEZCA EL RAPPORT

Consiste en que el entrevistador inicie la entrevista con una actitud muy pasiva dejando que el entrevistado tome la iniciativa para establecer la relación inicial.

PAPEL DEL ENTREVISTADOR

El entrevistador se acerca a la interacción con un propósito tiene la responsabilidad de mantener el rumbo de la entrevista y se dirige hacia la meta, una buena entrevista es cuando se planea con cuidado, se ejecuta deliberada y hábilmente y se orienta completamente hacia una meta.

ABORDAJE DE LA ENTREVISTA

Existe muchas maneras de abordar la entrevista pero dentro de la clínica van desde encontrar hechos hasta la liberación emocional y el interrogatorio, para producir datos, informaciones creencias o actitudes.

HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICO

La importancia que tiene la entrevista en el diagnostico, el clínico formulará hipótesis y recomendaciones, en esta etapa debe de tener claro que el propósito de la entrevista para evaluar a la persona, el clínico debe de ser objetivo debe de evaluar entre otras cosas datos introspectivos e inspectivos los primeros corresponden al informe del paciente acerca de sus sentimientos y emociones y los segundos expresan las conductas no verbales del paciente.

MODELOS DE INTERPRETACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA:

PSICODINÁMICO

Esta entrevista busca el desarrollo psíquico total del paciente a través de la detección de sus síntomas y la patología de su carácter, además de identificar sus mecanismos de defensa y como los utiliza, busca sus puntos fuertes y sus activos en materia de personalidad.

CONDUCTUAL

En esta se lleva a cabo mediante la observación de del paciente en situaciones de la vida real, ya que con frecuencia es donde presenta problemas prácticos, la entrevista se utiliza para construir las relaciones entre antecedentes consecuencias y la conducta en sí, a través de descripciones verbales del sujeto.

HUMANISTA-EXISTENCIAL

En este modelo en la que esta centrada al cliente se le resta énfasis al diagnóstico o evaluación no se considera necesaria ya que puede ser perjudicial, en esa evaluación se

coloca al psicólogo en un papel superior de autoridad que puede' impedir el desarrollo de autonomía y autorrealización.

SISTÉMICO-CIBERNÉTICO

La entrevista de este enfoque sistémico es muy diferente a las otras dos terapias que considero que junto a esta, son las más importantes(la terapia Cognitivo Conductual y la del Psicoanálisis), ya que las otras dos solo interviene el criterio del terapeuta y en esta no es así, por que el entrevistador, como lo llaman también, tiene el apoyo del equipo de trabajo que esta viendo la entrevista y auxilia al terapeuta con una visión más amplia que lo que pudiera tener un terapeuta de los mencionados modelos anteriormente referidos.

Otro de los aspectos que creo que son diferentes son los datos aportados en la ficha telefónica, que sirven de referencia al entrevistador y a su equipo de trabajo para tener conocimientos previos del paciente y saber por quien fue canalizado o solicito la ayuda, ya en la intervención, considero que es muy buena siempre y cuando el terapeuta tenga a su disposición toda la información de la familia así como la copelación de esta ya que existen casos de pacientes de los sus problemas no son tanto por la dinamita familiar presente y que los problemas actuales empezaron.

COGNITIVO CONDUCTUAL

En este modelo trata de facilitar que el paciente reestructure eventos que en la entrevista el señale que le causan algún problema y el terapeuta puede emplear argumentos de discusión en un intento de hacer que la persona vea la irracionalidad de sus creencias además de proporcionarle al paciente un análisis racional de sus problemas.

PSICOFISIOLÓGICO

Debe de observar la conducta y las referencias que el paciente realiza al clínico, esto es en el área verbal como conductual así como la sintomatología observable y lo no observable.

MANEJO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

PRUEBAS Y TÉCNICAS PSICOLÓGICAS

CUESTIONARIOS, INVENTARIOS, ESCALAS, TÉCNICAS Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS

PRUEBAS DE PERSONALIDAD:

16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD Cuestionario Factorial de Personalidad. 16 PF

AUTOR: R. B. Cattell. NOTAS A LA MEDICIÓN: Evaluación de 16 factores o dimensiones de la personalidad, de los que pueden obtenerse cuatro o cinco factores básicos.

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Clínica y laboral. NÚMERO TOTAL DE ITEMS:187
(Elección múltiple)

FACTORES EVALUADOS: Sizotimia-ciclotimia/ Menos-más inteligencia/ Menos-más fuerza del ego Sumisión-dominancia./ Desurgencia-surgencia./ Menos-Más fuerza de Superego./ Trectia-Parmia./ Harria-Premia./ Alaxia-Protensión./ Praxernia-Autia./ Sencillez-Astucia./ Imperturbabilidad-culpabilidad./ Conservadurismo-Radicalismo./ Adhesión social-autosuficiencia./ Poca integración-Autocontrol./ Poca-mucha tensión energética./ Forma de aplicación: Individual y Colectiva (30 a 60 minutos)./ Procedimiento de Corrección: Manual (mediante plantilla).

El 16PF mide 16 factores básicos que están identificados de la siguiente manera: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3, & Q4; y cinco factores de segundo orden.

Estos factores están ordenados de acuerdo a su repercusión sobre la conducta en general, siendo el Factor A el de mayor influencia. La interpretación de los factores se basa en cuán alta (8, 9 ó 10) o baja (1, 2 ó 3) es la puntuación obtenida para cada uno de éstos.

Por esta razón es que se habla de que una persona sea, por ejemplo, A+ o A-; y así sucesivamente con los demás factores. No obstante, no todas las personas son uno o el otro, sino que caen en algún punto del continuo entre estos dos polos (+ / -).

OBJETIVO: Conocer a profundidad los rasgos de la persona para predecir su conducta en algún momento dado.

TIEMPO DE APLICACIÓN: De 45 a 60 minutos, y la calificación y emisión de los resultados es totalmente automática. Esto le permite al psicólogo interpretar el perfil de resultados, así como dar las recomendaciones según sea el caso.

FACTORES BÁSICOS:

EL FACTOR A mide el carácter gregario del individuo; el grado en que la persona busca establecer contacto con otras personas porque encuentra satisfactorio y gratificante el relacionarse con éstas. Las personas que obtienen puntuaciones altas (A+) tienen una mayor disposición hacia el afecto, tienden a ser más cariñosos, expresivos, dispuestos a cooperar, generosos, activos, y no temen a las críticas que puedan hacerse de su persona.

Los A+ prefieren los proyectos grupales en vez de la competencia a nivel individual, y disfrutan de empleos que enfatizan la interacción social como las ventas, el trabajo social o la enseñanza. Los A- tienden a ser más reservados, formales, impersonales y escépticos. Prefieren trabajar solos y son rígidos y precisos al hacer sus cosas; pueden ser, en ocasiones, altamente críticos y rudos.

El FACTOR B mide inteligencia en base al predominio del pensamiento abstracto o del pensamiento concreto; considerando el predominio del abstracto como característico de una persona de inteligencia mayor y el concreto como indicador de una inteligencia menor. Una persona con puntuaciones altas (B+) demuestra tener un pensamiento abstracto y se le percibe como muy inteligente. Puede captar, analizar y comprender rápidamente y con facilidad las ideas o conceptos que se le presenten; y tienden a ser muy alertas. Los que obtienen puntuaciones bajas (B-) tienden a interpretar la mayoría de las cosas de manera literal y concreta. Tienen dificultades para comprender conceptos y para el aprendizaje en general. Se les describe como lento al reaccionar y de baja inteligencia.

EL FACTOR C está relacionado a la estabilidad emocional de la persona y a la manera en que se adapta al ambiente que le rodea; determina específicamente la fortaleza

de ego. Puntuaciones altas (C+) son características de personas realistas y estables emocionalmente. Se les considera maduros, con una alta fortaleza de ego; y se les adjudica una capacidad para mantener sólida la moral de un grupo. Los que obtienen puntuaciones bajas (C-) son por lo general personas que se frustran rápidamente bajo condiciones no-satisfactorias, tienden a evadir la realidad y tienen una fortaleza de ego muy baja. Estas personas se ven afectadas fácilmente por los sentimientos, son neuróticos, la mayor parte del tiempo se encuentran insatisfechos; y tienden a padecer de fobias, dificultades al dormir y problemas de tipo psicosomático.

EL FACTOR E mide el grado de control que tiende a poseer la persona en sus relaciones con otros seres humanos; se determina en términos de si es dominante o es sumiso. Puntuaciones altas (E+) indican que la persona es muy dominante. A este tipo de persona le resulta muy agradable y atractivo el estar en posiciones de poder para controlar y criticar a otros. Son agresivos, competitivos, tercos, asertivos y muy seguros de sí mismos.

Tienden a ser muy autoritarios con otros y no se someten a la autoridad. Las personas que obtienen puntuaciones bajas (E-) tienden a ser sumisos, humildes y dóciles. Se dejan llevar fácilmente por otros, son conformistas, pasivos y considerados. Debido a que les interesa evitar los conflictos en sus relaciones interpersonales, se esfuerzan en complacer y en ganarse la aprobación de los demás.

EL FACTOR F está relacionado al nivel de entusiasmo evidente en contextos sociales. Las personas con puntuaciones altas (F+) tienden a ser altamente entusiastas, espontáneas, expresivas y alegres. Estos individuos son muy francos, impulsivos y mercuriales. Con frecuencia salen electos como líderes. Puntuaciones bajas (F-) son características de personas más sobrias, prudentes, serias y taciturnas. Estas personas son introspectivas, restringidas y, por lo general, pesimistas.

EL FACTOR G mide la internalización de los valores morales; estructuralmente se explora el superego según descrito por Freud. Altas puntuaciones en este factor (G+) son representativas de personas altamente moralistas, conformistas, responsables y concienzudas que tienden a actuar siempre de acuerdo a las reglas. Los que obtienen puntuaciones bajas (G-) son personas que no se comportan de acuerdo a las reglas, ni se someten por completo a las normas de la sociedad o de su cultura.

Su necesidad de logro se percibe como baja o ninguna, pero esto no implica que no sean productivos. El que la persona salga bajo (G-) en este factor no indica que ésta no experimente la presencia de su superego como una fuerza o agencia interna de control; sino que responde a una serie de valores distintos a los que establece la sociedad.

EL FACTOR H mide la reactividad del sistema nervioso en base a la tendencia en la persona de un dominio parasimpático o simpático. En las personas que obtienen puntuaciones altas en este factor (H+) resulta dominante el sistema parasimpático. Estas personas son capaces de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen o presagien peligros externos, les encanta correr riesgos y disfrutan del éxtasis que les produce el ser aventureros.

Puntuaciones bajas en este factor (H-) son características de personas bajo el dominio de su sistema simpático. Estas personas tienden a reaccionar de manera exagerada a cualquier percepción de posible amenaza. Los H- se limitan a lo seguro, predecible y

estable para evitar situaciones o estímulos que puedan alterar su delicada homeostasis interna.

EL FACTOR I se utiliza para medir el predominio, ya sea de los sentimientos o del pensamiento racional, en la persona en su toma de decisiones al conducirse en su diario vivir. Los que obtienen puntuaciones altas (I+) funcionan bajo el dominio de sus sentimientos. Estas personas tienden a ser muy emotivas y de una sensibilidad extrema. Se les puede describir como distraídos, soñadores, intuitivos, impacientes, temperamentales y, por lo general, no son muy realistas. Los (I-) se rigen por su pensamiento racional, siendo muy prácticos y realistas. Estos individuos son independientes, responsables, escépticos y, en ocasiones, pueden resultar cínicos y rudos.

EL FACTOR L explora la identidad social del individuo; específicamente mide en que grado la persona se siente identificada o unida a la raza humana en general. Los que puntúan alto (L+) poseen unas fronteras personales tan marcadas que se desconectan del resto de la humanidad. Estas personas tienden a desconfiar de los demás, y se ha encontrado que su comportamiento tiende a ser paranoico. Por estas razones, las relaciones interpersonales de los L+ son generalmente problemáticas, deteriorándose por el exceso de celos, sospechas y el escepticismo de estos individuos. Las personas que obtienen bajas puntuaciones (L-) se caracterizan primordialmente por sentirse uno con los demás. Estas personas no se perciben como un mundo aparte, sino como parte de un mundo compuesto por toda la humanidad. Los L- son personas que confían en los demás, se adaptan fácilmente, se preocupan por sus compañeros, son abiertos, tolerantes y muy poco competitivos.

EL FACTOR M se basa en que los humanos pueden percibir de dos modos. La primera manera de percibir se nutre del contacto directo entre los cinco sentidos y el ambiente. La otra forma se compone mayormente de un diseño interno de conexión subliminal de pensamientos y especulaciones que van organizando la información. Las personas con altas puntuaciones (M+) se caracterizan por una intensa vida interna. Estas personas van por el mundo sumergidas en sus pensamientos, distraídas e inatentas a lo que sucede a su alrededor. Son seres con una gran imaginación, muy creativos, poco convencionales e interesados sólo en la esencia de las cosas. Los que salen bajos (M-) responden al mundo externo en vez de al interno.

Estas personas son muy realistas y prácticas; valoran lo concreto y lo obvio. En términos de creatividad, los M- poseen niveles muy bajos o inexistentes. En casos de emergencia, tienden a mantener la calma y son capaces de resolver la situación.

EL FACTOR N está relacionado a las máscaras sociales; describe en que grado las personas se ocultan, mostrando sólo aquellos rasgos que generen las respuestas que desean obtener de los demás. Las personas que obtienen puntuaciones altas (N+) tienden a ser calculadoras, frías, refinadas, diplomáticas y muy conscientes socialmente. Los N+ se pueden describir como utilitaristas; usan sus destrezas sociales para relacionarse con personas a las que les puedan sacar provecho para realizar sus planes. Los que puntúan bajo (N-) son personas genuinas, abiertas, directas y sinceras que no se esfuerzan por impresionar a otros. Estos individuos son muy espontáneos y auténticos; si quieren algo, lo piden sin incurrir en planes elaborados de interacciones humanas.

EL FACTOR O explora la auto-estima de las personas en base a tendencias a experimentar culpa o inseguridades. Este factor no pretende categorizar a las personas entre altas y bajas auto-estimas ya que el nivel al momento de la prueba puede ser uno de carácter transitorio, influenciado por eventos recientes. Altas puntuaciones (O+) son obtenidas por personas cuya vida interna se rige por el sufrimiento.

Estas personas tienen expectativas personales muy altas, se preocupan demasiado, experimentan muchos sentimientos de culpa, son inseguros y no se sienten aceptados en situaciones grupales. Los que puntúan bajo (O-) tienen una visión muy positiva de su persona, son seguros de sí mismos y no están propensos a experimentar culpa. Estas personas se sienten tan satisfechas con lo que son que, en ocasiones, tienden a ser insensibles hacia los sentimientos y necesidades de los demás, pues creen merecerlo todo.

EL FACTOR Q1 explora la orientación psicológica hacia el cambio. Las personas que la prueba define como Q1+ están abiertas y dispuestas al cambio. Los Q1+ se sienten menos atados a su pasado que el resto de las personas, tienden a ser muy liberales y rechazan lo tradicional y convencional. Estos individuos son, por lo general, intelectuales y escépticos que se preocupan por estar bien informados y están menos inclinados a moralizar y más propensos a experimentar en la vida. Al otro lado continuo encuentran los Q1-, muy conservadores y tradicionales.

Estas personas aceptan lo establecido sin cuestionarlo, no les interesa el pensamiento intelectual o analítico y demuestran una marcada resistencia al cambio.

EL FACTOR Q2 mide el grado de dependencia de la persona. Los que obtienen puntuaciones altas en este factor (Q2+) son individuos autosuficientes que acostumbran tomar decisiones sin preocuparse por las opiniones ajenas, prefieren estar solos la mayor parte del tiempo y hacen sus cosas sin pedir ayuda a los demás. Los que sí demuestran un alto grado de dependencia son los que obtienen puntuaciones bajas en este factor. Los Q2- demuestran una preferencia por estar en grupo la mayor parte del tiempo y toman sus decisiones en base a lo que piensan otros y lo que establece la sociedad, en vez de utilizar su propio juicio. Estas personas necesitan sentir que pertenecen a un grupo donde son aceptados y queridos.

EL FACTOR Q3 explora los esfuerzos del individuo por mantener una congruencia entre su yo ideal y su yo real; moldeándose de acuerdo a patrones establecidos y aprobados por la sociedad. Las personas que obtienen puntuaciones altas (Q3+) se esfuerzan por igualar su conducta a la imagen ideal y socialmente aceptable que se han creado. Estas personas tienden a controlar sus emociones, son muy auto-conscientes, compulsivos y perfeccionistas.

Por otro lado, los Q3- no se esfuerzan por controlarse y disciplinarse para lograr igualarse a los ideales de conducta, y no le dan importancia alguna a las reglas que establece la sociedad. Estas personas llevan una vida más relajada y menos estresante que la de los Q3+, pero tienden a ser menos exitosos y reconocidos.

EL FACTOR Q4 mide las sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo; comúnmente conocida como tensión nerviosa. Las personas que puntúan alto (Q4+) experimentan niveles extremos de tensión nerviosa.

Estos individuos padecen de una incomodidad subjetiva constante, son impacientes y se distinguen por su incapacidad para mantenerse inactivos. Se les describe además como frustrados, pues su conducta se interpreta como un exceso de impulsos que se expresan inadecuadamente. Al otro de extremo continuo se encuentran los Q4-, quienes se caracterizan primordialmente por la ausencia de tensión nerviosa. Los Q4- llevan una existencia tranquila y relajada, regida por la calma, la paciencia y un alto grado de satisfacción que podría conducir a la vagancia y al conformismo.

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN:

Combinaciones de varios factores relacionados entre sí dan paso a lo que se conoce como los factores de segundo orden del 16PF. Para comprender la relevancia de los factores de segundo orden, es necesario considerar que los 16 factores básicos de la prueba, descritos en la sección anterior, están dirigidos a rasgos específicos de la personalidad. Esta especificidad repercute en que al analizarlos por separado se dificulte un poco el obtener de primera intención una clara visión general de la personalidad.

Los factores de segundo orden proveen información para un entendimiento más amplio de la personalidad, pues la describen en base a una menor cantidad de rasgos más generales. Se recomienda que al realizar evaluaciones de perfiles de personalidad se observen primero estos factores de segundo orden para tener una idea o trasfondo que facilite el ir entrando en detalles y peculiaridades de la personalidad en cuestión.

El PRIMER FACTOR de segundo orden del 16PF distingue entre introversión y extraversión. Este factor se deriva de la combinación de los factores primarios A, F, H y Q2. A las personas que puntúan bajo en este factor se les describe como introvertidos. Estas personas tienden a ser tímidas, inhibidas y autosuficientes. Los que obtienen puntuaciones altas son extrovertidos. Estos son individuos desinhibidos socialmente que tienen la capacidad de establecer y mantener contactos interpersonales.

De la combinación de los factores primarios O, Q4, C, Q3, L y H surge EL FACTOR DE SEGUNDO ORDEN que mide los niveles de ansiedad de la persona. Las personas que obtienen bajas puntuaciones tienen un bajo nivel de ansiedad y se caracterizan por ser serenos, realistas, estables emocionalmente y seguros de sí mismos. No obstante, puntuaciones extremadamente bajas pueden ser indicativas de falta de motivación. Los que obtienen altas puntuaciones son descritos como individuos con alto nivel de ansiedad. Estos tienden a ser inseguros, tensos, emocionalmente inestables, tímidos y desconfiados. Niveles de ansiedad extremadamente altos perjudican la ejecución de la persona y pueden causarle disturbios físicos y desajustes psicológicos.

El TERCER FACTOR DE SEGUNDO ORDEN, "tough poise", se basa en la combinación de los siguientes factores: I, M, A, Q1, F, E, & L. A los que obtienen bajas puntuaciones se les cataloga como individuos de sensibilidad emocional, pues están fuertemente influenciados por sus emociones. Son personas gentiles, imaginativas, distraídas, taciturnas y afectuosas hacia los demás.

Tienen intereses artísticos o culturales, y son personas liberales que están abiertas a nuevas experiencias.

En el polo opuesto del factor se encuentran las personas que la prueba describe como "tough poise". Estos individuos son prácticos, independientes, realistas, conservadores,

dominantes, asertivos, competitivos y reservados. Se mantienen distanciados, tratan a los demás con desconfianza y les complace el criticar a otros.

El CUARTO FACTOR DE SEGUNDO ORDEN combina los factores E, H, Q1, L, O, N, G, Q2 & M para distinguir entre independencia y sometimiento. Bajas puntuaciones son indicativas de personas sometidas a las preferencias, expectativas y exigencias de otros. Son personas humildes, dóciles, tímidas, conservadoras, inseguras, y moralistas que dependen por completo del grupo al que pertenezcan. Puntuaciones altas son características de personas independientes. Estas son personas asertivas, agresivas, autosuficientes, desconfiadas, desinhibidas y radicales que no demuestran interés o necesidad por ser aceptados socialmente.

El QUINTO Y ÚLTIMO FACTOR DE SEGUNDO ORDEN utiliza una combinación entre los factores G y Q3 para proveer una idea del control por el superego en la persona. Los que obtienen altas puntuaciones en este factor tienen un alto control por el superego; lo cual indica que han internalizado por completo las reglas que se le han impuesto. Son personas moralistas, persistentes, concienzudas, compulsivas, extremadamente controladas y muy precisas socialmente. Los que obtienen bajas puntuaciones tienen un bajo control por su superego. Estos individuos se rigen por un sistema alterno y personalizado, dándole énfasis a sus impulsos y necesidades; no se dejan llevar por las reglas establecidas por la sociedad en que viven.

MMPI-2. Inventario: Multifásico de Personalidad – 2

AUTORES: S. R. Hathaway y J. C. McKinley

NOTAS A LA MEDICIÓN: Evaluación de la personalidad normal y patológica con la posibilidad de considerar hasta 77 variables diferentes. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Clínica NÚMERO TOTAL DE ITEMS: 567 (Respuesta dicotómica)

El MMPI contiene 550 reactivos cierto / falso, 16 de los cuales están repetidos en algunas formas de la prueba (para un total de 566 reactivos aplicados). Las subescalas Harris-Lingoes (Harris v Lingoes, 1955, 1968), a menudo conocidas tan solo como las "escalas Harris". Son agrupamientos de reactivos en subescalas (con denominaciones como "Rumiar" v "Enajenación Social") que fueron diseñadas para tener mas consistencia interna que la escala paraguas de la que se derivó la subescala.

MMPI-2: La diferencia mas significativa entre las dos pruebas tiene que ver con la muestra de estandarización mas representativa (grupo control normal) usada en la normalización de la MMPI-2 Aproximadamente 14 de los reactivos del MMPI fueron redactados de nuevo para corregir errores gramaticales y hacer el lenguaje mas contemporáneo, no sexista y legible. Los reactivos que se consideraron objetables para los que responderían la prueba en la actualidad fueron eliminados

El objetivo del MMPI-2, diseñada para evaluar un numero importante de tipos de personalidad y de desordenes emocionales. Se agregaron reactivos que abordan temas como el abuso de fármacos, el potencial de suicidio, la adaptación matrimonial, la actitudes hacia el trabajo y los patrones de comportamiento tipo A. (se caracteriza por competitividad, prisa, intranquilidad, impaciencia, sentimientos de estar presionados todo el tiempo y necesidades fuertes de logro y dominio).

El MMPI-2 contiene un total de 567 reactivos cierto/ falso, incluyendo 394 reactivos del MMPI original, 66 reactivos que fueron corregidos o redactados de nuevo y 107 reactivos nuevos. El rango de edad sugerido es de 18 años de edad en adelante en comparación con los 14 dichos en el MMPI original. El nivel requerido de lectura es de sexto grado es el mismo que para el MMPI original. El MMPI, Puede aplicarse como su antecesor y se lleva más o menos su tiempo de aplicación. Las 10 escalas clínicas del MMPI a las del MMPI –2, se agregaron escalas de componente de contenido para proporcionar índices de contenido más enfocados.

10 ESCALAS CLÍNICAS DEL MMPI Los grupos criterios para las escalas del MMPI ESCALAS DE VALIDEZ: Escala K (corrección), escala Fb (F posterior), escala TRIN (inconsistencia de las respuestas verdadero)

ESCALAS CLÍNICAS: Hipocondría, Depresión, Histeria de conversión, Desviación psicopática, Masculinidad-feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión social

ESCALA	GRUPO CRITERIO
Hipocondrías (Hs)	Pacientes que mostraban preocupación excesiva en su salud física
Depresión (D)	Pacientes con depresión clínica; infelices y pesimistas sobre su futuro
histeria (Hy)	Pacientes con reacciones de conversión
Desviación Psicopática (Pd)	Pacientes que habían tenido historias de delincuencia y otros comportamientos antisociales
Masculinidad- Feminidad (Mf)	Reclutas de Minnesota, azafatas de líneas aéreas y estudiantes universitarios homosexuales masculinos de la comunidad del Campus de la Universidad de Minnesota
Paranoia (Pa)	Pacientes que exhibían sintomatología paranoide como ideas de referencia, suspicacia, delirios de persecución y delirios de grandeza.
Psicastenia (Pt)	Pacientes ansiosos, O-C, agobiados por la culpa y dudas sobre sí mismos.
Esquizofrenia (Sc)	Pacientes que fueron dx como esquizofrénicos (Varios subtipos)
Hipomanía (Ma)	Pacientes, la mayoría dx como maniaco- depresivos, que exhibían sintomatología maniaca como estado de animo elevado, actividad excesiva y districtabilidad fácil.
0. Introversión social (Si)	Estudiantes universitarios que habían obtenido puntuaciones en los extremos de una prueba de introversión y extroversión.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS: Ansiedad, Represión, Fuerza del yo, Escala revisada de alcoholismo de McAndrew, Hostilidad excesivamente controlada, Dominancia, Responsabilidad social, Inadaptación universitaria, Escala de rol sobre el género, Escalas de trastorno de estrés postraumático, Esc. de malestar matrimonial, Esc de potencial de adicción, Esc de reconocimiento de adicción

ESCALAS DE CONTENIDO: Ansiedad, Miedos, Obesidad, Depresión, Preocupación por la salud, Pensamiento extravagante, Hostilidad, Cinismo,

Conductas antisociales, Comportamiento tipo A, Baja autoestima, Malestar social, Problemas familiares, interferencia laboral e Indicadores negativos de tratamiento

FORMA DE APLICACIÓN: Individual y Colectiva (60 minutos)

PROCEDIMIENTO DE CORRECCIÓN: Manual, mediante plantilla

Las frases suman un total de 567, en las 10 escalas hay 4 escalas de validez:

S No Confusión, reconocimiento del problema)

K Corrección (Defensas, actitud del sujeto ante la prueba y ante sí mismo)puedes decir (frases omitidas)

L Mentira (ajuste al grupo social)

F Validez (

RESUMEN

CUESTIONARIO MMPI: Es un cuestionario de personalidad que consta de 567 frases a las que el sujeto deberá contestar V (verdadero), F (falso) o No sabría que contestar. Fue creado por: S.R. Hathaway y J.C. McKinley en 1943 (primera Edición). La 5ª. Edición por Butcher J. (1995).

OBJETIVO: Evalúa los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales.

SE APLICA EN: Ambientes de salud mental, estimación de síntomas (hospitalización), Evaluación de personalidad para puestos de seguridad pública y Estudios longitudinales para los procesos y cambios de la personalidad.

LIMITACIONES: No se encuentra dirigida a todas las características y conductas del ser humano.

APLICACIÓN.- AMBIENTE FISICO lugar tranquilo, cómodo.

EVALUACIÓN.- Se clasifica en dos tipos de puntuaciones: la natural que se obtiene al sumar el número de las V entre todas las respuestas

HIPOCONDRIASIS (Hs)

Evalúa la preocupación fuera de lo normal por la salud. Una puntuación elevada en esta área indica que la persona se está quejando continuamente de dolores corporales sin que sus quejas sean complacidas por alguna causa orgánica que las justifique.

ALTAS PUNTUACIONES:

Tienden a informar preocupaciones corporales excesivas en su descripción inicial de síntomas.

Tienen una amplia variedad de síntomas somáticos que tienden a ser vagos e indefinidos. Además de las dolencias físicas los individuos tienden a mostrar poca ansiedad manifiesta en comparación con otros.

Son egoístas, centrados en sí mismos y narcisistas. A menudo tienen características de personalidad como pesimismo, derrotismo, insatisfacción con los demás e infelicidad en general.

Son personas con una perspectiva sarcástica acerca de la vida.

A NIVEL INTERPERSONAL:

Tienden a ser difíciles de tratar y hacen sentir infelices a los demás con sus problemas físicos.

Se lamentan y quejan en gran medida y se les considera como demandantes y críticos de los demás.

Expresa su hostilidad de modo indirecto, se les considera ineficaces en su expresión oral.

Tienden a funcionar en un nivel reducido de eficacia sin presentar algún tipo de incapacidad mayor

DEPRESIÓN (D)

Evalúa el síndrome conocido como Depresión. Una puntuación alta además de indicarnos que la persona está afectada de síntomas de este trastorno afectivo, nos indica una persona con ausencia de confianza en sí misma, con sentimientos propios de inutilidad. Una elevación de esta escala junto con las escalas Hs y Hi forman la tríada neurótica.

ALTAS PUNTUACIONES EN D:

Presentan sentimientos de depresión e infelicidad, Indican la presencia de disforia y de sentimientos de pesimismo acerca del futuro. Se autocensuran y se sienten culpables, a menudo sin tener razones.

Sienten que su salud se deteriora, son indolentes, se sienten débiles y cansados, muchos informan sentimientos de tensión y agitación, con frecuencia hacen referencia a sentimientos de excitación o irritación ante acontecimientos menores. Los individuos con este perfil informan libremente de sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar y a menudo manifiestan sentirse como un fracaso en la escuela o el trabajo.

Además tienden a ser pocos agresivos, tímidos y a carecer de confianza para sí mismos, son propensos a preocuparse por cosas sin importancia; no es poco común el retraimiento social y tienden a ser un tanto reservados y a conservar una distancia psicológica con respecto a los demás, evitando con frecuencia comprometerse de manera personal. Tienen un patrón de conducta ensimismado e indeciso, o tienen dificultad para tomar decisiones.

HISTERIA CONVERSIVA (HI)

Mide los síntomas que conforman la histeria de conversión. Los individuos histéricos son inmaduros, muy teatrales y seductores. A menudo declaran estar enfermos y acaban muchas veces creando por ejemplo, contracciones musculares, úlceras, etc. A diferencia del hipocondríaco, el histérico no teme la enfermedad, forma parte de sí mismo para manipular su entorno.

PUNTUACIONES MÁS ALTAS EN ESTE PERFIL:

Tienden a presentar síntomas físicos vagos (cefaleas, dolor de pecho, debilidad muscular, palpitaciones irregulares u otros estados físicos indefinidos en ausencia de datos médicos claros). Refleja una incapacidad para tratar de manejar en forma efectiva los factores estresantes en la vida.

Niegan y reprimen su conflicto, que son incapaces de manejar de manera adecuada los problemas de su vida. Falta de insight acerca de sus síntomas, así como sus propias motivaciones y sentimientos.

Poca ansiedad, tensión o depresión. En los casos donde sí pueden aparecer y desaparecer de manera repentina son en respuesta ante el estrés.

Son inmaduros, pueriles e infantiles y a centrarse en sí mismos, ser narcisistas y egocéntricos, además tienden a esperar que las personas les den gran cantidad de atención y afecto.

No expresan de manera abierta su enojo o resentimiento y en vez de ello son un tanto indirectos a nivel interpersonal.

Se les considera manipuladores para obtener la atención y muestran interés en los demás por razones egoístas. En términos sociales son participativos, pero de manera superficial, pueden ser amistosos, hablantines y entusiastas en situaciones sociales.

DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (DP)

Evalúa la conducta antisocial (delinquir, mentir, las adicciones,...), la falta de sentimientos comportándose como verdaderos témpanos de hielo ante la situación más emotiva. Están en el mundo porque tiene que haber de todo pero suelen ser sujetos problemáticos que nunca salen de "marrones". Poco les importa las consecuencias de sus actos.

Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil:

Confirman características de conducta antisocial, incluyendo acciones hacia figuras de autoridad, relaciones familiares tormentosas y conductas de actino out, sin considerar las consecuencias de sus actos

Tienden a culpar a los demás de sus problemas, lo cual puede reflejarse en su historia de bajos logros en la escuela, antecedentes laborales, deficiente o problemas matrimoniales o en otro tipo de relaciones, comunes los problemas con la ley.

Los individuos son impulsivos en sus actos y tienden una baja tolerancia a la frustración, a menudo se esfuerzan por obtener la gratificación inmediata de sus impulsos. No planifican de manera adecuada y muestran poca capacidad de juicio y sumen riesgos que otras personas no tomarían.

Son hedonistas, ostentosos, exhibicionistas e insensibles a las necesidades de los demás, de igual manera se les considera manipuladores y tienden a desarrollar relaciones interpersonales que pueden utilizar para beneficio propio. Sus relaciones son frívolas y superficiales, parecen incapaces de formar vínculos afectuosos profundos, se les considera sociables, parlanchines, hiperactivos y espontáneos en situaciones de grupo, carecen de metas definidas. Sus relaciones se caracterizan como hostiles, agresivas, sarcásticas, cínicas, resentidas y rebeldes.

MASCULINIDAD-FEMINIDAD (MF)

Mide las tendencias hacia los intereses básicos de los hombres o de las mujeres. No puede considerarse una medida de la homosexualidad como único elemento pero sí indica el que una mujer comparta más intereses por cosas que son más masculinas o que un hombre sea excesivamente detallista dando una puntuación elevada en esta escala. Mide el buen gusto, la exquisitez en el hombre, el talante más afeminado pero no nos aporta la seguridad diagnóstica de una homosexualidad.

Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son:

Evalúa problemas clínicos, y se asocia con la evaluación del rol de género.

Esta es una escala de intereses que se centra en la estimación de los roles masculinos y femeninos tradicionales.

La escala se elaboró para varones y su calificación simplemente se invierte para las mujeres.

VARONES $T > 80$: Los varones con puntuaciones extremadamente elevadas tiende a mostrar conflictos en el áreas de identidad sexual e inseguridad con los roles masculinos.

Pueden ser afeminados con intereses estéticos y artísticos que los demás varones. Pero estos individuos son inteligentes, capaces y valoran los logros intelectuales.

Son ambiciosos, competitivos, perseverantes, agudos, de pensamiento claro y organizados, muestran capacidad de juicio, se consideran curiosos, creativos e imaginativos en sus intereses.

T = 70-79: Dentro de este rango se consideran como sensibles, perspicaces, tolerantes y un tanto afeminados, tienden a poseer amplios intereses culturales y a ser poco sumisos y pasivos en sus relaciones.

T < 35: Los varones con puntuaciones bajas en esta escala tienen una auto-imagen de machos y necesitan considerarse extremadamente masculinos.

Tienden a enfatizar en extremo la fortaleza, la habilidad física y tienden ser agresivos.

Muestran un patrón de búsqueda de emociones y de conductas audaces, son toscos, groseros y vulgares en contextos interpersonales.

Tienen limitados intereses intelectuales y culturales, además de enfoques inflexibles y poco originales hacia problemas, se orientan a actividades prácticas y no teóricas

MUJERES T > 70: Tienden a rechazar roles y actividades femeninas tradicionales y están más interesadas en ocupaciones tradicionalmente masculinas en las áreas de trabajo, deporte y pasatiempos, tienden ser activas y competitivas.

Son por lo general más agresivas y dominantes, son toscas, pero refinadas y recias en su manera de actuar, a menudo son extravertidas, desinhibidas y muestran confianzas en sí mismas, son despreocupadas, pero también poco emocionales y poco amistosas.

T ≤ 35: Las mujeres con puntuaciones extremadamente bajas tienden a describirse en términos de roles femeninos estereotipados. Son femeninas en exceso, pasivas, sumisas y complacientes en las relaciones. Tienden a delegar al varón la toma de decisiones, y esta escala no se aplica a mujeres con altos grados de educación.

PARANOIA (PA)

Mide la susceptibilidad excesiva, el recelo, la sospecha, los delirios de persecución, en definitiva, mide al que comúnmente en lenguaje vulgar llamamos paranoico. Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son: Mide la suspicacia y desconfianza, junto con características de personalidad de hipersensibilidad interpersonal, los correlatos para Pa dependen del nivel de elevación de la puntuación escalar.

T > 80: Muestran conducta psicótica franca de manera común, trastornos del pensamiento, delirios de persecución o grandeza (p ambos) y creencias delirantes como ideas de referencia, sienten que las demás personas abusan de ellas, están en contra y quieren molestarlos.

Albergan rencores debido a los perjuicios que perciben que otros han cometido en su contra, por lo general utilizan mecanismos de defensa. Es común que se diagnostique esquizofrenia o un estado paranoide.

T = 65 - 79: muestran una predisposición paranoide, si no es que, de hecho, tienen síntomas evidentes de trastorno delirante. Son demasiado sensibles, vigilantes y responden con intensidad ante las reacciones de los demás, sienten que la vida les paga mal.

Tienden a racionalizar sus defectos y a culpar a los demás de sus propios problemas, son suspicaces y reservados reaccionan de manera hostil, resentida y defensiva; con una conducta moralista y rígida.

PSICASTENIA (PT)

Mide las conductas fóbicas o compulsivas. El paciente fóbico o el obsesivo compulsivo puntuarían alto en esta escala. Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son:

Puede comprenderse mejor como una medida de la ansiedad, tensión e incomodidad, tienden a preocuparse en gran medida a ser aprensivos con respecto a situaciones menores.

A menudo expresan sentimientos de agitación e intranquilidad y tienen dificultad para concentrarse.

Los síntomas se presentan con frecuencia en forma de dolencias físicas, en particular preocupaciones asociadas con el corazón.

Poseen características de personalidad que los hacen vulnerables a la autocrítica patológica: son tímidos y no interactúan bien en sociedad, se sienten muy inseguros e inferiores, carecen de confianza en sí mismos y son muy cohibidos.

En general son rígidos en sus relaciones interpersonales y con frecuencia son moralistas y tienen gran cantidad de culpas, su rigidez se manifiesta en la persistencia (perseveración), no están dispuestos a hacer concesiones inflexibles en situaciones interpersonales.

ESQUIZOFRENIA (SC) evalúa al paciente esquizofrénico es decir aquel que suele caracterizarse por conductas extrañas, por sentimientos de irrealidad, por alucinaciones. Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son:

Debido a su relativa complejidad, la interpretación de la escala requiere que no todas las personas que obtienen alguna evaluación en esta escala son esquizofrénicas, también puede existir cierta evaluación en personas antisociales o que tienen un estilo de rechazo a las normas culturales.

Los niveles de elevación tienden a asociarse en trastornos psicológicos más graves, puede presentarse rangos de elevación moderada entre algunos individuos que no experimentan un trastorno de pensamiento, pero cuyo enfoque hacia la vida es abstraído y desorganizado.

T = 80 - 90: se asocian con una conducta abierta psicótica, las personas con este patrón parecen confusas, desorganizadas y desorientadas, tienen pensamientos o actitudes y creencias delirantes y pueden experimentar alucinaciones, tienen una capacidad deficiente de juicio y un patrón desorganizado de conducta.

T = 65 - 79: Este nivel sugiere un estilo de vida esquizoide, se sienten alejados de su ambiente social, se sienten aislados y piensan que los demás no los comprenden.

Son personas retraídas y solitarias que parecen inaccesibles en las relaciones interpersonales. Evita el trato con otras personas.

Experimentan ansiedad generalizada y depresión, tienden a reaccionar ante el estrés retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación. Se consideran hostiles y agresivos y pueden

actuar sus impulsos de maneras inapropiadas. Muestran un patrón crónico de desadaptación, incluyendo conducta no conformista, actitudes poco comunes y conductas no convencionales. Muestran fuertes sentimientos de inferioridad, insatisfacción con la vida, confusión del rol sexual y preocupaciones sexuales.

HIPOMANÍA (MA)

Evalúa las personas con una gran producción tanto de pensamiento como de actividad. Es una forma leve del paciente "maníaco". Son personas muy enérgicas, hiperactivas que a menudo estorban a otros con su continuo movimiento y energía. Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son: Es una escala que se considera como una medida de la conducta maníaca o hipomaníaca. Ma evalúa los niveles más bajos de conducta maníaca:

T > 80: Muestran un patrón de conducta desordenada, que incluye conducta hiperactiva y dispersa y habla en forma acelerada (verborrea, fuga de ideas incoherentes). Pueden experimentar alucinaciones o delirios de grandeza. Muestran un patrón de sueño alterado y tienden a utilizar su energía de manera eficaz, pueden tener metas y proyectos numerosos, pero no parecen concretarlos. Muestran un sentido exagerado de autovalía y engrimiento, no ven sus limitaciones. Tienen problemas con otras personas o dificultades legales debido a que inhiben la expresión libre de sus impulsos y pueden realizar conductas irresponsables e inmorales de manera ostentosa.

65 < T ≤ 79: los sujetos con puntuaciones moderadas no tienen problemas aparentes asociados con un trastorno afectivo, obtienen puntuaciones en este rango. Tienden a parecer demasiados activos, energéticos y hablantines. Tienden a extenderse en sus proyectos o actividades y no pueden concluirlos. En el terreno interpersonal, parecen extravertido, sociables y afables, parecen disfrutar de la compañía de otras personas y por lo común son amistosos, agradables superficialmente. Además tienden a ser manipuladores, engañosos y poco confiables en ocasiones.

T < 35: también tienden a reflejar problemas. Los pacientes con bajas puntuaciones pueden dar una apariencia de bajo nivel de energía, bajo nivel de actividad de una falsa de interés por la vida. Se les considera letárgicos, insolente, apáticos y difíciles de motivar en el tratamiento.

INTROVERSIÓN SOCIAL (SI)

Evalúa la tendencia a aislarse del contacto social. Una puntuación elevada indicaría sujetos introvertidos, tímidos, poco comunicativos mientras que una puntuación baja indicaría sujetos extrovertidos. Los pacientes con puntuaciones más altas en este perfil son: Se desarrolla para evaluar las características de personalidad de introversión - extraversión. Esta es una medida bipolar de la personalidad y puede interpretarse a lo largo de todo el rango de puntuaciones.

Presentan timidez extrema e introversión social, se sienten más cómodos cuando están solos o con unos cuantos amigos que en grupos. Además se sienten incómodos con personas del sexo opuesto y son difíciles de conocer, son extremadamente sensibles a lo que los demás piensan. Tienen un control excesivo y son inhibidos y tienden a ser sumisos y dóciles en sus relaciones, así como muy serios, convencionales y a aceptar en extremo la autoridad. Se consideran que son lentos en su ritmo personal, cautos y poco originales al abordar los problemas.

Tienen dificultad para tomar incluso decisiones más pequeñas y tienden a preocuparse en exceso. Son propensos a ser taciturnos y a tener episodios de depresión y ansiedad.

ESCALA DE CONTENIDO Y SU EVALUACIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD (ANS)

Se compone de reactivos que se centran en sentimientos de tensión y ansiedad. Las personas son puntuaciones altas en esta escalas de ansiedad general ($T < 65$), reconocen que experimentan síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (palpitaciones e hiperventilación), dificultades de sueño, preocupaciones y concentración deficiente. Los pacientes con puntuaciones altas manifiestan de temor a perder la cabeza y dificultades para tomar decisiones. Reconocen que la vida les es muy difícil y consideran que está llena de presiones. Parecen tener insight acerca de sus problemas; están conscientes de los síntomas y problemas que experimentan y están dispuestos a analizarlos con otras personas.

ESCALA DE MIEDOS (MIE)

Ésta contiene reactivos que se centran en temores específicos. Se obtiene una puntuación elevada en MIE cuando el paciente reconoce muchos miedos específicos. Éstos pueden incluir temas tan diversos como la sangre, lugares altos, dinero, serpientes, ratones, arañas, dejar la casa, fuego, tormentas y desastres naturales, agua, oscuridad, lugares cerrados y suciedad. Una puntuación elevada refleja varios temores o fobias poco realistas.

ESCALA DE OBSESIVIDAD (OBS)

Esta escala contiene reactivos que tratan la indecisión y acerca de una preocupación por pensamientos obsesivos. Los pacientes con puntuaciones altas en la escala, tienen gran dificultad para tomar decisiones. Es probable que mediten de manera excesiva acerca de cosas poco importantes. Además son impacientes con otras personas. Tienen dificultad para realizar cambios en su conducta. También reconocen la existencia de algunas conductas compulsivas, como contar o guardar cosas sin importancia. Tienden a preocuparse de manera excesiva, al punto de sentirse abrumados por sus propios pensamientos.

ESCALA DE DEPRESIÓN (DEP)

Esta escala la conforman reactivos con un contenido que refleja estado de ánimo depresivo e ideación suicida. Los pacientes con puntuaciones altas en la escala, se caracteriza por importantes de incertidumbres acerca del futuro y tienen poco interés en sus vidas. Es probable que sean ensimismados, infelices, lloren con facilidad y sientan desesperación y vacío. Las personas con puntuaciones muy altas reconocen intentos de suicidio o desean estar muertas. Reconocen que se sienten como si estuvieran condenados o hubieran cometido pecados imperdonables. Tienden a sentir que otras personas nos les proporcionan suficiente apoyo emocional.

ESCALA DE PREOCUPACIÓN POR LA SALUD (SAU)

Esta escala contiene reactivos que se refieren a dolencias somáticas y preocupaciones por la salud. Las personas con puntuaciones altas en a la escala SAU reconocen muchos

síntomas físicos que se tienen que ver con varios sistemas corporales, incluyendo síntomas gastrointestinales (estreñimiento, náuseas y vómito, problemas gastrointestinales), problemas neurológicos (convulsiones, mareos y desmayos, parálisis), problemas sensoriales (audición o vista deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores en el corazón o pecho), problemas en la piel, dolor (cefaleas, dolor de cuello) y problemas respiratorios (tos, fiebre del heno o asma). Los pacientes con puntuaciones altas en SAU se preocupan por su salud y en muchas ocasiones afirman sentirse enfermos.

ESCALA DE PENSAMIENTO DELIRANTE (DEL)

El contenido de los reactivos de esta escala implica síntomas psicóticos extremos. Todos los reactivos son síntomas de trastorno mental grave. El pensamiento psicótico caracteriza a las personas con puntuaciones elevada en esta escala. Estos reactivos sugieren alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias. Las personas con puntuaciones altas en esta escala parecen estar conscientes de que sus pensamientos son extraños y peculiares. Se informa ideación paranoide (creencias de conspiraciones en su contra o que alguien intenta envenenarlos). Los individuos con puntuaciones altas en este conjunto de reactivos parecen sentir que tienen una misión o poder especial en la vida.

ESCALA DE ENOJO (ENJ)

Esta escala contiene reactivos que reflejan problemas en el control de enojo. Estos reactivos se centran en la pérdida del control emocional e impetuosidad. Las personas con puntuaciones altas en esta escala reconocen problemas en el control del enojo. Expresan irritabilidad, enfado, impaciencia, impetuosidad, disgusto y terquedad; reconocer que en ocasiones tienen deseos de insultar o romper cosas. Tienden a perder el control de sí mismos y refieren incidentes personales de maltrato físico hacia objetos y otras personas.

ESCALA DE CINISMO (CIN)

Los reactivos implican las creencias y actitudes cínicas hacia otras personas. Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala confirman creencias ocultas y negativos detrás de lo que hacen (creen que la mayoría de las personas son honradas simplemente por el temor de que las atrapen). Piensan que no deberían confiarse en otras personas. Sostienen el punto de vista de que otros individuos usan a los demás y son amistosos sólo por razones egoístas. Las personas con puntuaciones altas tienen actitudes negativas acerca de quienes están cerca de ellas, incluyendo a compañeros de trabajo, familiares y amigos.

ESCALA DE PRÁCTICAS ANTISOCIALES (PAS)

Esta escala representa actitudes o conductas abiertamente antisociales. Los individuos con puntuaciones altas en esta escala tienen actitudes misantrópicas similares a las de quienes tienen altas puntuaciones en CIN pero, además reconocen conductas problemáticas durante sus años escolares y otras prácticas antisociales como problemas con la ley, robos o hurtos en tiendas. Las personas con puntuaciones elevadas indican que en ocasiones disfrutaban la temeridad de los delincuentes y les gusta sentirse como

“bribones listos” que se salen con la suya en sus crímenes. Tienden a creer que es apropiado evitar las leyes siempre y cuando no las rompan.

