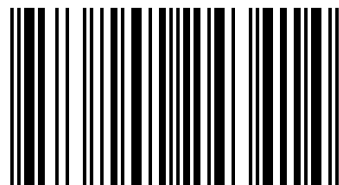


Psicología y práctica médica

Se aporta un resultado científico que esclarece acerca de los fundamentos teórico prácticos para la aplicación de la Psicología en el ejercicio profesional de la medicina. El mismo resulta viable en su aplicabilidad desde el programa de formación del médico general que se desarrolla en la educación superior cubana. A tales efectos, los estudiantes de medicina en formación tendrán la oportunidad de emprender acertadamente los contenidos psicológicos directamente vinculados a la práctica profesional.

Miguel Angel Toledo Méndez es Licenciado en Psicología, Máster en Ciencias de la Educación y Aspirante a Doctor en Ciencias Pedagógicas. Isaac Iran Cabrera Ruiz es Licenciado en Psicología, Máster en Ciencias de la Educación y Doctor en Ciencias Pedagógicas.



978-620-2-24341-4

editorial académica **española**

Psicología y práctica médica

Toledo Méndez, Cabrera Ruiz

ead
editorial académica **española**



Miguel Angel Toledo Méndez · Isaac Iran Cabrera Ruiz

Psicología y práctica médica

Fundamentos teórico prácticos
2017

Psicología y práctica médica

Miguel Angel Toledo Méndez
Isaac Irán Cabrera Ruiz



Editorial Académica Española

www.eae-publishing.com

ISBN: 978-620-2-24341-4

2017

Índice

Parte 1. Psicología: generalidades para ciencias médicas	1
Capítulo 1: Elementos de Psicología General.	1
Epígrafe 1. La Psicología: objeto de estudio, principios, formación y desarrollo de la conciencia.	1
1.1 Importancia de la Psicología en la práctica médica.	1
1.2 Principios Generales de la Psicología desde una perspectiva de aplicación materialista dialéctica	5
1.3. La conciencia como forma superior de desarrollo del psiquismo.	7
Epígrafe 2: Procesos cognitivos y Procesos afectivos.....	11
2.1 Introducción al tema.....	11
2.2 Los procesos Cognoscitivos.....	11
2.3 Los procesos afectivos.....	23
Capítulo 2: La personalidad.	24
Epígrafe 1 Aproximaciones teóricas a la categoría personalidad.	24
1.1 Introducción al tema.....	24
1.2 Generalidades para comprender la personalidad.	25
1.3 Determinantes del origen y formación de la personalidad.....	27
1.4 Fuerzas motrices en el desarrollo de la personalidad. Las Contradicciones en el desarrollo de la personalidad.	29
1.5 La socialización como premisa del desarrollo de la personalidad.	30
Epígrafe 2 La personalidad como sistema regulador.....	31
2.1 Estructura de la personalidad.....	31
2.2. El carácter regulador de la personalidad.....	37
Epígrafe 3 Personalidad y Salud.	42
3.1 Regulación del comportamiento y salud.....	42
3.2 La mediatización personalológica en el proceso de enfermedad somática. Diferentes enfoques.	43
3.3 Sexualidad, personalidad y salud.....	45
3.4 Sucesos dinámicos relevantes del comportamiento y su repercusión en la salud humana.....	46
3.5 Rasgos clínicos de la personalidad y su implicación para la salud.	53
Capítulo 3 La psicología en la atención primaria.	55
Epígrafe 1 La Psicología en la comunidad.....	55
3.1.1 Aspectos sociopsicológicos de interés para los profesionales de la salud en la atención primaria.	55
3.1.2 La familia y la comunidad: grupos de interés para el médico general... 64	
3.1.3 Vía de comunicación del médico con la comunidad, grupos y la familia: su importancia en la transformación de actitudes y comportamientos no saludables.	73
Epígrafe 2 El estilo de vida: su influencia en la salud humana.	85
3.2.1 Promoción de salud y modo de vida.	85
3.2.2 El estilo de vida: sus constituyentes.....	87