ESCALA DE PERSONALIDAD TIPO A (PTA)

Esta escala la forman reactivos que evalúan el patrón conductual que incluye hostilidad, conductas energéticas y orientación compulsiva hacia tareas programadas. Las personas con puntuaciones altas en esta escala tienden a ser individuos compulsivos, impulsados por la velocidad y orientados al trabajo, que con frecuencia se impacientan, irritan y disgusta. Les molesta tener que esperar o que se les interrumpa en una tarea. Nunca tienen suficiente tiempo en el día para terminar las tareas planeadas. Tienen a ser muy directos en situaciones interpersonales y es probable que sean autoritarios en sus relaciones con los demás.

ESCALA DE BAJA AUTOESTIMA (BAE) Esta escala se compone de reactivos que reflejan perspectivas negativas acerca de uno mismo y fuerte sentimiento de ineptitud. Las personas con puntuaciones altas el BEA tienen una pobre opinión acerca de sí mismas. No les agradan a otras personas y se sienten poco importantes. Tienen muchas actitudes negativas hacia de sí mismos, incluyendo percepciones de que les falta a trativo, son desmañados, torpes e inútiles. Con frecuencia sienten como si fueran una carga para los demás y carecen de confianza en sí mismos. Les resulta difícil aceptar elogios de los demás y en ocasiones se sienten abrumados por todas las fallas que ven en su persona.

ESCALA DE INCOMODIDAD SOCIAL (ISO)

Se diseño para evaluar características de personalidad relacionadas con la experiencia de incomodidad y angustia social. A las personas que obtienen puntuaciones altas en esta escala se sienten intranquillos de otros individuos. Prefieren estar solos; cuando se encuentran en situaciones sociales, es probable que se sientan solos y evitan unirse a un grupo. Tienden a considerarse tímidos y a sentir desagrado por fiestas y acontecimientos sociales.

ESCALA DE PROBLEMAS FAMILIARES (FAM)

Los reactivos de esta escala se enfocan a los problemas familiares y de relación. Aquellos con puntuaciones altas en esta escala informan de discordia familiar sustancial. Describen a sus familiares como carentes de amor, pendencieras y desagradables de tratar. Algunos de los reactivos en esta escala reflejan odio hacia otros miembros de la familia. Los individuos con puntuaciones altas en FAM tienden a describir su infancia como llena de maltratos y a su matrimonio como infeliz y carente de afecto.

ESCALAS DE VALIDEZ
No puedo decir
Escala de inconsistencia en las respuesta variables (INVAR)
Escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER)
Escala de mentira (L)
Escala de corrección (K)
Escala de auto-presentación superlativa (S)
Escala de infrecuencia (F)
Escala de infrecuencia posterior (F _p)
Escala de infrecuencia de síntomas psiquiátricos (F _{psi})
ESCALAS CLÍNICAS
Escala 1 Hipocondriasis (Hs)
Escala 2 Depresión (D)
Escala 3 Histeria Conversiva (Hi)
Escala 4 Desviación Psicopática (Dp)
Escala 5 Masculinidad - Femenidad (Mf)
Escala 6 Paranoia (Pa)
Escala 7 Psicastenia (Pt)
Escala 8 Esquizofrenia (Es)
Escala 9 Hipomanía (Is)
ESCALAS DE CONTENIDO
Escala de Miedos (MIE)
Escala de Obsesividad (OBS)
Escala de Depresión (DEP)
Escala de Preocupación por la Salud (SAU)
Escala de Pensamiento Delirante (DEL)
Escala de Enojo (ENJ)
Escala de Cinismo (CIN)
Escala de Prácticas Antisociales (PAS)
Escala de Personalidad tipo A (PTA)
Escala de Baja Autoestima (BAE)
Escala de Incomodidad Social (ISO)
Escala de Problemas Familiares (FAM)
Escala de Dificultad en el Trabajo (DTR)
Escala de Rechazo al Tratamiento (RTR)
ESCALAS SUPLEMENTARIAS
Escala de Ansiedad (A)
Escala de Represión (R)
Escala de Fuerza del Yo (Fyo)

Escala de Alcoholismo de MacAndrew - Revisada (A-MAC)
Escala de Predisposición a Problemas con las Adicciones (PPA)
Escala de Reconocimiento de las Adicciones (RA)
Escala de Desadaptación Matrimonial (DM)
Escala de Hostilidad (Ho)
ESCALAS ADICIONALES
Escala de Hostilidad Reprimida (HR)
Escala de Dominancia (Do)
Escala de Responsabilidad Social (Rs)
Escala de Desajuste Profesional (Dpr)
Escala de Género Masculino (GM)
Escala de Género Femenino (GF)
Escala de Desorden de Estrés Postraumático de Schelenger (EPS)
Escala de Desorden de Estrés Postraumático de Keane (EPK)

N. de la E: estas escalas no se incluyen en el MMPI-2 (1995)

INTEGRACIÓN DEL PERFIL

Actitud examinado (Escalas de validez L F K)

Analiza puntuación bruta F (alteración emocional)

Interpreta escalas de validez

Interpreta escalas clínicas Combinación de perfil, se interpretan las 3 escalas más bajas y las 3 más altas

Se analiza e interpretan las siguientes escalas: Autoconcepto (K, 1, 2, 7), Relaciones

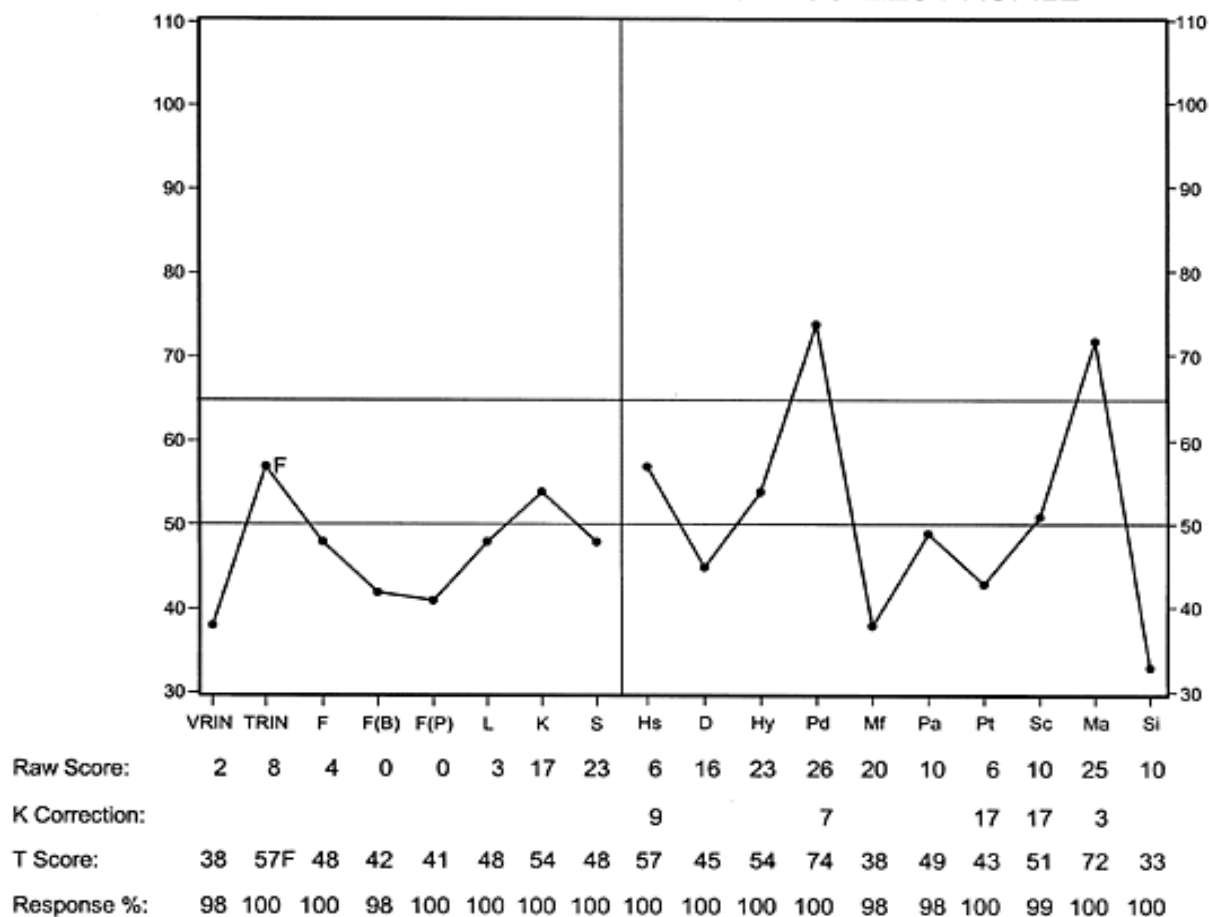
Interpersonales (3, 4, 5, 6, 8, 9, 0). Capacidad de Logro (4 y 9). Capacidad de Insight y

Pronóstico (K, 7, 2, 0). Estado Afectivo (2, 9, 3, 6, 7). Mecanismos de Defensa (3, 6, 7, 8, 9).

DIAGNOSTICO

TEMAS DE LAS FRASES: Salud en general, síntomas neurológicos generales, nervios craneales, motrices y coordinación, sensibilidad, problemas vasomotores, tróficos, de habla y secretorios, hábitos, relaciones familiares y maritales; problemas ocupacionales, educacionales, actitudes sexuales, religiosas, políticas sociales, afecto depresivo, maniaco, estados obsesivo-compulsivo, alucinaciones, ilusiones, ideas de referencia, fobias, tendencias sádicas y masoquistas, moral, masculinidad y feminidad; cuando el sujeto intenta colocarse en situaciones poco aceptables.

MMPI-2 VALIDITY AND CLINICAL SCALES PROFILE



Cannot Say (Raw): 3
F-K (Raw): -13
Welsh Code: 49+/-138/627:50# K/LF:
Profile Frequency: Pd 28% Pd/Ma 8%**

Megargee Classification: Able, High
Megargee Class. Frequency: 18 - 20%**
Percent True: 39
Percent False: 61

**Profile Frequency is based on the NCS Corrections sample (N=2,619). Megargee Classification Frequency is based on the data in Megargee et al. (2001) Classifying Criminal Offenders with the MMPI-2: The Megargee System (University of Minnesota Press).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI

Autores: A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock y J. Erbaugh.

Notas a la medición: Medición clínica de síntomas de depresión. Proporciona el siguiente diagnóstico de depresión: Ausente o mínimo, leve, moderada y grave. Ámbito de aplicación: Clínica

Número total de ítems: 21 (Elección múltiple)

El BDI es un inventario del grado del uno mismo-informe de 21 artículos que mide actitudes y síntomas característicos de la depresión (cuba de tintura et al., 1961). El BDI se ha desarrollado en diversas formas incluyendo varias formas automatizadas, una forma de la tarjeta (mayo, Urquhart, Tarran, 1969, citado en Groth-Marnat, 1990); la forma corta del 13-artículo y el Bdi-11 más reciente de Beck, del buey y de Brown, 1996 (véase el buey, Rissmiller y la cuba de tintura, 2000 para la información sobre la utilidad clínica del Bdi-11).

Escalas/factores: 1. Tristeza. 2. Pesimismo. 3. Sentimiento de fracaso. 4. Insatisfacción. 5. Culpabilidad. 6. Expectativa de daño.. 7. Aversión hacia uno mismo. 8. Autoacusación.. 9. Ideas de suicidio.10. Episodios de llanto. 11. Irratibilidad. 12. Aislamiento social. 13. Indecisión. 14. Cambios en la imagen corporal. 15. Enlentecimiento (retraso para trabajar). 16. Insomnio. 17. Fatiga 18. Pérdida de apetito.19. Pérdida de peso. 20. Preocupación somática. 21. Pérdida de la libido.

Forma de aplicación: Individual y Colectiva (10 minutos)

Procedimiento de Corrección: Manual

Agregue para arriba la cuenta para cada uno de las veintiuno preguntas y obtenga el total. La cuenta más alta en cada uno de las veintiuno preguntas es tres, el total posible más alto para la prueba entera es sesenta y tres. La cuenta posible más baja para la prueba entera es cero. Agregue solamente una cuenta por la pregunta (el clasificado más alto si más se circunda de una)

Niveles totales de la cuenta de la depresión

05 - 09 que éstos suben y que tragan se consideran normal

10 - 18 suaves moderar la depresión

19 - 29 moderados a la depresión severa

depresión severa 30 - 63

Debajo de 4 = negación posible de la depresión, el falsificar bueno; esto está debajo de las cuentas generalmente para los normals.

Sobre 40 = esto está perceptiblemente sobre las personas seriamente presionadas uniformes, sugiriendo la exageración posible de la depresión; posiblemente característica de los desórdenes histriónicos o de la frontera de la personalidad. Los niveles significativos de la depresión siguen siendo posibles (Groth-Marnat, 1990).

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA P.C.U DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA

- 1.Evalúe el riesgo, las razones y motivaciones del intento suicida
- 2.Evalúe el estado de ánimo y desesperanza del paciente
- 3.Evalúe la presencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades físicas
- 4.Evalúe la presencia de conflictos y recursos relacionales del paciente y otros estresores desencadenantes
- 5.Evalúe las formas y carencias conductuales del intento suicida
- 6.Reestructure las cogniciones y significados suicidas
- 7.Disminuya la tristeza y la desesperanza
- 8.Intervenga en los trastornos psiquiátricos y físicos asociados
- 9.Incremente los apoyos sociales y sistemas de alarma
- 10.Incremente las habilidades conductuales de afrontamiento de problemas del sujeto

El BDI y el HS sirven respectivamente para evaluar el grado de depresión y la desesperanza del sujeto. Especialmente la HS correlaciona bastante con el riesgo de suicidio. El estado de ánimo y la desesperanza puede ser también valorado a través de la entrevista siguiendo los criterios diagnósticos del DSM o el CIE.

TÉCNICAS PROYECTIVAS:

TEST DE LA FAMILIA. Autor: L. Corman

Notas a la medición: Es un método proyectivo que revela la personalidad en todos sus aspectos; el sujeto expresa su existencia y la ajena, el modo en que se siente existir y siente a los otros, proyectando aspectos conscientes y/o inconscientes de su vida, dificultades de adaptación al medio familiar, complejos edípicos y de rivalidad fraterna. **Ámbito de aplicación:** Clínica **Número total de ítems:** 1 (Respuesta libre)

ESCALAS /FACTORES: 1. Conflictos de rivalidad fraterna.. 2.Reacciones manifiestamente agresivas. 3 Reacciones agresivas indirectas. 4 Reacciones agresivas asumidas por un animal. 5 Reacciones depresivas. 6 Reacción regresiva y la identificación con un bebé. 7 Conflictos Edípicos. 8 Relación edípica. 9 Rivalidad edípica. 10.Complejo de Edipo. 11 El conflicto de Edipo a la inversa. 12 Forma de aplicación: Individual

La dinámica familiar familiar tiene 3 protagonistas principales: La mamá , El papá , El hijo , Y luego los hermanos. Las funciones específicas y naturales en cada uno son: En la madre, la contención emocional, el amparo, el amor ilimitado y generoso . En el padre: la autoridad, el sostén del hogar, la seguridad . En los hermanos la rivalidad, la lucha por el amor de los padres.

La necesidad de este test es porque a familia, no solo a la luz de lo que ella es en la realidad como sistema matriz en la vida de todo ser humano, soporte de la sociedad, así cuando estudiábamos en la secundaria en la materia Formación Cívica la definíamos como la célula básica de toda sociedad. Y es lógico porque cada familia implica un agrupamiento de personas y estas en su conjunto representan a la sociedad como un todo, así podemos conectar: Familia y cultura, Familia y política, Familia y arte, Familia y Biología, Familia y sociología, y en nuestro tema de hoy Familia y Psicología y en esta ya en un lugar mas individualizado vemos la connotación singular que todo sujeto vivencia, percibe y aperece respecto a ella.

La evolución afectiva del niño, garante del adulto futuro dependerá de la atmósfera de seguridad y estabilidad en que el niño habite. Así podríamos sintetizar diciendo que existen 3 ingredientes base para un buen funcionamiento familiar son: El amor, la aceptación y el respeto por cada uno de sus miembros por lo que son en su singularidad (lo que implica una adecuada función discriminativa)y la estabilidad. Por supuesto hay una realidad externa a la familia, la realidad social, política, económica cuyos dilemas, influencias no siempre es manejar y que interfieren en el funcionamiento o estabilidad familiar.

Así en el campo psicológico surgen varias alternativas para su abordaje: La terapia Familiar (desde distintos encuadres) La entrevista clínica El Psicodiagnóstico., este último punto es nuestro lugar de trabajo y abordaje, lo que haremos será explorar las dinámicas y conflictivas familiares, sus lugares de salud y de debilidad vistos desde una técnica proyectiva gráfica específica : el “Test de la Familia”, al que también integraremos con la” técnica del dibujo de un plano de la casa”, y la “Técnica de graficar cuatro momentos del día”

PERSONA BAJO LA LLUVIA.

El dibujo de una persona bajo la lluvia no es un test en el sentido riguroso del término sino una técnica que surge de la experiencia clínica - de un autor cuya paternidad no pudo establecerse a ciencia cierta -por el psicólogo norteamericano Arnolds Abrams o Abraham Amchin.

En realidad en general los distintos dibujos de personas sea como el test de las 2 personas o de Pareja, los de Familia y las distintas adaptaciones que se han extrapolado al incorporar variables relacionadas con áreas específicas ej (pareja educativa, dibujar una persona en situación de trabajo, la técnica de Caligor)han tenido y tienen su basamento y matriz en El Dibujo de la figura humana, primero conceptualizado por Goodenough como

un test de inteligencia, luego por Koppitz como técnica de diagnóstico del nivel de maduración de un niño, por Buck, Hammer y así con el correr de los tiempos la observación clínica y la experiencia con esta técnica fue abriéndose a nuevas lecturas. De ello resulta que la variable diferencial que nos propone esta técnica es evaluar a través de la calidad y estructura de lo graficado la reacción mental, emocional, instintual –pulsional de una persona en situación . El concepto de situación aquí tiene una especificidad : un hombre en situación de tensión ambiental. Para ello sus autores eligieron un elemento simbólico para representar la tensión o presión ambiental, es : la lluvia.

Administración: Individual y/o colectiva Edad: Niños, adultos. Consigna: Dibuje a una persona bajo la lluvia

Evaluar: La ansiedad, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental.

Diagnosticar: Modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa, o patológica, nivel de ansiedad.

Inferir: Estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización – desorganización.

TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA T.A.T.

AUTOR: Morgan murria en 1938.

Maneja 6 situaciones: 1 Trabajo. 2. Depresión y suicidio. 3. Paterno-filial. 4. Peligro y muerte. 5.Sexuales. 6. Agresión.

MATERIAL: Consta de 31 láminas (30 dibujadas y 1 en blanco). Solo se administran 20, se desglosan de la siguiente manera:

- 11 universales se administra a todo (1,2,4,5,10,11,14,15,16,19,20).
- 9 hombres (3VH,6VH,7VH,8VH,9VH,12H,13HM,17VH,18VH)
- 9 mujeres (3NM,6NM,7NM,8NM,9NM,12M,13HM,17MN,18NM)
- 9 varones niños (3VH,6VH,7VH,8VH,9VH,12VH,13V,17VH,18VH)
- 9 niñas (3NM,6NM,7NM,8NM,9NM,12M,13HM,17MN,18NM)

CONTENIDO:

- 1.TEXTUAL: Figuras pictóricas (situación objetiva).
2. CONTEXTUAL: Significado o sentido.

ADMINISTRACIÓN:

- Individual con 20 láminas reducida a 10 láminas de 90 a 120 minutos en dos sesiones.
- Colectiva (es menos confiable)

CONSIGNA: Se le pide que invente una historia por cada lámina que se le muestre que contenga pasado (sucesos determinantes de la escena), presente (acciones, pensamientos y sentimientos de sus personajes) y futuro (desenlace).

DIAGNOSTICO: Es en 3 niveles: Descriptivo, Reductivo y Clasificación.

C.A.T.

Test de Apercepcion Tematica es Explorar los Factores esenciales en la dinámica de la personalidad infantil . Su uso permite conocer y obtener una información muy rica respecto a la Estructura de personalidad del niño, acerca de las características de la vida familiar que lo rodea, en cuanto a su dinámica , asimismo permite explorar la actitud y

comportamiento del infante frente a los problemas de crecimiento, la sexualidad, la socialización, que forman parte de su vida en estos primeros años.

El CONTENIDO DEL TEST es el siguiente:: El test esta formado por 10 laminas que han sido confeccionadas mediante personajes de animales.

Esta idea fue de Ernest Kris (psicoanalista), quien le sugirió a Bellak esta idea, pues pensó que los niños podrían identificarse mas fácil con figuras de animales que con figuras humanas, así de esta forma las 10 laminas resultantes que quedaron definitivamente seleccionados intentan a través de estas escenas con animales, recrear una situación de cuento en tanto se le pide al niño un relato acerca de lo que ve en la lamina , manteniendo la exploración de su psiquismo desde un lugar imaginario tan mágico como el mundo del niño.

ADMINISTRACION: Es únicamente individual y es importante que su administración se realice luego de haber establecido un vinculo positivo con el niño, es aconsejable tomarla al final de la bateria, esto implica, luego de la hora de Juego, de los test Gráficos, y del desiderativo.

El tiempo promedio que exige su administración oscila entre los 30 y 60 minutos.

CONSIGNA: Se le dice al niño: "Jugaremos a contar cuentos", se le presenta la lamina 1 y se le pide "cuéntame un cuento con este dibujo. Que pasa aquí?..Que están haciendo los animales?..". Una vez que obtenemos una respuesta le preguntaremos "Y que paso antes?.. luego de tener su respuesta nuestra ultima pregunta será " y que pasara después?..



TEST DE LA FIGURA HUMANA (DFH): MACHOVER, KOPPITZ Y GOODENOUGH

Este Test consiste en el dibujo de una figura humana, y a partir de ahí se realiza el análisis correspondiente entre las expresiones graficas y los aspectos de la personalidad de la personas que dibuja.

Cuando un sujeto dibuja una figura humana esta reflejando como se ve, que piensa de si, que imagen tiene de si mismo y de su cuerpo. Cada detalle del dibujo se puede analizar y este análisis nos revela características psicológicas de la persona que dibuja.

El dibujo de la figura humana nos muestra especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto, su imagen corporal. Esto es a la imagen internalizada de su propio cuerpo.

Viendo el dibujo de una manera integral y dándole una rápida mirada general el grado de armonía entre las partes constitutivas del dibujo (lo cual involucra principalmente, proporción, calidad de línea, presión, tamaño) nos dará cuenta de la habilidad del sujeto para adaptarse al ambiente, y el grado de criterio de realidad, y objetividad con la cual establece sus vínculos interpersonales.

En otro orden de cosas podemos decir que el cuerpo como vehículo de la propia expresión implica un largo recorrido que involucra crecimiento y asociación de sensaciones, percepciones y emociones con ciertos órganos del cuerpo.

De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de uno.

CONSISTENCIA DE LA PROYECCIÓN

Podemos decir que los aspectos estructurales del dibujo tales como tamaño, presión, ubicación espacial se caracterizan por tener una mayor estabilidad en cuanto a la temporalidad es decir que están menos condicionados a expresar en relación directa los cambios en sentido positivo o negativo que experimenta un sujeto.

De allí que cuando por ejemplo en el área clínica el psicólogo toma al inicio una evaluación psicodiagnóstica y a su criterio se han producido movimientos psicológicos en el paciente en determinado momento del tratamiento si administrara nuevamente las técnicas, en las gráficas en general no notaría una gran variancia en cuanto a tratamiento gráfico.

Esto es porque lo gráfico es refractario a la expresión de modificaciones, en tanto están mas ligadas a contenidos inconscientes, y por ende estructural.

No así suceden con aspectos ligados a los contenidos tales como detalles corporales, vestimenta, accesorios que si, son susceptibles de cambiar en intensidad o pobreza cuando el sujeto atraviesa estados emocionales especiales de carácter mas o menos transitorio, ej. Estados maníacos, depresivos.

Cada vez que un sujeto grafica una persona en esta proyección de su propio Yo que realiza confluyen:

Experiencias personales y sus representaciones psíquicas,

Imágenes de estereotipos sociales y culturales que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.

Aceptación o no de su etapa vital

Identificación y asunción del propio sexo.

El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.

La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo, es como que ante ella deberíamos poder decir, es igual a el / ella.

La mayor conflictiva que en los casos es el de elegir una edad superior a la del sujeto podría implicar un alejamiento e identificación probable con alguna persona representativa del ambiente que obviamente le evita al sujeto asumir su identidad y su ser en el mundo. Si fuese en edades anteriores, indicaría un proceso regresivo, y una actitud infantil de resolver los conflictos.

Como parte final de esta clase es importante destacar que ante la consigna de dibujar una persona existen dos tipos de figuras que son relativamente frecuentes de observar:

Figuras monigotes o palitos y Figuras geométricas

Se relacionan a personalidades egocéntricas, cuya participación social, tendencias reaccionales, se encuentran bloqueadas por una concentración privilegiada en las propias necesidades.

En niños es casi normativo.

En adultos podría asociarse a: Neurosis, hipocondrías, trastornos psicosomáticos, depresión, debilidad mental. Es importante destacar que si las formas son predominantemente curvas estarán asociados con sentimientos de sumisión, narcisismo, Si lo es con movimientos angulosos con elementos masculinos y agresivos.

TAMAÑO DE LA FIGURA

Si es grande indicara una exaltación del ego, tiene una infravaloración del medio ambiente, tiene propensión a la fantasía y autodominio interno.

Si es normal la altura de 12 a 20 cms. Aproximadamente indicara un equilibrio emocional.

Si es pequeño indica sobre valoración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa.

LA SIMETRÍA DEL DIBUJO

El exceso de simetría producirá efectos rígidos.

La rigidez del dibujo equivale a defendernos del medio ambiente.

El perfeccionismo y el exhibicionismo indican dibujos muy simétricos.

Para la gente la derecha y la izquierda se hallan orientadas desde su punto de vista de la propia persona que hace el dibujo.

POSICIÓN DE LA FIGURA Primero se divide en dos partes la hoja:

La mitad superior del papel muestra el componente de la inteligencia, las actividades superiores de la mente, la extraversión y la capacidad de comunicación con el entorno.

La mitad superior del papel muestra el componente de la inteligencia, las actividades superiores de la mente, la extraversión y la capacidad de comunicación con el entorno}

Después se divide en cuatro partes: La parte superior izquierda revelara la capacidad para no dejarse influir por su entorno, ya que las personas individualistas que “están” en este entorno ocuparan este sector de la hoja

La parte superior derecha revela la capacidad para enfrentarse con su entorno, ya que las personas activas e inquietas orientaran sus dibujos hacia este sector de la hoja

La zona inferior izquierda muestra las fijaciones con los conflictos ocurridos en la infancia y la dependencia en la actualidad de las figuras paternas y ocuparan este sector de la hoja

La zona inferior derecha muestra la voluntad y la capacidad de disciplina, pero a la vez la obstinación y el ser tercios y ocupara este sector de la hoja.

POSICIÓN DE LA FIGURA

Si la figura esta hacia arriba indica inseguridad con tendencia al retraimiento y actuación de la fantasía.

Si esta hacia abajo indicara pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión y manifiesta poca actividad física.

Si esta hacia la derecha indica problemas con la autoridad, negativo y resistencia al cambio.

Si esta hacia la izquierda indicara inhibición, también manifiesta inseguridad, evasión e introversión.

Si esta hacia arriba y a la izquierda indica necesidad de apoyo y de emotividad.

Si esta centrado y en medio indica equilibrio emocional, fácilmente se puede adaptar al medio ambiente y toma de decisiones positivas.

Si esta fuera del margen indicara un criterio pobre de la realidad, tiene problemas para la toma de decisiones, exagera su medio ambiente y disminuye su eficiencia intelectual.

FIGURA

Acorde a su sexo indica que se identifica y estereotipa las conductas de su sexo.

No acorde a su sexo indica conflictos o ambivalencias en la identificación sexual.

Si es una figura de perfil indica una evasión del medio ambiente y problemas con su entorno.

La figura de frente indica un deseo de enfrentamiento a las exigencias del medio ambiente, tiene franqueza y es socialmente estable.

Si tiene un fondo indica necesidad de apoyo para reducir la inquietud o ansiedad de conflictos con el medio ambiente.

TIPOS DE LINEA

Si es una línea firme indica la reafirmación para la toma de decisiones, tiene superación tanto en lo personal como en lo profesional y también indica un buen nivel de energía.

Si se hace un tipo de línea con presión fuerte indica tensión interna y posibles agresiones.

Si se hace un tipo de línea con presión débil indica ansiedad, temor y un bajo de energía.

Si se hace un tipo de línea esfumada indica incertidumbre con su medio ambiente ocasionando inestabilidad.

Si se hace un tipo de línea temblorosa indica ansiedad tal vez por el alcoholismo.

Si se hace un tipo de línea reforzada indica introversión, preocupación por su forma de actuar con el medio ambiente, pérdida del autoimagen, esfuerzo por controlar la ansiedad dentro de su entorno social.

Si se hace un tipo de línea saliente indica que es una persona conflictiva y agresiva.

Si se hace un tipo de líneas largas con regularidad intensidad indica seguridad en si misma, es una persona decidida y con rapidez para tomar decisiones.

Si se hace un tipo de línea transparente indica ser una persona con poco juicio y de expresión de conflictos internos.

Si se hace un tipo de línea sombreada indica una manifestación de conflictos en la región donde se manifiesten.

Si se hace un tipo de línea con borraduras indica incertidumbre, falta de decisión, insatisfacción consigo mismo, conflicto en la parte borrada varias veces y ansiedad.

Si se hacen omisiones indican un conflicto en esa región y si la omisión es debajo de la cintura indica conflictos sexuales. Las líneas tienen relación con la simetría del dibujo.

LAS BORRADURAS

Las borraduras se consideran como expresión de ansiedad.

Al borrar indica por lo regular en vez de mejorarse el dibujo, se empeora y se confirmara así en la interpretación de que la borradura es un índice de conflicto en esa área en que se borro.

SOMBREAMIENTO El sombreado se considera como una expresión de ansiedad. Sombrear con vigor indica agresividad.

EL TRATAMIENTO DE DIFERENCIAS DE LAS FIGURAS DEL HOMBRE Y DE LA MUJER A menudo es notable la diferencia. Los sujetos se pueden proyectar en ambos dibujos y sin embargo otras veces proyectan únicamente sus defectos en la figura del sexo opuesto.

Siempre se dibujara primero el propio sexo y luego el sexo opuesto al tuyo (eres hombre empiezas por el hombre y terminas por dibujar al reverso de la hoja a la mujer y viceversa)

CABEZA

Si la cabeza es grande es sobre valoración de la inteligencia por frustración, aspiración intelectual frustrada y tendencias grandiosas.

Si la cabeza es pequeña indica problemas con el medio ambiente y signo de dependencia.

Si la cabeza se dibujo borrosa indica ser tímido y estar retraído.

Si la cabeza es alargada indica ser agresivo.

Si la cabeza esta muy marcada indica ser una persona que le agrada dominar y ser líder.

Si la cabeza se dibuja de perfil y el cuerpo esta de frente indica evasión con el medio ambiente y problemas para tomar decisiones.

Esta parte del cuerpo indica el “YO” de cada uno.

Este es el centro del poder intelectual, del dominio social y del control de los impulsos.

Por ser la parte expuesta del cuerpo indica nuestras funciones sociales.

Nunca se deberá dibujar la cabeza al último ya que indica problemas con su entorno social y perdería la proporcionalidad del dibujo.

CABELLO

Si el cabello es abundante indica tendencias narcisista, deseo de virilidad y de vitalidad. Si esta excesivamente sombreado indica que es agresivo. Si esta omitido indica poca actividad física.

Su énfasis en la cabeza, pecho, barba o bigote indica una pujanza a la virilidad.

OJOS

Si son grandes tiende a la extroversión, a la hipersensibilidad de la opinión social y problemas de agresión. Si son pequeños indica problemas de introversión. Si los ojos no se le dibujan las pupilas indica introversión y problemas de egocentrismo. Si los dibuja cerrados indica desviarse de la realidad. Si están proporcionados no manifiesta ningún tipo de conflicto.

Es una parte considerable de la función en el dibujo de la figura humana ya que indican la comunicación social ya que son los órganos básicos para el contacto al mundo exterior y son “el espejo del alma”. Si se dibuja un ojo furtivo indica ideas de alusión. El ojo grande, oscuro, acentuado o amenazante indica hostilidad o sospecha.

Hay diferencias, las mujeres dibujan los ojos más grandes y elaborados que los hombres. Si se dibujan los ojos cerrados indica que se cierran al mundo y para aislarse.

Hacer un ojo vacío indica inmadurez emocional.

OREJAS

Si las orejas están demasiado elaboradas indica atención a la opinión y a la sensibilidad.

Si la oreja se destaca por el tamaño, el reforzamiento o la transparencia a través del pelo, la forma, la colocación o borraduras puede indicar desde una ligera reacción a la crítica o la opinión social hasta alucinaciones auditivas. Aquí se recomienda hacer una oreja en proporción a la cabeza.

NARIZ

Si la nariz es demasiado elaborada es extrema atención a la opinión y a la sensibilidad. Los dibujos en los hombres le otorgan más atención. La nariz sombreada o cortada indica temores internos. Si las fosas nasales están muy marcadas se considera como un acento específico de agresión.

BOCA

Si la boca es muy enfatizada manifiesta ser agresivo verbalmente, posibles problemas de alcoholismo y tiende a irritarse fácilmente. Con sonrisas forzadas indica que quiere agradar o tener una simpatía forzada.

Si tiene dientes indica ser agresivo.

Si tiene los labios completos indica afeminamiento.

Si tiene la barba enfatizada indica que tiene tendencias de dominio y problemas de decisión.

Si esta omitida la boca indica problemas de comunicación con su entorno y timidez.

El énfasis excesivo en la boca puede expresar un capricho a los alimentos, al lenguaje indecente y al mal humor. Si la boca se encuentra dibujada por una línea gruesa entrecortada indica agresión.

Si la boca esta en forma de línea amplia y tornada hacia arriba, dando forma de boca de payaso haciendo muecas indica que se quiere la aprobación de la gente.

LOS LABIOS

Los labios contribuyen al tono en la expresión facial. Los labios gruesos en la figura masculina se consideran un signo de afeminamiento. Los labios de la figura masculina difieren de los de la figura femenina.

CUELLO

Si el cuello es corto y ancho indica problemas con el medio ambiente y que es un testarudo.

Si el cuello es largo indica que es rígido en su comportamiento es muy formal, es moralista, problemas para dirigir a la gente, problemas para interactuar.

Es largo y delgado indica sentimientos de debilidad y problemas para manejar sus impulsos.

Es de tamaño proporcionado indica que maneja bien su estado de ánimo.

Si esta omitido indica una persona inmadura y poca habilidad para manejar sus impulsos.

BRAZOS

Sin brazos indica conflicto con los demás.

Si los brazos son vigorosos y extendidos indica ser una persona ambiciosa y agresiva.

Si están pegados al cuerpo indica ser una persona defensiva y con problemas para interactuar con su medio ambiente.

Si son muy grandes indica necesidad de protección.
Si tiene un énfasis muscular tiende a ser una persona agresiva y con deseos de poder físico.

Si son cortos indica falta de ambición, con sentimientos de inferioridad en su medio ambiente.

Si están en forma de jarras indica ser una persona que tiende a ser anárquico y prepotente con la gente débil. Si son muy extensos indica ser una persona que manifiesta ser simple, retraído y sin afecto.

Si los brazos están rígidos a los lados indica tener rigidez con su entorno social.

Si son sombreados indica ansiedad a la actividad del contacto social.

Si los brazos están muy reforzados indica tendencia a la agresividad y deseo de poder.

Si están doblados indican actitud hostil y sentimiento de rechazo.

Si están relajados y flexibles indica ser una persona normal.

Si están omitidos en el dibujo del sexo opuesto indica un sentimiento de rechazo por el sexo opuesto.

En general la dirección y la fluencia de las líneas de los brazos se relacionan con el grado y la espontaneidad del contacto interpersonal dentro de su medio ambiente, ya que también es importante observar la dirección y tipo trazado del dibujo para comprenderlo.

Si los brazos se dibujan en dimensiones sencillas o por el contrario pueden aparecer frágiles o consumidos indican deficiencia y debilidad de su realidad física. Nunca omitir los brazos en el dibujo.

Los brazos extremadamente largos se asocian con la ambición.

MANOS

Si están borrosas indica falta de confianza en sí mismo y en realizar algún trabajo.

Si están sombreadas indica ansiedad en la actividad de contacto social y es ser agresivo.

Si están muy pequeñas indica una falta de contacto con la gente.

Si están muy grandes indica tener problemas con su medio ambiente.

Si están en los bolsillos indica que es una persona que ha tenido problemas con la autoridad.

Si están en forma de manoplas indica represión agresiva.

Nunca omitir las manos en un dibujo.

Si las manos aparecen sombreadas vigorosamente indican culpabilidad.

Las manos en las bolsas son signo de ser un haragán o flojo.

El tamaño excesivo en las manos indica cierta compensación por debilidad o reacción contra algún uso indebido de ellas.

LOS DEDEOS DE LAS MANOS Son muy importantes por ser el punto de contacto con su entorno social.

Los dedos cortos y redondos indican poca habilidad manual. Si los dedos están muy sombreados indican culpabilidad.

La mano con los dedos cuidadosamente articulados, pero cerrada por una línea expresa agresión.

Los dedos alargados indican agresividad.

PIERNAS

Si están enfatizadas indica ser una persona con problemas depresivos.

Si están muy largas indica ser una persona autónoma. Si están muy cortas indica que es una persona que no sabe tomar sus propias decisiones.

Si están muy reforzadas indica tendencia a la agresividad. Si están desiguales indica una necesidad de independencia.

Si están muy juntas indica ser una persona muy rígida en su entorno social.

Si están débiles, delgadas y sombreadas indica ser una persona inadaptada.

PIES Y ZAPATOS

Si están muy enfatizadas indica tendencias agresivas. Si están descalzos indica signo de agresión.

Si están alargados indica ser una persona insegura y por lo tanto tendrá conflictos para tomar decisiones. Si están pequeños indica inseguridad y dependencia.

Si están omitidos indica sentimiento de falta de dependencia. El pie también se refiere a la seguridad personal.

TRONCO

Si es redondo indica una personalidad menos agresiva y más afeminado.

Si es ancho y gordo indica que uno mismo se está proyectando.

Si es muy pequeño y delgado indica sentimiento de inferioridad.

Si es muy grande indica que tiene muchos deseos de superación.

Cuando es más anguloso indica ser más masculino.

El cuerpo especialmente delgado, como representación del propio sexo, usualmente resulta indicativo de descontento con el propio cuerpo y también aparece como compensación mediante una desagradable redondez de la figura.

Un doble o confuso contorno del cuerpo, especialmente en el dibujo de las mujeres indica fantasías de hechizo a los hombres y la preocupación por el peso.

HOMBROS

Si están cuadrados indica tendencias a ser hostiles y agresivos.

Si están muy grandes indica una inseguridad respecto a su masculinidad.

Si están muy pequeños indica sentimiento de inferioridad.

Si están desiguales indica que es una persona insegura.

Si la anchura y el volumen indican expresión de poder y de perfección física.

Los hombros con borraduras, refuerzos e incertidumbres indican preocupación con respecto a sí mismo.

RASGOS FACIALES

Si se omiten los rasgos faciales indica que sus relaciones con la gente son pobres y son hostiles.

Es la parte expresiva del cuerpo y es el centro de comunicación en el dibujo y deberá ser proporcional.

La cara se considera como el rasgo social del dibujo.

La persona que omite los rasgos faciales indica una delineación agresiva a su entorno y es evasivo en cuanto a su carácter en las relaciones con la gente de su entorno.

Las personas tímidas oscurecen los rasgos faciales y trazan en mayor medida la cabeza dando una importancia al “YO” y una tendencia a la participación social pero que esta reprimida.

Dar énfasis exagerado a los rasgos faciales indican fantasías y lo compensan con una persona agresiva y dominante, ya que esto se observa en el trazado del perfil y en la combinación con las líneas oscuras a través del dibujo.

LA EXPRESIÓN FACIAL

Es una de las características del dibujo a la cual se le juzga directamente y indica confianza.

Las líneas mas frecuentemente indicadas se hallan en el área del plegamiento naso labial y en la frente y el énfasis de este tipo se intenta para añadir profundidad y madurez en la cara.

El refuerzo o un especial pandeo de la frente (vista de perfil) se asocia generalmente en la mente del sujeto con su capacidad intelectual.

La gran variedad de variantes concede a los rasgos individuales de la cara ofrece una de las principales fuentes en el análisis del contenido.

LA ROPA

Siempre dibujar la ropa, no exagerada y sí proporcional al dibujo.

La mayoría de la gente dibuja las ropas muy crudas y vagas. Nunca preguntar si lleva ropa, ya que esto ocasiona una mala impresión.

EL TEMA

Comprobar si la figura dibujada es un estereotipo, una persona específica o una imagen de sí mismo.

Si se dibuja un personaje ridículo como la representación de una persona, indicara evasión ante los sentimientos de inferioridad física, y por lo general más pequeñas y estarán mas hacia el lado introvertido (izquierdo) de la pagina.

Si se dibuja una figura del propio sexo y más joven que el propio sujeto indica un deseo de volver a edades anteriores.

Si es al contrario mas vieja indica identificación con los padres.

LA ACCIÓN O EL MOVIMIENTO:

La figura puede estar caminando, en combate, saludando, etc., pero deberá estar estática.

LA ORDEN PARA DIBUJAR:

Es importante llevar un orden, empezando de la cabeza a los pies o de los pies a la cabeza.

OBSERVACIONES FINALES:

El dibujo de la figura humana debe ser entendido como una expresión del estado de ánimo y de las tensiones emocionales.

PRUEBAS DE INTELIGENCIA:

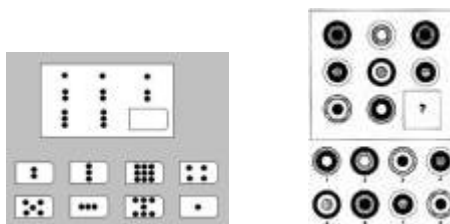
RAVEN

Las Matrices Progresivas de Raven, fueron creadas por Raven (1938), y fue un test pensado para evaluar a un grupo selectivo de personas (los oficiales de la armada estadounidense). Basada en el antecedente de Raven y Penrose (1936). Esta prueba obliga a poner en marcha su razonamiento analógico, la percepción y la capacidad de abstracción.

El test de matrices de Raven es un test de lógica destinado a evaluar el nivel de inteligencia. Cada problema tiene una nota de un punto, independientemente de su complejidad. El test consta de 48 series de dibujos a completar.

Contenido de la prueba: Se trata de un test no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie de láminas pre-impresas. Se pretende que el sujeto utilice habilidades perceptuales, de observación y razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz. Instrucciones: Se le pide al paciente que analice la serie que se le presenta y que siguiendo la secuencia horizontal y vertical, escoja uno de los ocho trazos: el que encaje perfectamente en ambos sentidos, tanto en el horizontal como en el vertical. Casi nunca se utiliza límite de tiempo, pero dura aproximadamente 60 minutos

Evaluación: Se evalúan los matrices, y se basa en que los individuos tendrán determinada capacidad de organizar un “caos” al encontrarle una lógica a situaciones confusas y complejas. El Raven se transforma en un instrumento para medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogías, independientemente de los conocimientos adquiridos. De esta manera brinda información sobre la capacidad y claridad de pensamiento presente del examinado para la actividad intelectual, en un tiempo ilimitado.



ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER

En la práctica profesional se utilizan las evaluaciones psicológicas, esto es para conocer su potencial intelectual, así como el aprovechamiento del mismo desempeño escolar. Se puede evaluar diferentes habilidades, lo que en el momento permite reconocer

no sólo el potencial general sino el desarrollo de las funciones cognoscitivas, estas escalas muestran altos índices en la confiabilidad y validez. Las pruebas psicológicas son instrumentos de los que se vale el psicólogo para llevar a cabo sus evaluaciones.

Anastasi (1998) menciona que un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Cronbach (1990) considera que una prueba psicológica es una técnica sistemática que compara la conducta de dos o más personas.

Consideraciones Generales Acerca de la Aplicación de las Pruebas

Al aplicar la prueba, el examinador debe tratar de formarse una impresión clínica general del niño y de la reacción de éste ante la situación interpersonal que implica el examen. Existen tres aspectos importantes de esta impresión clínica:

Actitudes y comportamiento del examinado

Relación estable entre el examinador y del examinado

Condiciones en las que se aplica el examen.

Variables del examinador:

El examinador debe ser objetivo, para no afectar las respuestas del niño y la interpretación de la prueba.

Si el examinador le exige demasiado al examinado, puede producir una ruptura de la relación.

El examinador puede presentar demasiada indulgencia, lo que provoca un aplanamiento del examinado.

Los examinadores pueden ser intelectuales, fríos y hostiles, en donde manifiestan una hostilidad reprimida, se manifiesta alentando a una conducta desobediente en el examinado.

Variables en el examinado: Son contrarias a las que se mencionan del examinador.

Relación entre el examinador y el examinado:

Entre examinador y el examinado, se debe establecer una buena relación antes de empezar la aplicación, tratando de que tenga una buena actitud cooperativa y rinda lo más posible.

Se debe cerciorarse que el examinado entendió claramente las instrucciones de cada subprueba pidiéndole que repita la tarea a realizar, y permitiéndole manifestar sus dudas.

Se deben anotar todas las observaciones referentes a cada subprueba, así como las conductas del examinado durante la aplicación.

Características Generales de las Escalas de Wechsler

Para Wechsler la inteligencia es “la capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, para pensar racionalmente y para conducirse adecuadamente y eficientemente en su medio ambiente”. Se basa en las siguientes hipótesis para construir las pruebas:

Es posible cuantificar un fenómeno tan complejo como la inteligencia, al considerarla en sus diversos factores compuestos.

La inteligencia debe definirse como el potencial que permite al individuo confrontar y resolver situaciones particulares.

La inteligencia se relaciona necesariamente con componentes biológicos del organismo.

En 1955 queda constituida la prueba WAIS, después en 1949 se construyó la WISC y más adelante el WPPSI para preescolares. Estas tres pruebas se componen de una escala Verbal y una de Ejecución, se obtiene un Coeficiente Intelectual, Coeficiente Verbal, de Ejecución y uno Total, porque la inteligencia se constituye por la habilidad de manejar tanto símbolo, abstracciones y conceptos, como situaciones y objetos concretos.

Las edades de aplicación para las formas que existen en México son:

WPPSI – 3 años 10 meses 17 días A 6 años 7 meses 7 días.

WISC – 5 años A 15 años.

WISC-R – 6 años A 16 años.

WISC-RM – 6 años A 16 años.

WISC-III – 6 años A 16 años.

WAIS – 16 años A más de 75 años.

WISC.

Es para sujetos de nivel escolar aparece en 1949 y se aplica a niños de 5 años A 15 años 11 meses. Consta de 12 subpruebas, 6 de escala Verbal: Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario y Retención de Dígitos. La escala de Ejecución se compone por: Figuras Incompletas, Ordenamiento de Dibujos, Diseño de Cubos, Ensamble de Objetos, Claves y Laberintos.

ESCALA VERBAL

1. INFORMACIÓN: Mide información general que el sujeto ha tomado de su medio, memoria a largo plazo, comprensión verbal y acopio de información. Los factores que influyen son: el interés y lecturas del sujeto, el aprendizaje escolar y el nivel sociocultural.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Indica que posee un buen nivel de información. Estos conocimientos se pueden asociar con el medio cultural y educativo. Representa una buena memoria, atención e interés en el medio; ambición y curiosidad intelectual.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Rango de información deficiente, memoria deficiente, hostilidad hacia una tarea de tipo escolar, baja motivación hacia el logro, tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales o ambas.

2. COMPRENSIÓN: Mide comprensión verbal, juicio social, sentido común, empleo del conocimiento práctico, conocimiento de normas convencionales de conducta, habilidades para evaluar la experiencia pasada, juicio moral y ético, razonamiento, expresión verbal, conceptualización verbal. Los factores que influyen son: capacidad para evaluar, utilizar la experiencia de manera socialmente aceptada, oportunidades culturales, capacidad para adaptarse, pensamiento concreto y estado de ánimo.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Juicio social y sentido común adecuado, reconocimiento de las demandas sociales, conocimiento de las reglas de conducta convencional, habilidad para organizar el conocimiento, madurez social, habilidad para verbalizar adecuadamente o ambas.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Juicio social deficiente; fracaso al tomar una responsabilidad personal; pensamiento demasiado concreto puede

indicar dificultad para expresar verbalmente las ideas. No se interpreta como una desadaptación social sin corroborarlo con la observación clínica.

3. ARITMÉTICA: Mide el factor de distracción y comprensión verbal, habilidad de razonamiento numérico, cálculo mental, capacidad de utilizar conceptos numéricos y operaciones matemáticas, concentración y atención, traducción de problemas verbales en operaciones aritméticas, memoria, secuenciación y cognición. Los factores que influyen son: ansiedad, lapso de atención, concentración, distracción, aprendizaje escolar y trabajo bajo presión.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Facilidad para realizar el cálculo mental, habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para enfocar la atención, habilidad para trabajar con patrones de pensamiento complejo.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Habilidad inadecuada para el cálculo mental, concentración deficiente, distracción, ansiedad por una tarea de tipo escolar o problemas personales, bloqueo hacia las tareas matemáticas, escaso logro escolar.

4. SEMEJANZAS: Mide comprensión verbal, formación de conceptos verbales, pensamiento asociativo, pensamiento abstracto, concreto y funcional, habilidad para separar detalles esenciales de los que no lo son, memoria, cognición y expresión verbal. Los factores que influyen son: cantidad de lectura adicional a las tareas escolares, los intereses, pensamiento tipo concreto, actitudes negativas hacia la prueba y oportunidades culturales.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buen pensamiento conceptual, habilidad para establecer relaciones, habilidad para emplear el pensamiento abstracto y lógico, habilidad para discriminar las relaciones fundamentales de las superficialidades o reflexibilidad de los procesos de pensamiento.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Pensamiento conceptual deficiente, dificultad para establecer relaciones, dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos o conceptos, pensamiento excesivamente concreto, rigidez de los procesos de pensamiento o actitudes negativas.

5. VOCABULARIO: Mide comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, capacidad de aprendizaje, consolidación de la información, riqueza de ideas, memoria, formación de conceptos, conocimiento adquirido, habilidad verbal general, pensamiento abstracto, expresión verbal y cognición. Los factores que influyen son: dotación natural, nivel de educación, ambiente sociocultural, socialización, cantidad de lectura adicional y aprendizaje escolar.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Comprensión verbal por encima del promedio con un buen desarrollo del lenguaje, ambiente familiar y social que estimula y propicia las habilidades verbales, escolaridad adecuada a la edad, habilidad para formar conceptos.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Comprensión verbal deficiente, pobre desarrollo de las habilidades verbales y del lenguaje, antecedentes de ambiente familiar y educativo poco estimulantes que limitan el desarrollo de estas

habilidades. Las calificaciones bajas pueden relacionarse con dificultades de expresión verbal.

6.RETENCIÓN DE DÍGITOS: Mide atención involuntaria, concentración, memoria auditiva inmediata y de secuencia, agilidad mental, refleja efectos de ansiedad. Los factores que influyen son: flexibilidad y actitudes negativas.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buena capacidad para evocar recuerdos inmediatos, habilidad para entender adecuadamente en una situación de prueba, habilidad para entender a estímulos auditivos asociados con una buena memoria de estímulos simbólicos.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Distracción, puede asociarse con dificultades en el aprendizaje o problemas de atención con o sin hiperactividad, puede indicar dificultad en la secuenciación auditiva.

ESCALAS DE EJECUCIÓN

1.FIGURAS INCOMPLETAS: Mide organización perceptual, identificación verbal de objetos, identificación de características esenciales, capacidad de observación, identificación de objetos familiares, concentración del material percibido visualmente, razonamiento, organización, cierre y memoria visual. Los factores que influyen son: habilidad para responder a lo incierto.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buena percepción y concentración. Indican también una buena atención hacia los detalles, así como habilidad para establecer una serie de aprendizajes rápidamente y para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- ansiedad que afecta la atención y la concentración, preocupación por los detalles irrelevantes, actitud negativa. Algunos niños obsesivos señalan que a los dibujos les faltan detalles sin importancia. Y otros dan respuestas indicadoras de alteraciones delirantes del pensamiento y se observa también perseveración.

2.ORDENAMIENTO DE DIBUJOS: Mide organización perceptual, anticipación, planeación de situaciones consecutivas, habilidad de razonamiento no verbal, atención a los detalles, secuenciación visual, sentido común, inteligencia aplicada a las relaciones interpersonales. Los factores que influyen son: la creatividad, oportunidades culturales, familiaridad con las historias de tipo comic y trabajar bajo presión.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Capacidad de planeación, capacidad para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta, atención hacia los detalles, previsión, procesos secuenciales de pensamiento o habilidad para sintetizar las partes en un todo inteligible.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Dificultad en la organización visual, dificultad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias, falta de atención, ansiedad, fracaso en el uso de señales.

3.DISEÑO CON CUBOS: Mide organización perceptual, capacidad de análisis y síntesis, coordinación visomotora, visualización espacial, habilidad para formar conceptos abstractos, análisis, síntesis, velocidad del procesamiento mental y capacidad del aprendizaje ensayo-error. Los factores que influyen son: dificultades percepto – visuales y trabajo bajo presión.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buena integración visomotora y espacial, habilidad para formar conceptos; buena orientación espacial, junto con velocidad, exactitud y persistencia; capacidad para analizar y sintetizar.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Integración visomotora y espacial deficientes, problemas perceptivos, dificultad para orientarse en el espacio o ambos.

4.ENSAMBLE DE OBJETOS: Mide organización perceptual, coordinación visomotora, anticipación visual de las relaciones entre las partes y el todo, así como la planeación, capacidad para sintetizar en partes dentro de un todo significativo y relaciones espaciales. Los factores que influyen son: haber tenido experiencia en el ensamble de rompecabezas y flexibilidad del pensamiento.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buena coordinación visomotora, habilidad para visualizar un todo a partir de sus partes, ensayo y error exitoso, persistencia.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Dificultades visomotoras, problemas perceptivos, capacidad de planeación deficiente, dificultad para percibir un todo, experiencia mínima en tareas de construcción, interés limitado en tareas de ensamble, persistencia limitada o ambas. En algunos casos esto se debe al descuido del niño y no la falta de habilidad. La ansiedad y la impulsividad pueden llevar a un niño a disminuir su rendimiento en esta sub-prueba.

5.CLAVES: Mide el factor de distracción, destrezas motoras, velocidad psicomotriz, memoria a corto plazo, recuerdo visual, habilidades de atención, habilidades simbólicas asociativas, capacidad de imitación.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Destreza visomotora, buena concentración, energía sostenida o persistencia, habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con velocidad y precisión; buena motivación y deseo de logro.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Dificultades en la coordinación visomotora, distracción, defectos visuales control deficiente del lápiz. Pueden deberse además a desinterés por tareas de tipo escolar o problemas de aprendizaje escolar, una preocupación excesiva por los detalles al reproducir símbolos con exactitud, así como a lentitud en el desempeño. La obsesividad puede disminuir las calificaciones en claves.

6.LABERINTOS (prueba suplementaria): Mide la organización perceptual, la capacidad de planeación y previsión, coordinación visomotora, coordinación mano – ojo, atención y concentración y velocidad.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES ALTAS.- Buena organización perceptual, eficiencia en la planeación; velocidad y exactitud, habilidad para seguir instrucciones.

IMPLICACIONES DE LAS CALIFICACIONES BAJAS.- Organización visomotora deficiente, ineficacia en la planeación, dificultad para aplazar la acción.

FACTORES DEL WISC

Las pruebas se han agrupado por factores, Wechsler propone dos factores básicos que son el Verbal y la el de Ejecución.

Las primeras dos escalas son de dominio cognoscitivo, en tanto que el factor de distracción se encuentra en el dominio afectivo o de conducta. En el WISC – R, Kaufman (1982) encontró tres factores:

Comprensión Verbal. Es el conocimiento que se adquiere mediante la educación formal y representa la aplicación de las habilidades verbales a situaciones nuevas. Conformado por las subpruebas de Información, Semejanza, Vocabulario y Comprensión.

Organización Perceptual. Es la capacidad para organizar e interpretar el material comprendido visualmente en un límite de tiempo. Esta integrado por las subpruebas de Figuras Incompletas, Ordenamiento de Dibujos, Diseño con cubos, Ensamble de Objetos y Laberintos.

Distracción. Mide la capacidad de distracción. Se consideran las subpruebas de Aritmética, Retención de Dígitos y Claves.

En el WISC – III, se encontraron 4 factores semejantes a los del WISC – R:

Factor de comprensión verbal formado por las mismas subpruebas que el WISC – R.

El factor de organización perceptual incluye las mismas subpruebas que el WISC – R, excepto por los Laberintos.

El factor de distractibilidad que incluye Aritmética y Retención de Dígitos.

El factor denominado velocidad de pensamiento que incluye Claves y Búsqueda de Símbolos.

Bannatyne, realizó una recategorización del WISC que también es aplicable al WISC – R, para diagnosticar a niños disléxicos. Propone que se consideran cuatro factores en el WISC:

Capacidad de conceptualización verbal. Que se conforma con las subpruebas de Semejanzas, Vocabulario y Comprensión. Estas categorías requiere de habilidades relacionadas con el funcionamiento del lenguaje.

Capacidad espacial. Incluye las subpruebas de Figuras Incompletas, Diseño con Cubos y Ensamble de Objetos. Para resolver estas subpruebas se requiere de habilidad para manipular los objetos directa o simbólicamente, en un espacio multidimensional.

Capacidad de secuenciación. Que se constituye por las subpruebas de Aritmética, Retención de Dígitos y Codificación. Se requiere de habilidad para retener secuencia de estímulos visuales o auditivos, en el depósito de la memoria a corto plazo.

Conocimiento adquirido. Que comprende las subpruebas de Información, Aritmética y Vocabulario. Estas se relacionan estrechamente con el rendimiento escolar.

CARACTERÍSTICAS DE POBLACIONES ATÍPICAS.

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: Los niños con discapacidades para el aprendizaje pueden obtener una relación en las calificaciones de la Escala de Ejecución sean mayores que en la Escala Verbal.

DIFERENCIAS PSICOLINGÜÍSTICAS: Los niños con deficiencias en las vías de la comunicación visual, auditiva pueden tener menor rendimiento en la Escala Verbal y por tanto presentar problemas en la subpruebas no verbales que requieren de comprender las instrucciones. Y aquellos niños con problemas en el área visual, motora o ambas, como no pueden ser una recepción visual deficiente o una mala coordinación motora, tenga dificultades en la mayor parte de las tareas de la Escala de Ejecución.

OBTENCIÓN DEL COEFICIENTE INTELECTUAL (CI)

Para obtener el CI en el WISC se prorratan las sumas de las calificaciones escalares, cuando se han aplicado las subpruebas suplementarias.

Una vez obtenido el diagnóstico, se requiere hacer un análisis tanto cualitativo como cuantitativo de los resultados, esto permitirá entender cuáles son las potencialidades del niño y el manejo que se está haciendo de las mismas. Para la realización de estos análisis es necesario tomar en consideración no solamente la dispersión de las calificaciones, sino también la actitud ante la prueba y su historia clínica.

INTELIGENCIA Y APTITUDES: TEST DE APTITUDES DIFERENCIALES. (DAT)

Esta diseñado para el asesoramiento vocacional y educativo en el bachillerato. Consiste en ocho pruebas:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Razonamiento verbal | 2. Habilidad numérica |
| 3. Razonamiento abstracto | 4. Velocidad y exactitud para el trabajo y la oficina |
| 5. Razonamiento mecánico | 6. Relaciones espaciales |
| 7. Ortografía. | 8. uso del lenguaje |

En cada una de estas pruebas se obtienen calificaciones, además de un índice de habilidad académica que es la suma de las calificaciones de las pruebas de razonamiento verbal (VR) y habilidad numérica (NA).

La aplicación de la batería completa toma más de tres (3) horas, los límites de tiempo varían desde 6 hasta 30 minutos por prueba.

Las normas de calificaciones percentiles se proporcionan por sexo, así como por nivel de grado. A partir de las normas, es posible elaborar un perfil de las calificaciones de un sujeto en las distintas pruebas para utilizarlo en el asesoramiento académico vocacional.

PRUEBAS DE PERCEPCIÓN: BENDER, FROSTIG EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN VISOMOTORA

La evaluación de la percepción visomotora en los niños es de suma importancia, esta función interviene de manera sustancial en todo proceso de aprendizaje. Con esta se puede conocer el nivel de madurez neurológica del niño, se puede detectar si existe alguna alteración a nivel cerebral; la coordinación motora y la percepción dependen de la maduración y de las condiciones en que se encuentra el cerebro. Así se puede ver si hay retraso en la maduración del sistema nervioso central o si presenta daño neurológico que afecte la construcción visoespacial; ambas limitan el aprendizaje.

MADURACIÓN: La maduración depende del desarrollo fisiológico del sistema nervioso. Se entiende como el desarrollo de conductas innatas que van en secuencia ordenada, no es necesario el conocimiento previo, ya que los cambios que operan el sistema nervioso permiten que se desarrollen nuevas funciones, y esto da las conductas madurativas correspondientes a cada edad.

La maduración es una función del S.N.C., por tanto es la base de todo aprendizaje; funciones como aprender a hablar, escribir, leer. Con la estimulación adecuada se pueden originar cambios. El ambiente es importante para la maduración del niño: organismo y medio. Gesell afirma que “los elementos que rodean al niño, sostienen, acomodan y hacen evolucionar su actividad mental, pero no engendran progresión ni desarrollo. Los progresos provienen del interior del organismo.”

MADUREZ: Se dice que el niño tiene madurez, cuando a alcanzado las capacidades necesarias para desempeñar determinada actividad y o hace adecuadamente. Se refiere a la aptitud que una función a alcanzado para encarar una determinada experiencia.

APRENDIZAJE: Maduración y percepción son los elementos clave para el aprendizaje. Biológicamente, la madurez representa la disposición de elementos neurofisiológicos que forman parte del proceso de aprender. El aprendizaje tiene lugar en el S.N.C., especialmente en el cerebro, por esta razón el aprendizaje y los resultados que de él se obtengan, se relacionarán con el estado neurofisiológico y el psicológico del ser humano. Funciones que intervienen: percepción, coordinación visomotriz, memoria, concepto de número y cantidad, pensamiento, formación de conceptos y atención.

PERCEPCIÓN: Mussen (1975), define percepción como “La selección, organización, interpretación inicial o categorización de las impresiones sensoriales del individuo, es decir, lo ve, oye, toca, huele y siente”. La percepción es un hecho psíquico individual, puede modificarse por factores biológicos o psicológicos que alteran la percepción del mundo externo (enfermedades, desequilibrios, estados de ánimo). Está depende del estado físico en que se encuentran los órganos de los sentidos y están ligadas a las funciones nerviosas, es una actividad analítico – sintética.

COORDINACIÓN VISOMOTRIZ: Es la capacidad de vincular la visión con los movimientos del cuerpo o de sus partes. Cuando los niños presentan problemas visomotoras, tienen dificultades con la ejecución de habilidades adaptativas comunes como: correr, atrapar, lanzar, trazar, copiar, escribir, leer, etc. La coordinación visomotora puede verse afectada por el retraso en la maduración del S.N.C. o por daño neurológico.

MEMORIA: La memoria es primordial para que se de el aprendizaje. Los dos tipos de memoria básicas son: memoria a largo y corto plazo. En los niños la memoria de corto plazo es limitada, no son capaces de codificar. Cuando el niño (preescolar) crece y madura, aumenta su capacidad de recordar. Su memoria se convierte en más lógica y simbólica, que en concreta y funcional.

Los problemas que llega a presentar la memoria: falta de atención selectiva (concentración), ansiedad y motivación.

ATENCIÓN: La atención es la capacidad del ser humano para seleccionar entre un conjunto de estímulos que llegan del sistema nervioso., un número limitado que se convierte en el centro de interés. La atención desempeña un papel fundamental en el proceso de la memoria.

Entre los 6 y 7 años aumenta la atención del niño, por lo que es capaz de resolver problemas que requieren de más atención y concentración. Este aumento se debe a que entre los 5 y 7 años de edad hay una reorganización del sistema nervioso central debido al crecimiento del tejido nervioso y a cambios del potencial eléctrico generado por el encéfalo.

CONCEPTO DE NÚMERO: Para que el niño llegue a tener el concepto de número es necesario que siga varios pasos: ordenamiento, división y comparación de diversos conjuntos, así como las diversas maneras de interpretar las relaciones de dichos conjuntos. Es necesario saber contar y la aprehensión de cantidad.

PENSAMIENTO: Es la actividad cognoscitiva más compleja, incluye manipulación de una información codificada en la memoria, que es la representación simbólica de una experiencia, de un estado del mundo o de un estado imaginario de las cosas. Los contenidos de pensamiento tienen diferentes formas: verbales y pensar es equivalente al hablar, imágenes y el pensar (percibir). De esta manera es posible resolver problemas que se nos presentan al deducir las conclusiones de los conocimientos adquiridos anteriormente. El análisis y la síntesis son operaciones racionales, son parte del pensamiento.

FORMACIÓN DE CONCEPTOS: Para formar un concepto se requiere asociar las características generales de los objetos. Concepto: es el reflejo en el cerebro de las cualidades generales y esenciales de los objetos y fenómenos de la realidad.

En el niño pequeño los conceptos son difuso y globales, se basan en hechos y objetos concretos y tienen carga afectiva importante, dependen de sus experiencias prácticas y motrices. Cuando el niño crece la subjetividad se transforma y se centra en el objeto. Estos conceptos cambian de acuerdo a su maduración adquirida. En esta formación de conceptos interviene: la percepción y las experiencias anteriores, por lo que las generalizaciones que pueden elaborarse, dependen de una buena percepción.

DESARROLLO DE LA PERCEPCIÓN EN EL NIÑO

La percepción cambia con la edad, y es un papel fundamental en la vida del ser humano. Para conocer la ejecución de las pruebas de percepción en los niños, es necesario conocer cómo cambia su percepción con la maduración del sistema nervioso.

PERCEPCIÓN DE LA FORMA: El lactante sólo percibe la iluminación, percibe el mundo de forma global y difusa (distingue de los objetos la forma). Al final del primer año empieza a comprender que objetos tienen una identidad propia, y que no cambia aún moviéndolos.

Posteriormente, aprende a buscar lo que se le ha perdido, así como a entender que el aspecto de un objeto cambia dependiendo de la posición y distancia desde donde lo mire. A los cuatro años discrimina formas geométricas. La percepción visual es un fenómeno aprendido que se inicia desde el nacimiento, y se desarrolla y perfecciona hasta los seis años.

Según Piaget, conforme crecen, son capaces de explorar sistemáticamente todo el campo visual, comparan una parte con otra y perciben así correctamente sus relaciones. Lo que les permite apreciar mejor las semejanzas y diferencias entre los estímulos.

PERCEPCIÓN DEL ESPACIO: El recién nacido no percibe el espacio, él lo considera como un todo no dividido. A los seis meses su espacio se extiende hasta lo que capta su vista, el cual está dado en relación con su cuerpo y con lo que pueda pensar, palpar y, en general con su movimiento. Tiene nociones de ciertas direcciones: arriba, abajo, adentro y afuera, no es capaz aún de manejar adecuadamente los conceptos sustituyendo una dirección por otra, se adquieren conforme el niño madura. Después empieza a reconocer los objetos y sus formas de manera independiente a su posición y a la orientación de su propio cuerpo. Al caminar, el traslado de su propio cuerpo le permite aumentar el conocimiento de sus relaciones espaciales. De los 3 a los 12 años adquiere su

organización espacial. Establece relaciones entre objetos, de orden y de separación. Para Piaget la adquisición de estas relaciones se adquiere muy lentamente.

DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD FINA

Existen dos tipos de motricidad:

PISCOMOTRICIDAD GRUESA: Se desarrolla primero e interviene en actividades como el caminar, brincar,

PISCOMOTRICIDAD FINA: Se desarrolla posteriormente y es la que permite que se realicen actividades con movimientos finos, como los que se requieren para la expresión gráfica.

Niños de 2 a 4 años sólo hacen garabatos.

A los cuatro años logra hacer un cuadrado, a los cinco un rombo

Lauretta Bender, hizo un estudio de dibujos de los niños, con respecto a como elaboran los dibujos que se muestran en su prueba (BENDER) encontró lo siguiente:

3 AÑOS: garabatos más o menos controlados. La conducta se repite en cada una de las tarjetas

4 AÑOS: Utiliza círculos y redondeles cerrados en todas las figuras que se le muestran para representar la forma. La dirección de líneas horizontales y de izquierda a derecha; la idea de número mediante conglomerados y perseveración.

5 AÑOS: Hace serie de cuadrados cerrados, figuras ovaladas o círculos abiertos, líneas cruzadas verticales y horizontales.

6 AÑOS: Hace cuadrados cerrados en posición oblicua, y representar relaciones de oblicuidad mediante dos redondeles entreabiertos, y un segmento de redondel con relación a otro. (A, 1, 4 y 5).

años: Hay progreso en lo que respecta a las relaciones de oblicuidad y al aumento de la capacidad combinatoria. (fig. 8)

8 AÑOS: La madurez alcanzada ya es capaz de trazar completamente la figura 6

10 AÑOS: Logra copiar las figuras 2 y 7.

11 AÑOS: Se espera que produzca sin errores todas las figuras. Trazo correcto figura 3

Adultos: son capaces de dibujar la figura 1 por pares.

PERCEPCIÓN VASOMOTORA: La teoría Gestalt; observa en la realización de la copia de un estímulo, están dadas en función de que la percepción se organiza a partir de un todo, que se capta de manera inmediata e intuitiva, mientras que la ejecución se debe analizar ese todo desmembrándolo en partes, puesto que el dibujo no puede darse de golpe, sino que es necesario se realice por partes. Esto dependerá del estrechamente del sistema neuromuscular y este, a su vez, de la madurez y el entrenamiento.

La percepción visomotora se puede evaluar por pruebas como: la Prueba gestáltica visomotora de Bender, la Figura compleja de Rey, la Prueba de retención visual de Benton y el Método de evaluación visual de Frostig. Estas pruebas evalúan aspectos complementarios como: capacidad e planeación (Figura compleja de Rey). Benton evalúa memoria. La Bender es la más utilizada.

EL BENDER Y SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE ESCOLAR

De acuerdo con Bender, la ejecución de su prueba involucra principalmente funciones de inteligencia importantes en el aprendizaje de habilidades escolares en los niños. Una ejecución deficiente en la prueba puede reflejar una discapacidad en el aprendizaje o un retraso en el desarrollo o ambos, que habría que descartar.

Koppitz, menciona 3 funciones básicas de la percepción visomotora que se relacionan con el desempeño escolar (el niño debe contar con cierto grado de madurez en dichas funciones para tener un mejor aprovechamiento). Estas son:

La capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado y la posibilidad de iniciar o detener una acción a voluntad. (aprendizaje escolar, sobre todo en la lectura, percibir y conocer principio y fin de una palabra).

La capacidad de percibir y copiar correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma (capacidad de escribir letras con todos sus ángulos y curvas).

La capacidad de integrar partes a una gestalt (interviene la posibilidad de formar palabras enteras con letras aisladas y comprender conceptos aritméticos).

Mattison, niños con problemas de aprendizaje tienen coordinación motora e integración visomotriz perturbadas, según la ejecución en la Prueba de Bender, dichas funciones son las que intervienen en el copiado; la percepción visual y la manera de elaborar conceptos sobre esa percepción se encontraban intactas. La dificultad se encontraba en las funciones que se requieren para la reproducción y no en la percepción misma.

Taylor y Brannigan, para calificar la integración visomotora, la cual ha contribuido en la predicción del logro académico de los niños. Utilizaron la Prueba Bender modificada consiste en la aplicación de 6 diseños de Wertheimer adaptados por Bender (láminas A, 1, 2, 4, 6 y 8) utilizan diferente sistema para calificar la maduración de niños de 4 años 6 meses y los 8 años 5 meses. Consideraron errores de distorsión, integración, rotación y perseveración de cada diseño. El rango de calificación va de 0 a 3.

Goldstein y Britt, estudiaron la relación entre la coordinación motora y el aprovechamiento escolar añadiendo el factor inteligencia. Inclúan Bender, para evaluar la inteligencia Wechsler para niños y el rendimiento escolar con la Batería psicoeducacional de Woodcock y Johnson. Recomendaron, tomar en consideración para el diagnóstico en los problemas de aprendizaje tanto en el desempeño visomotriz como el rendimiento intelectual, para lograr una comprensión más amplia del origen de las dificultades para el aprendizaje.

EL BENDER Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE LA LECTURA

En el proceso de lectura intervienen una serie de funciones como: la percepción de patrones, las relaciones espaciales y la organización de configuraciones. En el proceso de la lecto escritura se requiere percibir e integrar las letras y los números en palabras o cantidades. Malatesha demostró que existen diferencias significativas entre el número de errores que se presentan en el Bender entre los niños que tienen un buen desempeño en la lectura y aquellos cuya lectura es deficiente.

Los niños con lectura deficiente tienen dificultades en la función de simultaneidad, son los que más errores cometen en la ejecución del Bender.

Koppitz, investigó si algún signo o desviación de su escala de maduración se asociaba con problemas de lectura. Encontró ciertas características del Bender que se asocian con problemas de lectura:

Dificultad para discriminar entre puntos y círculos, y entre curvas y ángulos

Mayor tendencia a la rotación.

El niño que realiza un Bender con muchos errores tendrá muchas equivocaciones al leer, lectura lenta y dificultad para comprender lo leído. En el Bender se podrán detectarse ciertos grados de inmadurez que afectarán el rendimiento en la lectura.

CATEGORÍAS ASOCIADAS CON UN BAJO RENDIMIENTO Y PROBLEMAS DE LECTURA:

Rotación, hacer círculos en vez de puntos, trazar ángulos por curvas, desintegración y perseveración.

PRUEBA GESTÁLTICA VISOMOTORA DE BENDER

El Bender es una prueba que tiene alta confiabilidad y validez. En México se utiliza con mucha frecuencia. El fundamento teórico de esta prueba se encuentra en la psicología de la percepción, de la teoría de la Gestalt. Se eligieron 9 patrones elaborados por Wertheimer, para demostrar los principios de la Gestalt en relación con la percepción. Bender los menciona en sus 9 láminas.

FUNCIONES DE LA PRUEBA

Bender señala que la percepción y reproducción de las figuras gestálticas están determinadas por principios biológicos de acción sensoriomotriz que varían en función de:

El patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo

El estado patológico funcional u orgánicamente inducido.

La prueba Bender se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora tanto en niños como en adultos. Se puede detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, así como diagnosticar daño neurológico y retraso mental. En adultos permite detectar daño neurológico y dificultades preceptuales o visomotoras. En adultos y en niños se pueden evaluar algunos aspectos emocionales debido a como el organismo responde de manera integrada.

Así la calidad del trazo, la distribución de las figuras, el tamaño de las mismas, el simbolismo (Paín) que se le puede dar a alguno de los estímulos, pueden reflejar características emocionales de la persona. La percepción visomotora es una función integral de la personalidad que está controlada por la corteza cerebral.

Bender, concluye que en los niños se presenta una estrecha relación entre percepción visomotora y lenguaje, así también con otras funciones asociadas con la inteligencia: memoria, percepción visual, coordinación motora, conceptos temporales y espaciales, capacidad de organización y representación.

VALIDEZ DE LA PRUEBA BENDER

Su validez se obtuvo por medio de una correlación con diferentes pruebas, sus resultados fueron satisfactorios.

Material de la prueba: Las 9 figuras geométricas impresas en negro sobre láminas de cartulina blanca, 1er figura A y las demás se numeran del 1 al 8.

Hojas blancas bond tamaño carta

Un lápiz mediano del No. 2 ½ y una goma de borrar.

APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Tradicional o copia

Taquitoscópico (exponer una tarjeta 5 segundos y pedir al sujeto lo dibuje de memoria, en caso de sospecha de daño neurológico)

Memoria (se le pide al sujeto dibuje todas las figuras que recuerde)

Selectivo (en casos especiales sólo se aplican algunas láminas)

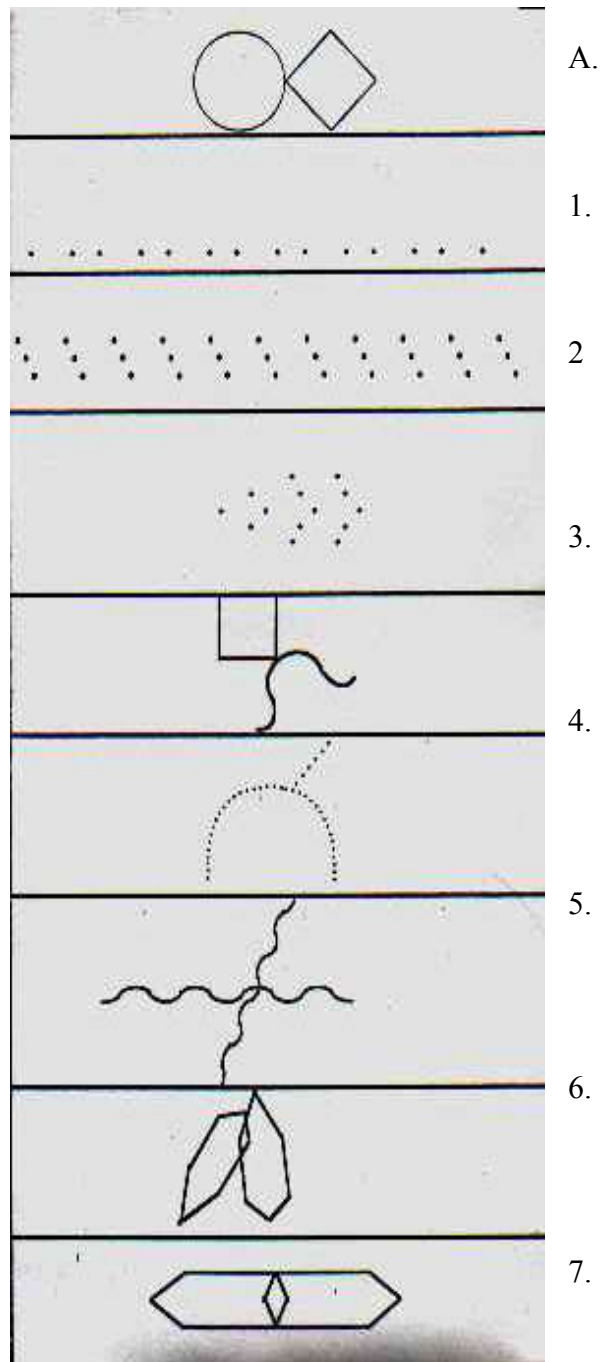
Métodos para aplicación grupal:

Presentar tarjetas de Bender de manera amplificada

Utilizar cuadernos especiales donde están dibujadas las figuras y los niños copien en los espacios en blanco

Presentación de las figuras mediante un proyector opaco o de transparencias

Presentación de todas las tarjetas a cada sujeto.



8.

OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA PRUEBA

Dentro de la práctica clínica, la observación de las conductas del sujeto durante la aplicación de las pruebas es fundamental. Por medio de ella se logrará una mayor comprensión del problema y de los resultados que se obtienen. En la Bender se debe tomar en cuenta si se usaron conductas compensatorias para subsanar dificultades:

Tratar de calcar

Usar el dedo como guía

Cambiar mucho la posición

Se debe registrar el tiempo empleado en la ejecución de la prueba, puede dar un indicio de la forma de trabajar del niño. Koppitz, los niños que utilizan poco tiempo para realizar la prueba tienden a ser impulsivos, les falta concentración adecuada y no se esfuerzan para realizar la tarea requerida de manera satisfactoria. Los que utilizan un tiempo excesivo, o son perfeccionistas o tratan de compensar algún problema en la percepción visomotora.

EVALUACIÓN DEL BENDER

Puede llevarse a cabo de manera cualitativa y cuantitativa.

CUALITATIVA: Se analizan los detalles y se estima la producción total. Se observan características de la reproducción, qué determinantes se presentan y con base a ellos se establece un diagnóstico.

CUANTITATIVA: Se atiende con mayor precisión al detalle pequeño. Se califica mediante puntuaciones que se convierten a normas estadísticas y se emite un diagnóstico de normalidad – anormalidad. Indica si existe daño neurológico o no.

Para evaluar a los niños se utiliza la escala de Koppitz, ya que su confiabilidad y validez son muy altas y además se han efectuado múltiples investigaciones con diferentes tipos de población con resultados satisfactorios.

ESCALA DE MADURACIÓN DE KOPPITZ

Criterios en los que se basa la escala de maduración de Koppitz son:

Distorsión de la forma: Se aplica en la figura A y 7, la figura difiere de la gestalt, porque no se logra la forma correcta o porque no existe proporción entre las dos figuras que conforman el estímulo.

ROTACIÓN: Cuando la figura ha sido rotada 45° o más (excepto en la figura 6)

SUSTITUCIÓN DE PUNTOS POR CÍRCULOS: cuando en lugar de puntos traza círculos cinco o más.

PERSEVERACIÓN: Cuando el número elemento rebasa a los que conforman el estímulo (figura 1 y 2)

FALLA EN LA INTEGRACIÓN DE LAS PARTES DE UNA FIGURA: Sólo se aplica a las figuras compuestas, cuando existe una diferencia de 3 mm con el punto de

intersección. Se puede calificar en las figuras A, 4 y 7. en la figura 6 solo cuando hay un cruce de líneas o éste se da en los extremos.

SUSTITUCIÓN DE CURVAS POR ÁNGULOS: se aplica a la figura 6 cuando en lugar de dibujar curvas, se trazan ángulos o más o ninguna curva.

ADICIÓN U OMISIÓN DE ÁNGULOS: figuras A, 7 y 8 se aumentan o se disminuyen los ángulos que tiene la gestalt.

La escala consta de 30 indicadores que se califican con 1 si está presente y 0 está ausente. Una calificación alta corresponde a un grado de madurez bajo.

CALIFICACIÓN CON LA ESCALA DE KOPPITZ

El sistema de Koppitz, permitió elaborar normas. Las primeras se basaron en la medida y la desviación estándar, así como en calificaciones naturales y percentiles para cada edad.

INDICADORES EMOCIONALES EN EL BENDER DE NIÑOS SEGÚN LOS CRITERIOS DE KOPPITZ

Koppitz para evaluar el nivel de maduración, encontró que los indicadores emocionales que más se presentaban eran:

ORDEN CONFUSO: Se refiere a que la distribución de las figuras en el papel no siguen un orden o planeación. La desorganización puede deberse a factores emocionales.

LÍNEA ONDULADA (FIG 1 Y 2): Se refiere a dos o más cambios bruscos en la línea que se está trazando. Koppitz encontró que esta distorsión se asocia con inestabilidad en coordinación motora y en la personalidad. Puede deberse tanto a factores emocionales como orgánicos.

CÍRCULOS SUSTITUIDOS POR RAYAS: Se refiere al trazo de rayas en lugar de puntos, en por lo menos la mitad de la figura. Los niños impulsivos o con falta de interés son los que presentan estas características.

AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO (1, 2 Y 3): Los puntos y los círculos van aumentando de tamaño. Koppitz encontró que este indicador se presenta en los niños que tienen poca tolerancia a la frustración.

GRAN TAMAÑO DE LA FIGURA: Se considera gran tamaño cuando alguno de los estímulos es una tercera parte mayor que el original. Esto se asociaba con niños que presentan conductas impulsivas.

TAMAÑO PEQUEÑO DE LA FIGURA: El tamaño se considera cuando las figuras de dibujan 50% más pequeñas que el estímulo. Las personas tímidas y retraídas tienden a hacer este tipo de dibujos.

LÍNEA FINA: se dice que hay línea fina cuando el trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo. Se asocia con timidez y retraimiento.

REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS: Se repasa el dibujo con líneas gruesas e impulsivas. Se asocia con impulsividad y agresividad.

SEGUNDA TENTATIVA: este indicador se considera cuando una figura se realiza dos veces, o cuando se borra y se comienza en otro lugar. Se asocia con impulsividad y ansiedad.

EXPANSIÓN: se considera cuando se emplean dos o más hojas de papel para trazar las nuevas figuras. En niños de edad escolar, parece indicar perturbación emocional o daño neurológico.

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN BENDER

Se consideran todos los indicadores que conforman la escala. Se van a calificar como uno o cero, esto es, como presente o ausente. Para asignar la calificación de 1 tiene que ser muy claro el error. Si existe duda se califica con cero. Todos los puntos se suman formando una calificación compuesta sobre la que se basan los datos normativos. Con esto se obtiene el nivel de madurez en la percepción visomotora y la desviación que guarda en relación con su edad cronológica.

Se tiene que utilizar una tabla que contengan datos normativos con medias y desviaciones estándar, para después hacer las comparaciones de la calificación obtenida en la columna de las medias y edades, para ver cual corresponde a este.

ELABORACIÓN DE UN INFORME BENDER

Para elaborar un informe se considera:

- Ficha de identificación

- Motivo de consulta

- Antecedentes

- Conducta observada durante la aplicación de la prueba

- Nivel de madurez

- Relación que puede tener con su desempeño escolar

- Diagnóstico de daño neurológico e indicadores emocionales.

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN VISUAL DE FROSTIG DTVP – 2* (HAMMILL D., PEARSON, N., VORESS J.)

El DTVP – 2* método de evaluación de Marrienne Frostig. La prueba mide tanto la integración visomotora como la percepción visual. Se basa en teorías del desarrollo de la percepción visual. Es adecuada para niños entre 4 y 10 años 11 meses de edad.

Esta prueba se utiliza para: a) trabajar en casos clínicos y determina el nivel en la percepción visual o visomotora, b) identificar candidatos a tratamiento visoperceptual, c) verificar la efectividad de los programas de intervención en este sentido, d) como instrumento de investigación.

Frostig, consideró que el niño tenga o no una discapacidad necesita obtener una educación que propicie el desarrollo cognoscitivo y psicológico, esto es, las funciones sensoriomotrices; el lenguaje; las percepciones auditiva, visual y cenestésico táctil; las facultades de pensar, aprender y recordar; la adaptación social y el desarrollo emocional. La técnica de Frostig es un programa que incluye la evaluación y el entrenamiento de la percepción, por tanto, si bien ha sido enfocada a facultades específicas, sólo será efectiva si está incluida en un plan integral que tome en consideración el desarrollo total del niño. Las habilidades perceptuales constituyen el punto central del programa, ya que es frecuente que aparezcan disfunciones de la percepción en los primeros años escolares que limiten el éxito del aprendizaje inicial.

DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN VISUAL DE FROSTIG Es la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos asociándolos con experiencias anteriores. La interpretación de los estímulos visuales ocurre en el cerebro, no en los ojos. La percepción visual interviene en casi todas las acciones que ejecutamos; su eficacia ayuda al niño a aprender a leer, escribir, a usar la ortografía, a realizar operaciones aritméticas y a desarrollar las demás habilidades necesarias para un éxito escolar.

PRUEBA DE PERCEPCIÓN VISUAL (DTVP)

Mide ocho habilidades de percepción visual que son de suma importancia para la capacidad de aprendizaje del niño, son las siguientes:

Coordinación ojo mano: Mide la habilidad para dibujar líneas rectas o curvas con precisión de acuerdo a los límites visuales.

Posición en el espacio: considera la habilidad para igualar dos figuras de acuerdo a rasgos comunes

Copia: implica habilidad para reconocer los rasgos de un diseño y repetirlo a partir de un modelo

Figura de fondo: Mide habilidad para ver figuras específicas cuando están ocultas en un fondo confuso y complejo

Relaciones espaciales: habilidad para reproducir patrones presentados visualmente

Cierre visual: habilidad para reconocer una figura estímulo que ha sido dibujada de manera incompleta.

Velocidad visomotora: implica la rapidez con la que un niño puede trazar signos establecidos, asociados a diferentes diseños

Constancia de forma: Mide habilidad de reconocer figuras geométricas que se presentan en diferente tamaño, posición o sombreado.

Mide también ocho capacidades de la percepción visual que se involucran en el aprendizaje escolar:

Coordinación visomotriz: Es la capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo o sus partes. La ejecución uniforme de toda acción en cadena depende de la coordinación visomotriz adecuada.

DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR CUANDO SE PRESENTAN PROBLEMAS EN EL ÁREA VISOMOTORA

La escritura es muy pobre comparada con la capacidad del niño

Tiene dificultad para dibujar y mantener la escritura en el renglón

Escribe lentamente o muy aprisa, sin controlar todos sus movimientos

Evita actividades tales como dibujar, recortar, trazar, colorear, pintar

La forma de sus letras es irregular

Tiene dificultad para escribir al tamaño que le permite el espacio en la hoja de trabajo

Parece que tira las cosas, choca con ellas y se equivoca fácilmente

Toma el lápiz con torpeza, toma las tijeras de manera inapropiada

Rompe con frecuencia la punta del lápiz

Es incapaz de atarse las agujetas de sus zapatos, etc.

INTERESES

KUDER

Los intereses tienen un papel muy importante en las decisiones que toman las personas; son impulsores que nos mueven a tomar decisiones en situaciones determinadas y son excelentes motivadores. Cuando las personas realizan actividades en las que están interesadas se muestran más atentas, con buena disposición y buen ánimo. Por esto, el conocimiento de los intereses que motivan a las personas es una herramienta muy

importante que permite conocerlas mejor y orientarlas debidamente en el desempeño de una carrera, profesión u oficio.

Cuando se trata de escoger una carrera, primero se debe conocer qué le interesa al sujeto y después ubicar las profesiones más adecuadas que permitirán enriquecer este interés, lo que permitirá que sea más productivo y esté motivado por la realización misma de la actividad laboral.

La Escala de Intereses Vocacionales fue creada por el Dr. Frederic Kuder, quien realizó investigaciones extensas acerca de los intereses como propulsores del desarrollo y encontró que cuando las personas realizan actividades que les interesan su productividad aumenta y se desempeñan mejor en ellas.

Los resultados de esta evaluación permiten obtener un perfil que muestra cómo están conformados los intereses del sujeto según diez áreas ocupacionales. Estas áreas comprenden distintas características que permiten dar una idea general respecto a las profesiones u ocupaciones más acordes a los intereses de cada sujeto.

La Escala de Preferencias Personales.- Kuder mide la escala de intereses y los jerarquiza para dar una visión general de cuáles son las preferencias del individuo. Muchas frustraciones y fracasos en el ejercicio profesional se deben a que no se toma en cuenta la íntima relación que existe entre el campo de los intereses propios de un individuo y el tipo de actividad que se ajusta a ellos.

La Escala de Preferencias Personales.- Kuder comprende cinco áreas relacionadas con distintos tipos de actividades, algunas de índole personal y otras de carácter social. La importancia de esta escala radica en que podemos descubrir la manera como le gustaría trabajar a una persona en un puesto determinado y las circunstancias de trabajo en las que preferiría desempeñarse.

Esta evaluación también permite averiguar qué rol prefiere tomar el sujeto al interactuar con un grupo, si le interesa o no explorar nuevos horizontes, así como otros aspectos determinantes para la motivación.

Cada reactivo consiste en tres afirmaciones de actividades, estos reactivos son de elección forzada pues el sujeto tiene que responder a todos, y escoger solo entre dos opciones de respuestas. Se pide al sujeto que indique cuál de las tres actividades le agrada más y cual le agrada menos.

Registro de preferencias vocacionales

Uso: Para asesoramiento y ubicación de estudiantes de bachillerato y adultos

Formato: 168 Triadas de afirmaciones que describen actividades, una actividad en cada triada debe marcarse “Me gusta más” y una “Me gusta menos”.

Rango: Bachillerato

Tiempo: No hay límite de tiempo, toma de 30 a 40 minutos

Calificación: Existen dos formatos, uno puede ser calificado manualmente CP y otro con máquina CM.

Escalas: 10 Escalas de intereses; aire libre; mecánico, científico, computacional, persuasivo, artístico, literaria, musical, servicio social y trabajo de oficina.

Estudio de intereses generales

Uso: Se desarrolló como una extensión del estudio anterior, es útil en el asesoramiento vocacional de estudiantes de bachillerato para ayudarles a realizar elecciones en la escuela y pensar sobre la educación y las carreras.

Formato: 168 Triadas de afirmaciones que describen actividades, una actividad en cada triada debe marcarse “Mayor preferencia” y una “Menor preferencia”.

Rango: Grados 6 - 12

Tiempo: No hay limite de tiempo, toma de 30 a 40 minutos

Calificación: Las calificaciones de las pruebas individuales se proporcionan en perfiles para hombres y mujeres indicando el nivel de interés en cada grupo de trabajos en comparación con hombres o mujeres que tienen el grado del grupo.

Escala: 10 Escalas de intereses; aire libre; mecánico, científico, computacional, persuasivo, artística, literaria, musical, servicio social y trabajo de oficina.

Estudio de intereses ocupacionales

Uso: Para la selección, ubicación y asesoramiento en centros de empleos, agencias de personal y programas de capacitación industrial.

Formato: 100 Triadas de afirmaciones que describen actividades, una actividad en cada triada debe marcarse “Mayor preferencia” y una “Menor preferencia”.

Rango: Grados de 11 a edad adulta

Tiempo: No hay limite de tiempo, toma de 30 a 40 minutos

Calificación: Los resultados se dividen: Dependencia (grado en el cual puede confiarse), Estimados de intereses vocacionales (Cómo se compara la atracción que siente el sujeto por 10 áreas de intereses diferentes; Artística, Trabajo de oficina, Computacional, Literaria, Mecánico, Musical, Al aire libre; Persuasivo, Científico, Servicio Social.

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

La rama de la psicología que se enfoca en la relación entre el cerebro en el funcionamiento y el comportamiento es la neuropsicología. La neuropsicología ha evolucionado para convertirse en una especialidad por derecho propio. Los psicólogos que hacen evaluaciones clínicas de rutina, están capacitados para explorar en busca de signos y síntomas de deficiencia neurológica, los cuales pueden presentarse en la elaboración de la historia clínica o la presentación de pruebas; los signos también pueden ser evidentes en los datos derivados de una prueba de inteligencia (discrepancias entre el CI verbal y el de ejecución).

Si se sospecha, con base a esos signos, una deficiencia neurológica, el examinado será enviado con un neurólogo o un neuropsicólogo para que se realice una mayor evaluación.

El objetivo de la evaluación neuropsicológica típica es “extraer inferencias de las características estructurales y funcionales del cerebro de una persona evaluando el comportamiento de un individuo en situaciones de estímulo y respuestas definidas”.

Un área de estudio activa tiene que ver con la determinación de los efectos de diversas condiciones médicas y ambientales en la integridad neuropsicológica. Algunas de las áreas que se han investigado son: daño cerebral prenatal, diabetes, enfermedad de Parkinson y exposición a sustancias químicas industriales. Otros neuropsicólogos han empleado instrumentos de evaluación para investigar cuestiones relacionadas con: habilidades cognitivas de pilotos de avión de edad mayor (Salive, 1994), la detección de simulación (Rawling y Coffey, 1994), la predicción de la pérdida de memoria en respuesta a una lesión traumática (Forrester et al., 1994) y el efecto de la vista defectuosa al responder pruebas neurológicas (Kempen et al., 1994). La investigación neuropsicológica puede llevarse a cabo en personas de cualquier edad, y en diversos escenarios y contextos.

Las habilidades neuropsicológicas incluyen sensación, velocidad y fuerza motrices, integración de la percepción y precepto – motriz, lenguaje, atención, capacidad de abstracción, flexibilidad de pensamiento, orientación y memoria.

Las distorsiones tanto en la percepción como en la memoria son características de los niños con daño cerebral.

EL SISTEMA NERVIOSO Y EL COMPORTAMIENTO

El sistema nervioso se compone de varios tipos de neuronas (células nerviosas) y puede dividirse en el sistema nervioso central (que consiste del cerebro y la médula espinal) y el sistema nervioso periférico (conformado de neuronas que transmiten mensajes desde y hacia el resto del cuerpo). El encéfalo puede dividirse en dos sesiones o hemisferios. Esta masa parece gris debido a que las mezclas de los vasos sanguíneos capilares y cuerpos celulares de las neuronas tienen un color gris café. Conectando los hemisferios izquierdo y derecho se hay una banda de fibras nerviosas llamada cuerpo calloso, gran parte de la superficie de los hemisferios cerebrales constituye la corteza cerebral, la cual parece arrugada debido a las muchas hendiduras o intersticios en la superficie. Una hendidura se denomina técnicamente fisura o surco, dependiendo de su profundidad (las fisuras son más profundas que los surcos) y la ondulación entre la depresión es una circunvolución. Las fisuras dividen cada hemisferio cerebral en cuatro áreas denominadas lóbulos: Los lóbulos frontal, temporal, occipital y parietal. Justo debajo del cuerpo calloso, en el centro aproximado del cerebro, se encuentra un grupo de núcleos llamado tálamo, y debajo de éste se encuentra otro grupo de núcleos, el hipotálamo (hipo, significa debajo).