Epígrafe 3 La atención diferenciada según las características psicológicas predominantes en los diferentes períodos del desarrollo ontogenético de la personalidad.....	90
3.3.1 Conceptos generales sobre el desarrollo.....	90
3.3.2 Caracterización de las edades.....	91
El primer año de vida del niño.....	91
Infancia Temprana.....	95
Edad preescolar.....	99
Edad escolar.....	101
Adolescencia.....	105
Juventud.....	110
Adulto.....	112
Adulto Mayor.....	114
Bibliografía.....	117
Parte 2. Biopsicopatología del sistema nervioso humano.....	122
Capítulo 1: Trastornos, aberraciones y anomalías intrauterinas, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano.....	122
1.1. Las aberraciones o alteraciones cromosómicas.....	122
1.1.1. El Síndrome de Down.....	122
1.1.2. El Síndrome de Klinefelter.....	125
1.1.3. El Síndrome de Turner.....	127
1.2. Las embriopatías infecciosas.....	129
1.2.1. La Rubeola Congénita.....	129
1.2.2. La Toxoplasmosis Congénita.....	130
1.2.3. La Sífilis Congénita.....	132
1.3. Las neuroectodermosis o facomatosis.....	134
1.3.1. La Neurofibromatosis.....	134
1.3.2. La Esclerosis Tuberosa.....	137
1.3.3. La Angiomatosis Cerebral Encefalotrigeminal.....	142
1.4. Los trastornos endocrinometabólicos.....	143
1.4.1. El Hipotiroidismo Neonatal.....	143
1.4.2. La Enfermedad de Niemann-Pick.....	145
1.4.3. La Enfermedad de Gaucher.....	148
1.5. Las malformaciones congénitas.....	150
1.5.1. La Espina Bífida.....	150
1.5.2. El Cráneo Bífido.....	153
Capítulo 2: Trastornos degenerativos y lesiones inducidas por traumas, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano.....	157
2.1. Trastornos degenerativos tratables.....	157
2.1.1. La Hidrocefalia Normotensiva.....	157
2.1.2. El mal de Parkinson.....	159
2.1.3. La Demencia Vascular.....	163
2.2. Trastornos degenerativos generalmente irreversibles.....	166
2.2.1. La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.....	166
2.2.2. La Enfermedad de Huntington.....	168

2.2.3. La Esclerosis Múltiple.....	170
2.3. Lesiones cerebrales inducidas por traumas	172
2.3.1. La Conmoción Cerebral	172
2.3.2. El Hematoma Subdural Crónico.....	175
2.3.3. La Hemorragia Intracerebral	177
Capítulo 3. Trastornos cardiovasculares, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano	180
3.1. Asociados a enfermedades infecciosas cardíacas.....	180
3.1.1. La Endocarditis.....	180
3.1.2. La Miocarditis	182
3.2. Generalmente no asociados a enfermedades infecciosas cardíacas....	183
3.2.1. Las Arritmias	183
3.2.2. La Hipotensión Arterial	186
3.2.3. La Encefalopatía Hipertensiva	188
Bibliografía.....	193

Parte 1. Psicología: generalidades para ciencias médicas

Capítulo 1: Elementos de Psicología General.

Epígrafe 1. La Psicología: objeto de estudio, principios, formación y desarrollo de la conciencia.

1.1 Importancia de la Psicología en la práctica médica.

El conocimiento psicológico resulta tan antiguo como el propio sistema de conocimientos de la humanidad. El primer sistema de conceptos psicológicos que se conoce aparece en el Tratado Sobre el Alma de Aristóteles. Sin embargo no es hasta el siglo XIX que el saber psicológico se convierte en ciencia independiente. Ello ocurrió en 1879 en Leipzig, Alemania, a partir de la creación por Wilhelm Wundt del Primer Laboratorio Experimental de Psicología, dedicado al estudio de las funciones psicológicas humanas.

¿Cuáles factores propiciaron el surgimiento de la Psicología como ciencia independiente?