El tálamo y el hipotálamo en realidad son parte de la estructura del tallo cerebral, justo encima de la médula espinal. También como parte del tallo cerebral, justo encima de la médula espinal, se encuentra una masa de núcleos y fibras: la formación reticular.

Cada uno de los hemisferios cerebrales recibe información sensorial y controla las respuestas motoras en el lado opuesto del cuerpo, un fenómeno denominado control contralateral. Una lesión en el lado derecho del cerebro puede dar como resultado defectos sensoriales o motores en el lado izquierdo del cuerpo. El punto de reunión de los dos hemisferios es el cuerpo calloso, aunque un hemisferio, con mayor frecuencia el izquierdo, es dominante, es por eso que la mayoría de las personas son diestras.

El hemisferio dominante predomina en actividades como lectura, escritura, aritmética y habla, y el hemisferio no dominante lleva a cabo tareas que implican reconocimiento espacial y de texturas al igual que la aparición artística y musical. En el individuo normal neurológicamente intacto, un hemisferio trabaja para complementar al otro.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CEREBRO-COMPORTAMIENTO PARA SITIOS SELECCIONADOS DEL SISTEMA NERVIOSO

Daño neurológico y el concepto de organicidad

El daño neurológico puede adoptar la forma de una lesión en el cerebro o en cualquier otro sitio dentro del sistema nervioso central o periférico. Una lesión es una alteración patológica del tejido, como la que podría resultar de una herida o una infección. Las lesiones pueden ser de naturaleza física o química, y ser focales o difusas. Debido a que diferentes sitios del cerebro controlan varias funciones, las lesiones focales y difusas en

diferentes sitios se manifestarán en deficiencias conductuales variadas (sensoriales y motoras).

Una lesión focal, puede tener ramificaciones difusas con respecto a las deficiencias conductuales (es decir, una lesión circunscrita en un área del cerebro puede afectar muchas clases diferentes de comportamientos). A la inversa, es posible que una lesión difusa pueda afectar una o más áreas de funcionamiento en forma tan severa que pasa como una lesión focal.

En cierto sentido, el neuropsicólogo, trabaja hacia atrás, examinando el comportamiento por medio de una variedad de pruebas y procedimientos y tratando de determinar a partir a partir del patrón de hallazgos dónde existe una lesión neurológica, si es que existe alguna. También desempeña una función crítica en la determinación de la extensión del deterioro conductual que ha ocurrido o puede esperarse que ocurra debido a un trastorno neurológico. Dicha información no sólo es útil para diseñar programas de rehabilitación sino también para evaluar las consecuencias de tratamientos farmacológicos, readaptación física y otras terapias.

La palabra daño neurológico, abarca daño al cerebro, además del daño a la médula espinal, y a todos los componentes del sistema nervioso periférico. Organicidad, término popular entre los psicólogos clínicos, se deriva de la investigación del neurólogo alemán Kurt Goldstein, en donde trabajó con soldados que tenían heridas cerebrales con lo que concluyó que los factores que diferenciaban a los individuos con deterioros orgánicos de los normales incluían la pérdida de la capacidad de abstracción, deficiencias en la capacidad de razonamiento e inflexibilidad en las tareas de solución de problemas.

Sitio	Características
Lóbulos Temporales	Estos lóbulos contienen áreas de recepción auditivas al igual que ciertas áreas para el procesamiento de información visual. El daño al lóbulo temporal puede afectar la discriminación, reconocimiento y comprensión de sonidos; la apreciación de la música, el reconocimiento de la voz; y el almacenamiento de memoria auditiva o visual.
Lóbulos Occipitales	Estos lóbulos contienen áreas de recepción visual. El daño en esta área podría dar como resultado ceguera total o parte del campo visual o deficiencias en el reconocimiento de objetos, exploración visual, integración visual de símbolos en enteros, y recuerdo de imágenes visuales.
Lóbulos Parietales	Estos lóbulos contienen áreas de recepción para el sentido del tacto y para el sentido de la posición corporal. El daño en esta área puede dar como resultado deficiencias en el sentido del tacto, desorganización y distorsión de la autopercepción.
Lóbulos Frontales	Estos lóbulos están implicados de manera integral en el ordenamiento de la información y en la clasificación de estímulos. La concentración y la atención, la capacidad de pensamiento abstracto, la capacidad de formación de conceptos, la previsión, la capacidad para solucionar problemas, el habla, al igual que la capacidad motora gruesa y fina pueden ser afectados por daño en los lóbulos frontales.
Tálamo	El tálamo es una especie de estación de relevo de comunicaciones para toda la información sensorial que se transmite a la corteza cerebral. El daño en el tálamo puede dar como resultado estados alterados de excitación, defectos de memoria, deficiencias del habla, apatía y desorientación.
Hipotálamo	El hipotálamo está implicado en la regulación de funciones corporales como comer, beber, la temperatura corporal, el comportamiento sexual y la emoción. Es sensible a los cambios en el ambiente que exigen una respuesta de “pelear o huir” del organismo. El daño en él puede provocar una variedad de síntomas que van desde beber o comer sin control hasta alteraciones leves de los estados de ánimo.
Cerebelo	Junto con el puente (otro sitio cerebral en el área del cerebro conocida como “metencéfalo o cerebro posterior”), el cerebelo está implicado en la regulación del equilibrio, la respiración y la postura, entre otras funciones. El daño en esta área puede manifestarse como problemas en el control y la coordinación motora fina.
Formación Reticular	En el centro del tallo cerebral, la formación reticular contiene fibras hacia y desde la corteza. Debido a que la estimulación en esta área puede causar que un organismo dormido se despierte y que un organismo despierto se vuelva aún más alerta, en ocasiones se hace referencia a éste como el “el sistema activador reticular”. El daño en esta área puede causar que el organismo duerma por periodos prolongados..
Sistema Límbico	Compuesto por la amígdala, la corteza cingulada, el hipocampo y las áreas septales del cerebro, el sistema límbico es esencial para la expresión de las emociones. El daño en esta área puede afectar de manera profunda el comportamiento emocional.
Médula Espinal	Muchos reflejos necesarios para la supervivencia (como retirarse de una superficie caliente) son llevados a cabo en el nivel de la médula espinal. Además de su función en la actividad refleja, la médula espinal es esencial para la coordinación de los movimientos motores. Las lesiones en la médula espinal pueden dar como resultado diversos grados de parálisis u otras dificultades motoras.

NOMBRES TÉCNICOS PARA VARIAS CLASES DE DEFICIENCIAS SENSORIALES Y MOTORAS	
NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA DEFICIENCIA
Acalculia	Incapacidad para realizar cálculos aritméticos
Acopia	Incapacidad para copiar diseños geométricos
Agnosia	Deficiencia en el reconocimiento de estímulos sensoriales (por ejemplo, la agnosia auditiva es una dificultad para reconocer estímulos auditivos).
Agrafia	Deficiencia en la capacidad de escribir
Acinesia	Deficiencia en los movimientos motores
Alexia	Incapacidad para leer
Amnesia	Pérdida de la memoria
Amusia	Deficiencia en la capacidad para producir o apreciar la música
Anomia	Deficiencia asociada con encontrar palabras para nombrar las cosas
Anopia	Deficiencia de la vista
Anosmia	Deficiencia en el sentido del olfato
Afasia	Deficiencia en la comunicación debida a un deterioro en el habla o en la capacidad para escribir.
Apraxia	Trastorno del movimiento voluntario en ausencia de parálisis
Ataxia	Deficiencia en la capacidad motora y la coordinación muscular.

EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO

Las pruebas y otros procedimientos empleados en un examen neuropsicológico variarán como una función de diversos factores, como el propósito del examen, la integridad neurológica del examinado y la minuciosidad del examen. Una batería de pruebas psicológicas también puede servir para el propósito de la exploración neuropsicológica; en el curso de una prueba de inteligencia, una prueba de personalidad u otra prueba psicológica, le pueden servir al psicólogo clínico para ser alertado por resultados sospechosos que señalan que debe llevarse a cabo un examen neuropsicológico más profundo. En este examen se aplica por lo menos una prueba de inteligencia, una de personalidad y una perceptiva motora y de memoria.

Un examen neuropsicológico puede ser ordenado por un neurólogo que busca averiguar más sobre las consecuencias cognoscitivas y conductuales de una lesión sospechada o conocida.

HISTORIA CLÍNICA

El examen neuropsicológico típico comienza con la elaboración cuidadosa de una historia clínica. Las áreas que serán de interés para el administrador incluyen las siguientes:
La historia médica del paciente

La historia médica de la familia inmediata del paciente y de otros parientes.

La presencia o ausencia de ciertos hitos del desarrollo; una parte crítica en particular del proceso de elaboración de la historia cuando se examina a niños pequeños. Algunos hitos del desarrollo son:

Historia psicosocial, incluyendo nivel de rendimiento académico y nivel estimado de inteligencia; un nivel de estimado de adaptación en el hogar y en el trabajo o escuela; observaciones respecto a la personalidad, procesos de pensamiento o motivación.

El carácter, gravedad y progreso de cualquier historia de malestares que impliquen perturbaciones en la vista, audición, olfato, tacto, gusto o equilibrio; perturbaciones en el tono, la fuerza, y el movimiento muscular; perturbaciones en funciones autónomas como la respiración, la eliminación y el control de la temperatura corporal; perturbaciones en el habla; perturbaciones en el pensamiento y la memoria; dolor (en particular de cabeza y facial); y varios tipos de perturbaciones del razonamiento.

EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO DEL ESTADO MENTAL

Examen neuropsicológico del estado mental se superpone en gran medida con respecto a preguntas relacionadas con la conciencia del evaluado, su estado emocional, contenido y claridad del pensamiento, memoria, percepción sensorial, ejecución de la acción, lenguaje, habla, escritura y lateralidad. Es aplicado con el propósito expreso de evaluar el funcionamiento neuropsicológico que puede ahondar en áreas de interés específicas. El psicólogo clínico debe tomar notas de observaciones gruesas y sutiles pertinentes para la evaluación. Por ejemplo; movimientos involuntarios (tics faciales), dificultades para la locomoción y otros problemas sensoriales y motores que pueden hacerse evidentes durante la entrevista.

EDAD	DESARROLLO
16 semanas	Se excita, ríe en voz alta. Sonrisa espontánea en respuesta a las personas. Anticipa la comida al ver el alimento. Se sienta apoyado durante 10 a 15 minutos.
28 semanas	Sonríe y vocaliza ante un espejo y acaricia una imagen en el espejo. Muchos sonidos vocales. Se sienta sin apoyo durante un periodo breve y luego se apoya en las manos. Toma bien sólido. Cuando yace sobre la espalda, pone su pie en la boca. Toma objetos y la pasa de una mano a la otra. Cuando es sostenido de pie, apoya la mayor parte de su peso.
12 meses	Camina sostenido con una sola mano. Dice mamá y dada, y quizá otras dos palabras. Da un juguete en respuesta a una petición o un gesto. Cuando lo visten coopera. Juega al “cucú”.
18 meses	Tiene un vocabulario de unas 10 palabras. Camina bien, rara vez se cae, puede correr con rigidez. Ve las ilustraciones en un libro. Come solo, aunque derrama la comida. Puede jalar un juguete o abrazar una muñeca. Puede sentarse solo en una silla pequeña o de adulto. Garabatea en forma espontánea con una pintura o un lápiz.
24 meses	Sube y baja escaleras solo. Corre bien, no se cae. Puede construir una torre de 6 o 7 bloques. Usa pronombres personales (yo y tú) y habla con oraciones de tres palabras. Identifica ilustraciones simples por nombre y se llama a sí mismo por su nombre. Verbaliza sus necesidades en forma bastante consistente. Puede permanecer seco durante la noche. Puede ponerse prendas simples.

36 meses	Alterna los pies cuando sube escaleras y salta desde el escalón de abajo. Monta un triciclo. Puede copiar un círculo e imitar una cruz con una pintura o un lápiz. Comprende y responde preguntas. Se alimenta solo, derrama poca comida. Puede conocer y repetir unas cuantas rimas simples.
48 meses	Puede lavarse y secarse las manos, cepillarse los dientes. Se amarra las agujetas, se viste y se desviste con supervisión. Puede jugar en forma cooperativa con otros niños. Puede dibujar la figura de una persona con al menos dos partes del cuerpo claras.
60 meses	Conoce y nombra colores. Cuenta hasta diez. Brinca con ambos pies. Puede escribir unas cuantas letras de molde, puede dibujar ilustraciones identificables.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Entrevistas y escalas de evaluación: Existen una gran variedad de entrevistas estructuradas y formas de ponderación como auxiliares en el proceso de exploración y evaluación neuropsicológica. Los dispositivos de exploración neuropsicológica señalan el camino para otras áreas de investigación con métodos más extensos. Estos dispositivos pueden ser usados con poblaciones en riesgo de deterioro neuropsicológico, como pacientes psiquiátricos, ancianos y alcohólicos. Los algunos de ellos son: Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental (Pfeiffer, 1975), Escala de Deterioro Neuropsicológico (O'Donnell, Reynolds, 1983; O'Donnell, DeSoto, DeSoto y Reynolds, 1993), son instrumentos de informe personal.

Además existen también las entrevistas estructuradas para el Diagnóstico de Demencia, se usa para ayudar en la detección de deterioro cognoscitivo que surge por enfermedad de Alzheimer, apoplejía y otras condiciones causantes de demencia.

PRUEBAS PARA LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EL TEST GESTÁLTICO VASOMOTOR DE BENDER

Este Test de memoria para los diseños (MFD), sirve para que el sujeto trate de dibujar las copias de 15 diseños geométricos de memoria. Puede aplicarse en 10 minutos a individuos con edades de 8 a 60 años.

El Test de la Retención visual de Benton

Consiste en un conjunto de diseños geométricos (10 cada uno en tres formas). Se le pide al sujeto que dibuje de memoria después de haberlos visto durante un periodo breve. Se lleva alrededor de 5 minutos, se basa en la posición de que las incapacidades en la percepción visual, memoria visual y habilidades visoconstructivas resultan de déficits neurológicos.

Otras medidas que se pueden utilizar para detectar daño cerebral orgánico son los test que comprenden figuras ocultas, detección de patrones y conservación de la atención o concentración. Los instrumentos de observación como el Test Rápido de Observación Neurológica y el Test de Observación Neuropsicológica de Stroop, proporcionan índices preliminares de daños neurológicos. Además de estos test, están disponibles instrumentos diseñados para identificar y diagnosticar afasia elaborados por Kaplan, reconocimiento facial, discriminación de formas y otros problemas neurológicos específicos.

El WAIS y WISC son útiles para identificar déficits neurológicos, son pruebas que miden la capacidad intelectual, ocupan un lugar prominente entre las herramientas de diagnóstico disponibles para el neuropsicólogo. La naturaleza variada de las tareas en las

escalas Wechsler y la amplia variedad de respuestas requeridas del sujeto hacen muy factible que si existe una deficiencia neurológica, saldrá a la luz una clave para identificarla.

BATERÍAS DE TEST NEUROPSICOLÓGICOS:

Estos test miden varias habilidades sensoriales, velocidad y destreza perceptivo – motriz, funciones expresivas y receptoras del lenguaje, memoria, formación de conceptos y razonamiento abstracto. Cualquiera de estas habilidades pueden verse afectadas por el daño cerebral o disfunción del sistema nervioso central o los receptores sensoriales y músculos conectados a éste:

BATERÍAS DE TEST NEUROPSICOLÓGICOS DE HALSTEAD –REITAN (1969), incluye una variedad de test sensoriomotrices y preceptuales para diversas modalidades y modos de respuesta sensorial. Entre los test más complejos se encuentran el Test de Categorías y el Test de Realización de Ensayos. En el primero el sujeto deduce los principios generales a partir de la información que se presenta en diapositivas. En la segunda Test de Realización de Ensayos, el sujeto traza líneas para conectar círculos con números y letras. La aplicación de todos los test requiere de 6 a 8 horas.

TEST Y PROCEDIMIENTOS DE LA BATERÍA DE PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICOS DE HALSTEAD –REITAN	
Test de Categorías	Mide el razonamiento abstracto y la formación de conceptos; requiere que el sujeto encuentre la regla para clasificar por categorías figuras de formas geométricas.
Test de Desempeño Táctil	Mide la capacidad cenestésica y sensoriomotriz; requiere que el sujeto, que tiene los ojos cerrados, coloque unos bloques en el lugar de apropiado en un tablero hacia arriba con la mano dominante, después con la no dominante y luego con ambas manos; también pone a prueba la memoria incidental de los bloques.
Test de Percepción de Sonidos del Lenguaje	Mide la atención y la síntesis auditiva-visual; requiere que el sujeto elija entre cuatro opciones la versión escrita de palabras grabadas sin sentido.
Test de Ritmo de Seashore	Mide la atención y la percepción auditiva; requiere que el sujeto indique si dos ritmos musicales son iguales o diferentes.
Test de Golpes Dáctilares	Mide la velocidad motriz; requiere que el sujeto golpee una palanca parecida a la de codificación del telégrafo tan rápido como pueda durante 10 segundos.
Fuerza de Agarre	Mide la fuerza de agarre con un dinamómetro; requiere que el sujeto apriete tan fuerte como sea posible; se hacen intentos separados con cada mano.
Trazo de Pistas (partes A y B)	Mide la capacidad de rastreo, flexibilidad mental y velocidad; requiere que el sujeto conecte número (parte A) o números y letras en orden alterno (parte B) con una línea trazada con lápiz bajo presión de tiempo.
Reconocimiento Táctil de Formas	Mide la capacidad sensorial - perceptual; requiere que el sujeto reconozca formas sencillas (por ejemplo, triángulo) que se colocan en la palma de la mano.
Examen Sensorio Perceptivo	Mide la capacidad sensorial - perceptual; requiere que el sujeto responda a tareas sensoriales bilaterales sencillas (por ejemplo, detectar qué dedo se tocó, qué oído percibió un breve sonido); evalúa los campos visuales.

Test de Detección de la Afasia	Mide las capacidades expresivas y receptoras del lenguaje; las tareas incluyen nombrar un concepto ilustrado (por ejemplo, tenedor), repetir frases cortas; las tareas de control (que no son una medida de la afasia) se incluyen aquí por razones de antecedentes.
--------------------------------	--

BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE LURIA – NEBRASKA: Diseñada para evaluar el dominio cerebral; las funciones táctil visual y motriz; percepción y reproducción del compás y el ritmo; lenguaje receptor y expresivo; lectura, escritura y aritmética, memoria, formación de conceptos y otros procesos intelectuales. Están disponibles dos formas de la batería: la forma I consiste en 269 reactivos y la forma II contiene 279 reactivos. Ambas formas se pueden calificar por computadora. Se utiliza para una observación neuropsicológica más amplia del daño cerebral.

REPORTE CLÍNICO HISTORIA CLÍNICA

Instrumento que permite recolectar información relevante sobre la historia del desarrollo del paciente, desde la gestación hasta el momento en el que se efectúa la entrevista. (entrevista semicerrada).

La historia clínica es la obtención de datos importantes del paciente, estos datos cubren desde la infancia como la adultez, incluyendo cuestiones educativas, sexuales, medicas, paterno ambientales, religiosas y psicopatológicas.

El propósito de la historia clínica consiste en proporcionar antecedentes amplios y un contexto en el cual se pueda colocar tanto al paciente como al problema

ANAMNESIS (HISTORIA CLÍNICA)

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN. Nombre, edad, sexo, religión, ocupación, escolaridad, teléfono, lugar de nacimiento, lugar de residencia.

2.- MOTIVO DE CONSULTA. Que fue o que hizo que llegara a la consulta

3.- SITUACIÓN ACTUAL. Todo lo que tiene que ver con lo que le pasa en esos momentos.

4.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR. Sobre con quien vive, familia nuclear.

5.- PRIMERO RECUERDOS DE LA INFANCIA. Es importante si hay una sesión psicodinámica

6. DATOS SOBRE NACIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL Datos de organicidad (algún problema orgánico)

7.- SALUD ANTES Y AHORA.

a) PERCEPCIÓN Constituida por la integración de los estímulos sensoriales para formar una imagen, misma que tiene que ver con las experiencias pasadas.

Primer paso de la prueba de realidad, descubrimiento de los estímulos internos y externos. Puede mostrarse afectada por conflictos psíquicos y provocar: ceguera, sordera, anestias, anosmias y ageusias, o hiperestesias y parestias.

Ilusiones: percepciones deformadas, constituidas por la mezcla de la fantasía con el objeto realmente percibido; pueden presentarse cuando existen trastornos orgánicos de la atención y percepción.

Alucinaciones: percepciones en ausencia de objetos externos que las provoquen. Desde la percepción de ruidos, zumbidos, piquetes, “corrientes eléctricas” en diversas partes del cuerpo, olores, sabores y colores, hasta la de frases y escenas completas.

B) PENSAMIENTO Y LENGUAJE. Funciones intelectuales constituidas por habilidades preceptuales, integradoras, amnésicas, interpretativas, abstraccionales y operativas.

Se evalúa el vocabulario y el rango de información, la memoria y el juicio (habilidad para usar todos los recursos intelectuales en la solución constructiva de los problemas que deben enfrentarse).

Trastornos del pensamiento: pensamiento circunstancial, rigidez, prejuicios, sugerencias. El curso del pensamiento puede encontrarse lentificado o acelerado, se pueden producir incoherencias, fugas de ideas.

Trastornos del contenido del pensamiento: preocupaciones o ideas dominantes o hipervaloradas, obsesiones, fobias, ideas delirantes.

Inteligencia: capacidad para adaptar el pensamiento a las necesidades del momento presente; facilita el pensar y actuar racional y lógicamente.

Caudal de conocimientos: indicativo de los intereses, proporciona indicios sobre el buen funcionamiento de la memoria.

Dotes y habilidades especiales: índice poco seguro en la valoración de la inteligencia.

Dotes intelectuales especiales: indicio de niveles superiores de inteligencia.

Capacidad abstraccional: posibilidad de establecer categorías con un grado de generalización, clasificación y formulación. Organización y coherencia lógica: pensamiento y lenguaje en función de la posibilidad de ser comprendido por el “común de la gente” y de las características formales de su estructuración.

Alteraciones del lenguaje: balbuceo, tartamudeo, afasias.

C) MEMORIA. Capacidad para fijar, conservar y evocar experiencias.

Las alteraciones de la memoria constituyen síntomas de los que el paciente se queja, o signos observados por el entrevistador.

Hipermnesia: facilidad para evocar recuerdos, acompaña los estados maníacos.

Amnesia: síndrome de pérdida o disminución de la memoria.

Amnesia retrograda: hechos anteriores al trauma o accidente.

Amnesia anterograda: falla en la elaboración de las huellas anémicas permanentes.

Paramnesias: recuerdos falseados

Falsificación retrospectiva

Recuerdos encubridores

Confabulación.

D) EMOCIÓN. Estados de excitación concomitantes a cambios fisiológicos que aparecen como respuesta a algún suceso o fantasía, se acompañan de una experiencia subjetiva agradable o no.

El sujeto puede controlar su estado de ánimo o alterarse.

Alteraciones del edo. de ánimo: embotamiento, aplanamiento, exaltación o elación, eufórico, depresión, melancolía, angustia, miedo, pánico, perplejidad, irritabilidad.

Los estados afectivos se pueden detectar por: fascies, postura, movimientos, cambios en el tono, ritmo y contenido de la comunicación

Es importante determinar que despierta la emoción, hacia quien se dirige y mediante que mecanismo de defensa intenta controlarla.

Variabilidad en el estado de ánimo

Rigidez: incapacidad de modificar el estado de ánimo, pese a los cambios de situación y temas de la entrevista.

Labilidad: existencia de variaciones bruscas, inmotivadas, de gran intensidad y escasa duración en el edo. de ánimo.

E) CONCIENCIA. Propiedad de percatarse de sí mismo y del medio ambiente.

Atención: capacidad de concentra la actividad psíquica sobre un determinado objeto, o parte del campo perceptual.

Orientación: capacidad de precisas los datos sobre nuestra situación real en el ambiente y sobre nosotros mismos, abarca la orientación en el tiempo, espacio (lugar), situación y persona (autopsíquica).

Trastornos en la identificación o identidad del yo, Despersonalización, Sentimiento de irrealidad, Esquema corporal, en el Gobierno del Yo (pérdida de la sensación de pertenencia y control sobre las acciones y pensamientos).

Se necesita que la atención, la percepción, el pensamiento y la memoria sean normales.

Hiperalerta: atención excesiva hacia el mismo individuo.

Distractibilidad: incapacidad de concentrarse durante el tiempo necesario en cada estímulo para comprenderlo.

Sopor: paciente dormido la mayor parte del tiempo, disminución de todas las funciones preceptuales, solo se alerta frente a estímulos intensos.

Coma: grado máximo de sopor, no existe respuesta consciente a ningún estímulo.

Obnubilación: el paciente se percibe a sí mismo y al mundo externo en forma confusa y borrosa, existe dificultad para concentrarse, no hay una buena percepción; comprensión lenta e incompleta.

Confusión mental: el paciente no es capaz de diferenciar la realidad de sus fantasías, ilusiones y alucinaciones.

Estados crepusculares

Estados oniroides: desorientación en tiempo y espacio.

F) MOTILIDAD Y CONDUCTA. Acción y expresión que incluye todo el cuerpo o la mayor parte de él.

A través de él se manifiestan las situaciones afectivas que inciden sobre el sujeto.

Alteraciones de la conducta: compulsiones, actos impulsivos, fugas epilépticas, piromanía, cleptomanía, toxicomanía, impulsos homicidas, intento de suicidio, automutilaciones, alteraciones en la ingesta de alimentos, enuresis, encopresis.

Inquietud: aumento cuantitativo de los movimientos normales de expresión, se mueve más de lo necesario.

Hiperquinesia o hiperactividad Agitación

Negativismo: oposición activa o pasiva de lo que se le pide al paciente (catatonía, debilidad mental).

Mutismo: el paciente permanece en silencio a pesar de los esfuerzos del entrevistador por hacerlo hablar

Obediencia automática

Ecopraxia: imitación de los actos simples que se contemplan.

Ecolalia: repetición parcial o total de lo que se escucha

Movimientos involuntarios

Tics

Tortícolis espasmódica

Movimientos coreicos y atetósicos, estereotipados, catalepsia (flexibilidad y automatismo).

Salud antes y ahora para ver si hay algún problema.

8.- ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES.

Escolaridad (que grado estudio, que materias le gustaban mas, logros académicos, intereses profesionales).

9.- DESARROLLO SEXUAL.

A que edad inició la menstruación o eyaculación, a que edad tuvo la primera relación, relación sexual activa, etc.,

10.- DATOS MATRIMONIALES Y FAMILIARES.

Como es su familia, como son, como se llevan, como se lleva con su pareja... (calidad de vida)

11. AUTODESCRIPCIÓN

Saber como se percibe así mismo.

12.- Percepción del futuro

Qué metas tiene en tu futuro, si hay incertidumbre.

13. Examen mental.

No siempre es necesario si presenta características adecuadas.

EXAMEN MENTAL

Es la parte del examen clínico o de la historia clínica que consiste en la indagación y observación de las distintas funciones mentales de un individuo. Debe de ser completo y registrarse las áreas sanas y enfermedades de la persona. Además, sirve como marco referencial para evaluar un avance o retroceso en el proceso terapéutico.

Diagnóstico Multiaxial

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico.

Los diferentes Ejes para el Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Trastornos Clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II: Trastornos de la Personalidad

Retraso Mental

Eje III: Enfermedades Médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

PSICOANALÍTICA: ABREACCIÓN CATÁRTICA.

Consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos y circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a los mismos. L. Eudenberg (1973) la define como el proceso de descarga de emociones bloqueadas, mediante la evocación y la verbalización de recuerdos reprimidos.

ASOCIACIÓN LIBRE

Se produce cuando el paciente reduce, en cuanto puede, toda crítica y selección consciente de su expresión verbal, intentando observar cuantos pensamientos, sensaciones, imágenes, deseos y sentimientos se presentan y los comunican al terapeuta de la forma más espontánea que le es posible. Se espera del paciente que comunique todo cuanto venga a su mente, por más que le parezca sin sentido, irrelevante, molesto para él o inconveniente para el terapeuta.

INTERPRETACIÓN

Puede ser considerada como un intento de enfrentar al paciente con el impacto que él causa en otros. Las confrontaciones son intentos que el paciente sea conocedor de aspectos ocultos de su qué caracterológico, más bien que del porqué de su conducta. La

interpretación no es un comentario que se ofrece sólo después que el paciente ha establecido lazos afectivos positivos hacia el terapeuta; los comentarios confrontativos son precisamente los instrumentos que contribuyen al establecimiento de esos lazos.

IDENTIFICACIÓN DE MECANISMOS DE DEFENSA

Los conflictos entre el yo y los instintos no constituyen las únicas oportunidades de realizar una penetrante observación de las actividades del primero. El yo combate solamente con los derivados del ello que intentan introducirse en su territorio para aflorar la consciencia y obtener así su gratificación; también despliega una defensa no menos enérgica y activa contra los efectos asociados a aquellos impulsos instintivos. Cuando pretende rechazar las exigencias instintivas, la primera tarea del yo es siempre lograr un acuerdo con estos afectos.

COGNITIVO-CONDUCTUAL: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Se establece una lista de situaciones en las que se incorporan estímulos claves encontrados en el análisis de los componentes de la respuesta de ansiedad. Los estímulos se incluyen tácticamente de modo que las situaciones tengan la capacidad de evocar ansiedad con diferentes grados de intensidad, si se le pide al cliente que se imagine a sí mismo experimentando esas situaciones. Luego de acuerdo a la intensidad de la ansiedad experimentada, la lista de situaciones se estructura en una jerarquía que empiece con aquellas situaciones que producen los niveles más bajos de intensidad que termine con las más ansiógenas.

MODELAMIENTO

Cuando el paciente presenta conflicto en enfrentar alguna conducta, el terapeuta modela la conducta apropiada para la situación problemática. Entonces, el paciente puede practicar la conducta en la sesión, y si es necesario, revisada con base en la retroalimentación terapeuta.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO (TERAPIA RACIONAL EMOCIONIVA)

Se utiliza mediante el siguiente modelo: A – B – C – D - E.

A: es un acontecimiento externo al que la persona se expone.

B: una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas) que la persona crea en respuesta a.

C: constituyen las emociones y conductas que resultan de B.

D: representan los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en "B" Aquí el terapeuta le mostrará al paciente cómo descubrir, debatir y discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituirlos por pensamientos asertivos.

E: son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de D.

Rechazo de ideas irracionales

Albert Ellis y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos equivocados o irracionales. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden.

La Terapia Racional Emotiva y el proceso por el que produce el cambio en el paciente puede comprenderse muy bien imaginando la consulta en términos de una cadena de acontecimientos,

A-B-C-D-E.

A: es un acontecimiento externo al que la persona se expone.

B, una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas) que la persona crea en respuesta A.

C: constituyen las emociones y conductas que resultan de B.

D: representan los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en "B" Aquí el terapeuta le mostrará al paciente cómo descubrir, debatir y discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituidos por pensamientos asertivos.

E: son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de D.

HUMANISTA- EXISTENCIAL:

Silla vacía- caliente.

Grupos de encuentro.

Condiciones suficientes y necesarias (Rogers)

SISTÉMICA- CIBERNÉTICA: PARADOJA

Se basa en tres conceptos que se admiten como supuestos: la familia es un sistema autorregulador; el síntoma es un mecanismo de autorregulación y, por último, el concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores. Como el síntoma se utiliza para regular una parte disfuncional del sistema, si el síntoma es eliminado, esa parte del sistema quedará sin regulación.

CONTRAPARADOJA.

TERAPIA DIRECTIVA.

El terapeuta asume una función activa y con frecuencia autoritaria, aconsejando, sugiriendo o solicitando al paciente que siga ciertas líneas de comportamiento.

COMPETENCIA CONTEXTUAL EN EL ÁREA CLÍNICA

VINCULACIÓN

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN EL ÁMBITO NACIONAL

Situaciones de desastre (guerrillas, guerra, desastres naturales, etc.)

Situaciones de desastre: al mencionar el termino desastre viene a la mente un sin fin de ideas respecto a ello según la definición dada por la UNDRO (Actualmente Departamento de Asuntos Humanitarios - DHA -). Desastres puede ser comprendido como un suceso que causa alteraciones intensas en las personas., los bienes, los servicios y el medio ambiente, excediendo la capa de respuesta de la comunidad afectada, efectivamente un desastre ocurre cuando un considerable, número de personas experimenta una catástrofe y sufren un daño serio o perturbación de su sistema de subsistencia, de tal manera que la recuperación resulta improbable sin ayuda externa. Se entiende por recuperación, la recuperación psicológica y física de las víctimas, el reemplazo de recursos físicos y las relaciones sociales requeridas para utilizarlos.

Los desastres surgen de la interacción y coincidencia en un tiempo y espacio dados, de un fenómeno natural potencialmente destructivo (peligro) y condiciones de vulnerabilidad dentro de las comunidades y entornos en los cuales impacta el fenómeno. Para ejemplificar mejor este concepto se suele expresar que el desastre es la sumatoria de peligros y vulnerabilidad, con lo cual ambos factores se constituyen en condicionantes para que se produzca un desastre.

No son sólo los eventos naturales, la causa de los desastres, lo son también el medio social, político, y económico (diferente del medio ambiente natural), que estructuran de manera diferente la vida de los distintos grupos de personas. Son las estructuras sociales las que influyen en la forma como las amenazas afectan a la gente, por eso en la gestión de los desastres, debe darse énfasis tanto a las amenazas naturales propiamente dichas como al ambiente social y sus procesos. Los desastres no deben ser tratados como eventos peculiares que merecen su propio enfoque sectorial, sino como una expresión de la problemática social o como problemas no resueltos del desarrollo, donde la vulnerabilidad no sólo es una característica de diferentes peligros o amenazas sino sobre todo de los procesos económicos, políticos y sociales

AMENAZAS DE ORIGEN NATURAL

Las amenazas naturales se refieren específicamente a los fenómenos atmosféricos, hidrológicos, geológicos, que forman parte de la historia y de la coyuntura de la dinámica geológica, geomorfológica, climática y oceánica del planeta, y que por su ubicación, severidad y frecuencia, tienen el potencial de afectar adversamente al ser humano, a sus estructuras y actividades.

Una frecuente clasificación de las amenazas naturales, las distingue, a partir de sus dos orígenes principales, en:

Geológicas (que integra sísmicas, volcánicas y otras)

Hidrometeorológicas o Climáticas (que integra atmosféricas e hidrológicas)

DESASTRES ATMOSFÉRICOS:

Granizo.: Es un tipo de precipitación consistente en granos aproximadamente esféricos de hielo y de nieve combinados, en general, en capas alternas. Las verdaderas piedras de granizo sólo se producen al empezar algunas tormentas y cuando la temperatura del suelo es bastante inferior a la de congelación.

Huracanes y similares: Los huracanes son ciclones tropicales migratorios que se originan sobre los océanos en algunas regiones del ecuador, en particular los que surgen en las Antillas, incluso en el Caribe y el golfo de México. Los ciclones de tipo huracán del oeste del Pacífico se llaman tifones; en Filipinas se llaman bajíos y en Australia Willy-Willies.

Desastres Volcánicos

Las erupciones volcánicas son consideradas como la descarga de fragmentos, en el aire o en el agua, de lava y gases a través del cráter de un volcán o de las paredes del edificio volcánico. Son la expulsión del magma ardiente, gases y cenizas por el espacio aéreo y terrestre de que circunda al volcán. En una erupción violenta de un volcán la lava está muy cargada de vapor y de otros gases, como dióxido de carbono, hidrógeno, monóxido de carbono y dióxido de azufre, que se escapan de la superficie con explosiones violentas y que ascienden formando una nube turbia. Estas nubes descargan, muchas veces, lluvias copiosas. Porciones grandes y pequeñas de lava son expedidas hacia el exterior, y forman una fuente ardiente de gotas y fragmentos clasificados como bombas, brasas, cenizas, según sus tamaños y formas. Estos objetos o partículas se precipitan sobre las laderas externas del cono o sobre el interior del cráter, de donde vuelven a ser expulsadas una y otra vez. También pueden aparecer relámpagos en las nubes, en especial si están muy cargadas de partículas de polvo.

DESASTRES SÍSMICOS

Terremoto vibraciones producidas en la corteza terrestre cuando las rocas que se han ido tensando se rompen de forma súbita y rebotan. Las vibraciones pueden oscilar desde las que apenas son apreciables hasta las que alcanzan carácter catastrófico. En el proceso se generan seis tipos de ondas de choque. Dos se clasifican como ondas internas viajan por el interior de la Tierra y las otras cuatro son ondas superficiales. Las ondas se diferencian además por las formas de movimiento que oprimen a la roca.

Las ondas primarias o de compresión (ondas P) hacen oscilar a las partículas desde atrás hacia adelante en la misma dirección en la que se propagan, mientras que las ondas secundarias o de cizalla (ondas S) producen vibraciones perpendiculares a su propagación. Las ondas P siempre viajan a velocidades mayores que las de las ondas S; así, cuando se produce un sismo, son las primeras que llegan y que se registran en las estaciones de investigación geofísica distribuidas por el mundo.

DESASTRES HIDROLÓGICOS

Inundación: aumento significativo del nivel de agua de un curso de agua, lago reserva o región costera. La crecida es una inundación perjudicial de los bienes y terrenos utilizados por el hombre, que puede clasificarse en dos tipos: rápidas y lentas.

Las causas de las inundaciones se dan cuando llueve o nieva, parte del agua que cae es retenida por el suelo, otra es absorbida por la vegetación, parte se evapora, y el resto, que

se incorpora al caudal de los ríos recibe el nombre de aguas de escorrentía. Las inundaciones se producen cuando, al no poder absorber el suelo y la vegetación toda el agua, ésta fluye sin que los ríos sean capaces de canalizarla ni los estanques naturales o pantanos artificiales creados por medio de presas puedan retenerla. Las escorrentías alcanzan cerca de un 30% del volumen de precipitación, y esta cantidad puede aumentar al fundirse las masas de nieve. Las cuencas de muchos ríos se inundan periódicamente de manera natural, formando lo que se conoce como llanura de inundación. Las inundaciones fluviales son por lo general consecuencia de una lluvia intensa, a la que en ocasiones se suma la nieve del deshielo, con lo que los ríos se desbordan. Se dan también inundaciones relámpago en las que el nivel del agua sube y baja con rapidez. Suelen obedecer a una lluvia torrencial sobre un área relativamente pequeña. Las zonas costeras se inundan a veces durante la pleamar a causa de mareas inusualmente altas motivadas por fuertes vientos en la superación oceánica, o por maremotos debidos a terremotos submarinos.

Las inundaciones no sólo dañan la propiedad y amenazan la vida de humanos y animales, también tienen otros efectos como la erosión del suelo y la sedimentación excesiva. A menudo quedan destruidas las zonas de desove de los peces y otros hábitats de la vida silvestre. Las corrientes muy rápidas ocasionan daños mayores, mientras que las crecidas prolongadas de las aguas obstaculizan el flujo, dificultan el drenaje e impiden el empleo productivo de los terrenos. Se ven afectados con frecuencia los estribos de los puentes, los peraltes de las vías, las canalizaciones y otras estructuras, así como la navegación y el abastecimiento de energía hidroeléctrica.

Incendios: Los Incendios más comunes, los incendios forestales de deben a descuidos humanos o son provocados. Son comparativamente pocos los incendios originados por los rayos. Las condiciones climatológicas influyen en la susceptibilidad que un área determinada presenta frente al fuego; factores como la temperatura, la humedad y la pluviosidad determinan la velocidad y el grado al que se seca el material inflamable y, por tanto, la combustibilidad del bosque. El viento tiende a acelerar la desecación y a aumentar la gravedad de los incendios avivando la combustión.

OTROS RIESGOS GEOLÓGICOS E HIDROLÓGICOS.

Dentro de esta clasificación entran lo que son los deslizamientos de tierra, estos son movimientos hacia afuera o cuesta abajo de materiales que forman laderas (rocas naturales y tierra). Son desencadenados por lluvias torrenciales, la erosión de los suelos y temblores de tierra, pudiendo producirse también en zonas cubiertas por grandes cantidades de nieve (avalanchas).

El derrumbe de minas o desprendimiento de rocas: que es un desastre que se produce en excavaciones subterráneas. Cuando ocurre un hundimiento subterráneo, se desprende parte del material rocoso que recubre las galerías, bloqueándolas.

Un punto que vale la pena aclarar respecto a este tema es que si bien las amenazas se materializan frecuentemente como eventos inconexos, también pueden superponerse. Por ejemplo, los huracanes y los maremotos (tsunamis) pueden producir inundaciones, o los terremotos pueden causar derrumbes.

AMENAZAS DE ORIGEN ANTRÓPICO

Se trata de las amenazas directamente atribuibles a la acción humana sobre los elementos de la naturaleza (aire, agua y tierra) y sobre la población, que ponen en grave peligro la integridad física y la calidad de vida de las comunidades. En general, la literatura

especializada en la materia, destaca dos tipos: las amenazas antrópicas de origen tecnológico y las referidas a la guerra y violencia social.

AMENAZAS ANTRÓPICAS DE ORIGEN TECNOLÓGICO

Bajo esta denominación se tratan aquellas amenazas cuyo origen se refiere a las acciones que la humanidad impulsa para, aprovechar la transformación de la naturaleza. Algunos autores distinguen entre las amenazas por contaminación y las directamente referidas a procesos tecnológicos

Las primeras, aunque tengan similitud con las amenazas socio naturales, poseen una diferenciación frente a estas ya que en ellas el sentido de que toman la forma de elementos de la naturaleza (aire, agua tierra) transformados así, son amenazas basadas en y construidas sobre elementos de la, naturaleza, pero que no tienen una expresión en la naturaleza misma, como sucede con las socionaturales

Esto quiere decir que no ponen en peligro a la población a través de impactos externos, sino que deterioran la base biológica y la salud de la, población. Además, por relacionarse con medios difusos y fluidos, interconectados entre sí, los impactos potenciales se difunden ampliamente en el ámbito local, regional, nacional e incluso internacional. En este grupo, por tanto, pueden clasificarse el vertimiento de sustancias sólidas, líquidas o gaseosas al ambiente, sean domésticas o de tipo industrial (sustancias químicas, radioactivas, plaguicidas, residuos orgánicos y aguas servidas, derrames de petróleo).

Las segundas, llamadas también directamente tecnológicas, son aquellas que se derivan de la operación en condiciones inadecuadas de actividades potencialmente peligrosas para la comunidad o de la existencia de instalaciones u otras obras de infraestructura que, encierran peligro para la seguridad ciudadana, como por ejemplo: Fábricas, estaciones de gasolina, depósitos de combustibles o sustancias tóxicas o radioactivas, oleoductos, gasoductos, etc.

La posibilidad de fallas dentro de la infraestructura y dinámica industrial genera una serie de amenazas, que en caso de concretarse, aún cuando afecte espacios limitados, puede generar un impacto, importante contra una cantidad significativa de personas, dadas las condiciones de densidad y no planificación urbana, que usualmente caracteriza estas zonas de influencia. El caso de la planta nuclear de Chernobyl, Ucrania; de la planta química de Bhopal, India o la explosión en la planta de gas de PEMEX en México, son ejemplos dolorosos de esta realidad.

AMENAZAS ANTRÓPICAS REFERIDAS A LA GUERRA Y LA VIOLENCIA SOCIAL

La confronta armada de unas naciones Contra otras o al interior de una misma nación puede ser una fuente considerable de desastres. De hecho, la Segunda Guerra Mundial es considerada por muchos autores como el mayor desastre de la era moderna, con sus quince millones de muertos y la vasta destrucción de varias naciones europeas y del Lejano Oriente. Durante, el siglo XX la guerra se ha cobrado 120 millones de vidas humanas, dos tercios de las cuales formaban parte de la población civil. Especialmente durante la segunda mitad de este siglo, las guerras que adquirirían cierta dimensión han utilizado progresivamente mayor cantidad de armas de destrucción masiva que devastaba brutalmente el medio ambiente, tanto natural como urbano.

AMENAZAS ANTRÓPICAS REFERIDAS A CONDUCTAS HUMANAS NEGLIGENTES

Las amenazas antrópicas referidas a conductas humanas negligentes se refiere directamente a tragedias generadas por las actuaciones humanas al mando de diferentes medios tecnológicos.

Los desastres de este tipo se diferencian de las amenazas tecnológicas antrópicas en que en estos es la acción del ser humano la que determina la magnitud del daño, su conducta no consiste en realizar una acción determinada sino más bien en extralimitarse en su actuar, sobre pasando los límites de la precaución para lograr obtener un fin determinado, tal actuar desemboca pues en la posibilidad y en alguna veces la concreción de una calamidad en la que muchas veces el actuar negligente de una sola persona lleva como producto el menos en el bienestar de otros.

AMENAZAS SOCIO - NATURALES

Son aquellas que se expresan a través de fenómenos que parecen ser productos de la dinámica de la naturaleza, pero que en su ocurrencia o en la agudización de sus efectos, interviene la acción humana

Visto de otra forma, las amenazas socio-naturales pueden definirse como la reacción de la naturaleza frente a la acción humana perjudicial para los ecosistemas. Las expresiones más comunes de las amenazas socio-naturales se encuentran en las inundaciones, deslizamientos, hundimientos, sequías, erosión costera, incendios rurales y agotamiento de acuíferos.

AMENAZAS EPIDEMIOLÓGICAS.

Las amenazas epidemiológicas están relacionadas con el surgimiento de enfermedades de forma masiva tal que la sociedad misma no puede hacer nada para parar el brote de la misma, según la OCHA el estado de epidemia puede ser considerado como el aumento inusual o aparición de un número significativo de casos de una enfermedad infecciosa que se manifiesta con una frecuencia mayor a la cual normalmente se presenta en esa región o población. Las epidemias pueden también atacar a los animales, desencadenando desastres económicos en las regiones afectadas.

Históricamente han sido muchas las regiones asoladas por este tipo de desastres uno de los episodios más memorables al respecto lo encontramos en el siglo IVX, durante esta época. La Peste negra devastó Europa La mortalidad para los afectados era superior al 75%: la mayor parte moría en la primera semana tras la aparición de la enfermedad. Aparecía en los meses de verano y solía alcanzar un pico en septiembre. Se conocían varias formas de peste en el mundo civilizado desde tiempos antiguos. El brote denominado en la actualidad la peste negra alcanzó Europa desde China en 1348 y se expandió a gran velocidad por la mayoría de los países.

Sus resultados fueron desastrosos. El bacilo de la peste afecta a roedores salvajes y sus parásitos, en especial a la rata negra y su pulga, *Xenopsylla Cheopis* Una rata enferma, portadora del bacilo, puede infectar a la pulga que se alimenta de su sangre y en determinadas condiciones la pulga puede transmitir la enfermedad a los seres humanos. Los historiadores modernos piensan que ésta fue la causa más común de expansión de la enfermedad.

SUICIDIO

Acción de quitarse la vida de forma voluntaria.

Se entiende a la distribución directamente querida de la propia vida, bien sea por un acto o una omisión voluntaria. Se distingue de la destrucción indirecta de la vida que se da cuando la muerte propia no procede de un acto cuyo único fin sea quitarse la vida, aunque de ese acto resulte la muerte. En este caso no hay suicidio, pues, la muerte propia no es causada ni directamente querida por el agente, si no solo permitida. Esto se puede dar en el caso que se exija el cumplimiento de obligaciones ineludibles aun a riesgo de perder la propia vida.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Formulaciones no psicoanalíticas según Freud:

Hablan de un agotamiento que restringe el campo de la conciencia, lo que ocasiona una depresión orgánica. Refieren también a la incapacidad de adaptación, desequilibrio en la voluntad de vivir; de protesta y hostilidad infantil; narcisismo; compensaciones de impulsos homicidas contra miembros de la familia y niños.

Formulaciones psicoanalíticas según diferentes autores:

Freud postula que la depresión y el consiguiente suicidio son resultado de un gran impulso agresivo contra un objeto interior, que era amado y ahora es odiado.

Menninger habla de un instinto de muerte y postula tres elementos del suicidio: Un deseo de matar, un deseo de ser matado y uno de morir.

Zilborg considera al suicidio como una forma de frustrar las fuerzas externas, y de conseguir la inmortalidad.

O'Connor dice que la sensación experimentada por la persona de alcanzar por medio del suicidio la omnipotencia, nos retrae a un narcisismo de la autoridad.

Gorma hace resaltar la impotencia de la pérdida de un objeto de amor: El suicidio sería el medio para recuperarlo

Bergler habla de suicidio introyectivo e histérico.

FACTORES PSICOLÓGICOS INFLUYENTES EN EL SUICIDIO.

Incluyen no solo la personalidad y las constelaciones psicosomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida.

Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez. Por lo tanto se considera al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios, etc. sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo miembro de su familia. A veces, puede ocurrir que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad.

Se pueden hallar motivaciones para el suicidio entre personas de todas las sociedades, aunque predominan en personas jóvenes y de mediana edad. Su estado emocional es de dependencia, falta de madurez, impulsividad, etc. Con su conducta suicida expresan rabia o sus sentimientos de repulsión para forzar un cambio en la persona que los rechaza o le provoca sentimientos de culpa. Este comportamiento es de características verbales.

Es menos frecuente la explicación o la necesidad de expresar el remordimiento que la persona siente por haber hecho algo en sus relaciones con otros, y con respecto a la muerte, no obstante su comportamiento suicida por lo general la persona no quiere morir.

DEMENCIA

En la comunidad médica se emplea el término de "demencia" para describir a los pacientes con trastornos de la capacidad intelectual. Los pacientes de demencia también pueden clasificarse según padezcan de demencia "presenil" o "senil", "síndrome cerebral orgánico" o "crónico", "arteriosclerosis" o "atrofia cerebral". Es importante señalar que la demencia no es una dolencia normal del proceso de envejecimiento. Los trastornos de demencia son provocados por procesos patológicos anormales y pueden afectar tanto a las personas jóvenes como a los ancianos.

Entre los síntomas de la demencia están la pérdida de la memoria a corto plazo, la incapacidad para analizar a fondo los problemas y para realizar tareas sin instrucciones paso a paso, la confusión, la dificultad para concentrarse, así como las conductas paranoicas, inapropiadas o extrañas. Junto con los síntomas precoces de demencia también puede presentarse la depresión clínica

SIDA

El SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de la persona que la padece.

El sistema inmunitario defiende al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas (cánceres). Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos. De estos existen dos grandes grupos: Los linfocitos T atacan directamente a los invasores y los linfocitos B producen unas sustancias que llamamos anticuerpos que son específicas para cada microbio.

Significado. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Síndrome de Conjunto de síntomas y signos derivados de un debilitamiento importante del sistema inmunitario que se ha contraído por el enfermo durante su vida, que no es congénito.

En inglés: AIDS, HIV

Transmisión: En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH:

Transmisión sexual, transmisión parenteral por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc. y transmisión vertical o de la madre al feto.

El virus de SIDA es débil y sobrevive mal fuera del cuerpo por lo que debe penetrar en el interior del organismo.

Parece que la transmisión requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH y explicaría el por qué algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

Transmisión sexual

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.

Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.

El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente. El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre.

El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en España ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral). Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1.987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de dar sangre u órganos.

Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

TRANSMISIÓN MADRE - HIJO

Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

Se desaconseja a la mujer seropositiva que se quede embarazada.

Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

Los hallazgos del protocolo ACTG 076 indican que el tratamiento de las embarazadas seropositivas con antirretrovirales reduce el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto. Por lo tanto se aconseja que todas las embarazadas sean informadas y se solicite su consentimiento para realizarle la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH.[ACTG: AIDS Clinical Trial Group Protocol / Protocolo de los Grupos de Ensayos Clínicos del SIDA.

OTROS MODOS DE TRANSMISIÓN

El VIH se ha encontrado en diferentes líquidos corporales como saliva, lágrimas, orina, pero su presencia, quizá por su baja cantidad, no ha permitido constatar que permitan la transmisión del virus del SIDA por lo que los besos, vasos, cucharas, agua, ropa interior, etc. no suponen una fuente de transmisión del VIH. Por lo tanto la saliva, el sudor, las lágrimas y los utensilios sucios no transmiten el virus del SIDA.

Del mismo modo tampoco se transmite por picaduras de mosquitos ni de otros insectos y tampoco es transmitido por los animales domésticos ya que no son portadores del virus.

Cuando se toman precauciones de higiene básica el virus del SIDA no puede transmitirse por las agujas de acupuntura, los instrumentos de cuidados dentales, los utensilios de tatuaje, las perforaciones de las orejas, el instrumental de las barberías y peluquerías o el instrumental médico. Todos ellos deben ser estériles y si es posible de un sólo uso.

ABUSO SEXUAL

Tanto las mujeres como los hombres son víctimas de abuso sexual. En Australia, las estimaciones conservadoras indican que uno de cada 11 niños y una de cada cuatro niñas han sufrido algún tipo de abuso sexual antes de cumplir 18 años. Los hombres son los perpetradores de casi todos los casos de violencia sexual (97 por ciento), pero los hombres también constituyen una significativa proporción de todas las víctimas: 26 por ciento de menores de 18 años.

Investigaciones recientes realizadas en los Estados Unidos sugieren que hasta un 20 por ciento de los hombres sufrió abuso sexual en la niñez. Adicionalmente, debemos reconocer la incidencia de ataques sexuales contra hombres adultos. El ataque sexual se presenta en muchas formas, que incluyen abuso sexual infantil, violación, acoso sexual, incesto y cualquier otra forma de violación sexual de la cual la víctima nunca es culpable. La responsabilidad recae en el ofensor y en nuestra sociedad, una sociedad que permite y promueve la violencia sexual.

El abuso sexual tiene consecuencias devastadoras en las víctimas, incluyendo aquellas que lo sobreviven. Las víctimas deben luchar por superar los efectos emocionales y sociales del trauma que han sufrido.

VIOLENCIA

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional, al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo social.

Son tan múltiples las manifestaciones, características y participantes, que la violencia a logrado un sitio importante en la atención de distintos especialistas, como sociólogos, psicólogos y filósofos, y por consiguiente el esfuerzo mantenido en su investigación para aclarar sus causas y efectos.

ABUSO FÍSICO: Se ejerce mediante la fuerza física en forma de golpes, empujones, patadas y lesiones provocadas con diversos objetos o armas. Puede ser cotidiana o cíclica, en la que se combinan momentos de violencia física con periodos de tranquilidad. En ocasiones suele terminar en suicidio u homicidio. El maltrato físico se detecta por la presencia de magulladuras, heridas, quemaduras, moratones, fracturas, dislocaciones, cortes, pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamientos.

ABUSO SEXUAL: Este tipo de abuso es difícil de demostrar a menos que vaya acompañado por lesiones físicas. Se produce cuando la pareja fuerza a la

mujer a mantener relaciones sexuales o le obliga a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad. Los principales malos tratos sexuales son las violaciones vaginales, las violaciones anales y las violaciones bucales. También son frecuentes los tocamientos y las vejaciones, pudiendo llegar hasta la penetración anal y vaginal con la mano, puño u objetos como botellas o palos.

ABUSO PSICOLÓGICO: Los factores que influyen en el abuso psicológico son muy variados: emocionales, económicos, sociales, etc. La mujer se ve dominada por el varón, quien la humilla en la intimidad y públicamente, limita su libertad de movimiento y la disposición de los bienes comunes. Resulta complicado detectar este tipo de abuso, aunque se evidencia a largo plazo en las secuelas psicológicas. En este caso la violencia se ejerce mediante insultos, vejaciones, crueldad mental, gritos, desprecio, intolerancia, humillación en público, castigos o amenazas de abandono. Conduce sistemáticamente a la depresión y, en ocasiones, al suicidio.

La gravedad de estos abusos varía en virtud del grado de violencia ejercida sobre la mujer y normalmente se combinan varios tipos de abuso, ya que dentro del maltrato físico siempre hay un maltrato psicológico. Según indica la psicóloga Alejandra Favieres, del Servicio de Atención a la Mujer en Crisis, de los Servicios Sociales de la Mancomunidad de los Pinares, en Madrid, el maltrato psicológico es mucho peor que el maltrato físico. "Evidentemente, el maltrato físico severo puede dejar secuelas muy graves, como rotura de bazo o pérdida de audición, pero las secuelas psicológicas son las que más perduran. Es difícil que la mujer identifique el maltrato psicológico cuando éste es muy sutil",

DEPRESIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

TIPOS DE DEPRESIÓN

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Este panfleto describe brevemente los tres tipos más comunes. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo

plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

ANSIEDAD

El síntoma fundamental es la ansiedad, que es persistente en el tiempo (dura más de 6 meses) y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), no estando restringida a una situación en particular como en las fobias.

La ansiedad esta asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva). Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

Nerviosismo, inquietud o impaciencia

Fatigabilidad (cansancio) fácil

Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco

Irritabilidad

Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse

Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador

Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Es importante descartar que estos síntomas no sean debidos a la ingesta de algún tipo de sustancia ansiogénica: cafeína, anfetaminas o a una enfermedad médica (hipertiroidismo por ej.).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas.

El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

ESTRÉS

La palabra estrés (stress) viene de la ingeniería y se refiere a tensión o estiramiento excesivo, pero no es hasta la formulación de H. Selye del Síndrome General de Adaptación (SGA) cuando se generaliza en el ámbito humano (H. Selye, 1954,1983).

El concepto de estrés se ha aplicado a los fenómenos psicosociales con lo que ha llegado a designar diversos aspectos. Se da un estado de estrés psicosocial cuando una serie de demandas inusuales o excesivas amenazan el bienestar o integridad de una persona. En el intento de dominar la situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento, dolor, enfermedad o incluso, muerte.

Los estudios de psicología del estrés han llamado la atención sobre la importancia de los actos de evaluación cognitiva que determina un valor de la amenaza (Folkman y Lazarus, 1984).

Estos mismos autores distinguen entre:

Evaluación primaria (se centra en la situación)

Evaluación secundaria (se centra en la eficacia o resultados que tendrán las medidas que se adopten para hacer frente a la situación o acontecimiento).

Los factores de personalidad determinan la importancia del estresor y la vulnerabilidad o tolerancia de la persona al estrés en general.

INTEGRACIÓN DE CASOS

HISTORIA CLÍNICA

A) IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre.

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Ocupación.

Residencia.

Fuente de referencia.

Fecha de admisión y fecha de estudio.

Fuentes de información y grado de confianza que pueda darse a los datos obtenidos acerca del paciente.

Nombre del entrevistador y en su caso, del psicólogo que realizó las pruebas y de la trabajadora social.

- Descripción del paciente.
- B) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA.
 - C) ENFERMEDAD ACTUAL.
 - D) HISTORIA FAMILIAR.
 - E) HISTORIA DEL DESARROLLO, (desde el nacimiento a la adolescencia).
 - F) PAUTAS DE AJUSTE DURANTE LA VIDA ADULTA
 - Vocacional
 - Social
 - Sexual

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

G) EXAMEN PSIQUIÁTRICO

- I. Identificación general: Circunstancias del examen
 - Dónde, cuándo y cómo se hizo el examen.
 - Impresión física sobre el entrevistado.
 - Transcripción del vocabulario del enfermo.
- II. Elementos procesales:
 - 1) Percepción
 - El estado de la atención,
 - Sensopercepción
 - Conciencia
 - Orientación.
 - 2) Intelecto o funciones cognitivas
 - Inteligencia
 - Memoria
 - Pensamiento.
 - 3) Procesos afectivos.
 - 4) Conducta.
- III. Funciones integrantes: (relaciones)
 - 1) Relaciones consigo mismo
 - Concepto de sí mismo
 - Modelos de identidad
 - Ego ideal
 - Metas
 - Niveles
 - Código moral
 - Superego
 - Fuerza relativa
 - Modelo en quien se basa
 - Tipo de expiación que requiere
 - 2) Relaciones con personas (principales ligas formadas, positivas, negativas, etc.) Profundidad y constancia de las mismas.
 - Modalidades características de expresión de afecto y agresión.
 - Patrón general de ajuste sexual.
 - Paradigma transferencial, es decir, relación que el paciente establece con el entrevistador, siguiendo la pauta de relaciones infantiles.

3) Relaciones hacia objetos

Actitud hacia sus posesiones

Significado del dinero y objetos valiosos.

Expresiones de ambición, de poder.

Patrones de trabajo: interés, variedad, consistencia, habilidad, eficiencia, satisfacción. hábitos recreativos.

Valores filosóficos, sociales y religiosos.

IV. Relaciones establecidas con la enfermedad

1) Concepto de enfermedad

Causa orgánica, producida por otros, castigo divino, etc.

Magnitud de la misma (minimizada o magnificada)

2) Concepto sobre la función

✓ Del terapeuta

✓ Del hospital en su caso

✓ Del tratamiento que se le propone.

V. Valoración del grado de disfunción, o reacciones ante las amenazas de desintegración.

Respuestas del aparato psíquico

Síntomas

Manifestaciones

Grado de preservación o perturbación de las funciones yoicas, al servicio de la adaptación.

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

Entre las respuestas ante amenazas intensas de desintegración, el primer orden de defensas se encuentra constituido por:

Hiperrepresión, hipersupresión, hiperalerta, hiperirritabilidad, hiperemocionalismo, hiperintelectualización, hipercompensación, hiperquinesia, hiperretraimiento, e hiperlabilidad del sistema neurovegetativo (temblor, vasodilatación facial, enuresis, etc.).

Las defensas de segundo orden implican una separación parcial de la realidad

Como disociación (desmayos, aislamiento, narcolepsia, amnesia, fugas y despersonalización).

Desplazamiento (fobias y contra fobias, obsesiones, proyección, simulación y dificultad para sujetarse a las condiciones y circunstancias del tratamiento).

Substitución (cleptomanía, rituales, compulsiones, objetos y modalidades perversos). Sacrificio (autodesprecio, autorrestricción, ascetismo, tendencias autodestructivas, mutilación, narcotización o intoxicación y somatización).

El tercer orden de defensas está constituido por mecanismos patológicos incorporados a la estructura de la personalidad, e incluye todos los trastornos de la misma.

El cuarto orden de defensas indica una ruptura transitoria del ego

Se expresa a través de ataques de pánico, desmoralización catastrófica, excitación dereística transitoria, violencia suicida, homicida o sexual y convulsiones.

El quinto orden expresa una ruptura persistente del ego, con marcado alejamiento de la realidad.

Corresponde a la existencia de excitación con conducta desorganizada y errática. Hipertimia con estupor, agitación y formación de delirios. Autismo. Mutismo. Alucinaciones y confusión.

El sexto orden de defensas atañe a una falla total del yo

Con violencia continua, incontrolable que conduce al agotamiento físico y a la muerte.

VI. Exploración física y neurológica.

VII. Impresión diagnóstica y pronóstica.

VIII. Recomendaciones. Indicación terapéutica.

Elaboración de Informe.

Informe Psicologico deJ. Bleger

1) Datos de filiación

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nacionalidad
- Domicilio
- Profesión u oficio.

2) Procedimientos utilizados

- ✓ Entrevistas
- ✓ Número y frecuencia
- ✓ Técnica usada
- ✓ “clima” de las mismas
- ✓ Lugar en que se llevaron a cabo.
- ✓ Tests empleando juego, registros objetivos (especificar).
- ✓ Otros procedimientos.

3) Motivos de estudio

Por quién fue solicitado

Objetivos del mismo.

Actitud del entrevistado

Referencia a sus motivaciones

Conscientes.

4) Descripción sintética del grupo familiar y de otros que han tenido o tienen importancia en la vida del entrevistado.

5) Problemática vital.

su desarrollo

- Referencia de la vida y de sus conflictos actuales y de
- Adquisiciones
- Pérdidas
- Cambios

- Temores
 - Aspiraciones e inhibiciones
 - Forma de enfrentarlos o sufrirlos.
- 6) Descripción de estructuras de conducta.
- 7) Descripción de rasgos de carácter y de la personalidad

Incluye la dinámica psicológica, la organización patográfica, una apreciación del grado de madurez de la personalidad, manejo del lenguaje, nivel de conceptualización, emisión de juicios, anticipación y planeamiento de situaciones, canal preferido en la comunicación, nivel o grado de coordinación, diferencias entre manejo verbal y motor, capacidad de observación, análisis y síntesis, grado de atención y concentración. Relaciones entre el desempeño intelectual, social, profesional, etc. Considerar las particularidades y alteraciones del desarrollo psicosexual, cambios en la personalidad y la conducta.

- 8) Dado el caso, incluir los resultados de tests y exámenes complementarios.
- 9) Conclusión:
 Diagnóstico y caracterización psicológica del individuo y su grupo. Responder específicamente a los objetivos del estudio (por ejemplo, en el caso de selección de personal, orientación vocacional, informe escolar, etc.).
- 10) Posibilidad pronóstica.
- 11) Posible orientación:
 Nuevos exámenes
 Forma de subsanar
 Aliviar u orientar al entrevistado, según el motivo de estudio.

EJEMPLOS DE CÓMO REGISTRAR BIBLIOGRAFÍA: DEL FORMATO O ESTILO A. P. A. – ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICÓLOGOS

DESCRIPCION DE BIBLIOGRAFIA

La bibliografía es una lista alfabética de libros y otras fuentes consultadas que fueron examinadas durante la preparación de una investigación o un trabajo realizado. Sin embargo, el orden de la información y puntuación, varía de acuerdo con el tipo de publicación y formatos o estilos.

- * EJEMPLO DE UN LIBRO CON UN AUTOR, ESTILO A. P. A.
 Harrsch, C. (1983). El psicólogo ¿qué hace? México: Alambra
- EJEMPLO DE UN LIBRO CON DOS AUTORES, ESTILO A. P. A.
 Padrini, F. y Lucheroni, M. T. (1996). El gran libro de los aceites esenciales. Barcelona: De Vecchi.
- EJEMPLO DE UN LIBRO CON TRES AUTORES, OCTAVA EDICIÓN, ESTILO A. P. A

Seltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. (1976). Métodos de investigación en las relaciones sociales (8a. ed.). Madrid: Rialp.

- EJEMPLO DE UN LIBRO CON MÁS DE TRES AUTORES, ESTILO A. P. A.
Alpiner, Jerome G., Amon, Carol F., Gibson, Joy C. y Sheehy, Patti. (1993). Háblame. México: Editorial Médica Panamericana
- EJEMPLO DE UN LIBRO CON MÁS DE TRES AUTORES, ESTILO A. P. A.
Alpiner, Jerome G., Amon, Carol F., Gibson, Joy C. y Sheehy, Patti. (1993). Háblame. México: Editorial Médica Panamericana
- NOTA PARA LIBROS:
 - *Cuando una fuente de información es publicado por una corporación y no trae Autor, se toma la corporación como el Autor principal
 - Si no se conoce el Autor y solo menciona el título de la fuente, se registra bajo título de la fuente
 - Si se trata de un compilador o compiladores, se registra, así:
Ardilla, R. (Comp.) o (Comps.).
 - Si se trata de un editor, se registra así:
Ardilla, R. (Ed.)
 - Si la fuente de información es en inglés, la edición se registra, así:
(2nd. ed.).
- EJEMPLO DE UN ARTÍCULO PUBLICADO EN UNA REVISTA CON UN AUTOR, ESTILO A. P. A.
Ibáñez Brambila, B. (1984). Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista Mexicana de Psicología, 1 (8), 72-78.
- EJEMPLO DE UNA TESIS, ESTILO A. P. A.
Ramírez García, Mónica (2004). Violencia en relaciones de pareja y conductas autodestructivas en mujeres. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Iberoamericana, Puebla
- EJEMPLO DE UNA PONENCIA, CONFERENCIA, CONGRESO O REUNIÓN, ESTILO A. P. A.
Odriozola Urbina, A. (1987, Mayo). Impacto del enfoque centrado en la persona en el noroeste del país. Ponencia presentada en el homenaje Póstumo; Carl R. Rogers: Vida y Obra. Universidad Iberoamericana, México, D. F.
- EJEMPLO DE UN ARTÍCULO DE UNA SECCIÓN DE PERIÓDICO, ESTILO A. P. A.
Acosta, J. (2000. 19 de marzo). Otra vez los antioxidantes. El Universal, pp. 3-10
- EJEMPLO DE UN ARTÍCULO DE UN ABSTRACT, ESTILO A. P. A.
Krishnamoni, D., y Jain, S. C. (1983). Pregnancy in teenagers: A coparative study. Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 8(4), 202-207.

- EJEMPLO DE DIAPOSITIVA, ESTILO A. P. A.
Lavanchy, Silvia. (1983). Como el niño de 0 a 12 años conoce el mundo. [diapositiva]. Santiago: Promav, 80 diapositivas.
- EJEMPLO DE UN CASSETTE, ESTILO A. P. A.
Druker, Peter F. (1980). Dirección dinámica de empresas [cassette]. New Jersey: International Business Institute, 1 cassette (30 min.).
- EJEMPLO DE UN VIDEO, ESTILO A. P. A.
Federación Internacional para la Planificación (Productor) y C. F. Larson (Director). (1976). La vuelta completa [Película]. Londres: Vision Associates
- EJEMPLO DE UN LIBRO CONSULTADO ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A.
Hernández, M. E. (1998). Parque Nacional Canaima. [en línea]. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Disponible en: <http://cenamb.rect.ucv.ve/siamaz/dicciona/canaima/canaima2.htm>[2003, 15 de agosto].
- EJEMPLO DE UN LIBRO SIN AUTOR CONSULTADO ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A.
Neuroscience and Olfaction (1999). [en línea]. Lyon: CNRS-EPRESA 5020. Disponible en: [//olfac.univ-lyon1.fr/olfac/servolf/servolf.htm](http://olfac.univ-lyon1.fr/olfac/servolf/servolf.htm) [2002, 18 de mayo].
- EJEMPLO DE UNA BASE DE DATOS CONSULTADO ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A.
Centro de Investigación y Documentación Científica (1999, 19 de enero). [base de datos]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en: <http://www.cindoc.csic.es/prod/psedisoc.htm> [2002, 4 de febrero].
- EJEMPLO DE UNA PUBLICACIÓN PERIÓDICA CONSULTADA ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A.
Ciencia Digital (2002). [en línea]. No.35 Disponible en: <http://www.cienciadigital.net/agosto2002/index.html> [2004, 19 octubre].
- EJEMPLO DE UN ARTÍCULO CONSULTADO EN UNA PUBLICACIÓN PERIÓDICA ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A.
Pereira, J. E. (2002, mayo). Apostando al futuro. RELI [en línea], No.85. Disponible en: <http://www.reli.org> [2002, 5 de julio].
Ejemplo de un Artículo consultado en el DOF de México electrónicamente, estilo A. P. A.
Diario Oficial de la Federación de México (2004, 29 enero). Manual de procedimientos para la importación y exportación de vida silvestre, productos y subproductos forestales. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [en

línea]. Disponible en: <http://www.semarnat.gob.mx/dof/enero04.shtml> [2004, 3 agosto] .

- EJEMPLO DE UNA LEY DE MÉXICO CONSULTADA ELECTRÓNICAMENTE, ESTILO A. P. A
Ley Agraria (2004, 11 octubre). [en línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/> [2004, 18 de octubre].
- EJEMPLO DE UN CORREO ELECTRÓNICO, ESTILO A. P. A
Mario Vargas (mvargas@cantv.net) (2004, 15 de septiembre). Reservación para el Congreso de Reingeniería. Correo electrónico enviado a: Hotel Holman (Holman2000@cantv.net).

GLOSARIO CONCEPTOS RELACIONADOS CON LAS DEFICIENCIAS. CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA A ABULIA

Falta de voluntad. Incapacidad patológica para tomar decisiones y ejecutarlas.

ACALCULIA

Incapacidad para contar o para efectuar operaciones aritméticas.

ACONDROPLASIA

Trastorno del crecimiento caracterizado por una talla baja no proporcionada, con brazos y piernas cortas, en relación a cabeza y tronco perfectamente normales. Es un defecto congénito debido a la falta de desarrollo del cartílago de crecimiento de los huesos largos de las extremidades. El desarrollo mental y sexual es completamente normal.

Los varones pueden llegar a medir 1,30 a 1,35 m máximo y las mujeres 1,24 a 1,26 m.

Se pueden presentar además desviaciones de columna, aumento del perímetro craneal, manos en tridente y extremidades cortas y arqueadas.

La causa es desconocida, ocasionalmente hereditaria. En el 90% de los casos, los padres y hermanos son normales y un varón acondroplásico tiene un 50% de posibilidades de que sus hijos también lo sean.

No existe ningún tratamiento farmacológico en la actualidad que modifique la talla. Mediante cirugía se consiguen

alargamientos de las extremidades superiores e inferiores con un aumento de talla total de 30 a 35 cm.

Preventivamente se recomienda consejo genético.

ACROMEGALIA

Enfermedad crónica, de origen prácticamente desconocido, que consiste en la segregación masiva de la hormona GH.

Provoca un crecimiento corporal desproporcionado: aumento de la altura, manos y pies grandes.

Además, a los afectados les crecen las mandíbulas, se acentúan las cejas y los rasgos de la zona orbital; la lengua se agranda y el tabique nasal aumenta, lo que causa dificultades en el habla y en la respiración. Todos estos cambios físicos se van produciendo de forma lenta (el proceso puede durar entre 4 o 5 años) lo que hace que tarde en detectarse.

Además de estas transformaciones físicas, la persona tiene síntomas de malestar comunes como cefaleas, hipersudoración, dolores articulares y debilidad muscular.

Las soluciones empleadas para el tratamiento de esta enfermedad son la microcirugía y los fármacos, aunque ambos presentan complicaciones e inconvenientes.

AFASIA

Disminución de la capacidad de comprender y/o de expresarse a través del lenguaje hablado o escrito, a causa de una lesión o enfermedad en las áreas del lenguaje del cerebro.

AFONÍA

Perdida total o parcial de la voz como consecuencia de la dificultad para usar las cuerdas vocales.

AGNOSIA

Incapacidad parcial o total para reconocer objetos, personas u otros estímulos sensoriales, a causa de la imposibilidad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas.

AGRAFIA

Falta de capacidad total o parcial para expresar las ideas por escrito a causa de lesión o disfunción cerebral.

AGRAMATISMO

Incapacidad de formar palabras idiomáticamente correctas. También, aunque impropriamente, se dice cuando la persona produce un habla de carácter telegráfico (suprimiendo preposiciones, artículos, conjunciones...)

ALERGIA

Reacción anormal del organismo frente a ciertas sustancias denominadas alérgenos, que pueden producir erupciones en la piel, alteraciones respiratorias o neurológicas, etc.

ALGESIA

Sensibilidad al dolor.

ALITERACIÓN

Trastorno del lenguaje que consiste en la repetición de una serie de sonidos acústicamente semejantes en una palabra o enunciado. Al hablar, la persona elige las palabras en función de su similitud fónica y no del posible significado

ALOCINESIA

Trastorno de la movilidad que consiste en mover un miembro al querer utilizar el simétrico.

ALOLALIA

Alteración del lenguaje oral, a causa de lesiones del sistema nervioso central.

ALUCINACIÓN

Percepción ilusoria en la que la persona cree ver, oír o sentir cosas que realmente no existen.

ALZHEIMER, ENFERMEDAD DE

Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas. Es la causa más frecuente de todas las demencias, produciendo un deterioro de todas las funciones cognitivas.

Existen cada vez más evidencias de que tiene una base genética, pero es la edad el principal factor que aumenta el riesgo.

Los síntomas iniciales más frecuentes son: pérdida de la memoria de cosas recientes (se le olvida lo que acaba de decir, lo que acaba de ocurrir, etc.), de la capacidad de concentración, del interés por las cosas; tendencia al aislamiento y a la desorientación. En una siguiente fase no puede entender instrucciones fáciles, se pierde en la calle, en casa; se vuelve irritable, se aísla; pueden aparecer problemas de comportamiento, como agresividad o gritos, puede esconder las cosas o acusar a los demás. Finalmente pueden aparecer problemas para comer por sí mismo o para reconocerse en el espejo.

En la fase final el paciente se muestra incapaz de andar (y realiza la vida de la cama al sillón); tiene incontinencia de

esfínteres y se va desconectando casi completamente del medio que le rodea, llevando una vida prácticamente vegetativa. Posteriormente es incapaz de tragar líquidos y sólidos por lo que suele necesitar una sonda para hidratarse y alimentarse. La muerte sobreviene en esta fase, generalmente como resultado de una infección.

Actualmente no existe tratamiento, pero se pueden paliar los síntomas y mejorar el cuidado y la calidad de vida del enfermo y de la familia.

AMBLIOPIA

Debilidad o disminución de la vista sin lesión orgánica del ojo. Puede deberse a intoxicación, trastornos del metabolismo o a causas congénitas.

AMIOTONIA

Ausencia o disminución del tono muscular.

AMIOTROFIA ESPINAL

La amiotrofia espinal es una degeneración de las células de la medula espinal que provoca una parálisis. Esta parálisis es más grave cuando aparece en los primeros meses de vida. Cuando aparece en los dos primeros años de vida se caracteriza por una gran debilidad muscular que les impide mantenerse sentados, se trata de la enfermedad de Werdnig-Hoffmann. Si aparece de los 2 a los 17 años de vida se caracteriza por dificultades para la marcha o para levantarse del suelo, es el síndrome de Kugelberg-Welander, y su evolución es menos grave.

Se trata de una enfermedad genética hereditaria, no contagiosa, para la que no existe curación; aunque con el descubrimiento del gen que causa esta enfermedad se abren esperanzadoras perspectivas para el diagnóstico en las primeras semanas de embarazo.

AMNESIA

Pérdida parcial o total de la memoria. Puede ser debida a problemas vasculares, psíquicos y a diferentes lesiones cerebrales.

AMNIOCENTESIS

Es una prueba que se realiza para conocer posibles deficiencias cromosómicas. Se trata de la punción del amnios (membrana que envuelve el embrión, creando en su interior una cavidad llena del llamado líquido amniótico). Mediante esta punción se extraen de 10 a 15 centímetros cúbicos de líquido amniótico entre las semanas 14a y 16a de gestación, para su posterior análisis.

AMPUTAR

Cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o parte de él.

ANABOLISMO

Fase del metabolismo en la que los principios inmediatos se combinan entre sí para convertirse en compuestos más complejos. Es un proceso que se realiza a nivel celular donde el organismo asimila los alimentos ingeridos y los convierte en materia viva.

ANABOLIZANTE

Es la sustancia de tipo sintético que estimula el anabolismo.

ANALGESIA

Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad.

ANALGÉSICO

Medicamento o droga que produce analgesia.

ANAMNESIS

Acción previa a cualquier estudio clínico o psicosocial que trata de recoger todos los datos personales, hereditarios, familiares y del entorno del enfermo o de la persona con deficiencia, anteriores a la enfermedad o a la situación de deficiencia.

ANEMIA

Enfermedad causada por la disminución de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina en los mismos.

ANENCEFALIA

Desarrollo anormal del feto que se caracteriza por la ausencia de los huesos craneales y por la atrofia del cerebro.

ANESTESIA

Pérdida total o parcial de la sensibilidad. Puede estar producida artificialmente por la acción de ciertas drogas o por traumatismos o enfermedades.

ANESTÉSICO

Sustancia que causa la anestesia.

ANEURISMA

Ensanchamiento patológico de un vaso sanguíneo producido por la dilatación de las paredes de una arteria o vena.

ANIRIDIA

Enfermedad visual congénita y hereditaria cuya primera manifestación es la falta (o la presencia muy rudimentaria) del iris. Los afectados presentan una gran pupila central negra, a veces rodeada por una leve franja coloreada.

Esta disfunción del globo ocular puede provocar posteriormente múltiples alteraciones oftalmológicas tales como: nistagmus (movimiento pendular del ojo), cataratas (opacidad del cristalino), glaucoma, (la más alarmante, pues con frecuencia concluye en ceguera) y la degeneración visual.

Se considera una enfermedad congénita porque afecta al desarrollo embrionario del ojo y su causa es hereditaria por lesión en un gen (el Pax 6). Esta mutación génica puede afectar también a los riñones (tumor de Wilms), acompañarse de retraso mental (síndrome de

Gillespie) o de alteraciones génito-urinarias (síndrome de Wagr), así como de problemas en la coordinación motriz.

Las nuevas técnicas que pueden utilizarse actualmente para atajar las enfermedades oculares asociadas a la aniridia son los implantes de lente y anillos con iris artificial, las lentes intraoculares magnificadoras de la baja visión o el uso de avanzadas técnicas que aportan una imagen virtual.

ANGIOGRAFÍA

Imagen radiográfica de los vasos sanguíneos llenos, con un líquido de contraste.

ANGIOMA

Tumor de carácter benigno formado por acumulación de tejido conjuntivo en los vasos sanguíneos y linfáticos.

ANOMALÍA

Anormalidad, irregularidad, alteración orgánica, congénita o adquirida.

ANOMIA

Dificultad para encontrar las palabras, especialmente el nombre de los objetos.

ANOMÍA

Incapacidad para orientar el comportamiento social.

ANOREXIA

Pérdida anormal del apetito. Es la situación en la que, existiendo las condiciones fisiológicas para provocar el hambre, no se desencadena la conducta de comer.

ANOSMIA

Ausencia del sentido del olfato.

ANOSOGNOSIA

Incapacidad de una persona para reconocer una enfermedad o defecto que tiene ella misma.

ANOXIA

Disminución o ausencia de oxígeno en los tejidos.

ANQUILODACTILIA

Malformación congénita que consiste en que los dedos de las manos y de los pies se encuentran unidos por una membrana o, en los casos más graves, se encuentran fundidos por el propio hueso.

ANQUILOGLOSIA

Imposibilidad de mover la lengua hacia arriba por atrofia o reducido tamaño del frenillo, que la obliga a permanecer pegada a la parte inferior de la boca.

ANQUILOSIS / ANQUILOSAMIENTO

Imposibilidad de movimiento de una articulación normalmente móvil.

ANSIEDAD

Estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío,... o patológica, que caracteriza a diferentes trastornos psíquicos.

ANSIOIOLÍTICO

Fármaco que disminuye el estado de ansiedad.

ANTIBIÓTICO

Sustancia química capaz de detener el desarrollo, o causar la muerte, de ciertos microorganismos patógenos.

ANTICOAGULANTE

Sustancia que impide o retrasa la coagulación de la sangre.

ANTICONCEPTIVO

Medio o práctica que impide a la mujer quedar embarazada.

ANTICONVULSIVO(S)

Fármaco(s) que se utilizan en el tratamiento de las convulsiones.

ANTROPOMETRÍA

Estudio de las proporciones y medidas del ser humano.

APATÍA

Alteración de la afectividad que produce indolencia, dejadez, falta de vigor o de energía. Se caracteriza por un estado de indiferencia frente a las personas o los acontecimientos y por la alteración de su capacidad de expresión afectiva.

APOPLEJÍA

Suspensión súbita, más o menos total de la función cerebral (pérdida de conciencia, motilidad y sensibilidad), a causa de accidentes cerebrovasculares.

APRAXIA

Incapacidad para realizar movimientos voluntarios (en presencia de sensibilidad y tono muscular normales), debida a una falta de coordinación a causa de una lesión cerebral.

ARRITMIA

Irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón.

ARTERIOESCLEROSIS

Endurecimiento de las arterias a causa de la formación de depósitos grasos que impiden el paso de la sangre.

ARTICULACIÓN

Unión de un hueso u órgano esquelético con otro.

ARTRITIS

Inflamación dolorosa de las articulaciones.

ARTRITIS

REUMATOIDE

Enfermedad reumática que consiste en la inflamación de la membrana sinovial, que es una lamina que envuelve a las articulaciones. Esta inflamación es crónica y casi siempre progresiva, y lleva a la destrucción de las articulaciones con deformidad, anquilosis y, en definitiva, incapacidad para realizar su función. Las articulaciones más afectadas son las (pequeñas) de los dedos de manos y pies, las muñecas, rodillas, tobillos, y a veces columna cervical. Afecta con más frecuencia a las mujeres y suele comenzar a los 35-45 años. Además de las articulaciones, a veces se afectan, la pleura, el pulmón, la piel y otros tejidos.

Aunque no hay tratamiento curativo, los fármacos utilizados pueden controlar en muchos casos la evolución de la enfermedad.

ARTROGRIPOSIS

Enfermedad congénita de causa desconocida caracterizada por un desarrollo deficiente de la musculatura esquelética asociada con contractura simétrica y múltiple de las articulaciones. No es progresiva.

ARTROSIS

Las superficies articulares de los huesos resbalan entre sí gracias al cartílago articular. La degeneración de este cartílago es el paso inicial de la artrosis, que llevara a la deformación o desgaste de la articulación. La artrosis suele afectar a múltiples articulaciones sobre todo las de las manos, rodillas, caderas y columna cervical y lumbar. Los síntomas principales son dolor a la movilización y dificultad para el movimiento. El diagnóstico se hace con radiografía y el tratamiento con calmantes y fisioterapia. La cirugía puede ayudar en casos avanzados que afectan a cadera y rodilla, y en estos casos la técnica es reemplazar la articulación afectada por una prótesis de material sintético.

ASIMBOLIA

Incapacidad patológica para la comprensión simbólica.

ASINERGIA

Dificultad para realizar movimiento coordinados. Si su causa es una lesión en el cerebelo se habla de asinergia cerebelosa.

ASINTACTISMO

Alteración del lenguaje que se caracteriza por modificaciones de la estructura correcta de la frase, que es sustituida por formas sintácticas inadecuadas.

ASOMATOGNOSIA

Incapacidad para reconocer, diferenciar e integrar las distintas partes del esquema corporal. Suele estar asociada a lesiones en el lóbulo parietal.

ASTENIA

Cansancio, pérdida del entusiasmo y disminución de impulsos que derivan en una fatigabilidad física y mental.

ASTIGMATISMO

Defecto óptico del ojo y de las lentes, por el cual los rayos refractados no se juntan en un mismo punto, generalmente debido a la curvatura imperfecta de la córnea o la lente.

En el ojo humano se manifiesta por una disminución de la agudeza visual y se corrige con lentes cilíndricas.

ATAXIA DE FRIEDREICH

Trastorno neurológico que afecta a la coordinación de los movimientos voluntarios y dificulta las contracciones musculares reflejas necesarias para mantener la postura erguida.

Es un trastorno neuromuscular de origen genético recesivo en el que se produce una lenta y progresiva pérdida de funciones de algunas partes del sistema nervioso: fibras de la medula espinal, cerebelo, tronco cerebral, nervios periféricos y sistema piramidal. Como resultado de esto, funciones como la coordinación, sensibilidad y en menor medida la fuerza (tono) entre otras, se ven afectadas de una forma parsimoniosa pero inexorable, dificultando la actividad muscular tanto esquelética como lisa. La inteligencia no se ve afectada de modo alguno.

Los Síntomas suelen aparecer alrededor de la pubertad (entre los 4 y los 15 años), aunque excepcionalmente hay formas de comienzo más temprana (18 meses) y más tardía (25 años). Su detección es difícil hasta que no aparecen los primeros síntomas, pues a los ojos de la familia o amigos puede parecer un niño torpe o menos ágil que los demás. Por lo tanto es necesaria, tras la sospecha médica, la realización de un conjunto de pruebas y tests neurológicos.

El cuadro completo incluye incapacidad progresiva para mantener la bipedestación y el equilibrio, dificultad para la realización coordinada de movimientos, hipotonía o debilidad muscular, dificultad para hablar, con palabra escandida (ritmo anormal del habla). Hay también alteración de la sensibilidad posicional y vibratoria.

La columna vertebral puede estar afectada (cifoescoliosis) y el pie estar curvado (pie cavo). A veces coexiste miocardiopatía.

Se trata de un desorden genético, una mutación en el ADN. Recientes estudios de genética molecular han determinado que el gen mutante responsable de la Ataxia de Friederich se

halla localizado en el cromosoma 9. Las células de algunas áreas del sistema nervioso son afectadas por esa mutación, lo que desemboca en la elaboración de una proteína anómala y, por lo tanto, en una función anormal.

No existe tratamiento medico global para todo el conjunto de enfermedades o trastornos que puede acarrear la Ataxia de Friederich, aunque sí existe tratamiento específico, de carácter preventivo y sintomático, para algunas de ellas.

ATENCIÓN

Función mental por la que nos concentramos en un instante cualquiera en algo (un objeto o ciertas características del ambiente), ignorando o percibiendo difusamente lo demás.

ATETOSIS

Trastorno de origen nervioso caracterizado por movimientos continuos involuntarios, bastante lentos y extravagantes, principalmente de dedos y manos.

ATONÍA

Falta de tono y de vigor, o debilidad de los tejidos orgánicos, particularmente de los músculos.

ATRESIA

Malformación congénita que consiste en la ausencia o carencia de un orificio natural (esofágico, anal, vías biliares, etc.).

ATROFIA

Disminución en el desarrollo o volumen de un órgano u otra parte del cuerpo.

ATROFIA MUSCULAR

Reducción del volumen de la masa muscular, acompañada de perdida de fuerza o ausencia total de contracción.

AUDÍFONO

Aparato destinado a personas sordas que amplifica y mejora los sonidos.

AUDIOGRAMA

Gráfico que representa el grado de agudeza del oído de un individuo.

AUDIOMETRÍA

Conjunto de técnicas que permiten conocer la audición de un individuo.

Se usan para ello los audímetros, aparatos que emiten una serie de sonidos a diversas intensidades y frecuencias para con ello poder determinar los umbrales de audición.

AUTISMO

Trastorno mental caracterizado por el aislamiento del individuo ante cualquier acontecimiento del entorno. Presentan principalmente los siguientes rasgos:

- Dificultades para desarrollar relaciones con los demás desde el nacimiento.
- Alteraciones graves del lenguaje (mutismo, retraso en la adquisición del lenguaje verbal, uso no comunicativo de la palabra, ecolalia diferida. inversión pronominal).
- Juegos repetitivos y estereotipados.
- Insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambios.
- Ausencia de imaginación.
- Facilidad para aprender de memoria (sólo en algunos casos).
- Apariencia física normal.

AUTOSOMATOGNOSIA

Sensación de poseer todavía un miembro que ha sido amputado.

AUXOPATÍA

Trastorno del crecimiento, ya sea por causas innatas o adquiridas.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA B

BALANCEO

Conducta caracterizada por movimientos del cuerpo hacia delante y hacia atrás, de forma repetitiva y estereotipada.

BALBUCEO

Fase del desarrollo del lenguaje que tiene lugar de los 5 a los 10-11 meses y que consiste en la pronunciación espontánea y repetida de fonemas y sonidos con una finalidad tanto lúdica como madurativa.

BOCIO

Aumento del tamaño de la glándula tiroides, situada en la parte anteroinferior del cuello. La mayoría de las veces se debe a que por diversos motivos (falta de yodo en la dieta, defectos congénitos sustancias bociógenas, etc.) el tiroides trabaja mal y fabrica poca hormona tiroidea y esto se compensa con el crecimiento, haciendo una glándula más grande. Este mecanismo a veces es suficiente y la función es normal, pero a veces ni siquiera siendo más grande consigue funcionar con normalidad.

También puede ser causa de bocio la presencia de tumores o quistes, o la existencia de un estímulo para la fabricación de mayor cantidad de hormona, como es el caso del hipertiroidismo.

BRAQUIDACTILIA

Anomalía del desarrollo caracterizada por la reducción del tamaño de uno o más dedos de las manos o de los pies.

BULIMIA

Trastorno de la conducta que se caracteriza por un apetito excesivo e insaciable que genera un consumo exagerado de alimentos y que producirá una inevitable obesidad.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA C

CACOFONÍA

Defecto del lenguaje que consiste en la repetición de unas mismas letras o sílabas que genera un sonido desagradable, al constituir una combinación inarmónica de los elementos acústicos de la palabra

CATABOLISMO

Fase destructiva del metabolismo celular opuesta al anabolismo.

CATALEPSIA

Estado nervioso patológico en el que se suspenden las sensaciones y se inmoviliza el cuerpo en cualquier postura, por antinatural e incómoda que resulte.

CATARATA

Opacidad del cristalino del ojo, causada por una especie de telilla que impide el paso de los rayos luminosos y produce pérdida de visión.

CEGUERA

Pérdida total de la visión, debida a daños producidos en los ojos o en la parte del sistema nervioso encargada de procesar la información visual por traumatismos, enfermedades, desnutrición o defectos congénitos.

CIFOSIS

Encorvadura defectuosa de la columna vertebral, de convexidad posterior. Suele ocurrir en la parte alta de la espalda dando lugar a lo que se conoce de forma vulgar como chepa o joroba.

CLAUSTROFOBIA

Sensación de angustia producida por la permanencia en lugares cerrados.

COGNICIÓN

Capacidad para recibir, recordar, comprender, organizar y usar la información recogida por los sentidos.

COMA

Estado patológico, reversible o no, caracterizado por una pérdida de conciencia y por una ausencia de respuesta frente a los estímulos externos, pero con la conservación de las funciones respiratoria y circulatoria.

CONCENTRACIÓN

Capacidad para mantener la atención en una tarea.

CONFUSIÓN

Estado de desorientación. Se caracteriza por un comportamiento que no es adecuado para la situación.

CONGÉNITO

Término muy empleado que hace referencia al conjunto de caracteres con los que nace un individuo, normales o patológicos, aplicándose tanto a los determinados genéticamente (hereditarios) como a los adquiridos durante su desarrollo en el útero.

CONTRACTURA

Contracción involuntaria, duradera o permanente, de uno o más grupos musculares.

CONTUSIÓN CEREBRAL

Lesión vascular que produce magulladura, edema y hemorragia de los capilares.

COREA DE HUNTINGTON

Es una enfermedad neurológica progresiva y hereditaria que afecta tanto a hombres como a mujeres. Se estima que afecta a una de cada 10.000 personas.

Los síntomas, que varían de unos individuos a otros, aparecen generalmente entre los 30 y los 45 años, de una manera progresiva: espasmos musculares, marcados cambios de personalidad (depresión-euforia), fallos en la memoria, alteración del lenguaje, sofocación, dificultad en la deglución, inestabilidad en la marcha, etc.

En definitiva, se trata de un cuadro de demencia de inicio precoz que en los estadios avanzados no se diferencia de la demencia de tipo Alzheimer. Además se acompaña desde el principio de movimientos anormales (corea) y posturas distónicas.

En 1993 se encontró el gen responsable de la enfermedad de Huntington que produce un cambio en la forma de las proteínas que causara la muerte neuronal mediante un mecanismo aún desconocido.

Todavía no hay tratamiento efectivo o curativo, solamente se pueden utilizar tratamientos paliativos que reduzcan los síntomas de la enfermedad.

CROMOSOMOPATÍAS

Grupo de enfermedades relacionadas con las variaciones numéricas, de estructura o combinadas en la población normal de los cromosomas.

SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL

También llamado Síndrome de Martin & Bell, es la primera causa de retraso mental hereditario. Se trata de un síndrome desconocido para la población en general, y no bien conocido por la mayoría de profesionales relacionados con la salud y la educación. Su diagnóstico suele ser tardío y a veces erróneo (a menudo se confunde con el autismo). En 1992 se desarrolló un test basado en el ADN para diagnosticar tanto a portadores como a afectados por este síndrome.

Las características físicas típicas que presentan las personas con Cromosoma X frágil son: cara alargada, orejas grandes y/o separadas, estrabismo, paladar ojival, laxitud articular y prolapso de la válvula mitral, (regurgitación de la sangre a través de la válvula durante la sístole). Estos rasgos no están presentes en todos los casos ni con la misma intensidad.

Así, las mujeres son menos fáciles de identificar por estos rasgos físicos.

Las características de conducta más frecuentes en los varones son: hiperactividad, trastornos de atención, timidez extrema, evitación de la mirada, lenguaje repetitivo, estereotipias con aleteos o morderse la mano, angustia, hipersensibilidad a los estímulos, resistencia a los cambios, etc. En las mujeres: angustia, timidez y dificultades en áreas como las matemáticas.

Hoy por hoy, no existe un tratamiento médico curativo, pero sí tratamientos paliativos de alguno de sus síntomas. Por una parte tratamiento médico, de cara a mejorar determinados problemas físicos y, por otra parte, educativo, adaptado a las necesidades y habilidades de cada individuo. Ambos han de comenzar lo antes posible.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA D

DACTILOGRAFÍA

Escritura en la mano. Método de comunicación en sordos y en sordociegos que consiste en dibujar las letras con un dedo sobre la palma de la mano (en el caso de sordociegos) o en el aire o en una superficie cualquiera en el caso de sordos.