- El desarrollo de varios dominios y su aplicación a un perfil amplio de la sociedad.
- Elaboración de adecuados métodos de investigación: la observación y el experimento. La introducción de la experimentación permitió mostrar la objetividad, la repetibilidad y la verificación como criterios de la fidelidad del hecho psicológico en su fundamento para incluirse en la categoría de datos científicos.
- Factores económicos sociales: En la segunda mitad del siglo XIX fue estimulada la producción capitalista, la cual exigía la utilización más efectiva del ser humano.
- Tienen lugar una serie de hechos que constituyen premisas científicas:

- Los trabajos de fisiología experimental sobre los órganos de los sentidos elaborados por V. Helmholtz, E. Weber, G. Fechner y J. Müller.
- Los trabajos de I. M. Sechenov sobre la actividad nerviosa.
- La teoría evolucionista de C. Darwin: el principio evolutivo introdujo en la psicología la perspectiva de analizar lo psíquico y su evolución con el desarrollo de los organismos en el proceso de adaptación al medio ambiente, unido al desarrollo de los mecanismos fisiológicos, además de conducir a la formación de la Psicología del Desarrollo y la investigación en el dominio de la ontogénesis.
- Los estudios sobre las diferencias individuales de Galton

Durante mucho tiempo la Psicología fue considerada como disciplina filosófica. Sin embargo, devienen fuentes de la acumulación de conocimientos las ciencias naturales (fundamentalmente la biología), la medicina, la pedagogía y la sociología.

Desde entonces varias han sido las escuelas y las tendencias que han caracterizado a las Ciencias Psicológicas. Desde el Enfoque Histórico Cultural asumimos las siguientes ideas en la definición de su objeto de estudio.

La realidad existe con independencia del ser humano, y en la medida que este entra en relación con ella deviene en su percepción del mundo, en su realidad. La psicología es entonces, la ciencia que estudia ese fragmento de la realidad que se define por su carácter subjetivo, que trata de penetrar en la esencia de ese hecho para entenderlo, conocer sus regularidades, y valerse de ese conocimiento para favorecer el desarrollo más pleno del hombre, para aplicarlo en diferentes esferas de la vida y lograr más desarrollo, bienestar y felicidad para el ser humano.

Estudiar los fenómenos, procesos y cualidades psicológicas enmarca la subjetividad como espacio constitutivo del sujeto de los procesos y estados característicos en cada uno de sus momentos de acción social, siendo también constituyente de la realidad social.

La subjetividad, lo psíquico se caracteriza por:

- Tener un origen material: La psiquis, la subjetividad, aparece, ante todo, vinculada al cerebro como resultado de la materia con un alto nivel de organización, pues surge y existen únicamente como función o actividad de este. El cerebro es sólo el órgano de la actividad psíquica, el hombre es el sujeto. La actividad psíquica constituye una función del cerebro y un reflejo del mundo exterior, porque la propia actividad cerebral es una actividad refleja condicionada por la relación del sujeto con dicho mundo.
- Tener un carácter objetivo: Existe en el sujeto como resultado del sistema de relaciones sociales del sujeto y su actividad práctica.
- Tener un carácter reflejo: Lo psíquico no es lo social transpuesto en la mente de las personas, es por el contrario, un reflejo mediatizado del sujeto, donde lo social se refracta a través de las condiciones internas. El sujeto percibe no sensaciones y percepciones, sino los objetos y fenómenos del mundo material.
- Tener un carácter histórico: Lo subjetivo es el resultado de la constitución de lo social a través de las relaciones que establece el sujeto en su devenir histórico. Proceso definido en la compleja relación dialéctica del sujeto y su medio, donde la historia personal y la del medio confluyen en una nueva unidad, susceptible de constituirse en como subjetivo a partir de la construcción del sujeto. Lo social se subjetiviza en el desarrollo de la persona y lo subjetivo constantemente se objetiviza al convertirse en parte de la realidad social, con lo cual se redefine constantemente como proceso cultura e histórico.

La práctica médica es una labor intensamente humanista que tiene como centro la atención a personas portadoras de determinada patología, problemáticas de la vida cotidiana, o con un alto riesgo a no vivir saludablemente. Demanda entonces, que unido a los diversos y profundos conocimientos para la prevención, promoción y curación de enfermedades, el personal médico debe poseer una

cultura y herramientas precisas para comprender e interactuar con las personas concretas.

Los conocimientos psicológicos como ciencia para su aplicación al ejercicio profesional sobre el proceso salud enfermedad les permitirá una mejor gestión terapéutica, rehabilitadora, de promoción y protección de salud, de valoración epidemiológica y clínica, así como en la docencia, la investigación transformadora y en las funciones y responsabilidades de administración de unidades de salud. La psicología contribuye a la formación integral del personal médico y lo dota de las herramientas necesarias para una mejor comprensión del proceso salud enfermedad y su atención.