DACTILOLOGÍA

Sistema de comunicación para personas sordas que utiliza distintas posiciones de la mano, cada una de las cuales representa una letra.

Este sistema se utiliza en personas sordociegas colocando la mano con la letra configurada sobre la palma de la mano de la persona sordociega.

DALTONISMO

Anomalia congénita que consiste en la imposibilidad de distinguir ciertos colores, en especial el rojo y el verde.

DECUBITO

Posición que toman las personas o animales cuando se echan en el suelo.

Decúbito supino: el cuerpo descansa sobre la espalda.

Decúbito prono: el cuerpo descansa boca abajo.

Decúbito lateral: el cuerpo descansa de costado (izquierdo o derecho).

DEFICIENCIA

Para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada por la OMS en 1980, y desde el punto de vista de la salud "una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

DEGENERACIÓN Cerebral Y MUSCULAR

Alteración patológica con afectación gradual, generalmente simétrica y progresiva, que destruye el tejido cerebral y muscular y cuya etiología hasta ahora no es conocida.

La mayoría depende de factores genéticos, ya que se observa en varios miembros de una misma familia.

DEMENCIA

Estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo.

DEMENCIA SENIL

Este concepto ya no se acepta, pues se piensa que la vejez, por sí misma, no es causa de demencia. Sí que es verdad que las enfermedades que la causan (Alzheimer, arteriosclerosis, etc.) son más frecuentes en la edad avanzada; pero el envejecimiento, aunque causa lo que se llama olvido senil benigno, no lleva por sí mismo a la demencia.

DEPRESIÓN

Trastorno de la afectividad caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica y pérdida de interés por las ocupaciones habituales.

DESAJUSTE

Falta de adaptación o de acomodación de una persona a su medio.

DESARROLLO, TRASTORNOS DEL

Anomalías en las pautas normales del proceso evolutivo del niño.

DESMIELINIZACIÓN

Dstrucción de la mielina.

DESNUTRICIÓN

Estado de debilidad del organismo a causa de la falta o escasez de ciertos elementos esenciales de la alimentación (vitaminas, calorías, sales minerales, etc.)

DETECCIÓN PRECOZ

Identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial, o la constatación de la sintomatología que la hace presumible, en el momento más próximo a aquel en que la deficiencia se manifiesta, con el objetivo de adoptar todas las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

DIASQUISIS

Tipo especial de conmoción que sigue a las lesiones cerebrales en las cuales, las áreas conectadas con el área dañada muestran una interrupción transitoria de la función.

DICROMATISMO

Anomalia congénita de la visión cromática caracterizada por la ausencia de uno de los tres receptores retinianos fundamentales para la visión del color (rojo, azul y verde) que impide la percepción de uno de estos colores.

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Alteraciones que dificultan la adquisición y utilización del lenguaje, la lectura, la escritura, el razonamiento o las habilidades matemáticas debidas a una disfunción del sistema nervioso central y no a otras causas psicoafectivas o socio-ambientales.

DIPLOPIA

Defecto de la visión caracterizado por la percepción doble de los objetos.

DISARTRIA

Dificultad para articular palabras a consecuencia de una alteración neuromuscular.

DISCALCULIA

Dificultad para calcular o resolver operaciones aritméticas y para adquirir los conocimientos matemáticos básicos. No guarda relación con el nivel mental, con el método de enseñanza utilizado, ni con trastornos afectivos.

DISCAPACIDAD

Según la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDIM), publicada en 1980, una discapacidad "es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

DISCINESIA

Presencia de movimientos involuntarios o incapacidad de controlar los movimientos voluntarios.

DISCRIMINACIÓN SOCIAL

Trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales. biopsicológicos, de edad, etc.

DISESTESIA

Trastorno de la sensibilidad, especialmente del tacto.

DISFAGIA

Dificultad o imposibilidad de tragar.

DISFASIA

Trastorno producido por anomalías de la percepción y de la organización del lenguaje.

Es un grado moderado de afasia.

DISFEMIA

Trastorno del habla con perturbaciones en la fluidez y en el ritmo (por ejemplo la tartamudez, el balbuceo, etc.)

DISFONÍA

Cualquier trastorno de la fonación (por ejemplo la ronquera).

DISFRASIA

Incoordinación de las palabras o de la expresión oral de las ideas, con normalidad de los órganos fonadores.

DISFUNCIÓN

Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica.

DISGENESIA

Cualquier anomalía o defecto del desarrollo.

DISGLOSIA

Trastorno del habla consistente en la incorrecta articulación de sonidos debido a causas orgánicas, como la malformación de algún órgano bucal.

DISGRAFÍA

Trastorno de aprendizaje que dificulta o imposibilita escribir correctamente.

DISINERGIA

Imposibilidad para ejecutar movimientos coordinados.

DISLEXIA

Dificultad en el aprendizaje de la lectura y escritura.

DISORTOGRAFÍA

Dificultad para reproducir las grafías de las palabras.

DISPLASIA

Alteración del desarrollo de ciertos tejidos del organismo, que da lugar a malformaciones.

DISPRAXIA

Deterioro motriz generalizado o circunscrito a determinadas habilidades (dibujo, escritura, etc.)

DISTENSIÓN MUSCULAR

Estiramiento o tensión violenta de un músculo.

DISTOCIA

Parto laborioso o difícil.

DISTONÍA

Anomalía o trastorno en el tono o tensión de un músculo, un tejido, o un órgano.

DISTROFIA

Trastorno de la nutrición de un órgano o tejido que afecta al crecimiento y al funcionamiento del mismo.

DISTROFIA**MUSCULAR**

Grupo de enfermedades en las que aparece una degradación de la masa muscular independiente de su inervación (sin afectación del sistema nervioso). Las distrofias musculares progresivas son un grupo de enfermedades de origen genético. Se produce una alteración enzimática que, a su vez, impide mantener una estructura diferenciada de las fibras musculares a lo largo de su existencia. Los músculos van perdiendo progresivamente efectividad en su fuerza contractil y esto es lo que da lugar a los síntomas que presenta el enfermo. A veces las fibras musculares son sustituidas por otro tejido no contractil (adiposidad) y la masa muscular no aparece reducida de volumen, sino falsamente aumentada (pseudohipertrofias) .

DOLOR

Sensación de malestar en una parte del cuerpo debida a causas externas o internas.

DOMINANCIA CEREBRAL/DOMINANCIA HEMISFERICA

El control de la mayoría de las formas de conducta aprendidas por el hombre recae preferentemente en uno de los hemisferios cerebrales. Aproximadamente el 90% de los adultos usan más hábilmente la mano derecha. En ellos el hemisferio cerebral dominante es el izquierdo, pues son los centros motores de este lado los que controlan el movimiento de

la mano derecha; en tanto que se considera que en los zurdos el hemisferio derecho es dominante, para los movimientos de más precisión y habilidad de la mano.

DOMINANCIA GENÉTICA

Predominio de la acción en un factor de herencia (gen) sobre la de su alternativo (llamado recesivo), enmascarando u ocultando sus efectos. El carácter hereditario dominante es el que se manifiesta en el fenotipo (conjunto de las propiedades manifiestas en un individuo).

DROGA(S)

Toda sustancia química capaz de afectar las funciones fisiológicas o psíquicas de los seres vivos. Puede crear algún tipo de hábito o dependencia en quien la consume.

DOWN,

SINDROME

DE

Alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas (trisomía 21). Las madres de edad avanzada tienen más posibilidades de tener un hijo con este trastorno.

Ocasiona un retraso mental que varía desde leve a grave y se asocia además con características faciales propias: estatura baja y cabeza pequeña, redondeada; frente inclinada; orejas de implantación baja; ojos sesgados arriba y afuera, boca abierta, lengua grande y fisurada, dedos meñiques cortos y curvados hacia adentro; manos anchas con surco transversal en la palma.

A veces se detectan anomalías congénitas del corazón, en el tabique que separa los lados izquierdo y derecho. En algún caso aparece hacia los 40 años demencia prematura tipo Alzheimer.

DUCHENNE, ENFERMEDAD DE

Es una enfermedad degenerativa de los músculos, que se debilitan progresivamente evolucionando hacia una parálisis total.

Afecta, salvo raras excepciones, únicamente a los varones y se transmite hereditariamente. Las madres son portadoras de una anomalía genética en uno de sus cromosomas X; si tienen un niño hay un 50% de tener la enfermedad, si es una niña tiene un 50% de ser portadora.

Es una enfermedad sin curación que se manifiesta a los dos o tres años de vida. El niño tropieza, tiene dificultades para subir escaleras y para ponerse de pie. Todos estos síntomas ponen sobre aviso. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante el examen clínico, historia familiar, valores de enzimas musculares, biopsia muscular, etc.

Se pueden realizar tratamientos paliativos que permitan limitar los efectos de la enfermedad, como fisioterapia, cirugía ortopédica, aparatos ortopédicos, y sobre todo asistencia respiratoria.

Cuando ya ha aparecido la enfermedad se puede, recurriendo al consejo genético y al diagnóstico prenatal prevenir sucesivos casos.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA E ECOCINESIA

Imitación automática de las acciones que se ven realizar, como levantar los brazos, cruzar las piernas, doblar un papel, etc.

ECOGRAFÍA

Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo humano mediante ultrasonidos cuyo eco, al ser reflejado por los distintos órganos, se recoge en una pantalla. Se utiliza entre otros campos, en el seguimiento de embarazos.

ECOLALIA

Repetición involuntaria y constante de una sílaba, palabra o frase escuchada anteriormente.

ECOPRAXIA

Repetición mimética de los gestos realizados por un interlocutor.

EDEMA

Inflamación de una parte del cuerpo debida a la acumulación de líquido.

EDIPO, COMPLEJO DE

Concepto creado por Freud para denominar la atracción sexual que los niños entre tres y cinco años sienten hacia la madre.

EGOCENTRISMO

Exagerada exaltación de la propia personalidad, en la que la persona aparece siempre hablando de sí mismo, sobrevalorándose y despreciando las cualidades de los demás, hasta considerarse como centro de la atención y actividades generales.

ELECTRA, COMPLEJO DE

Término introducido por Jung, que designa la atracción erótica que la niña siente hacia su padre en determinada etapa de su desarrollo.

ELECTROCARDIOGRAFÍA

Estudio de la actividad eléctrica del corazón mediante un instrumento llamado electrocardiógrafo, que a través de una serie de electrodos colocados en el pecho del paciente, capta los impulsos eléctricos del corazón y transmite señales a unas agujas que trazan un gráfico sobre una cinta de papel que se desplaza a una velocidad constante. También puede ser digital, en ese caso la señal se transmite a un ordenador.

ELECTROCARDIOGRAMA

Gráfico obtenido por el electrocardiógrafo. Permite diagnosticar determinadas enfermedades cardiacas.

ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

Gráfico obtenido por el electroencefalógrafo, instrumento que registra la actividad eléctrica del cerebro, mediante la colocación de electrodos en el cuero cabelludo.

A partir de este gráfico pueden ser diagnosticadas algunas enfermedades cerebrales como las epilepsias.

ELECTROMIOGRAFÍA

Procedimiento para registrar la actividad eléctrica de los músculos esqueléticos.

EMBOLIA

Obstrucción en las vías circulatorias que origina lesiones isquémicas.

Si se produce en el cerebro, provoca accidentes cerebrovasculares y, en el corazón, infartos de miocardio.

EMBRIOPATÍA

Alteración del desarrollo embrionario, producida antes de que se hayan formado los órganos mayores y de haberse determinado las características externas importantes; es decir, antes de la novena semana de vida intrauterina.

ENANISMO

Alteración del crecimiento caracterizada por un deficiente desarrollo de la estatura con respecto a la talla media propia de la raza, sexo y edad a la que el individuo pertenece. Se considera de talla baja a todo niño cuya edad estatural es inferior en 2 años a la talla mínima correspondiente a su edad cronológica, o aquel individuo que a los 25 años de edad no alcanza los 110-130 cm de altura.

ENCEFALITIS

Inflamación del parénquima cerebral y de las meninges circundantes a causa de una enfermedad infecciosa. Si también esta inflamada la medula espinal se trata de una encefalomielitis.

ENCEFALOPATÍA

Cualquier enfermedad o trastorno del encéfalo (y especialmente del cerebro).

ENCOPRESIS

Eliminación de heces en lugares no adecuados según el ambiente sociocultural del individuo, sin causa orgánica.

ENDEMIAS

Enfermedad que existe habitualmente en épocas fijas en un país o una comarca determinadas.

ENDOCRINOPATÍA

Afecciones de las glándulas endocrinas o glándulas de secreción interna.

ENDOGAMIA

Fecundación entre individuos emparentados genéticamente.

ENDÓGENO

Que se origina o nace en el interior o en virtud de causas internas.

ENURESIS

Trastorno que consiste en la emisión involuntaria y repetida de orina en edades en las que debería existir un control de esfínteres.

ENZIMA

Sustancia proteínica que producen las células vivas y que actúa como catalizador de los procesos del metabolismo. Es específica para cada reacción o grupo de reacciones.

EPIDEMIA

Enfermedad que por alguna temporada afecta a un pueblo o comarca, padeciéndola simultáneamente un gran número de personas.

EPIDERMOLISIS BULLOSA

Es una enfermedad hereditaria cuya característica principal es la formación de ampollas a partir de un ligero roce, e incluso sin motivo aparente. Estas ampollas aparecen tanto en la piel como en las membranas mucosas (boca, esófago, faringe, estómago, intestino, vías respiratorias y urinarias e interior de los párpados y las córneas). No es una enfermedad infecciosa, ni contagiosa. No afecta al cerebro ni a los procesos mentales.

No existe curación pero hay que aplicar un continuo tratamiento a base de curas diarias, una alimentación especial, prótesis en los dedos que se van curvando a causa de las heridas, e incluso intervenciones quirúrgicas.

EPILEPSIA

Es una afección crónica caracterizada por crisis recurrentes, debida a una descarga eléctrica excesiva de determinadas neuronas cerebrales.

Una crisis epiléptica es una crisis cerebral que obedece a la descarga excesiva y sincrónica de una agrupación neuronal. Las formas más severas de ataques epilépticos se caracterizan por una caída brusca al suelo con pérdida de conocimiento, color morado de la piel, rigidez muscular, mordedura de la lengua con aumento de salivación y emisión de orina y convulsiones de las cuatro extremidades.

Existen tratamientos médicos mediante diferentes grupos de fármacos y, en los casos más graves, se recurre incluso a intervenciones quirúrgicas.

ERGONOMÍA

Ciencia que estudia las relaciones entre el hombre y la actividad que realiza.

Trata de adaptar las condiciones del trabajo a las características físicas, psicológicas y fisiológicas del trabajador.

ESCARLATINA

Enfermedad infecciosa que afecta fundamentalmente a los niños, causada por un estreptococo hemolítico que se manifiesta por fiebre brusca y alta, erupción cutánea de color escarlata e inflamación de la garganta y amígdalas.

ESCLEROSIS

Endurecimiento anormal de un tejido u órgano debido principalmente al excesivo desarrollo del tejido conjuntivo.

La más conocida es la de las arterias arterioesclerosis.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Es la forma más frecuente de enfermedades de las motoneuronas (neuronas motoras superiores de la corteza motora del cerebro y neuronas motoras inferiores del asta anterior de la medula espinal). Se caracteriza por debilidad y atrofia muscular, hiperreflexia y espasticidad, afectando primero una extremidad y extendiéndose luego al resto. Otras características son: fatiga, labilidad emocional, depresión, ansiedad, insomnio, estreñimiento, dolores óseos y musculares y dificultades respiratorias.

Puede darse en cualquier momento de la edad adulta, siendo la edad promedio los 55 años. Los hombres están más afectados que las mujeres, en una proporción de 3 a 2.

No existe un test específico para diagnosticar la Esclerosis Lateral Amiotrófica y la causa es todavía desconocida.

No existe un tratamiento curativo, pero si se pueden aplicar tratamientos paliativos que mejoren la capacidad muscular, el movimiento articular o la capacidad respiratoria.

ESCLEROSIS EN PLACAS/ESCLEROSIS MULTIPLE

La Esclerosis Múltiple (E.M.) es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la medula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

Las fibras nerviosas sanas están recubiertas por una sustancia grasa denominada mielina que las aísla y protege, ayudando al correcto flujo de los mensajes. En la E.M., la mielina queda destruida en ciertas zonas, siendo sustituida por un tejido endurecido (esclera) que distorsiona e incluso puede llegar a impedir la transmisión de los mensajes.

La enfermedad se presenta normalmente entre las edades de 20 a 40 años y rara vez antes de los 15 o después de los 50, siendo el número de mujeres afectadas algo mayor que el de los hombres.

Los síntomas varían mucho entre individuos y en la misma persona, en épocas distintas. Los siguientes síntomas pueden indicar la existencia de E.M., pero también pueden serlo de otras enfermedades, por lo que siempre se debe acudir al médico en busca de diagnóstico:

Problemas de visión

- Dificultad para el habla
- Parálisis total o parcial de cualquier parte del cuerpo
- Debilidad extrema o fatiga anormal.
- Temblor de manos
- Pérdida de coordinación
- Pérdida de control de la vejiga o del intestino
- Sensación de entumecimiento y hormigueo
- Inestabilidad y pérdida del equilibrio
- Dificultad para levantar los pies, que arrastran al andar

No existe tratamiento que pueda curar la enfermedad, aunque sí tratamientos paliativos; se recomienda un mantenimiento de la salud en general, permaneciendo activos, con una dieta adecuada y descanso suficiente.

ESCLEROSIS

TUBEROSA

El nombre de esta enfermedad le viene dado por el parecido que guardan con tubérculos las masas calcificadas del cerebro. Masas que se asientan alrededor de los ventrículos cerebrales.

En la Esclerosis Tuberosa son frecuentes los ataques epilépticos, en ocasiones la crisis pueden ser prolongadas originadas por infecciones o fiebre elevada y se requiere un tratamiento urgente.

Las lesiones cerebrales existentes pueden repercutir en un retraso mental que será más profundo en aquellas personas que hayan sufrido muchas crisis epilépticas. La hiperactividad y el autismo son frecuentes en los casos más graves.

El signo cutáneo más corriente son manchas blancas despigmentadas en miembros y tronco, y a medida que el niño va creciendo aparecen con mayor frecuencia angiofibromas faciales y zonas de piel rugosa. También los riñones pueden verse afectados por quistes, lo que reviste un carácter más grave, por que aunque sean benignos constituyen una emergencia si sangran.

ESCOLIOSIS

Desviación lateral y permanente de la columna vertebral, puede ser congénita o adquirida.

ESCOTOMA

Área de ceguera parcial o completa dentro de los límites de un campo visual normal .

ESCRITURA EN ESPEJO

Escritura que es solamente legible frente a un espejo.

ESFÍNTERES, CONTROL DE

Proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos relacionados con la micción y la defecación, que tiene lugar generalmente durante la infancia.

El control de la micción se realiza en torno a los tres años, y el de la defecación hacia los dos años y medio.

ESPASMO

Contracción involuntaria de los músculos.

ESPASTICIDAD

Aumento excesivo del tono muscular, que causa una mayor resistencia a los movimientos pasivos.

ESPINA

BÍFIDA

Se trata de una anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales. Es decir, la columna esta " abierta" en un punto específico localizado entre el cráneo, región occipital y la región sacrílega de la columna, generalmente en la línea media posterior.

Todos estos defectos del desarrollo aparecen por influencias desconocidas, durante la vida del embrión, precisamente cuando se están formando la columna, la medula y sus cubiertas (aproximadamente en la segunda o tercera semana de gestación). Se presenta con bastante frecuencia, un caso de cada 1.000 nacimientos, aunque esta cifra puede variar.

La espina bífida no afecta a la inteligencia, al menos no de forma directa. Tampoco es una enfermedad contagiosa y afecta con independencia del sexo, tanto a niños como a niñas. Gracias a los avances de estos últimos años en procedimientos e instrumentos de diagnóstico es posible la detección prenatal de la E.B., aproximadamente, en el segundo trimestre del embarazo.

Los trastornos principales, que en líneas generales pueden aparecer son: Dificultad o incapacidad para la marcha. Deformaciones esqueléticas de columna, articulaciones y pies, predisposición a úlceras por decúbito. Problemas de control intestinal y urinario.

La hidrocefalia es un trastorno asociado a la E.B. que se da con mucha frecuencia (se calcula en un 85%). Si bien la relación entre estas dos anomalías no ha sido clarificada todavía. No está muy claro cuál es la causa que desencadena la E.B. Parece ser que radica en una predisposición genética del embrión y una serie de factores externos que actúan de manera combinada. No existe un tratamiento capaz de resolver todas las complicaciones que pueden sobrevenir de esta enfermedad, pues se desconocen los factores que la causan, y en consecuencia, no se puede actuar sobre ellos. Sin embargo, es posible prevenir su aparición gracias a la toma por parte de la futura madre de ácido fólico desde la época preconcepcional, al consejo genético y al diagnóstico prenatal. Y, si aparece, los conocimientos actuales de la medicina, cirugía, órtesis..., permiten controlar las dificultades y complicaciones que se pueden presentar y que, en otro tiempo, ponían seriamente en peligro la vida del niño.

ESQUIZOFRENIA

Enfermedad mental del grupo de la psicosis, de carácter grave, caracterizada por la escisión de la personalidad, trastornos del pensamiento (delirios, alucinaciones) y pérdida de contacto con la realidad. Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión.

Afecta al 1% de la población y aun no se conocen las causas que la desencadenan. Entre los factores que se apuntan como responsables están las alteraciones en la química del cerebro y la predisposición genética.

El tratamiento se realiza combinando la toma de fármacos neurolépticos con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar.

ESTEREOGNOSIA

Capacidad para reconocer la configuración espacial de los objetos por medio del tacto.

ESTEREOTIPIA

Repetición involuntaria de expresiones verbales, gestos y movimientos, que tienen lugar en algunas enfermedades psiquiátricas y neurológicas.

ESTEREOTIPO

Idea simplificada y comúnmente admitida que se tiene acerca de alguien o de algo.

ESTERILIDAD

Incapacidad de un ser vivo para reproducirse, ya sea debido a causas fisiológicas, cromosómicas o patológicas.

ESTRABISMO

Disposición anómala de los ojos por la que los dos ejes visuales no se dirigen a la vez al mismo punto de enfoque.

ETIOLOGÍA

Estudio de las causas de las enfermedades.

EUFORIA

Alegría y bienestar desproporcionados a la situación.

EUTANASIA

Acción de provocar la muerte a un enfermo incurable para evitarle dolores y sufrimiento o una larga agonía.

EUTIMIA

Estado de sosiego y paz.

EXHIBICIONISMO

Alteración de la conducta sexual que consiste en mostrar a otras personas los órganos genitales para obtener placer sexual.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA F**FÁRMACO**

Sustancia o preparado que sirve para aliviar o curar el dolor o la enfermedad.

FÁRMACO ANTICOAGULANTE

Fármaco que ayuda a mejorar la circulación de la sangre y disminuye el riesgo de formación de coágulos en el flujo sanguíneo.

FÁRMACO ANTICONVULSIVO

Fármaco destinado a combatir las convulsiones o los ataques epilépticos.

FÁRMACO NEUROLÉPTICO

Fármaco que tiene una acción antipsicótica que afecta fundamentalmente a la actividad psicomotora y que generalmente no presenta efectos hipnóticos.

FENILCETONURIA

Enfermedad hereditaria causada por un defecto metabólico (carencia de fenilalanina hidroxilasa).

Afecta a la maduración cerebral provocando por ello deficiencia mental.

FIBROSIS QUÍSTICA

Enfermedad hereditaria, con una evolución crónica, para la que no hay tratamiento en el momento actual.

Puede aparecer desde la más temprana infancia, afectando a los sistemas respiratorio, digestivo y reproductor. El organismo produce un moco muy viscoso que taponan las vías respiratorias, dificultando la respiración y ocasionando graves infecciones. También bloquea los conductos del páncreas, haciendo difícil la asimilación del alimento, produciendo malnutrición y un desarrollo anormal.

Se manifiesta en uno de cada 2.500 nacimientos.

Por el desconocimiento de la enfermedad, faltan muchos casos por diagnosticar o están mal diagnosticados. El análisis del sudor es la forma más sencilla de diagnosticarla, midiendo la cantidad de sal contenida en él. Un nivel alto indica que puede padecer Fibrosis Quística.

Todavía no hay cura, se está investigando en terapia génica. Como tratamiento se recomienda una combinación de fisioterapia respiratoria, antibióticos y ejercicio físico para mantener los pulmones lo más limpios posible. Para paliar las dificultades en la asimilación de los alimentos se utilizan compuestos enzimáticos en cada comida, así como vitaminas y suplementos calóricos.

FISIOTERAPIA

Método curativo de enfermedades o deficiencias físicas mediante el uso de formas mecánicas (masajes, gimnasia), eléctricas (radiaciones), térmica, etc. y energía natural (sol, aire, luz).

FÍSTULA

Conducto anormal, ulcerado y estrecho que se abre en la piel o en las membranas mucosas y pone en comunicación un órgano o el interior del cuerpo con el exterior, o bien dos órganos entre sí.

FISURA

Hendidura o fractura longitudinal en un hueso.

FISURA PALATAL /FISURA PALATINA

Malformación congénita que consiste en una hendidura o cierre defectuoso del paladar.

FLEBITIS

Inflamación de las venas que puede producir su obstrucción (tromboflebitis).

Cuando afecta a las venas superficiales, especialmente de las piernas, se llaman varices.

FOBIA

Temor irracional muy intenso, angustioso y obsesivo, a determinadas personas, cosas o situaciones. Se emplea frecuentemente como sufijo: hidrofobia, claustrofobia, etc.

FONACIÓN

Emisión de voz o articulación de la palabra.

FONATORIOS, TRASTORNOS

Alteraciones de la voz.

FONIATRÍA

Parte de la medicina que se ocupa de los defectos de la fonación.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA G GENÉTICA, DOTACIÓN

Conjunto de genes que están presentes en el núcleo celular, en los cromosomas, y que contienen y transmiten información de los progenitores a los descendientes.

GENOTIPO

Conjunto de la información genética de un organismo, heredada de sus padres y contenida en los cromosomas.

GIGANTISMO

Enfermedad que consiste en un aumento excesivo del tamaño del cuerpo.

GLAUCOMA

Enfermedad de los ojos, a causa del aumento de los líquido interiores del globo ocular, que produce atrofia de la retina y del nervio óptico, pérdida de visión, dolores intensos y vómitos.

GNOSIA

Conocimiento a partir de las impresiones suministradas por los órganos sensoriales.

GONOSOMOPATÍA

Alteración de los gonosomas o cromosomas sexuales.

GRAFOESTESIA

Sensibilidad cutánea mediante la que se reconocen los signos trazados sobre la piel.

GRAFOLOGÍA

Método que estudia la personalidad a través de la escritura.

GUILLAIN-BARRÉ, SÍNDROME DE

Síndrome neurológico que afecta a los nervios periféricos, raíces nerviosas y meninges. Se caracteriza por causar trastornos motores graves (debilidad muscular o parálisis progresivas que comienzan en los miembros inferiores y ascienden afectando a los músculos del tronco y a las extremidades superiores), alteraciones sensitivas leves y aumento de los niveles de albúmina en el líquido céfalo-raquídeo.

Su duración es variable, entre semanas y meses, y la curación puede llegar a ser completa. Se desconocen las causas que lo producen.

Su mayor peligro es la parálisis respiratoria y la parada cardíaca, que ocurre raramente.

GUTURAL

Sonidos emitidos por la garganta.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA H**HÁBITO(S)**

Modo de proceder adquirido por repetición de actos iguales, a través del aprendizaje u originado por tendencias instintivas.

HABLA

Utilización de un código o sistema común llamado lengua.

HABLA, TRASTORNOS DEL

Todas las perturbaciones que dificultan el habla (la expresión lingüística).

HEMIANOPSIA

Ceguera en la mitad del campo visual debido a una alteración en el sistema nervioso encargado de procesar la información visual.

HEMIAPRAXIA

Falta de coordinación o precisión de los movimientos de uno de los dos lados del cuerpo.

HEMIPARESIA

Disminución de la fuerza muscular que afecta a una parte del cuerpo. (Es un grado inferior a la hemiplejía).

HEMIPLEJÍA

Parálisis de todo un lado del cuerpo.

HEMODIÁLISIS

Técnica terapéutica que consiste en realizar una diálisis o depuración exterior de la sangre por medio de un riñón artificial.

HEMOFILIA

Enfermedad congénita hereditaria que consiste en la dificultad de coagulación de la sangre, por lo que las hemorragias, incluso las muy pequeñas, pueden ser muy peligrosas. Esta causada por un gen recesivo que se encuentra en el cromosoma X.

Las mujeres no padecen la enfermedad pero la transmiten a los varones. Para detener la hemorragia en los hemofílicos es necesario realizar transfusiones o inyectar plasma que contenga el factor de coagulación que le falta.

HEMOGLOBINA Pigmento rojo contenido en los hematíes que hace posible el transporte del oxígeno.

HEMOLISIS Destrucción de los glóbulos rojos (hematíes) de la sangre, con la consiguiente liberación de hemoglobina y otras sustancias.

HEMORRAGIA Salida en gran cantidad de la sangre de los vasos sanguíneos. Puede ser externa (si sale fuera del organismo), o interna.

HEMOSTASIA Contención de la hemorragia de forma espontánea o por medios terapéuticos.

HEREDOATAXIA Afección hereditaria con trastorno de la marcha de tipo atáxico (V. ATAXIA). Se describen dos formas: a) heredoataxia espinal o enfermedad de Friedreich, con lesiones degenerativas en cordones posteriores y laterales de la medula espinal; b) heredoataxia cerebelosa o enfermedad de Pierre Marie, con afectación fundamentalmente cerebelosa.

HEREDOPATÍA

Enfermedad hereditaria, es decir, que se transmite de padres a hijos debido a alteraciones en los genes o en los cromosomas.

HERENCIA

Transmisión a través del material genético contenido en el núcleo celular, de las características anatómicas, fisiológicas, etc. de un ser vivo a sus descendientes.

HIDROCEFALIA

Enfermedad hereditaria o adquirida caracterizada por el aumento patológico del líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal. Se caracteriza por el mayor tamaño de la cabeza, sobre todo si se da en niños. Puede acompañarse de trastornos neurológicos, sensoriales o motores, debido a la mayor presión intracraneal que produce el aumento de líquido.

HIDROTERAPIA

Utilización del agua como tratamiento de determinadas enfermedades o dolencias.

HIPERACTIVIDAD

Alteración de la conducta infantil que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño.

HIPERACUSIA

Aumento de la agudeza auditiva. A veces acompañada de dolor.

HIPERCINESIA

Movilidad excesiva.

HIPERGLUCEMIA

Aumento excesivo del azúcar en la sangre.

HIPERMETROPÍA

Defecto de la visión en el que se perciben confusamente los objetos próximos por formarse la imagen más allá de la retina.

HIPERPLASIA

Excesiva multiplicación de células normales en un órgano o tejido.

HIPERTENSIÓN

Presión excesivamente alta de la sangre en el aparato circulatorio.

HIPERTERMIA

Aumento anormal de la temperatura del cuerpo.

HIPERTIROIDISMO

Trastornos originados por la actividad excesiva de la glándula tiroides.

HIPERTONÍA

Aumento exagerado del tono muscular.

HIPERTROFIA

Excesivo aumento en el volumen de un órgano.

HIPOACUSIA

Disminución de la sensibilidad auditiva.

HIPOCONDRIA

Estado de ansiedad debido a la preocupación excesiva, angustiosa e infundada, por la propia salud.

HIPOGLUCEMIA

Disminución de la cantidad normal de azúcar contenida en la sangre.

HIPOPLASIA

Alteración que impide que un órgano, o un tejido, llegue a su completa formación.

HIPOTERMIA

Disminución anormal de la temperatura del cuerpo.

HIPOTIMIA

Disminución anormal del tono afectivo.

HIPOTIROIDISMO

Trastornos originados por la actividad deficiente de la glándula tiroides.

HIPOTONÍA Tono muscular inferior al normal.

HIPOTROFIA Alteración en el desarrollo de un órgano o tejido.

HISTERIA Trastorno psíquico encuadrado en el grupo de las neurosis, caracterizado por respuestas emocionales agudas en situaciones de ansiedad. Los síntomas son muy variables: simples tics, vómitos, amnesia, lágrimas y risas incontrolables, parálisis, etc.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA I

ICTERICIA Signo clínico producido por la acumulación de pigmentos biliares en la sangre y cuya señal exterior más perceptible es la amarillez de la piel y las conjuntivas.

IDENTIDAD Sentido del yo que proporciona una unidad a la personalidad a lo largo del tiempo.

IDEOGRAFÍA Representación de una idea por medio de símbolos o signos.

IDEOGRAMA Signo que representa una idea, o en ciertos sistemas de escritura, un morfema. una palabra o una frase determinadas.

IDIOGLOSI Lenguaje desordenado e irregular de un niño, con la incorporación de vocablos inexistentes.

IDIOLALIA

Lenguaje inventado por un individuo caracterizado por metáforas personales, simbolismo subjetivo, alteraciones fónicas y sintácticas, etc.

IDIOPATÍA

Enfermedad no derivada de ninguna otra, cuyas causas no son conocidas.

Se usa como sinónimo de enfermedad de causa desconocida.

IDIOSINCRASIA

Índole del carácter y temperamento de cada individuo, por la cual se distingue de los demás.

IMPULSIVIDAD

Reacción sin reflexión, de forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias.

INCONTINENCIA

Incapacidad para controlar la orina o la defecación.

INCONSCIENCIA

Estado de una persona que ha perdido el conocimiento.

INFECCIÓN

Enfermedad causada por un microorganismo (virus, bacteria, protozoo), que puede transmitirse a los individuos directa o indirectamente.

INHIBICIÓN

Perturbación del curso normal de las actividades corporales o psíquicas (pensamiento, conducta, movimiento, etc.) por diversas causas, como miedo, sentimiento de culpabilidad, de inferioridad, etc.

INMOVILIDAD

Incapacidad de movimiento.

INMUNIDAD

Capacidad que tienen, o adquieren, algunas personas de no padecer una determinada enfermedad.

INSENSIBLE

Que no tiene, o ha perdido, sensibilidad.

INTOXICACIÓN

Entrada en el organismo de sustancias venenosas capaces de provocar alteraciones patológicas.

INTRAUTERINO, DAÑO

Enfermedad o daño que se puede producir en el feto dentro del útero.

INTROVERSIÓN

Característica de la personalidad cuyo rasgo fundamental es la tendencia a concentrarse en su propio mundo interior, resultándoles difícil relacionarse con otras personas.

ISQUEMIA

Trastorno circulatorio por el que se interrumpe el riego sanguíneo de un órgano o tejido.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA J**JACOB-CREUTZFELDT, ENFERMEDAD DE**

Esta enfermedad esta producida por agentes que, hasta hace poco, se llamaban "virus lentos" y que hoy se sabe que no son virus sino material proteináceo infectivo que se han denominado priones.

Se presenta en todos países y su incidencia se calcula en uno o dos casos por cada millón de habitantes por año.

Es frecuente (15%), la presentación familiar de dos o más casos, de lo que puede deducirse una exposición común al agente infeccioso o a un factor extrínseco desconocido que produce una activación de la agresividad de un virus ya existente, pero en fase de infectividad latente. También se sospecha de una susceptibilidad genética cuando los casos aparecen en varias generaciones de una misma familia.

En el 90% de los casos afecta a personas de entre 40 y 70 años, tanto hombres como mujeres.

La enfermedad se manifiesta de modo progresivo. Se inicia con alteraciones leves de carácter psíquico (desatención, confusión, modificación de hábitos de comportamiento, etc.) que rápidamente conducen a una franca demencia.

Los enfermos tienen múltiples mioclonías y otras formas de convulsiones. Finalmente aparecen parálisis, rigideces y mutismo, seguidos de un desenlace fatal en todos los casos.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA K

KINESIOLOGÍA O QUINESIOLOGÍA

Procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

KINESITERAPIA O QUINESITERAPIA

Tratamiento terapéutico por medio de movimientos activos o pasivos de todo el cuerpo o de algunas de sus partes.

KLINEFELTER, SÍNDROME DE

Trastorno del desarrollo sexual debido a una anomalía genética que afecta a los varones y que consiste en una atrofia de los testículos y esterilidad, también puede causar dificultades de aprendizaje y deficiencia mental.

Se debe a una alteración cromosómica en el par 23, consistente en que en lugar de dos cromosomas sexuales XY, presentan tres XXY.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA L

LABIO LEPORINO

Malformación congénita del labio superior que adopta un aspecto semejante al de la liebre. Puede o no acompañarse de paladar hendido.

LAFORA, ENFERMEDAD DE

Se trata de una epilepsia mioclónica progresiva, caracterizada por crisis epilépticas y sacudidas involuntarias de los brazos y piernas (mioclonías), cuyos primeros síntomas aparecen entre los 10 y los 17 años. Sucesivamente se va produciendo un gran deterioro

neurológico que afecta a las funciones intelectuales (demencia) y los movimientos (ataxia). En su fase terminal sufren otras muchas complicaciones como infecciones, flemas y dificultades de la deglución.

No existe posibilidad de curación, únicamente se pueden ofrecer tratamientos paliativos.

Se hereda siguiendo un patrón autosómico recesivo y la prevalencia es de orden de un caso por cada 2 millones de nacimientos.

LALEO

Etapas anteriores a la utilización del lenguaje, que se caracteriza por la emisión de sonidos vocálicos por el niño.

LARINGOTOMÍA

Operación consistente en abrir la laringe para extraer un cuerpo extraño o extirpar un tumor.

LARINGUECTOMÍA

Extirpar toda o parte de la laringe, mediante una intervención quirúrgica.

LATENCIA

Periodo de incubación de una enfermedad. Intervalo de tiempo que media entre la presentación del estímulo y el inicio de la respuesta.

LA TOURETTE, SÍNDROME DE GILLES DE

Es una enfermedad neurológica caracterizada por espasmos musculares involuntarios llamados tics motores y por la emisión de sonidos incontrolables y palabras inapropiadas que se llaman tics verbales. Comienzan entre los 2 y los 15 años y tienen un carácter crónico, estando el sexo masculino tres veces más afectado que el femenino.

Parece que la causa es una anomalía química en los neurotransmisores a través de los cuales el cerebro regula el movimiento y la conducta.

No es un trastorno degenerativo y el tratamiento se realiza a través de determinados fármacos.

LECTURA LABIAL

Destreza para leer observando los movimientos de los labios.

LENGUAJE DE SIGNOS ESPAÑOL (L.S.E.)

Lengua utilizada por las personas sordas españolas.

Consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función comunicativa.

LESIÓN CEREBRAL

Alteración en el tejido cerebral, producto de accidente vascular, traumatismo, enfermedad o proceso degenerativo.

LOGOPEDIA

Reeducación y tratamiento de los trastornos del lenguaje.

LORDOSIS

Alteración de la curvatura normal de la columna vertebral.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA M

MACROCEFALIA

Cabeza desproporcionadamente grande con relación al cuerpo.

MALFORMACIÓN

Alteración o deformidad de nacimiento en alguna parte del organismo.

MANÍA

Trastorno mental caracterizado por una excitación psíquica, agitación y euforia desproporcionada.

MARFAN, SÍNDROME DE

Síndrome congénito cuyas causas no son bien conocidas y que produce alteraciones del esqueleto (miembros alargados), ojos, corazón (válvulas malformadas) y aparato circulatorio (arte-riopatía aórtica, aneurisma disecante). También pueden tener deficiencia mental más o menos acentuada. No existe curación pero se pueden aplicar tratamientos médicos y quirúrgicos paliativos.

MASOQUISMO

Disfrute con el propio sufrimiento.

MAULLIDO DE GATO, SÍNDROME DEL

También conocido como "Cri du Chat", nombre que le dieron sus descubridores en París, en 1963, tras estudiar los casos de niñas con retraso mental, rasgos faciales similares y lloro parecido al maullido de un gato. Se incluye en la categoría de anomalías estructurales cromosómicas; en este caso debido a deficiencias en el brazo corto del cromosoma 5. Como cualquier alteración cromosómica, conlleva un retraso psicofísico. Las personas afectadas por este síndrome presentan un retraso mental severo o profundo, microcefalia, cara redonda y nariz corta (ambas se van alargando en la adolescencia), mandíbula pequeña

(apiñamiento de los dientes que afecta a la mordida); además tienen a menudo infecciones respiratorias o de oídos.

Las alteraciones psicofísicas pueden descender en gran medida con la estimulación temprana y con un adecuado seguimiento en el logro de habilidades de autonomía personal y social.

MELANCOLÍA

Tendencia a la tristeza.

En la psicosis maniaco depresiva, estado de pesimismo, abatimiento y falta de estímulos afectivos.

MENINGE(S)

Cada una de las membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal.

MENINGITIS

Inflamación de las meninges. El termino incluye un conjunto de afecciones patológicas de diversa etiología, entre las que destaca en primer lugar la meningitis cerebroespinal epidémica provocada por el meningococo, que penetra en el organismo a través de las vías aéreas superiores. La enfermedad aparece de manera aguda con fiebre, vómitos, cefalea, rigidez en el cuello, convulsiones, alteraciones psíquicas y delirio pudiendo afectar en todas las edades, pero sobre todo a niños.

Con tratamiento adecuado se suele curar aunque en un porcentaje variable; según el tipo de agente infeccioso, pueden quedar secuelas neurológicas como sordera, déficit mental o motor, etc.

METABOLISMO

Conjunto de reacciones químicas que se dan en las células vivas. Pueden ser de síntesis (anabolismo) o de análisis (catabolismo).

METABOLOPATÍA(S)

Enfermedades producidas por una alteración en el proceso metabólico.

MIASTENIA

Es una enfermedad neuromuscular provocada por un mal funcionamiento de las defensas del organismo, que se dirigen contra la propia persona. Se caracteriza por la debilidad y fatigabilidad anormal de los músculos. La evolución es muy variable; en los casos más graves puede afectar a los músculos respiratorios y de la deglución provocando incluso la muerte.

No es hereditaria (aunque puede ser que haya una predisposición a desarrollarla) ni por supuesto contagiosa. La mayor proporción de casos se da en mujeres de entre 20 y 40 años

y varones mayores de 40. La causa es un trastorno de transmisión del nervio al músculo por una alteración de la acetilcolina. Tanto el uno como el otro están sanos, pero una estructura dependiente del músculo especializada en recibir los estímulos nerviosos (la placa motora), esta alterada a causa del mal funcionamiento de las defensas del organismo.

Los síntomas son diferentes de una persona a otra, e incluso en la misma persona pueden variar en poco tiempo. Los más habituales son: caída involuntaria de los párpados, visión doble, voz nasal, dificultad para masticar, tragar, andar, levantar los brazos o respirar. Estos síntomas se pueden agravar con la actividad física, las emociones, la falta de sueño y las infecciones.

Actualmente la miastenia no tiene curación, sólo existen algunos tratamientos para controlar los síntomas.

MICROCEFALIA

Cabeza desproporcionadamente pequeña con relación al cuerpo.

MICROPSIA

Alteración de la visión en la que se perciben los objetos de menor tamaño que el real.

MIDRIASIS

Dilatación de la pupila.

MIELINA

Sustancia grasa que recubre el eje de las fibras nerviosas. Su función es aumentar la velocidad de transmisión del impulso nervioso.

MIELINIZACIÓN

Fenómeno por el cual algunas fibras nerviosas adquieren durante su desarrollo mielina.

En el embrión humano comienza en torno a la decimocuarta semana tras la fecundación.

MIELITIS TRANSVERSA

Inflamación de la médula espinal.

Suele llevar aparejada la pérdida de función, similar a la que ocurre en la rotura por traumatismos; es decir paraplejia o tetraplejia, si la lesión es alta.

MINUSVALÍA

Según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (CIDDM) publicada en 1980 por la OMS, una minusvalía "es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). "

MIOCLONÍA

Sacudidas involuntarias de los brazos y piernas.

MIOMA

Tumor formado por elementos musculares.

MIOPATÍA

Término genérico para definir las enfermedades musculares.

MIOPÍA

Defecto de la visión causado por la incapacidad del cristalino de enfocar correctamente los objetos lejanos, cuya imagen se forma delante de la retina y no sobre ella.

MIOTONÍA

Espasmo de los músculos que se produce al iniciarse un movimiento de los mismos.

MOEBIUS, SÍNDROME DE

Se trata de una extraña enfermedad de los nervios craneales que origina parálisis facial.

Las personas afectadas por este síndrome presentan ojos rasgados y son incapaces de mostrar sus emociones a través de los gestos faciales.

A los problemas relacionados con su aspecto suelen ir asociadas otras complicaciones físicas como son: malformaciones de la lengua, dificultades para succionar y tragar alimento, problemas de audición, pronunciación y sensibilidad ocular por falta de parpadeo... En algunas ocasiones pueden aparecer también problemas de desarrollo motor o malformaciones en las extremidades.

Algunas de estas características hacen que en algunos casos se diagnostique erróneamente retraso mental o parálisis cerebral.

Se desconoce el origen de esta enfermedad y no tiene cura. Para paliar algunos de los síntomas existen terapias de rehabilitación física y logopedia, así como técnicas quirúrgicas como la llamada cirugía de la sonrisa que permite desarrollar una sonrisa enlazando determinados nervios, o la que permite corregir el estrabismo, reconstrucciones plásticas, etc.

MOTILIDAD

Capacidad que tienen los seres vivos de moverse como respuesta a determinados estímulos.

MUCOPOLISACARIDOSIS

Son un grupo de trastornos hereditarios que se caracterizan por la acumulación de mucopolisacaridos (sustancia formada por la unión de numerosas moléculas de

carbohidratos o azúcares) que excepto en una de las formas, la de Hunter, todas se transmiten de forma autonómica recesiva.

Los niños son normales al nacer, apareciendo los primeros síntomas en el primero o segundo año de vida. Estos consisten en alteraciones de los huesos, ligamentos y articulaciones, que determinan deformaciones en miembros, tórax y columna vertebral.

Existen siete variedades de mucopolisacaridosis conocidas: Hunter, Hurler (la de mayor gravedad), MaroteauxLamy, Morquio, San Filippo, Scheie (la menos grave) y Sly

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA N

NECROSIS

Muerte de células o tejidos del organismo

NERVIO

Cada uno de los haces de fibra (axones) que conectan los centros nerviosos con las células receptoras y con los órganos efectores, conduciendo los impulsos nerviosos.

Constituyen el llamado sistema nervioso periférico

NEUMONÍA

Inflamación de los pulmones causada generalmente por infección bacteriana.

NEUMOPATÍA

Cualquiera de las enfermedades de los pulmones.

NEUMOTÓRAX

Presencia de aire o gas en la cavidad pleural.

NEURALGIA

Dolor continuo a lo largo de un nervio o de sus ramificaciones. Las más frecuentes son las que afectan al nervio de la cara (trigémino).

NEURASTENIA

Concepto actualmente en desuso, es una forma de neurosis caracterizada por síntomas psíquicos (tristeza, abatimiento, temor, pérdida de memoria, etc.) y físicos (cansancio, insomnio, irritabilidad, dolor de cabeza, etc.)

NEUROFIBROMATOSIS

Las neurofibromatosis son un grupo de enfermedades genéticas que se caracterizan por el

crecimiento de tumores a lo largo de varios tipos de nervios, que pueden afectar al desarrollo de otros tejidos tales como huesos y piel.

Se han descrito dos tipos de neurofibromatosis genéticamente diferentes:

NF1 o enfermedad de Von Recklinghausen, que se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: numerosas manchas color café con leche, neurofibromas, pecas en axilas o en ingles, glioma óptico, módulos de Lisch, o displasia de los huesos largos.

NF2 o neurofibromatosis bilateral acústica, tipo más raro y mucho más severo, que se caracteriza por la presencia de tumores en el octavo par de nervios craneales (nervios auditivos) y por otros tumores en el sistema nervioso central.

Los síntomas aparecen en la infancia o la adolescencia y tienen una expresión muy variable, en la actualidad no hay tratamiento curativo, sólo existen terapias que mejoran algunos de los síntomas.

La causa es una mutación genética (el gen de la NF1 se encuentra en el cromosoma 17 y el de la NF2 en el 22) y la frecuencia es en el NF1 de 1 de cada 3000 nacidos y en el NF2 de 1 de cada 50.000 nacidos.

NEURITIS

Inflamación de un nervio y de sus ramificaciones.

NEUROLOGÍA

Rama de la medicina que estudia el sistema nervioso.

NEURONA

Célula que produce y transmite el impulso fundamental del sistema nervioso.

NEUROPATÍA

Cualquiera de las enfermedades del sistema nervioso.

NEUROPSICOLOGÍA

Ciencia que estudia la relación entre la función cerebral y el comportamiento.

NEUROTRANSMISOR

Sustancia sintetizada por las neuronas del sistema nervioso que actúa como transmisor químico de la información nerviosa

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA O

OBESIDAD

Aumento patológico de la grasa del cuerpo, determinando un peso muy superior al normal.

OBNUBILACIÓN

Confusión mental que impide pensar con claridad.

OBSESIÓN

Idea, preocupación o deseo que no se puede quitar de la mente.

OFTALMIA

Inflamación del ojo.

ORTOFONÍA

Corrección de los defectos de la voz y de la pronunciación.

OSTEOPATÍA

Enfermedad de los huesos.

OSTEOPOROSIS

Perdida excesiva de calcio y otros componentes del hueso, lo que conduce a una disminución de su resistencia mecánica. El hueso se vuelve frágil y puede romperse con facilidad.

Es una enfermedad muy frecuente y las causas son diversas: el envejecimiento, una dieta pobre en calcio, los antecedentes familiares, la inmovilización prolongada, determinados medicamentos (como por ejemplo los corticoides) en usos prolongados, la caída brusca de estrógenos que se produce en las mujeres al llegar a la menopausia, (por ello las mujeres tienen hasta cuatro veces más riesgo de padecer osteoporosis que los hombres).

El mejor tratamiento es la prevención, conociendo las causas que la provocan y mediante una nutrición adecuada rica en calcio, mediante ejercicios suaves y el abandono del hábito de beber y fumar, además del tratamiento con estrógenos a mujeres que no pueden producirlos, y la ingesta de calcio, vitamina D, bifosfonatos, calcitonina y otros.

En este ámbito de la prevención, cuando la osteoporosis está presente, un objetivo fundamental es evitar las caídas que pueden provocar una fractura, que tendrá muy difícil curación.

OTITIS

Inflamación del oído.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA P

PAQUIDACTILIA

Engrosamiento de los dedos.

PARACENTESIS

Pinchazo que se realiza en el abdomen para extraer líquido.

PARACINESIA

Repetición involuntaria de gestos o movimientos corporales.

PARAFASIA

Trastorno del lenguaje que consiste en la dificultad para elegir el término o fonema adecuado, siendo frecuente la aparición de rodeos o circunloquios para referirse al término deseado.

PARAFRASIA

Perturbación del lenguaje caracterizado por la formación de palabras o frases nuevas.

PARÁLISIS

Pérdida total o parcial, de carácter temporal o permanente, de la capacidad de movimiento de un miembro o de parte del cuerpo.

PARÁLISIS CEREBRAL

Es un trastorno de la postura y del movimiento, debido a una lesión no degenerativa del encéfalo, antes de que su crecimiento y desarrollo se completen.

Al margen del trastorno motor, la parálisis cerebral suele ir acompañada por otros problemas, aunque no necesariamente causados por ella, como son: disartria, epilepsia, alteraciones auditivas y visuales, deformidades y trastornos de la conducta y, a veces, deficiencia mental.

Las causas pueden ser:

Prenatales: todas las causas que entorpezcan la circulación placentaria, enfermedades infecciosas de la madre (rubéola), enfermedades metabólicas de la madre (diabetes) e incompatibilidades del factor Rh.

Perinatales: anoxia, asfixia, trauma durante el parto (fórceps), cambios de presión (cesáreas), prematuridad, deficiencia de vitamina K.

Postnatales: traumatismos (fracturas y heridas craneales), infecciones (meningitis y encefalitis), trastornos vasculares (hemorragias, trombosis y embolias), anoxia, intoxicación por anhídrido carbónico.

No tiene curación y el tratamiento debe ser global, teniendo en cuenta tanto el problema estrictamente motriz como sus déficit asociados y complicaciones posibles. Debe empezar en el momento del nacimiento o de ocurrir la lesión, debe ser precoz e irse adaptando a cada etapa de evolución del niño hasta la madurez.

PARAMNESIA

Trastorno mental que consiste en que la persona recuerda como conocidas o vividas, personas o situaciones que en realidad son nuevas para él.

PARANOIA

Conjunto de desórdenes psicóticos que originan un estado de delirio sistemático. Literalmente significa "pensar al margen". Se suelen presentar los siguientes rasgos: orgullo, desconfianza, falsedad del juicio, inadaptación social.

El enfermo crea un complejo sistema lógico pero partiendo de premisas falsas y termina por sentirse víctima de ciertas persecuciones o bien valorando excesivamente sus propias capacidades.

Se trata con fármacos antipsicóticos.

PARAPARESIA

Pérdida de fuerza en los miembros inferiores, sin llegar a la parálisis.

PARAPLEJIA

Parálisis de los dos miembros inferiores.

PARAPRAXIA

Incapacidad para la correcta ejecución de un movimiento.

PARESIA

Parálisis leve de un músculo o de un miembro del cuerpo.

PARESTESIA

Sensación anormal de picor, frío, cosquilleo, etc.

PARKINSON, SÍNDROME DE

Es una afección neurológica progresiva que suele aparecer a partir de los cincuenta años y que se caracteriza fundamentalmente por rigidez muscular; enlentecimiento de los movimientos; cara de máscara sin gestos ni sonrisas; temblor de reposo en los dedos de la mano, boca, lengua y cabeza; alteraciones de la postura generalmente con tendencia a doblarse hacia un lado; trastornos de la marcha con pequeños pasos, tendencia a caerse hacia delante, lo que hace al paciente andar como corriendo para evitarlo (marcha

festinante); voz lenta sin matices. Hay otros trastornos menos importantes como estreñimiento, seborrea de la piel, tendencia a la depresión, etc.

No es hereditaria y su causa es la disminución de los niveles de dopamina (neurotransmisor esencial para el funcionamiento motor).

No existe un tratamiento curativo; con el tratamiento farmacológico, sin embargo, se mejoran casi todos los síntomas en muchos pacientes aunque con los años existe el peligro de que pierdan efectividad. Para mejorar la condición general habrá que combinar la utilización de fármacos con la realización de ejercicios físicos, mejorar la alimentación, facilitar la comunicación y realizar un entrenamiento para las actividades diarias

PATÓGENO

Se dice de lo que puede producir una enfermedad, especialmente de las bacterias y los virus.

PEQUEÑO MAL

Tipo de crisis epilépticas generalizadas que no van acompañadas de convulsiones. Se manifiestan por "ausencias", es decir, pérdida de conciencia con mantenimiento del tono muscular. Puede que no se note

nada salvo que la persona queda como ausente y quieta en la postura que tenía, dura entre 5 y 15 segundos, con un comienzo y final bruscos. Cuando recuperan la conciencia no recuerdan nada de lo ocurrido en ese intervalo de tiempo.

PERSEVERACIÓN

Tendencia a emitir repetidamente la misma respuesta verbal o motora ante estímulos distintos.

PICTOGRAFÍA

Forma de escritura en la que los objetos o conceptos son representados con dibujos. En la pictografía el dibujo representa siempre el ser o el objeto, no puede representar ideas abstractas.

PIE CAVO

Deformidad del pie caracterizada por una excesiva curvatura de la planta.

PIE EQUINO

Deformidad del pie caracterizada por una posición de la planta en flexión; es decir, se marcha sobre la punta del pie.

PIE PLANO

Deformidad del pie consistente en la ausencia de la curvatura normal de la planta.

PIE TALO

Deformidad del pie caracterizada por una posición de la planta en flexión dorsal. Es la deformación contraria al pie equino.

PIE VALGO

Deformidad del pie caracterizada por estar desviado hacia fuera.

PIE VARO

Deformidad del pie caracterizada por una posición sobre el dorso del pie completo o del antepie.

PLACEBO

Sustancia sin valor medicinal que puede producir efecto curativo si el enfermo la toma creyendo que es un medicamento eficaz.

PLURIDEFICIENCIA

Concurrencia en la misma persona de varias deficiencias diferentes.

POLIDACTILIA

Presencia de un sexto dedo en una mano o en un pie.

POLIOENCEFALITIS

Enfermedad infecciosa, generalmente de origen vírico, caracterizada por la inflamación de la sustancia gris del encéfalo.

POLIOMIELITIS

La poliomiелitis es una enfermedad infecciosa producida por un virus que tiene una especial afinidad por las astas anteriores de la medula espinal y produce una parálisis puramente motora, sin trastornos de las sensaciones y de las funciones vegetativas. Antes de la introducción de la vacuna oral las grandes epidemias de poliomiелitis se producían en los países desarrollados. Hoy la mayor incidencia de la poliomiелitis se da en los países en desarrollo.

PRADER WILLI, SÍNDROME DE

Es un defecto congénito no hereditario que puede afectar por igual a cualquier bebe, independientemente de su sexo, raza o condición de vida. Se caracteriza fundamentalmente por un apetito insaciable y por problemas de conducta. Otros síntomas son el escaso tono muscular, deficiencia mental, desarrollo sexual deficiente, corta estatura, manos y pies pequeños, problemas visuales, dentales, trastornos respiratorios, escoliosis y diabetes.

La causa es una incógnita, se estima que en el mundo hay unas 350.000 personas que lo padecen y que cada 10.000-15.000 nacimientos nace un niño con este síndrome.

No hay posibilidad de curación y hay que tener mucho cuidado para que esta persona no tenga fácil acceso a la comida pues tienen auténtica obsesión por comer, lo que provoca frecuentemente problemas de obesidad.

PRAXIA(S)

Acción motora organizada para conseguir un objetivo.

PREMATURO

Niño que nace antes del término de gestación (9 meses); también se puede considerar prematuro al niño con un peso al nacer inferior a 2500 gramos.

PROGERIA

Es una enfermedad bastante rara y peculiar que suele aparecer en los primeros años de la vida. El aspecto general del niño recuerda al del viejo. Se detiene el crecimiento (enanismo) y se van produciendo alteraciones de la piel (envejecimiento) con pérdida de elasticidad, manchas pardas, atrofia del tejido celular subcutáneo, caída del pelo, cejas e incluso pestañas.

PROGNATISMO

Disposición de la mandíbula inferior saliente y mayor que la superior.

PRÓTESIS

Aparato o pieza destinada a reemplazar parcial o totalmente un órgano o miembro del cuerpo humano.

PSICOFÁRMACO(S)

Medicamento destinado a corregir trastornos psíquicos.

PSICOMOTRICIDAD

Relación entre la actividad psíquica y la función motriz del cuerpo humano.

PSICOSIS

Enfermedad mental severa, con profunda alteración de la personalidad.

PSICOSIS DE KORSAKOFF

Síndrome mental asociado habitualmente al alcoholismo (existe una forma no alcohólica) y caracterizado por confusión, desorientación y severos trastornos de la memoria (amnesia reciente), confabulación (las lagunas de recuerdos perdidos se rellenan de contenidos fabulados, inventados). Lo ordinario es que exista acompañando una neuritis periférica.

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

Síndrome mental de tipo afectivo, también llamado trastorno bipolar, que evoluciona por fases alternantes o separadas por intervalos de expresión patológica maníaca y depresiva.

En el polo depresivo, el más frecuente, se observa tristeza e infelicidad; muchas veces ansiedad, desasosiego y agitación; delirios (de ruina, de culpa, etc.)

El polo maníaco se expresa a través de un estado que va desde la euforia y el alborozo a la autentica excitación incontrolada, agresión, ira, fuga de ideas, juicio alterado, ideas de grandeza. etc.

PSICOSIS ORGÁNICA

Síndrome clínico producido por una lesión que afecta al funcionamiento cerebral y que cursa con acusado deterioro de la orientación, la memoria, la comprensión, la habilidad para el calculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio. Factores acompañantes, de no menos relieve clínico, suelen ser: labilidad afectiva, superficialidad, alteraciones del humor, mengua de normativa ética, acentuación de rasgos preexistentes de la personalidad, disminución de la capacidad de tomar decisiones, etc. El proceso tiende a dejar defecto psíquico (demencia).

PSICOSIS REACTIVA

Trastorno mental de tipo psicótico, para el que se acepta una etiología psicógena, atribuible en gran parte o enteramente, a una reciente experiencia de la vida del sujeto. Se duda en extender este factor causal a circunstancias ambientales, ecológicas, etc.

PSICOTERAPIA(S)

Tratamiento de las enfermedades por procedimientos psicológicos.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA

RADICULITIS

Se da este nombre a la inflamación de las raíces espinales, desde la medula hasta el nacimiento de los nervios espinales.

RETINITIS

Afección inflamatoria de la retina.

RETINOPATÍA

Cualquier patología de la retina.

RETINOSIS PIGMENTARIA

Enfermedad hereditaria caracterizada por la degeneración progresiva de la retina. Se produce una perdida progresiva de la agudeza y del campo visual, al mismo tiempo se da un aumento progresivo del tiempo de adaptación a los cambios de luminosidad y un deterioro progresivo en la percepción de los colores.

Se va perdiendo la visión periférica permaneciendo hasta el final la visión central ("visión en escopeta").

La visión en la oscuridad empeora gravemente.

Puede manifestarse en cualquier edad, aunque lo habitual es que suceda entre los 20 y los 30 años. Actualmente no existe ningún tratamiento que detenga la degeneración.

RETT, SÍNDROME DE

Enfermedad poco frecuente (uno entre 15.000 nacimientos). Afecta exclusivamente a niñas cuyo desarrollo es completamente normal hasta que aparecen los primeros síntomas (entre los 6 y los 18 meses de vida). Existen diversas teorías en cuanto a sus causas, destacándose el factor genético como el elemento con mayor fuerza entre las investigaciones. Al parecer, se debe a una mutación en el cromosoma X, lo que explica que las mujeres sobrevivan mientras que los varones, al tener un solo cromosoma X, no logren vivir y sean eliminados precozmente (aborto espontáneo).

Los primeros síntomas de esta enfermedad se inician con una pérdida del contacto visual (mirar hacia cualquier lado), uso de las manos para coger objetos y detención del crecimiento de la cabeza (microcefalia). Después de los 4 años estas niñas desarrollan hiperventilación, bruxismo (ruido de dientes) y convulsiones. De forma paulatina aparecen dificultades para moverse. Entre los 5 y 15 años dejan de caminar, debido a la espasticidad. Además pueden aparecer escoliosis y alteraciones del sueño.

Aunque por el momento no hay ningún tratamiento que cure la enfermedad, existen abundantes medidas que permiten mejorar la calidad de vida de estas niñas y de sus familias.

REUMATISMO

Diferentes estados patológicos del tejido conjuntivo cuyos síntomas fundamentales son el dolor y la inflamación, que cursan con rigidez y disfuncionalidad del aparato locomotor, especialmente de las articulaciones. cartílagos, músculos, tendones...

RITMIAS

Actos motores que suelen aparecer en los primeros años del desarrollo del niño y que tienen cierta cadencia en su manifestación. Cuando el niño va madurando, estos movimientos desaparecen a medida que el tacto va encontrando objetivos más claros. Es decir, esta actividad sin finalidad va convirtiéndose en una actividad finalista.

RUBEOLA

Enfermedad vírica, generalmente leve caracterizada por una erupción semejante a la del sarampión.

La gravedad surge si la padece una mujer embarazada pues puede transmitirse al feto y provocar en él defectos congénitos importantes.

La vacuna contra la rubéola proporciona una inmunidad duradera, por lo que es conveniente que se vacune a todas las niñas antes de la pubertad, si no han padecido la enfermedad hasta entonces.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA S

SENSIBILIZACIÓN

Incremento de la reacción innata a un estímulo que resulta de la repetición o constancia de este.

SHOCK (VOZ inglesa)

Alteración brusca del organismo por causas orgánicas, como una infección o un traumatismo, o por causas emocionales. Se caracteriza por pérdida de conciencia, signos de postración, etc.

SINCINESIA

Evocación de un movimiento en un grupo muscular por la actividad de otro grupo de músculos.

Las sincinesias de imitación consisten en la repetición en un miembro del movimiento efectuado con el otro.

SINDACTILIA

Malformación congénita caracterizada por la presencia de una membrana que une los dedos entre sí. Se puede corregir quirúrgicamente.

SÍNDROME

Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad.

SINESTESIA

Sensación que se produce en una parte del cuerpo cuando se estimula otra parte del mismo.

SÍNTOMA

Manifestación clínica de una alteración orgánica o funcional que permite descubrir una enfermedad.

SORDOCEGUERA

Es una discapacidad en la que la persona no puede valerse de los sentidos del oído y de la vista, aunque no necesariamente tiene que sufrir pérdida total de ambos sentidos.

En Europa afecta a 15 de cada 100.000 personas y la causa puede ser congénita (infecciones víricas maternas como la rubéola, la meningitis, la sífilis, uso de fármacos fuertes o toxoplasmosis), o adquirida, generalmente a causa del Síndrome de Usher.

Como es lógico los problemas de comunicación son uno de los factores que dificultan la inserción social de los sordociegos. Para comunicarse utilizan el tacto, mediante distintos sistemas alfabéticos o mediante sistemas basados en signos o símbolos.

STEINERT, ENFERMEDAD DE (O DISTROFIA MIOTONICA)

Es un tipo de enfermedad muscular caracterizada por un relajamiento anormalmente lento de los músculos después de su contracción (miotonia) y por una disminución de la fuerza muscular. Las personas que la tienen pueden presentar dificultades en la masticación, o bien tropezar con frecuencia. Además, se suelen presentar problemas cardíacos, disminución de la capacidad respiratoria perturbaciones del sueño o alteraciones hormonales.

Es la enfermedad neuromuscular más común en la vida adulta pues afecta; una de cada 20.000 personas.

Se trata de una anomalía genética transmitida de forma dominante, por lo que una persona portadora la transmite al 50% de sus hijos. Una mujer afectada tiene un riesgo adicional de tener un hijo con esta enfermedad. Investigaciones recientes han localizado el gen responsable de la miotonia en el cromosoma 19.

La evolución es muy diferente de unas personas a otras; en algunas pasa casi desapercibida y en otras es absolutamente incapacitante.

Hoy día es imposible curar la enfermedad, solamente se pueden atenuar los síntomas con un régimen alimenticio adecuado y una actividad física moderada.

La prevención es sólo posible cuando se conoce ya la existencia de distrofia miotónica, mediante el consejo genético y diagnóstico prenatal.

STRUMPELL, ENFERMEDAD DE

Enfermedad degenerativa hereditaria de transmisión autonómica dominante que se caracteriza por el desarrollo en los primeros años de la vida de espasticidad y debilidad de las extremidades inferiores, que evoluciona progresivamente hacia una paraplejía espástica.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA T

TALIDOMIDA

Fármaco aplicado al tratamiento de los vómitos y también utilizado como sedante, cuya utilización fue prohibida por ser la causa de numerosas malformaciones de niños cuyas madres lo tomaron estando embarazadas.

TAQUICINESIA

Aumento anormal en la rapidez y frecuencia de la actividad motórica. Suele estar provocada por alteraciones en el sistema nervioso. Se acompaña generalmente de temblores y movimientos coreicos.

TARTAMUDEZ

Habla con pronunciación entrecortada y/o repitiendo las sílabas.

TETRAPLEJIA

Parálisis de los cuatro miembros generalmente a causa de una lesión nerviosa.

TIFLOGÍA

Término con que se designa todo lo relacionado con el problema de la ceguera.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC)

Técnica que, mediante los datos obtenidos por barridos sistemáticos de radiaciones, permite representar con ayuda de un ordenador un mapa a partir de las densidades medidas en el cerebro. Es mejor que un procedimiento convencional con rayos X, puesto que proporciona una representación tridimensional del cerebro.

TOMOGRAFÍA DE EMISION DE POSITRONES (PET)

Técnica de imagen en la que se administra al individuo un compuesto marcado radiactivamente como la glucosa, que es metabolizado por el cerebro, de forma que después la radioactividad es registrada por un detector especial.

TOXOPLASMOSIS

Parasitosis producida por un protozoo, el *Toxoplasma Gondii*, que afecta al hombre y a diversos animales (mamíferos, aves, reptiles), por cuyo motivo la infección humana es muy frecuente y, por lo general, benigna o inaparente, pero también es la causa más importante de fetopatías, afecciones oculares congénitas y adquiridas, meningoencefalitis, etc., que pueden ser graves.

TRAUMATISMO CEREBRAL

Lesión producida por un golpe en el cráneo que produce un daño en el cerebro

que puede tener diversas consecuencias, desde una ligera conmoción hasta una lesión grave de carácter irreversible.

TROMBO

Masa sólida de sangre formada en el interior de una vena o vaso sanguíneo.

TROMBOSIS

Formación de un trombo en el interior de un vaso sanguíneo o del corazón.

Si la trombosis se produce en el cerebro, parte de este puede morir, lo que causa diferentes deficiencias según la zona que resulte afectada.

TUMOR

Alteración patológica de un órgano a causa de la proliferación anormal de las células que lo componen.

TURNER, SÍNDROME DE

Se trata de una anomalía de los cromosomas sexuales consistente en la pérdida de un cromosoma, X o Y, quedando con la fórmula 45X. También se puede presentar, aunque menos frecuentemente, con otras anomalías cromosómicas.

El cuadro clínico, que afecta exclusivamente a las mujeres, está caracterizado por: talla corta, infantilismo sexual y unos rasgos físicos específicos, como son cara en "esfinge", cuello corto, tórax ancho, pezones pequeños y separados, extremidades cortas e hinchazón en el dorso de pies y manos. Es frecuente la presencia de malformaciones cardiovasculares. La inteligencia puede ser completamente normal.

Se trata con hormona de crecimiento para perseguir talla casi normal y estrógenos para estimular los caracteres sexuales secundarios.

TURRICEFALIA

Malformación del cráneo (cabeza en torre) debida a un cierre prematuro de las suturas craneales, que aparece frecuentemente asociada a otras deformidades congénitas.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA U

ÚLCERA

Lesión que aparece en la piel o en otros tejidos orgánicos de difícil cicatrización y generalmente acompañada de secreción de pus. Es producida por infecciones, falta de riego sanguíneo, cáncer, etc.

UMBRAL

Punto a partir del cual un estímulo produce una respuesta.

USHER, SÍNDROME DE

Es una enfermedad congénita hereditaria y progresiva. Afecta generalmente a la vista y al oído. Es una combinación de la sordera y la retinosis pigmentaria.

Los síntomas aparecen a lo largo de la vida y existen dos tipos: personas sordas profundas de nacimiento que presentan problemas de visión entre los 12 y los 20 años y personas con pérdida auditiva entre moderada y severa que presentan problemas de visión hacia los 20 años.

CONCEPTOS QUE COMIENZAN POR LA LETRA W

WERNER, SÍNDROME DE

También llamado síndrome del envejecimiento prematuro. Se trata de una enfermedad autosómica recesiva que produce en los pacientes un desarrollo de patologías asociadas a la vejez (arterioesclerosis, tumores malignos, diabetes mellitus, osteoporosis o cataratas), además de sufrir cambios en su aspecto externo como son aparición de canas, pérdida del cabello, atrofia cutánea y en líneas generales, una apariencia de vejez.

WILLIAMS, SÍNDROME DE

Es un trastorno genético que se caracteriza por: problemas del corazón a causa del estrechamiento de la aorta o de las arterias pulmonares, rasgos faciales especiales, peso bajo al nacer, problemas de alimentación, cólicos en los bebés, anomalías dentales, problemas musculoesqueléticos, retraso del desarrollo, problemas de aprendizaje, hiperacusia, etc.

No es hereditario, en cambio la persona afectada puede transmitirlo al 50% de sus hijos.

No existe posibilidad de curación, pero es fundamental el control médico y la supervisión continua por distintos terapeutas que corrijan los distintos problemas que se presenten.

WILSON, ENFERMEDAD DE

Enfermedad hereditaria, de forma autosómica recesiva, que se caracteriza por una acumulación anormal de cobre en el hígado y en otros tejidos, como cerebro, córnea y riñones, conduciendo al fallo de los mismos. La incidencia se estima en 1 de cada 30.000 habitantes y raramente aparece en la infancia.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.

En el hombre alrededor del 10% de las malformaciones se debe a factores puramente genéticos (mutaciones o aberraciones cromosómicas); no más del 5% a factores peristáticos solamente (factores ambientales o externos), y alrededor del 85%, a factores etiológicos multifactoriales. En general, las malformaciones causadas por factores externos se hallan dentro del espectro de anomalías que se producen espontáneamente en una determinada especie animal. Los factores genéticos y peristáticos producen, en general, malformaciones múltiples; las malformaciones aisladas tienen causas multifactoriales.

ABERRACIONES CROMOSÓMICAS

Las aberraciones cromosómicas, sean cuantitativas o cualitativas, se manifiestan en síndromes malformativos.

La triploidía y tetraploidía son letales en el hombre, se encuentran en alrededor del 5% de los abortos espontáneos con anomalías cromosómicas. La monosomía autosómica también es letal. La única monosomía compatible con la vida en el hombre es la del cromosoma X: síndrome de Turner, mujeres con cariotipo 45, X0. Las aneuploidías más frecuentes en el hombre son la trisomía 21 (síndrome de Down o mongolismo), trisomía 18 (síndrome de Edwards), trisomía 13 (síndrome de Patau), monosomía X (síndrome de Turner) y la trisomía gonosómica del síndrome de Klinefelter: hombres con cariotipo 47, XXY. Las principales características del síndrome de Down son: frecuencia de alrededor de 1/1000 partos, mortalidad de cerca de 50% hasta los diez años de edad, debilidad mental, hipotonía, braquicefalia, epicanto (tercer párpado), disposición mongoloide de las hendiduras palpebrales, raíz nasal en silla de montar, macroglosia, surco palmar simioide, anomalías esqueléticas y cardíacas.

Las trisomías y monosomías se explican por falta de disyunción cromosómica (figura 5.33), que en general es más frecuente en la primera división meiótica de la oogénesis: 55% de los casos; cerca del 20% en la segunda división meiótica y alrededor del 25% en la espermatogénesis (casi por igual en una y otra división). La falta de disyunción en la oogénesis está condicionada por la edad de la madre.

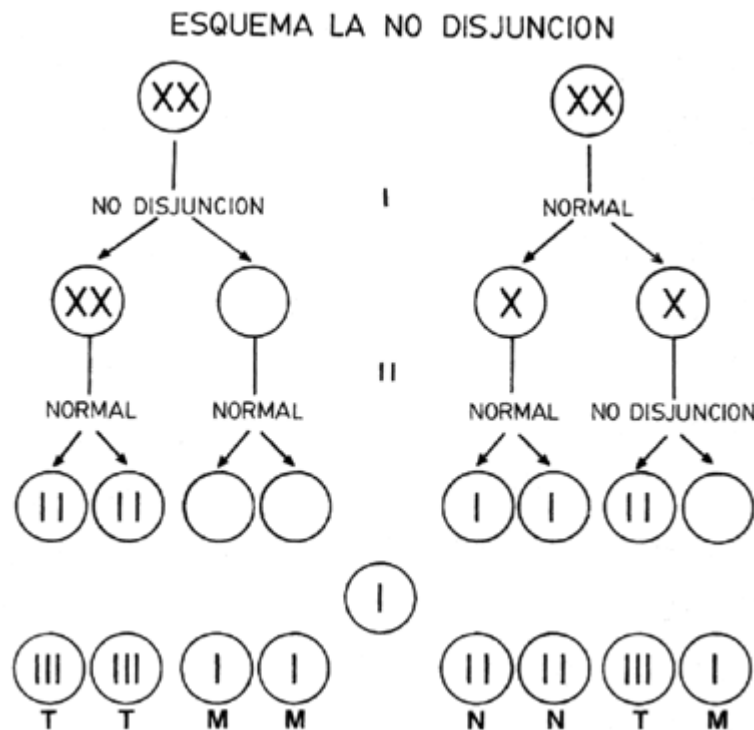


Figura 5.33.

Representación esquemática de la no disyunción. A la izquierda, la no disyunción se produce en la primera división meiótica; a la derecha, en la segunda.

Las anomalías cualitativas más importantes son las translocaciones y las deleciones. La translocación es la fusión de un cromosoma de un par con otro de otro par después de la pérdida de un segmento de esos cromosomas. La translocación más frecuente es la de Robertson: translocación de un cromosoma 21 en un cromosoma 15 con fenotipo normal. Estos individuos son portadores de la translocación y sus gametos pueden ser, según observación empírica, de cuatro tipos: normales, anormal con el doble cromosoma y un cromosoma 21, anormal con sólo el doble cromosoma y, por último, anormal con sólo el cromosoma 15 (las otras dos combinaciones posibles son raras). De la fecundación de estos gametos por uno normal resultan, respectivamente los cariotipos siguientes: normal, trisomía 21 con translocación, portador de translocación y, por último, monosomía 21 (figura 5.34). Como este último no es viable, la frecuencia de cada uno de los otros tres entre los descendientes de un portador, es de 33%. En la práctica sin embargo, la frecuencia observada es de 50% de individuos normales, 40% de portadores y 10% de trisomía con translocación. Este último porcentaje representa por lo tanto el riesgo de tener un hijo mongólico si un padre es portador de translocación, riesgo que es mucho mayor que aquel en caso de padres de cariotipo normal. El mongolismo por translocación no depende de la edad materna.

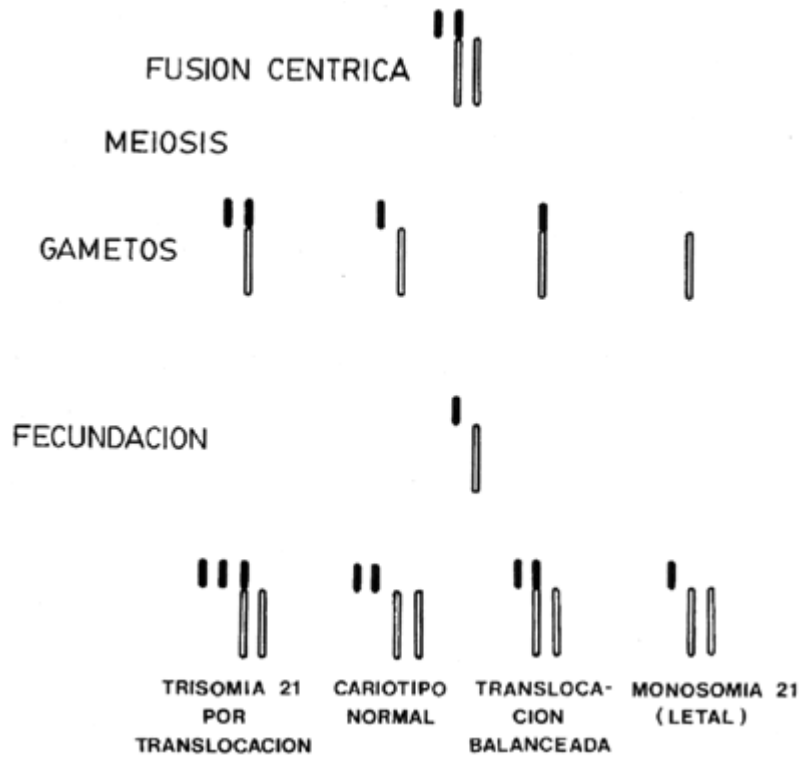


Figura 5.34.

Esquema del Mongolismo por Translocación. Arriba: pares 21 (negro) y 15 de una célula germinal con translocación; en la segunda fila, sus posibles gametos; en la tercera fila, fecundación con gameto normal; abajo, los correspondientes zigotos.

Las deleciones se designan indicando primero el número del par cromosómico seguido del signo '-' pospuesto a la letra 'p' o 'q' según se trate del brazo corto o largo, respectivamente. Las más frecuentes son la 5p- (síndrome del «grito del gato») y la 4p-. Las deleciones causan un trastorno del desarrollo tan grande que rara vez hay descendencia.

Por mosaicismo se entiende la existencia de varios cariotipos en un mismo individuo. El mosaicismo se explica por falta de disyunción durante la mitosis en algunos blastómeros, de manera que se reproducen líneas celulares con cariotipos diferentes.

Factores peristáticos

La acción teratogénica de factores peristáticos es difícil de demostrar en el hombre, y por eso también es difícil excluir de antemano la posibilidad de tal acción al administrar un medicamento durante el embarazo. En este sentido es preciso actuar muy cuidadosamente.

Algunos teratógenos claramente demostrados en el hombre producen malformaciones múltiples en formas de síndromes malformativos. Estos son el virus de la rubéola, la talidomida y el alcoholismo. La tríada característica del síndrome rubéolico es catarata, sordera (por lesión del órgano de Corti) y persistencia del conducto de Botal; sin embargo, tanto la frecuencia como el tipo de malformación varían según el momento de acción del virus durante el embarazo: 50% de casos con malformación en la infección en el primer mes lunar; 20% en la infección durante el segundo mes, y 5-10% en la infección durante el tercero. En el síndrome de la talidomida se producen malformaciones de las extremidades, de los ojos, del sistema nervioso, corazón, aparato digestivo y urogenital. El síndrome alcohólico fetal está dado por microcefalia, malformaciones faciales, esqueléticas y cardíacas, displasias tisulares, retardo del crecimiento y debilidad mental.

Otros teratógenos demostrados son ciertos virus, radiaciones ionizantes, diversas drogas: anticonvulsivantes, anticoagulantes, antitumorales (metrotrexato, busulfán), algunos antibióticos y hormonas, anfetaminas, preparados con litio. Mayor frecuencia de malformación se observa en madres diabéticas y pacientes con fenilketonuria.

La edad de la madre juega un papel importante favoreciendo la falta de disyunción del par 21 en la ovogénesis: mientras la frecuencia de niños mongólicos en madres menores de 30 años es del orden de 1 por mil, ella sube a cerca de 1 por 100 en madres mayores de 40 años.

Etiología multifactorial

Dentro de un proceso continuo, como por ejemplo el del cierre del paladar, los embriones, en un momento dado del desarrollo, están distribuidos según una curva casi normal respecto a la distancia a que se hallen las láminas palatinas entre sí. La probabilidad de que aparezca una palatosquisis será mayor en los embriones en que esa distancia es mayor. Este grupo muestra así una predisposición genética.

Las anomalías que tienen causas multifactoriales se comportan de la siguiente manera:

1) El riesgo de que en una generación, por ejemplo entre hermanos, la anomalía vuelva aparecer en otro hermano, es decir, es riesgo de recurrencia, es tanto mayor cuanto mayor sea el número de hermanos afectados. Esto es, se produce una concentración familiar, un comportamiento que no tiene las anomalías dominantes o recesivas puras.

2) También existe una correlación positiva entre grado e intensidad de la anomalía, por ejemplo en uno de los padres, y números de hijos afectados.

3) Cuanto más lejano el grado de parentesco tanto menor la probabilidad de recurrencia. El coeficiente de correlación disminuye en proporción geométrica desde parientes de primer grado a parientes de tercer grado: 0,5; 0,25 y 0,125 respectivamente.

4) La probabilidad de una recurrencia de la anomalía en los hijos es mayor cuando el padre afectado es del sexo en que la anomalía es más rara. Ello se explica porque en este caso el padre portador de la anomalía pertenece al grupo de individuos que dista más del grupo medio debido a un mayor número de alelos predisponentes, lo que hace que tenga la anomalía a pesar de ser del sexo que tiene factores protectores.

5) Entre parientes de primer grado de un individuo afectado, por ejemplo entre los hijos de un padre con la anomalía, la frecuencia de la anomalía corresponde a la raíz cuadrada de la frecuencia de la anomalía en la población. Así por ejemplo, para una frecuencia en la población de 1/100, la frecuencia entre los hermanos será de 1/10.

6) Las anomalías con causas multifactoriales tienen frecuencias mucho mayores en la población que las puramente genéticas, en general entre 1 y 10%.

7) Según la etiología multifactorial la probabilidad de recurrencia de una anomalía en un mellizo, si el otro está afectado, es de 25 a 50% para monozigóticos y de 1 a 5% (como entre hermanos) para dizigóticos. En el caso de herencia mendeliana los valores son de 100% para monozigóticos (independientemente de si la mutación es dominante o recesiva) y de 50% para dizigóticos y mutación dominante (en uno de los padres) y de 25% para dizigóticos y mutación recesiva (en ambos padres).

ABERRACIONES CROMOSÓMICAS

Factores preconcepcionales del desarrollo:

Veremos las formas más importantes.

Es una patología de base genética, que puede darse por:

- ☐ *Mutaciones puntuales o*
- ☐ *Alteraciones o anomalías cromosómicas:* no es el trastorno de un gen. Hay una dotación genética anormal, con pérdida o ganancia de uno o más cromosomas.

Es decir, alteración estructural o cuantitativa, ya sea en exceso o en defecto.

ESTAS SON LAS QUE VAMOS A ESTUDIAR EN ESTE TEMA. Cariotipo:

Extracción de sangre, cultivo de linfocitos, detener en metafase, dispersar y teñir, fotografiar, ordenar por tamaño decreciente. Este es

Otra forma hibridación fluorescente in situ (muy cara): se obtienen cariotipos en color.

Epidemiología: Son frecuentes.

Constituyen 1/3 de las causas de retraso mental.

50% de abortos espontáneos.

6,2 por mil de los recién nacidos vivos: 4,0 por autosomopatías

y 2,2 por gonosomopatías.

Ante un recién nacido malformado debemos investigar alteraciones cromosómicas.
Por ejemplo: encefalocele, labio leporino, mielomeningocele, hipospadias, fusión labial, ano imperforado (estas puede que no tengan alteraciones cromosómicas), alteraciones de manos y pies (estas sí).

CROMOSOMOPATÍAS:

- □ Alteraciones numéricas o cuantitativas:
Euploidías: número de cromosomas múltiplo de 23.
Ej.: Triploidía (3n), tetraploidía (4n), ...
Aneuploidías: número de cromosomas no múltiplo de n.
Ej.: Trisomía 21 (47 cromosomas), tetrasomía, ...
- □ Alteraciones estructurales: deleción, traslocación, cromosoma en anillo, inversión, isocromosoma, ...

Indicaciones de estudio cromosómico:

- - Retraso mental
- - Anomalías congénitas múltiples
- - Estados intersexuales
- - Linfedema congénito: síndrome de Turner, de Edwards...
- - Retraso del crecimiento grave
- - Leucemias o cáncer: si hay incremento de la incidencia en la familia, por ejemplo el síndrome de fragilidad cromosómica.

AUTOSOMOPATIAS

Trisomía 21: síndrome de Down.

Trisomía 18: síndrome de Edwards.

Trisomía 13: síndrome de Patau.

Delección 5p: síndrome del maullido de gato.

SÍNDROME DE DOWN:

Frecuencia 1/700 recién nacidos vivos (varía según la edad materna)

Cariotipo: Trisomía regular 95%
Traslocación 3-4%
Mosaicismo 1-2%

Clínica:

- - *retraso mental variable*: educable
- * - *alteraciones fenotípicas*: .
- * hendidura palpebral oblicua
- * . hipertelorismo
- * . epicanto
- * . orejas de implantación baja

- * . cuello corto
- * . hipoplasia del macizo facial
- * . dedos cortos
- * . ojos: manchas de Brushfield
 - . surco palmar único.
 - . *malformaciones congénitas*: cardiopatías congénitas: troncoconales; alteraciones del tubo digestivo: atresia duodenal, megacolon congénito...
 - - *Alteraciones oculares*
 - - *Hipotonía muscular*
 - - *Enfermedades autoinmunes*: hipotiroidismo subclínico (por anticuerpos antitiroideos, aumento de TSH, sin disminución de T4), celiacía, ...

Leucemias: mayor incidencia de Leucemias agudas mieloblásticas (LAM). Con mejor sensibilidad a la quimioterapia,.

Mielopoyesis anormal transitoria (MAT) o síndrome mieloproliferativo transitorio (SMT): poca edad, desaparece espontáneamente en 2-3 meses; el 20% padecerán luego leucemia.

Alteraciones osteoarticulares: hiperlaxitud ligamentosa (sobretudo articulación atloaxoidea), se aconseja no practicar deportes de contacto.

Alteraciones psiquiátricas en la edad adulta: demencia semejante a la enfermedad de Alzheimer a los 40-50 años.

SÍNDROME DE PATAU: Trisomía 13

Frecuencia 1/5000 fetos, 1/10000 nacimientos. Ligero peso de la edad materna. (falta algo)

Clínica: Labio leporino, fisura palatina, polidactilia, holoprosencefalia (no se separa el cerebro en dos hemisferios), defecto en cuero cabelludo, orejas de implantación baja, solapamiento de dedos, pie equino-varo.

SÍNDROME DE EDWARDS:

Frecuencia 1/3500 – 1/7000.

Clínica: Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), polihidramnios, solapamiento de dedos, pie en mecedora, divertículo de Meckel (malformación del tubo digestivo).

SÍNDROME DEL MAULLIDO DE GATO (Lejeune)

Delección del brazo corto del cromosoma 5.

Frecuencia: 1/50000 nacimientos.

Clínica: hipoplasia laríngea, microcefalia, cara redonda, epicantus, hipertelorismo, cara redonda.

SÍNDROME DE WOLF- HIRSCHHORN

Delección del brazo corto del cromosoma 4 (del 4p-).

Clínica: microcefalia, hipertelorismo, fisura labiopalatina, nariz plana, micrognatia, retraso mental profundo.

SINDROME DE TURNER:

Cariotipo: 45 X0 o isocromosoma del brazo largo del cromosoma X.

Frecuencia: 1/3000 recién nacidos hembras, produce abortos del primer trimestre.

Clínica: linfedema de pies, hidropesía, higroma quístico, talla corta, cuello alado, cúbito valgo, nevus, coartación aórtica, amenorrea primaria.

Esperanza de vida normal.

Tratamiento hormonal sustitutivo.

SÍNDROME DE KLINEFELTER

Cariotipo: 47 XXY.

Frecuencia: 1/1000 recién nacidos varones.

El diagnóstico se realiza en la pubertad.

Clínica: atrofia testicular, azoospermia, talla elevadada, obesidad, vello púbico femenino.

Tratameinto hormonal sustitutivo con testosterona.

CROMOSOMA X FRÁGIL

Frecuencia: 1/2000 – 1/4000.

Segunda causa de retraso mental en varones.

Citogenética: Gen FMR-1 en Xq27 (secuencia CGG)

GLOSARIO.**A.**

ACEPTACIÓN: Forma de conformidad que compromete tanto la actuación como las creencias, de acuerdo con la presión social.

ACTITUD: Reacción evaluativo favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento deliberado.

ACUERDOS INTEGRATIVOS: Aquellos en los que se obtiene ganancia para ambas partes, reconciliando sus intereses en beneficio mutuo.

AGLOMERACIÓN: Sensación subjetiva de no tener suficiente espacio por persona.

AGRESIÓN: Comportamiento físico o verbal que tiene la intención de herir a alguien. En experimentos de laboratorio puede estar representado por la aplicación de descargas eléctricas o por decir algo que con probabilidad herirá los sentimientos del otro.

Siguiendo esta definición social y psicológica se puede ser socialmente firme sin tener que ser agresivo.

AGRESIÓN HOSTIL: Agresión impulsada por la ira y que se realiza como un fin en sí misma.

AGRESIÓN INSTRUMENTAL: Agresión que es un medio para alcanzar otro fin.

ALTRUISMO: Complacencia en el bien ajeno sin interés consciente en el beneficio propio.

AMENAZA DEL ESTEROTIPO: Preocupación perturbadora al enfrentar un estereotipo negativo de que no confirmará ese estereotipo.

AMOR AMIGABLE: Afecto que sentimos por aquellos con quienes nuestras vidas están profundamente entrelazadas.

AMOR APASIONADO: Es un estado de intensa añoranza por la unión con otro. Los amantes apasionados se encuentran absortos el uno en el otro, se sienten extasiados por alcanzar el amor de su pareja y desconsolados por su pérdida.

APRENSIÓN POR LA EVALUACIÓN: Preocupación por la manera como nos evalúan los demás.

ARBITRAJE: Resolución de un conflicto que realiza un tercero, neutral, el cual estudia la posición de ambas partes e impone un acuerdo.

ASIGNACIÓN AL AZAR: Proceso de asignar participantes a las condiciones de un experimento, de tal manera que todas las personas tengan la misma posibilidad de ser incluidas en una condición dada (nótese la distinción entre asignación al azar en los experimentos y muestra al azar en las encuestas, La asignación al azar ayuda a inferir causa y efecto. El muestreo al azar ayuda a generalizar sobre una población)

ATRACTIVO: Cualidades que llaman la atención a una audiencia. Un comunicador atrayente (con frecuencia alguien similar a la audiencia) es más persuasivo en asuntos de preferencia subjetiva.

AUTOCONCEPTO: Respuestas que una persona da a la pregunta “quien soy”

AUTOEFICACIA: La sensación de que uno es competente y efectivo, a diferencia de la autoestima que es la sensación de que uno es valioso. Un artillero puede sentir que tiene gran autoeficacia y una baja autoestima.

AUTOESTIMA: Autoevaluación general de una persona o la sensación de su propia valía.

AUTOLIMITACIÓN: Protección de la autoimagen con formas de comportamiento que aportan excusas fáciles para un fracaso posterior.

AUTOMONITOREO: Es estar atento a la forma como uno se presenta ante los demás en situaciones sociales y modificar nuestro comportamiento para crear la impresión deseada.

AUTOREPRESENTACIÓN: El acto de expresarse a uno mismo y de comportarse, de maneras específicas para crear una impresión favorable o una impresión que corresponde a los ideales personales.

C

CANAL DE COMUNICACIÓN: Medio a través del cuál se envía un mensaje, puede ser cara a cara, por escrito, filmado o de cualquier otra manera.

CARACTERÍSTICAS DE PETICIÓN: Es un experimento, pistas que dicen al participante qué comportamiento se espera de él.

CATARSIS: Liberación emocional. El punto de vista de la catarsis acerca de la agresión es que el impulso agresivo se reduce cuando uno “libera” la energía agresiva, bien sea actuando agresivamente o teniendo fantasías sobre agresiones.

COACTORES: Grupo de personas que trabajan simultáneamente e individualmente en una tarea no competitiva.

COHESION: “Sentimiento de nosotros”; grado en el que los miembros de un grupo están unidos, como en la atracción mutua.

COLECTIVISMO: El concepto de dar prioridad a las metas de los grupos a los que se pertenece (por lo general la familia, incluidos los parientes más lejanos o el grupo de trabajo) y de acuerdo con ellos definir la identidad personal.

COMPARACIÓN SOCIAL: Es la evaluación de las habilidades y opiniones sobre sí mismo al compararse con los demás.

COMPLEMENTARIEDAD: Creencia popular según la cual en una relación entre dos personas cada una tiende a complementar lo que falta a la otra. La hipótesis cuestionable de la complementariedad propone que las personas atraen a aquellos cuyas necesidades son diferentes, de tal manera que complementen las suyas propias.

COMPORTAMIENTO INSTINTIVO: Patrón de comportamiento innato, no aprendido, que se manifiesta en todos los miembros de una especie.

COMPORTAMIENTO SOCIAL POSITIVO: El comportamiento social positivo, constructivo, y servicial, lo apuesto al comportamiento antisocial.

CONCIENCIA DE UNO MISMO: Estado de reconocimiento de sí en el que la atención se dirige hacia sí mismo, lo cual hace que las personas sean más sensibles a sus propias actitudes y disposiciones.

CONFIRMACIÓN DEL COMPORTAMIENTO: Tipo de profecía autorrealizante a través de la cual las expectativas sociales de las personas las llevan a actuar de manera que hace que los demás confirmen sus expectativas.

CONFLICTO: Incompatibilidad que se percibe de las acciones y de los objetos.

CONFORMIDAD: Cambio en el comportamiento o en las creencias como resultado de una presión grupal, real o imaginario.

CONGRACIAMIENTO: Utilización de estrategias como el halago, por medio de las cuales las personas buscan obtener el favor de otro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Principio ético que exige que los participantes de una investigación sean informados de manera suficiente para permitirles escoger si desasean o no participar en él.

CONTACTO EN IGUALDAD DE POSICION SOCIAL: Contacto que se realiza sobre bases igualitarias . Así como una relación entre personas de posiciones diferentes genera actitudes compatibles con su relación, lo mismo ocurre con relaciones entre quienes mantienen una igualdad de posición social. Siendo así, para reducir el prejuicio, el contacto interracial debe realizarse entre personas de igual posición social.

COOPERADOR: Cómplice del experimentador.

CORRELACION ILUSORIA: Percepción de una relación donde ésta no existe, o percepción de una relación más fuerte de la que en realidad existe. Falsa impresión de que dos variables se correlacionan.

CREDIBILIDAD: Confiabilidad, un comunicador creíble se percibe tanto como experto como confiable.

CULTO (también llamado movimiento de NUEVOS RELIGIOSOS): Grupo típico, caracterizado por (1) distintivos de devoción a un dios o a una persona, (2) aislamiento de la mala cultura circundante, (3) presencia de un líder carismático. (una secta en contraste, es el resultado indirecto derivado de una religión principal)

CULTURA: Formas de comportamiento, ideas, actitudes y tradiciones duraderas, compartidas por un gran grupo de personas y transmitidas de una generación a la siguiente.

D

DEPRIVACIÓN RELATIVA: Percepción de que uno es menos adinerado que aquellos con quienes se compara.

DESINDIVIDUALIZACIÓN: Pérdida de conciencia y de la evaluación de la aprensión; se presenta en situaciones grupales que favorecen el anonimato y desvían la atención del individuo.

DESPLAZAMIENTO: Redirección de la agresión hacia un objeto diferente al de la fuente de frustración. Por lo general, el nuevo objetivo es más seguro o más aceptable socialmente.

DISCRIMINACIÓN: Comportamiento negativo injustificable hacia un grupo o hacia sus miembros.

DISONANCIA COGNITIVA: Tensión que surge cuando uno es simultáneamente consciente de dos cogniciones incoherentes. Por ejemplo, puede presentarse la disonancia cuando nos damos cuenta de que con poca justificación, hemos actuado en contra de nuestras actitudes o tomando una decisión a favor de una alternativa a pesar de que existan razones para estar a favor de otra.

DOCILIDAD: Forma de conformidad que incluye la actuación en público siguiendo la presión social, pero que en privado está en desacuerdo.

E

EFFECTO DE FALSA SINGULARIDAD: La tendencia a subestimar la común ocurrencia de las habilidades personales y de las formas de comportamiento deseables o exitosas que uno tiene.

EFFECTO DE INFORMACIÓN ERRADA: Consiste en atestiguar un evento, recibir información engañosa al respecto y, por último, incorporar la información errada al recuerdo que se tiene del evento.

EFFECTO DEL DURMIENTE: Impacto retardado de un mensaje que se presenta cuando recordamos el mensaje pero olvidamos la razón para no tenerlo en cuenta.

EFFECTO DEL FALSO CONSENSO: La tendencia a sobreestimar la común ocurrencia de las opiniones personales y de las formas de comportamiento poco exitosas o indeseables de uno mismo.

EFFECTO DE HOMOGENEIDAD DEL EXOGRUPO: Percepción de los miembros del exogrupo como si éstos fueran más similares entre sí de lo que son los miembros del endogrupo, siendo así ellos son semejantes, nosotros distintos.

EFFECTO DE INFORMACION ERRONEA: Incorporación de un evento de información errónea en el recuerdo de un evento, después de atestiguarlo y de recibir información engañosa respecto a él. Atestiguar un evento, recibir información errónea referente a él, y a continuación incorporar la información errada de ese evento a la memoria, activar asociaciones particulares en la memoria.

EFFECTO DE JUSTIFICACIÓN EXCESIVA: Es el resultado de sobornar a las personas por hacer lo que les gusta, puede ser que perciban su acción como si estuviera controlada externamente en lugar de ser atractiva internamente.

EFFECTO DE JUSTIFICACION INSUFICIENTE: Reducción de disonancia a través de la justificación interna del propio comportamiento cuando la justificación externa es insuficiente.

EFFECTO DE LO RECIENTE: La información que se presenta posteriormente en ocasiones tiene más influencia. El efecto de lo reciente es menos común que el efecto de primacía.

EFFECTO DE PRIMACIA: Manteniendo lo demás constante, la información que se presenta al comienzo usualmente tiene la mayor influencia.

EFFECTO DEL OBSERVADOR: Hallazgo de que una persona tiene menor probabilidad de brindar ayuda cuando se tienen otros observadores.

EFFECTO DE REFERENCIA DE SI MISMO: Tendencia a procesar eficientemente y a recordar bien la información que se relaciona consigo mismo.

EFFECTO DEL SIMPLE CONTACTO: Tendencia del evaluador a recibir con más agrado o a evaluar más positivamente los nuevos estímulos después de haber sido expuesto repetidamente a ellos.

EGOISMO: Motivo (que supuestamente subyace a todo comportamiento) que busca aumentar el bienestar propio. Es el opuesto de altruismo que persigue aumentar el bienestar del otro.

EMPATÍA: Experiencia indirecta de los sentimientos de otro; colocarse en el lugar del otro.

ENDOGRUPO: “Nosotros”: grupo de personas que comparten una sensación de pertenencia, un sentimiento de identidad.

EQUIDAD: Condición por medio de la cual los resultados que se obtienen de una relación son proporcionales a la contribución hecha. NOTA: Los resultados equitativos no siempre tienen que ser iguales.

ERROR DE ATRIBUCION FUNDAMENTAL: Tendencia de los observadores a subestimar las influencias situacionales y a sobreestimar las influencias disposicionales en el comportamiento de los demás (también llamado sesgo de correspondencia, puesto que frecuentemente vemos el comportamiento como algo que corresponde a la disposición)

ESPACIO PERSONAL: Zona de amortiguación que nos gusta mantener alrededor de nuestro cuerpo. Su tamaño depende de la familiaridad que tengamos con quien esté cerca de nosotros.

ESQUEMA DE SI MISMO: Creencias respecto al yo que organizan y guían el procesamiento de información relevante para sí.

ESTEREOTIPO: Creencia respecto a los atributos personales de un grupo de personas. Los estereotipos pueden ser excesivamente generalizados, inadecuados, y resistentes a nueva información.

ESTEREOTIPOS DEL ATRACTIVO FÍSICO: Suposición de que las personas físicamente atractivas poseen también otros rasgos socialmente deseables : lo que es hermoso es bueno.

ESTILO EXPLICATIVO: Forma habitual de explicar los eventos de la vida, un estilo explicatorio negativo, pesimista y depresivo atribuye los fracasos a causas estables, globales o internas.

ETNOCENTRISMO: Creencia en la superioridad del grupo étnico y cultural al que se pertenece, y desdeñ correspondiente por todos los demás grupos.

EXCLUSION MORAL: Percepción de que ciertos individuos o grupos están fuera de los límites dentro de los cuales se aplican los valores y reglas morales de justicia. La inclusión moral significa considerar que los demás están dentro del círculo propio de interés moral.

EXOGRUPO: “Ellos”, grupo que las personas perciben como particularmente diferente o aparte de su endogrupo.

F

FACILITACIÓN SOCIAL: (1) Significado inicial: tendencia de las personas a realizar mejor tareas simples o bien aprendidas en la presencia de otros. (2) Significado actual: fortalecimiento de respuestas dominantes (prevalecientes o probables), debido a la presencia de otros.

FALACIA NATURALISTA: Error al definir lo que es bueno en términos de lo que es observable. Por ejemplo: lo que es típico es normal; lo que es normal es bueno.

FALACIA TASA BASE: Tendencia a ignorar o a subutilizar la información tasa-base (información que describe a la mayor parte de las personas) y en su lugar a estar influenciado por rasgos distintivos del caso en juicio.

FENOMENO ADAPTACION NIVEL: Tendencia a adaptarse a un nivel de estimulación dado y, en consecuencia, a tomar nota y a reaccionar a los cambios que se presentan a partir de dicho nivel.

FENOMENO AUTOCINÉTICO: Por sí mismo (auto) movimiento cinético. Movimiento aparente de un punto estacionario de luz en la oscuridad. Tal vez usted haya tenido esta experiencia al pensar que ha detectado un satélite que se mueve en el cielo, dándose cuenta luego de que se trataba tan sólo de una estrella aislada.

FENÓMENO DEL EMPAREJAMIENTO: Tendencia que tienen los hombres y las mujeres a escoger como compañero a quien constituye una buena pareja en cuanto atractivo y otros rasgos.

FENÓMENO DE EXCESO DE CONFIANZA: Es la tendencia a ser más confiados que acertados; a sobreestimar lo certero de las creencias propias.

FENÓMENO DEL MUNDO JUSTO: Tendencia de las personas a creer que el mundo es justo y que, en consecuencia, las personas obtienen lo que se merecen y se merecen lo que obtienen.

FENÓMENO EL PIE EN LA PUERTA: Tendencia que tienen las personas a acceder a una petición después de haber aceptado una pequeña solicitud.

FLUJO DE COMUNICACIÓN EN DOS PASOS: Proceso por medio del cual, por lo general se presenta la influencia de los medios de difusión a través de los líderes de opinión, quienes a su vez influyen en los demás.

FRUSTRACIÓN: Obstrucción de un comportamiento dirigido a alcanzar un objetivo.

G

GÉNERO: En psicología, conjunto de características, de influencia biológica o social, por medio de las cuales se diferencian macho y hembra. Puesto que “sexo” es una categoría biológica los psicólogos sociales algunas veces se refieren a las diferencias de género que tienen base biológica como diferencia de sexo.

GRIT: Acrónimo de “iniciativas graduales y recíprocas en la reducción de tensión” (graduated and reciprocated initiatives in tension reduction), estrategia designada para evitar de la escalada en las tensiones internacionales.

GRUPO: Dos o más individuos quienes, durante un periodo mayor a unos pocos minutos, interactúan e influyen mutuamente y se perciben como “nosotros”.

H

HEURÍSTICA DE LA DISPONIBILIDAD: Regla general eficiente pero falible que juzga la posibilidad de las cosas en términos de su disponibilidad en la memoria, Si se nos vienen a la cabeza fácilmente ejemplos sobre algún asunto, suponemos que se trata de algo común.

HEURÍSTICA DE LA REPRESENTATIVIDAD: Es la estrategia de juzgar la probabilidad de las cosas por la manera como representan o encuadran prototipos particulares; puede llevarlo a uno a ignorar otra información relevante.

HIPÓTESIS: Proposición susceptible de ser probada que describe una posible relación entre eventos.

I

IDENTIDAD SOCIAL: Es el aspecto “nosotros” de nuestros autoconceptos. La parte de la respuesta a “¿quién soy?”, que viene de nuestra pertenencia a ciertos grupos. Ejemplos: soy mexicano, soy católico.

IGNORANCIA PLURALISTA: Falsa impresión respecto a la manera como los demás piensan, sienten o responden.

ILUSION DE CONTROL: Percepción de eventos incontrolables como si estuvieran sujetos al control personal o como si fueran más controlables de lo que son.

INDEFENSION APRENDIDA: Desesperanza y resignación aprendidas cuando un ser humano o un animal no perciben ningún control sobre malos eventos que se repiten.

INDIVIDUALISMO: El concepto de dar prioridad a las metas personales por sobre las del grupo y definir la propia identidad en términos de atributos personales, en lugar de identificación con el grupo.

INFLUENCIA INFORMATIVA: Conformidad basada en el deseo de llenar las expectativas de los otros, frecuentemente para obtener aceptación.

INTERACCIÓN: Cuando el efecto de un factor (como biología) depende de otro factor (como el medio ambiente).

INVESTIGACION DE CAMPO: Investigación hecha en escenarios naturales de la vida real, fuera del laboratorio.

INVESTIGACION EXPERIMENTAL: Estudios que buscan claves en las relaciones causa-efecto por medio de la manipulación de uno o más factores (variables independientes) mientras otros son controlados (manteniéndolos constantes).

J

JUEGOS QUE NO SUMAN CERO: Juegos en los que los resultados no tienen que sumar cero. Al operar, ambos pueden ganar. Al competir ambos pueden perder (también llamados situaciones de motivos contradictorios).

L

LIDERAZGO: Proceso por medio del cual ciertos miembros del grupo motivan y guían al grupo.

LINEA FALSA: Procedimiento que engaña a las personas llevándolas a manifestar sus actitudes. Inicialmente se convence a los participantes de que una máquina puede utilizar sus respuestas psicológicas para medir sus actitudes privadas. Posteriormente se les pide predecir el resultado de la máquina, revelando así sus actitudes.

LOCUS DE CONTROL: El grado al que las personas perciben sus logros ya sea controlables desde dentro por sus propios esfuerzos y acciones, o controlados desde fuera por el azar o las fuerzas externas.

M

MEDIACION: Tentativa que hace una tercera parte neutral para resolver un conflicto facilitando la comunicación y haciendo sugerencias.

MEDICINA DEL COMPORTAMIENTO: Campo interdisciplinario que integra y aplica el conocimiento médico y del comportamiento sobre la salud y la enfermedad.

META SUPRAORDINARIA: Meta compartida que requiere del esfuerzo cooperativo; meta que anula las diferencias entre las personas.

MUESTRA AL AZAR: Procedimiento estadístico en el que cada persona de la población estudiada tienen igual opción de ser incluida.

N

NECESIDAD DE PERTENENCIA: Motivación para vincularse con otros en relaciones que brinden interacciones positivas y duraderas.

NEGOCIACION: Búsqueda de un acuerdo en un conflicto por medio del trato directo entre las personas.

NORMAS: Reglas de comportamiento aceptadas y esperadas. Las normas prescriben un comportamiento adecuado (en otro sentido de la palabra, las normas también describen lo que hace la mayoría, es decir, lo que es normal.)

NORMA DE LA RECIPROCIDAD: Expectativa de que las personas ayudarán, y no perjudicarán, a quienes les han ayudado.

NORMAS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL: Expectativa de que las personas ayudarán a quienes dependen de ellas.

O

OCIO SOCIAL: Tendencia de las personas a realizar menos esfuerzos cuando los esfuerzos para la obtención de una meta común se juntan, que cuando son responsables de manera individual.

P

PARCIALIDAD RETROSPECTIVA: Tendencia a exagerar la propia capacidad para predecir el desenlace de algo después de conocer el resultado. También se conoce como el fenómeno siempre lo supe.

PASAJEROS SIN ESFUERZO: Los que se benefician del grupo pero dan poco a cambio.

PENSAMIENTO CONTRAFACTUAL: Imaginar escenarios y resultados diferentes que pudieron haber ocurrido pero que no lo hicieron.

PENSAMIENTO GRUPAL: Forma de pensamiento en la que se comprometen las personas cuando la búsqueda de acuerdos se vuelve tan dominante dentro de un grupo cohesionado que se tiende a anular las valoraciones realistas de otros cursos alternos de acción. Irving Manis (1971).

PERCEPCIONES DE IMAGEN EN ESPEJO: Puntos de vista recíprocos de uno y otro lado que con frecuencia tienen las partes en conflicto; por ejemplo, cada uno puede tener una imagen de sí mismo de moralidad e interés por la paz y del otro de maldad y agresividad.

PERSEVERANCIAS EN LAS CREENCIAS: Persistencia de las concepciones iniciales de cada quien cuando la base de una creencia es desmentida, pero sobrevive la explicación de por qué tal creencia pudiera ser cierta.

POLARIZACION DEL GRUPO: Fortalecimiento producido por el grupo de las tendencias preexistentes de sus miembros; es un fortalecimiento de la tendencia promedio de los miembros y no un cisma dentro del grupo.

POSIBLES YO: Imágenes de lo que anhelamos o tememos llegar a ser en el futuro.

PREDISPOSICION AL SERVICIO DEL YO: La tendencia a percibirse a sí mismo favorablemente.

PREJUICIO: Preconcepción negativa hacia un grupo y hacia sus miembros individuales.

PREPARACION: Actualización de asociaciones particulares en la memoria.

PROXIMIDAD: Cercanía geográfica. La proximidad (o de manera más precisa, la distancia funcional) predice poderosamente el agrado.

PSICOLOGIA CLÍNICA: Estudio, evaluación y tratamiento de personas con dificultades psicológicas.

PSICOLOGÍA EVOLUTIVA: Estudio de la evolución del comportamiento utilizando los principios de la selección natural.

PSICOLOGIA SOCIAL: Es el estudio científico de la manera como las personas piensan, se influyen y se relacionan con los demás.

R

RACISMO: (1) Actitudes individuales de prejuicio y comportamiento discriminatorio hacia las personas de una raza determinada o (2) prácticas institucionales (incluso, si estas no están motivadas por prejuicio) que subordinan a las personas de una raza determinada.

REACTIVIDAD: Motivo para proteger o restaurar el sentido de la libertad de uno. La reactividad aparece cuando alguien amenaza nuestra libertad de acción. Deseo de afirmar el sentido propio de la libertad.

REALISMO DEPRESIVO: Tendencia de las personas moderadamente depresivas a hacer juicios, atribuciones y predicciones adecuados en lugar de hacerlos al servicio del yo.

REALISMO EXPERIMENTAL: Grado en que un experimento absorbe y compromete a los participantes.

REALISMO MUNDANO: Grado en el que un experimento se asemeja de manera superficial a las situaciones de la vida cotidiana.

RECIPROCIDAD DE LA RELACION: Tendencia a que la intimidad de una persona para revelarse a sí misma concuerde con la de su compañero de conversación.

REGRESION AL PROMEDIO: Tendencia estadística de los puntajes extremos o del comportamiento extremo a regresar al promedio propio.

REPRESENTACIONES SOCIALES: Creencias socialmente compartidas. Ideas y valores ampliamente difundidos que incluyen nuestras presunciones e ideologías culturales. Nuestra representaciones sociales nos ayudan a entender nuestro mundo.

REVELACION DE SI MISMO: Descubrir aspectos íntimos de uno a los demás.

ROL: Serie de normas que definen la manera como las personas deben comportarse en una posición social dada.

ROL DE GÉNERO: Serie de expectativas de comportamiento (normas) para hombres y para mujeres.

RUTA CENTRAL DE PERSUACION: Forma de persuasión que presenta cuando las personas se ven influidas por estímulos incidentales, tales como el atractivo de quien dirige el mensaje.

S

SELECCIÓN DE LOS PARIENTES: Ideas de que la evolución ha elegido el altruismo por los parientes cercanos para favorecer la supervivencia de los genes mutuamente compartidos.

SELECCIÓN NATURAL. Proceso evolutivo por medio del cual la naturaleza selecciona los rasgos que mejor permiten a los organismos sobrevivir y reproducirse en nichos. medioambientales particulares.

SESGO AL SERVICIO DEL GRUPO: Arreglárselas para explicar las formas de comportamiento positivas de los miembros del exogrupo; también atribuir a su disposición formas de comportamiento negativas (mientras que se excusan tales formas de comportamiento en el propio grupo).

SESGO DE CONFIRMACION: Tendencia a buscar información que confirma nuestras concepciones previas.

SESGO DE ENDOGRUPO: Tendencia a estar a favor del grupo propio.

SEXISMO: 1. Actitudes individuales que prejuzgan y comportamiento discriminatoria hacia personas de determinado sexo, 2 prácticas institucionales (incluso, sino están motivadas por el prejuicio) que subordinan a las personas de determinado sexo.

SUBTIPIFICACION: Acomodar a los individuos que se desvían de un estereotipo dado, separando un subgrupo de tal estereotipo (como por ejemplo “negros de clase media” o “mujeres feministas”). La subtipificación protege a los estereotipos.

T

TECNICA DE LA PELOTA BAJA: Táctica para lograr que las personas den su consentimiento a algo. Quienes aceptan una solicitud inicialmente, por lo general continuarán haciéndolo aunque el solicitante aumente el costo. A quienes únicamente se les hace la costosa solicitud inicialmente tienen menos tendencia a aceptarla.

TECNICA DEL PORTAZO EN LA CARA: Estrategia para lograr que algo se conceda. Después de que alguien rehúsa a acceder a una gran petición (el portazo en la cara), el mismo solicitante hace otra oferta con una solicitud más razonable.

TEORIA: Conjunto integrado de principios que explican y predicen eventos observados.

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL: Teoría que dice que aprendemos el comportamiento social observado e imitando y siendo premiados y castigados.

TEORIA DE LA ATRIBUCION: Teorías sobre cómo las personas explican el comportamiento de los demás; por ejemplo, atribuyéndolo ya sea a disposiciones internas (rasgos duraderos, motivos y actitudes) o a situaciones extremas.

TEORIA DE LA AUTOOBSERVACION: Cuando no estamos seguros de nuestras actitudes hacemos conjeturas respecto a ellas, tal como lo haría un observador ajeno, observando nuestro comportamiento y las circunstancias bajo las cuales este se presenta.

TEORÍA DEL CONFLICTO DE GRUPO REALISTA: Teoría que afirma que el prejuicio surge de la competencia entre grupos escasos recursos.

TEORIA DE LA EMOCION DE LOS DOS FACTORES: Excitación X designación = emoción.

TEORIA DE LA GRATIFICACION DE LA ATRACCIÓN: Teoría que establece que nos agradan aquellos cuyo comportamiento es gratificante para nosotros o a quienes asociamos con eventos gratificantes.

TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL: Teoría (que propone) que las interacciones humanas son transacciones que tienen un fin de maximizar las gratificaciones y minimizar los costos para sí mismo.

V

VACUNA DE ACTITUD: La exposición de las personas a pequeños ataques contra sus actitudes, de tal manera que cuando se presenten ataques más fuertes, tendrás a su disposición argumentos para refutarlos.

VARIABLE DEPENDIENTE: Variable que se mide, se llama así puesto que puede depender de las manipulaciones de la variable independiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factor experimental que el investigador manipula.

CLASIFICACION DE LAS PARAFILIAS.

ACROTOMOFILIA. Del griego AKRON, extremidad + TOME, corte + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de que la pareja esté amputada. Su excitación erótica es propiciada por el muñón (es) de la pareja amputada . **PARAFILIA RECÍPROCA: APOTENMOFILIA**

1. **AGALMATOFILIA.** Del griego AGALMA, imagen + PHILIA. El estímulo erótico lo constituye una estatua o un modelo desnudo de una persona. **SINONIMOS: ESTATUOFILIA, PIGMALIONISMO.**

2. **AMELOTATISTA.** Del griego ANS, sin + MELOS, miembros + TISIS, irresistible atracción hacia. Alguien es atraído hacia la búsqueda de la amputación de un miembro de sí mismo. **SINONIMOS: APOTENMOFILIA.**

3. **ANDROMIMETOFILIA.** Del griego ANDROS, hombre + MIMOS, representación + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes a tener una pareja que siendo hembra de nacimiento, represente y se relacione eróticamente como un macho. **PARAFILIA RECÍPROCA: GINEMIMETOFILIA.**

4. **APOTEMNOFILIA:** Del griego APO, sin + TEMNEIM, cortar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de llegar a estar amputado. **PARAFILIA RECÍPROCA: ACROTOMOFILIA**

5. **ASIFIXIOFILIA.** Del griego ASPHYXIA, asfixia + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de autoestrangularse y llegar a la asfixia.

6. **AUTOAGONISTOFILIA.** Del griego AUTOS, sí mismo + AGONISTES, actor dramático principal + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el

logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de ser observado, estar en escena o ser filmado.

7. **AUTOASESINOFILIA.** Del griego AUTOS, sí mismo + ASSASIN, asesinas + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la posibilidad de escenificar y manejar una muerte masoquista de sí mismo por asesinato.
8. **AUTONEPIOFILIA.** Del griego AUTOS, sí mismo + NEPON, infante + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la posibilidad de representar a un niño de pañales y ser tratado de esa forma por su pareja.
9. **BESTIALIDAD.** Ver **ZOOFILIA.**
10. **BIASTOFILIA.** Del griego BIASTES, rapto o violación + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de atacar sorpresivamente y asaltar violentamente a una aterrorizada persona desconocida. **SINONIMO RAPTOFILIA.**
11. **CREMATISTOFILIA.** CHREMISTES, traficante de dinero + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser obligado a pagar, o siendo robado por la pareja sexual por sus servicios sexuales.
12. **CRONOFILIA.** CHRONOS, tiempo + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de que la edad erótica de la persona (él o ella) sea disconcordante de su edad cronológica actual, pero concordante con la edad de la pareja.
13. **COPROLAGNIA.** Ver **COPROFILIA.**
14. **COPROFILIA.** KROPOS, excremento + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser manchado con eses fecales o ingerirlas. **SINONIMO. COPROLAGNIA.**

- 15. EFEBOFILIA.** EPHEBOS, persona en etapa postpubertal del desarrollo + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de tener una pareja que se encuentre en la etapa postpuberal o adolescente.
- 16. EROTOFONOFILIA.** EROS, amor + PHONEIN, asesinar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la responsabilidad de ser el responsable de la muerte de un confiado compañero sexual. El orgasmo coincide con la muerte de la pareja.
- 17. ESCATOFILIA TELEFÓNICA.** SKATOS, suciedad + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser astuto y engañar o amenazar a la persona que se llama, conocida o desconocida, estableciendo una explícita y personal conversación erótica con palabras vulgares.
- 18. ESCOPTOLAGNIA.** SKOPEIN, ver + LAGNEIA, deseo. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes por observación de personas en el acto sexual.
- 19. ESCOPTOFILIA.** SKOPEIN, ver + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la observación de personas en actividades sexuales incluyendo el coito.
- 20. ESTIGMATOFILIA.** STIGMA, estigma + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja que posea un tatuaje, una cicatriz, o perforaciones en el cuerpo por el uso de joyería de oro, especialmente en la región genital.
- 21. EXHIBICIONISMO.** EXHIBERE, exhibir. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de provocar la sorpresa, el desmayo, el shock o pánico a un desconocido por la ilícita exhibición de una parte erótica del cuerpo incluyendo el área genital. **SINONIMO VOYERISMO.**
- 22. FETICHISMO.** FACTICIUS, artificial. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de poseer un talismán u objeto fetiche, sustancia o parte del cuerpo que pertenezca a la pareja
- 23. FORMICOFILIA.** FORMICA, hormiga + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del contacto

con pequeñas criaturas tales como caracoles, ranas, hormigas u otros insectos que se deslizan, arrastran o mordisquean las partes genitales, el área perineal y los pezones.

- 24. FROTEURISMO.** FROTTER, frotar. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de frotar el área genital contra el cuerpo de un desconocido en una multitud.
- 25. GERONTOFILIA.** GERAS, viejo +PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja de la misma edad de los padres o abuelos.
- 26. GINEMIMETOFILIA.** GYNE, mujer + MIMOS, representar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja que habiendo nacido hombre, representa y responde como una mujer a nivel erótico. **PARAFILIA RECIPORCA. ANDROMIMETOFILIA.**
- 27. HETEROFILIA.** HETEROS, diferente + PHILIA La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja de una sexo morfológico diferente al propio.
- 28. HOMOFILIA.** HOMOS, igual + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de poseer una pareja con sexo morfológico similar al propio.
- 29. HIBRISTROFILIA.** HYBRIDZEIN, cometer un ultraje en contra de alguien + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja que se sabe ha cometido un ultraje o crimen, tal como violación, asesinato, o robo armado.
- 30. HIFEFILIA.** HYPHÉ, tejido + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes a tocar, rozar, o sentir la piel, el pelo, el cuero, y el tejido, especialmente si es usado en la proximidad de las principales partes eróticas del cuerpo.
- 31. INFANTILISMO PARAFILICO.** La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la representación de un infante y de ser tratado como tal por su pareja.

- 32. JUVENILISMO PARAFILICO.** La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la representación de la etapa juvenil del desarrollo y de ser tratado como tal por su pareja.
- 33. KLEPTOLAGNIA.** KLEPTEIN, robar + LAGNEIA, deseo. Ver **KLEPTOFILIA**.
- 34. KLEPTOFILIA.** KLEPTEIN, robar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de entrar y robar ilícitamente la morada de un desconocido o pareja potencial.
- 35. KLISMAFILIA.** KLU7SMA, enema + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de recibir un enema por la pareja.
- 36. MASOQUISMO.** El nombre deriva de Leopold Von Sacher-Masoch, 1836-1895. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de ser la víctima de abuso, tortura, castigo, disciplina, humillación, obediencia y servidumbre por parte de su pareja.
- 37. MIXOSCOPIA.** MIXIS, coito + SKOPEIN, examinar. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de poder observar a otros en una relación sexual. **SINONIMO: EXCOPTOLAGNIA, ESCOPTOFILIA. PARAFILIA RECIPROCA: AUTOAGONISTOFILIA.**
- 38. MORFOFILIA.** MORPHE, forma + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de una o más características del cuerpo de la pareja es particularizada, prominentemente, o esencialmente como un prerequisite de la excitación erótica y de la facilitación y logro del orgasmo.
- 39. MUERTE AUTOEROTICA:** La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de la muerte por asfixia producto del autoestrangulameinto, o autoelectrocutamiento como parte de un ritual masturbatorio parafilico.
- 40. MISOFILIA.** MYSOS, suciedad + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser autodegradado por oler, masticar o realizar otra acción con ropa sudorosa, sucia o artículos de la higiene menstrual.

- 41. NARRATOFILIA.** NARRARE, narrar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de utilizar palabras o contar historias calificadas comúnmente como sucias, pornográficas u obscenas en presencia de la pareja.
- 42. NECROFILIA.** NEKROS, muerte + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de relacionarse no con una persona viva, sino con un cadáver.
- 43. NEPIOFILIA.** NEPON, infante + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de poder relacionarse con un infante. **PARAFILIA RECIPROCA AUTONEPIOFILIA.**
- 44. NORMOFILIA.** NORMO, normal + PHILIA. Ser heterosexual en conformidad con los estándares dictados por la costumbre, la religión o la autoridad legal.
- 45. OLFATOFILIA.** OLFACERE, oler + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de olfatear olores emanados de las diferentes partes del cuerpo, especialmente de las partes sexuales y adyacentes.
- 46. OSMOLAGNIA.** OSME, oler + LAGNEIA, deseo. Ser estimulado por los olores. Ver **OLFATOFILIA.**
- 47. PEDERASTIA.** PAIS, joven + ERASTES, amante. Costumbre de la Antigua Grecia en la que un hombre viejo tenía relaciones sexuales anales con jóvenes adolescentes varones.
- 48. PEDOFILIA.** PAIDOS, niño + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de tener una pareja en la etapa postpuberal o peripuberal.
- 49. PEODEIKTOFILIA.** PEOS, pene + DEIKNUNAIN, mostrar + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ver fotografías, películas o videos de actividades comúnmente tachadas como sucias, pornográficas u obscenas, sólo o en presencia de la pareja.

- 50. RAPTOFILIA.** RAPERERE, secuestrar + PHILIA. Ver **BIASTOFILIA**.
- 51. RENIFLEURISMO.** REN, riñón. Estimulación erótica provocada por el olor de la orina. **SINONIMO: UROFILIA.**
- 52. SADISMO.** El nombre deriva del Marqués de Sade 1740-1814. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser la autoridad que abusa, tortura, castiga, disciplina, humilla, e impone obediencia y servidumbre. **PARAFILIA RECIPROCA: MASOQUISMO.**
- 53. SOMNOFILIA.** SOMMUS, dormir + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de despertar a un desconocido con caricias eróticas, incluyendo sexo oral, sin fuerza o violencia.
- 54. SIMFOROFILIA.** SYMPHORA, desastre + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de representar y manejar la posibilidad de un desastre, tal como una conflagración o accidente de tráfico, y observar que sucede.
- 55. TOUCHEURISMO.** TOUCHER, tocar. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de hecho de tocar subrepticamente a un desconocido en una parte erótica del cuerpo, particularmente los pechos, las nalgas o el área genital.
- 56. TRANSVESTISMO.** TRANS, a través de + VESTIS, prendas + PHILIA. Ver. **TRANSVESTOFILIA.**
- 57. TRANSVESTOFILIA.** TRANS, a través + VESTIS, prendas + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de vestir prendas interiores del otro sexo.
- 58. TROILISMO.** TROIS, tres. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes de observar a la propia pareja en alquiler o préstamo con una tercera persona mientras realizan actividades sexuales incluyendo el coito.
- 59. UNDINISMO.** UNDINE, ninfa del agua, UNDA, ola. Ver **UROFILIA.**

60. UROLAGNIA. OURON, orina + LAGNEIA, deseo. Ver **UROFILIA**.

61. UROFILIA. OURON, orina + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de ser orinado y/ o tomar la orina de otra persona.

62. VOYERISMO. VOIR, ver. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del riesgo de ser descubierto mientras ilícitamente se observa a un desconocido desnudándose o en una actividad sexual.
PARAFILIA RECÍPROCA: EXHIBICIONISMO.

63. ZOOFILIA. ZOON, animal + PHILIA. La excitación erótica sexual y la facilitación y el logro del orgasmo son relativas a, y dependientes del hecho de establecer relaciones sexuales con otras especies, tales como un animal.

CÓDIGO ÉTICO DEL PSICÓLOGO.

CAPITULO I. PRINCIPIOS GENERALES.

El psicólogo deberá:

- Art. 1. Tener presente que por el solo hecho de ingresar a la comunidad de psicólogos, se compromete respetar estas normas y a promover una buena imagen de su profesión.
- Art. 2. Ejercer su profesión en condiciones éticas y materiales que garanticen la calidad científica y profesional de la misma y los eminentes fines humanos que deben caracterizarla.
- Art. 3. Respetar la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde actúe profesionalmente, y velar siempre por el bienestar individual y social en la prestación de servicios de toda índole.
- Art. 4. Participar, desde el ámbito de su profesión, en la preservación y mejoramiento ecológicos.
- Art. 5. Mantener dentro y fuera del ejercicio de la profesión y aún en el ámbito de la vida privada, su dignidad personal y profesional.
- Art. 6..Mantenerse en constante formación profesional y esforzarse por actualizar sus conocimientos en relación con el profesio de su disciplina.
- Art. 7. Guardar el secreto profesional, que es inherente al ejercicio de la disciplina y obligatorio para proteger los intereses del individuo y de la sociedad según las

modalidades de la actividad específica del psicólogo y conforme a las leyes generales en vigor.

- Art. 8. Abstenerse de la exhibición pública de cualquier consultante, en presentaciones personales o mediante filmaciones, fotografías, o grabaciones que no obedezcan a motivos específicos, y conservar, hasta donde sea posible el anonimato del cliente.
- Art. 9. Evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad.
- Art.10. Evitar asociarse profesionalmente con quién emplee métodos no científicos.
- Art.11.Colaborar en las actividades que puedan contribuir al desarrollo de la psicología como ciencia y como profesión.
- Art.12. Respetar, sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada, con independencia la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquiera otra característica personal de sus consultantes.
- Art. 13.Abstenerse de utilizar cargos políticos, administrativos o gremiales para obtener ventajas y privilegios personales ilegítimos.
- Art. 14 Evitar atribuirse o sugerir que tiene calificaciones profesionales, méritos científicos o títulos académicos que no posee.
- Art. 15. Negarse a expedir certificados e informes basado sólo en la observación directa y personal, es decir, sin un estudio previo.

CAP. II. DEL EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN.

Respecto a su clientela, el psicólogo está obligado a:

- Art. 16. a) abstenerse de emplear la sollicitación directa o indirecta de sus clientes;
b) abstenerse de recurrir a la recomendación pública del establecimiento donde ejerce su profesión;
c) evitar el utilizar la inducción publicitaria para elogio propio;
d) abstenerse de emplear agentes que alleguen consultantes;
e) evitar el recompensar pecuniariamente de modo directo o indirecto a las personas que le recomiendan consultantes.
- Art. 17. Mantener la más alta calidad en la prestación de sus servicios, independientemente de la remuneración acordada con el consultante.
- Art. 18. Renunciar a diagnosticar, prescribir, tratar o aconsejar a un cliente, cuya problemática esté fuera del ámbito de su competencia.

- Art. 19. Administrar las intervenciones que juzgue más seguras o menos onerosas, tanto en lo que se refiere a la carga económica como a los efectos secundarios o colaterales que impliquen, y proporcionar sólo los servicios profesionales necesarios.
- Art. 20. Rehusar guiarse solamente por el interés pecuniario o personal en la prestación de sus servicios profesionales, y evitar la aceptación de casos que impliquen sostener principios contrarios a sus convicciones personales o científicas, o que puedan comprometer o limitar su independencia.
- Art. 21. Ajustar la remuneración de sus servicios profesionales a los recursos económicos de quien lo solicite.
- Art. 22. Combatir la charlatanería y falta de sus servicios profesionales a los recursos económicos de quien lo solicite.
- Art. 23. Negarse a ofrecer servicios psicológicos con fines de entretenimiento. La intervención o consulta mediante conferencias, demostraciones públicas, artículos de prensa o revistas, programas de radio o televisión, correspondencia y otros medios impersonales deberá realizarse sólo con fines didácticos o científicos, de orientación o de difusión profesional.
- Art. 24. Comunicar sus conclusiones técnico-profesionales a los familiares o, en su caso, a la institución correspondiente, cuando considere necesario no hacerlo directamente al consultante.
- Art. 25. Evitar un perjuicio constante cuando resulte indispensable suspender o discontinuar la prestación de sus servicios profesionales. Para ello, deberá advertirle su decisión con la debida anticipación y proporcionarle la información necesaria para que otro psicólogo o profesional afín prosiga la asistencia.
- Art. 26. Guardar el secreto profesional en:
- a) El conocimiento obtenido por causa de la profesión;
 - b) Las confidencias hechas por terceros al psicólogo, en razón de su profesión.
 - c) Las confidencias derivadas de relaciones con los colegas u otros profesionales.
- De lo anterior, se exceptúan los siguientes casos:
- a) Aquellos en que se actúe conforme a circunstancias previstas por la ley;
 - b) Aquellos en que se trate de menores de edad, y sus padres, representantes legales, escuela o tribunal, requieran un informe cuyo fin evidente y comprobable sea brindarles ayuda;
 - c) En caso de que el psicólogo fuere acusado legalmente, podrá revelar el secreto profesional, podrá revelar el secreto profesional sólo dentro de los límites indispensables para su propia defensa;
 - d) Aquellos en que se actúe para evitar la comisión de un delito y prevenir daños morales o materiales que de él se deriven;

- e) Aquellos en que el que consulta dé su consentimiento por escrito, para que los resultados sean conocidos por quien él autorice.

Art. 27. Abstenerse de intervenir en asuntos que lo conduzcan a revelar el secreto profesional, o a utilizar las confidencias recibidas en el ejercicio de su profesión, salvo que obtenga el conocimiento previo y formal del consultante.

Art. 28. Observar, cuando se trate de un trabajo profesional conjunto de dos o más psicólogos, que la obligación de guardar el secreto es igualmente proporcional en todos. La infracción a este principio acarreará una sanción sólo a los responsables directos o indirectos y no al grupo profesional, ni a la institución donde actúen.

CAP. III. DE LA INVESTIGACIÓN.

A. PRINCIPIOS GENERALES.

Art. 29. Deberá decidirse sobre la conveniencia de una investigación, de acuerdo con su utilidad para el progreso de la psicología y el fomento del bienestar humano. Toda investigación deberá calificarse en función de su necesidad, de sus posibles logros y de los riesgos que implique.

Art. 30. La investigación deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

B. CON PARTICIPANTES HUMANOS.

Art. 31. La investigación en humanos deberá:

- a) Ser precedida por una evaluación cuidadosa de los riesgos y los beneficios que el estudio pueda aportar, considerando que debe prevalecer tanto el interés del individuo y el de la sociedad por encima del de la ciencia;
- b) Ajustarse a los principios científicos y fundamentarse en la experiencia previa realizada en animales, así como en el conocimiento de la literatura científica.
- c) Poner en claro que la responsabilidad por el sujeto participante reside en el investigador, un cuando aquél haya dado su consentimiento;
- d) Realizarse, cuando se empleen sustancias, únicamente en clínicas, hospitales o instalaciones de investigación que ofrezcan garantías adecuadas a los sujetos;
- e) Prever la existencia de un contrato claro y justo entre el investigador y el sujeto de la investigación, que delimite las responsabilidades de cada uno.

Art. 32. Los sujetos de la investigación deberán:

- a) Expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación. La protección de esta libertad exige una vigilancia especial cuando el investigador esta en una posición de autoridad sobre el participante.
- b) Estar suficientemente informados sobre la naturaleza, alcance, fines y consecuencias posibles de la experimentación, de sus molestias y riesgos, de los

beneficios que puedan esperarse excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de las misma;

- c) Recibir, tan pronto como sea posible, la explicación y la justificación de los procedimientos empleados cuando, debido a los requerimientos metodológicos de un estudio haya sido necesario recurrir al encubrimiento y al engaño;
- d) Tener plena libertad para retirar su consentimiento y suspender su participación en cualquier momento, sin que esto les acarree prejuicio alguno.

Art. 33. En caso de incapacidad legal, física o mental del sujeto de investigación o, cuando el sujeto sea menor de edad, se solicitará el permiso del responsable jurídico.

Art. 34. Cuando puedan producirse consecuencias mediatas o inmediatas indeseables para el sujeto, el investigador tiene la responsabilidad de detectarlas, eliminarlas o corregirlas. El investigador protegerá a los sujetos de toda incomodidad, daño o peligro físico y mental, y les informará verazmente en caso de emitir estos riesgos para obtener su consentimiento.

Art. 35. Deberá respetarse el derecho del individuo a su intimidad, para lo que se tomarán las debidas precauciones. Por tanto, se garantizará el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de la información obtenida de ellos, a menos que previamente se haya llegado a un acuerdo diferente.

C. CON SUJETOS ANIMALES.

Art. 36. Se respetarán los dictados razonables de una sensibilidad media y las recomendaciones usuales de conocimiento público y aceptación general.

Art. 37. La adquisición, mantenimiento y eliminación final de los animales empleados en la investigación deberá cumplir con las disposiciones legales y de costumbre en la localidad.

Art. 38. El investigador deberá supervisar cuidadosamente todos los procedimientos realizados con los animales responsabilizándose de su bienestar, salud y trato por parte de sus ayudantes.

Art. 39. El responsable de la investigación deberá asegurarse de que todos sus colaboradores reciban instrucciones explícitas sobre los métodos experimentales y los procedimientos de cuidado de los animales empleados. Cada colaborador deberá realizar únicamente las labores que son de su competencia.

Art. 40. El investigador deberá evitar o disminuir al mínimo indispensable cualquier malestar, incomodidad, dolor o enfermedad de los animales.

Art. 41. Cuando se requiera terminar con la vida del animal de investigación, el procedimiento deberá ser rápido y sin dolor.

D. DE LA COMUNICACIÓN.

Art. 42. Para las comunicaciones en materia de investigación, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- a) El desacuerdo con los resultados de una investigación o estudio no es razón admisible para silenciar su publicación.
- b) Al publicar los resultados de su investigación, el autor se compromete a presentar la veracidad de los mismos;
- c) Cuando se trate d trabajos de coparticipación formal y productiva, se requerirá la autorización de los participantes en la misma para su publicación. En caso de haber oposición de algunos de los participantes se deberá aclarar que no existe un acuerdo al respecto;
- d) La modestia y la discreción deben caracterizar las publicaciones del psicólogo, y éste no debe autorizar que se publiquen resultados sin tener la seguridad de que obtendrán una interpretación seria, imparcial y adecuada;
- e) El autor es personalmente responsable de la divulgación de sus investigaciones y, por lo tanto, puede desautorizar toda publicación que no se ajuste a sus condiciones;
- f) En el informe de su investigación, el psicólogo dará crédito a las instituciones y personas que hayan colaborado para su realización.

Art. 43. Al utilizar material o información perteneciente a instituciones deberá cumplir con los convenios hechos con éstas y, respetar los principios básicos e este código.

CAP. IV. DE LA DOCENCIA.

Son deberes principales en esta área:

Art. 44. Reconocer que, como profesor, el psicólogo tiene la obligación primordial de ayudar a otros a que adquieran conocimientos y habilidades, a mantener altos niveles académicos y a proceder con objetividad al presentar la información.

Art. 45. Considerar que la finalidad de la educación es el pleno desarrollo del individuo y la sociedad.

Art. 46 Fundamentar las actividades docentes en una preparación cuidadosa, de modo que la enseñanza sea precisa y actualizada.

Art. 47. Evitar, en el área de la docencia, la incapacidad pedagógica y científica comprobadas y el reiterado incumplimiento de los deberes docentes, así como la delegación de estas obligaciones en asistentes no capacitados.

Art. 48. Presentar en sus programas los temas de sus cursos en términos claros y concretos, de forma que ilustren su naturaleza y características.

Art. 49. Aclarar en los anuncios o folletos que describan talleres, seminarios u otros programas educativos sus alcances y limitaciones, sus objetivos, duración, requisitos, material requerido y honorarios.

Art. 50. Estimular a los estudiantes en su búsqueda del conocimiento, prestándoles apoyo para la libre investigación dentro de los cánones del presente código. Promover a lo largo de sus cursos el conocimiento y observancia de la ética profesional para garantizar su mayor difusión.

Art. 51. Adoptar siempre una actitud de respeto y atención a los puntos de vista de sus alumnos. Tener presentes los diversos antecedentes de los estudiantes y, cuando se manejen temas potencialmente ofensivos para alguno, tratarlos objetivamente y presentarlos de manera que el estudiante los comprenda.

CAP. V. DE LAS PRUEBAS Y LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

A. NORMAS GENERALES.

El psicólogo se compromete a:

Art. 52 Vigilar que el uso de las pruebas e instrumentos psicológicos sea reservado exclusivamente a quienes tengan la preparación profesional adecuada y hayan aceptado las obligaciones y consecuencias inherentes a su empleo.

Art. 53. Considerar que las pruebas psicológicas son instrumentos auxiliares de trabajo y que por sí solas no bastan para formular un diagnóstico.

Art. 54. Colaborar en el control profesional y comercial de material psicológico, evitar su difusión generalizada y limitar su distribución a quienes estén debidamente acreditados.

Art. 55. Usar las pruebas e instrumentos en proceso de validación sólo con fines de investigación o docencia, previa aclaración al respecto y con las debidas reservas.

Art. 56. Evitar la comercialización y distribución generalizada de pruebas en fase experimental. En lugar adecuado deberá señalarse su carácter experimental, así como la fecha de impresión y la autorización correspondiente.

Art. 57. Elaborar las pruebas disponibles para su uso profesional, incluyendo manuales o información que expresen sus motivos o fines, su desarrollo, su validez, y el nivel de entrenamiento necesario para usarlas e interpretarlas.

B. DE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

Art. 58. Los consultante tienen el derecho a conocer los resultados y sus interpretaciones y, en su caso, los datos originales sobre los que se basan los juicios. El psicólogo eludirá aportar información que pueda comprometer el funcionamiento de la

prueba, pero explicará las bases de las decisiones que puedan afectar adversamente al consultante o a quienes depende de él.

- Art. 59. El cliente tiene el derecho de obtener una explicación sobre la naturaleza, propósitos y resultados de la prueba en lenguaje comprensible salvaguardándose de cualquier situación que ponga en riesgo su estabilidad emocional.
- Art. 60. El psicólogo que ofrece servicios de clasificación e interpretación de pruebas será capaz de demostrar que la validez de los programas y los procedimientos usados está debidamente probada. El ofrecimiento al público de un servicio automático de pruebas debe considerarse como una consulta entre profesionales, y el psicólogo hará todo lo posible para evitar el mal uso de los informes de las pruebas.

CAP. VI. DE LAS RELACIONES ENTRE COLEGAS.

- Art. 61. Deberá existir entre los profesionales de la psicología un espíritu de colaboración y de respeto mutuo. Se abstendrán de subestimar a sus colegas y emplear su eventual conocimiento de antecedentes personales, ideológicos políticos o de otra naturaleza que puedan ocasionar un perjuicio o desprestigio profesional o personal.
- Art. 62. El psicólogo empleará la cortesía con sus colegas y les ayudará cuando no puedan atender sus tareas profesionales por causas de fuerza mayor.
- Art. 63. Cuando el psicólogo reciba consultantes enviados por otro colega, deberá informarle por escrito todo lo relativo al estudio del caso y a los resultados a que llegue, a petición expresa del colega que lo envíe.
- Art. 64. El psicólogo al que se le ofrezca un caso deberá asegurarse antes de que ningún profesional está en ese momento a cargo del mismo. Si sustituye a otro colega deberá cerciorarse de que éste se ha desatendido ya del asunto, o que el cliente así lo solicita explícitamente. Si el asunto es urgente podrá hacerse cargo, con la condición de que informe enseguida al profesional o profesionales interesados.
- Art. 65. El psicólogo que con motivo justificado se encargue provisionalmente de asuntos profesionales de otro colega, debe proceder de manera que salvede el buen nombre de remplazarlo. Los honorarios corresponderán al reemplazante.
- Art. 66. El psicólogo, su esposa (o), hijos y padres dependientes, tienen la opción a ciertos servicios gratuitos de sus colegas, con la condición de reciprocidad. Se excluye la psicoterapia.