La psicología médica debe entenderse como la disciplina aplicada de la Psicología que estudia los aspectos psicológicos del proceso salud enfermedad en la práctica médica y su atención específica desde esta incluyendo los factores psicológicos.

¿Qué necesitan conocer sobre Psicología los profesionales y técnicos de la salud para su práctica cotidiana?

En una primera aproximación, que en términos de organización pedagógica sería una primera asignatura, deben armarse de la arquitectura general de la Psicología, de su objeto de estudio, sus procesos, regularidades, características, la esencia constitutiva de las personas y los complejos determinantes de su formación, desarrollo y expresión, las principales características psicológicas del ser humano en las diferentes etapas evolutivas que vive, la comunicación y las estrategias facilitadoras en las interacciones con pacientes y miembros de la comunidad, las características de los grupos y su empleo metodológico para la influencia social, la labor de promoción y prevención en las comunidades relacionadas con el estilo de vida y el papel de la familia. Pues la invitación está hecha, a aprender y aprehender de esa ciencia que algunos denominan con total equivocación como abstracta, y que en su riquísimo campo de aplicación brinda a la práctica médica conocimientos y herramientas que tributan a la excelencia de su servicio, y en lo particular a un crecimiento y encuentro más profundo de quienes

la ejercen con lo humano; a aprender y aprehender de esa Ciencia que algunos prefieren escribir sin “P”, en clara “profanación identitaria” a los que la amamos, crecimos como personas con ella, y con la que tenemos unos de esos amores que son para toda la vida, aunque cada día nos robe gran parte de la vida dedicada a su aplicación.

1.2 Principios Generales de la Psicología desde una perspectiva de aplicación materialista dialéctica

La psicología ha definido una serie de principios generales, desde una perspectiva marxista, que le permiten desarrollar todo el campo conceptual, investigativo, metodológico y práctico transformador.

- **Principio del desarrollo de la psiquis:**
 - La psiquis se forma y se desarrolla: Las características, cualidades y procesos de la psiquis del hombre, los niveles en que se organizan e integran y que regulan su comportamiento e interacción con su medio no son dados de una vez y para siempre cuando nace el individuo, inamovibles. Por el contrario se forman y desarrollan durante la vida, en el proceso de socialización, de interacción con el medio cultural e histórico concreto. El sujeto en su desarrollo ontogenético experimenta transformaciones en la organización y contenido de lo subjetivo, de lo psíquico, desde niveles de regulación más elementales, hasta niveles más complejos de integración y regulación psíquica humana.
 - La psiquis está en constante cambio y transformación, en constante movimiento: El desarrollo no es lineal, atraviesa por períodos con características propias, y a partir de la educación y la influencia histórico cultural, que en interacción con el nivel de maduración individual, las contradicciones y las crisis, determinará la aceleración o lentitud de estos períodos, así como las adquisiciones principales que tendrán lugar.

- **Principio del determinismo:** Es un principio metodológico porque define la naturaleza de los fenómenos y el carácter real de sus conexiones. Este principio establece las relaciones entre lo interno y lo externo, de lo biológico y lo social, el modo de determinación del reflejo psíquico como interacción e interdependencia. El psiquismo es el reflejo subjetivo del mundo objetivo. El sujeto percibe no sensaciones y percepciones de cualidades, sino los objetos y fenómenos del mundo material en forma de imágenes. Cada persona es portadora de determinado desarrollo biológico y psíquico e interactúa con determinada experiencia histórico-social, formada de generación en generación. Lo psíquico es determinado siempre desde afuera por la interacción del sujeto con la realidad. Las causas externas actúan a través de las condiciones internas. De este modo la naturaleza interior de los fenómenos constituye el prisma a través del cual unos objetos y fenómenos se reflejan en otros, por lo tanto es un reflejo mediato. Este principio tiene importantes derivaciones y aspectos principales:
 - Lo subjetivo, lo psicológico está determinado por la interrelación dialéctica entre lo interno y lo externo, es un resultado de la influencia mutua e interdependencia de estos dos aspectos. Lo social, es la fuente de desarrollo psíquico al ser reflejado por la personalidad, por su configuración subjetiva, por lo interno. Lo biológico es una premisa del reflejo subjetivo, del desarrollo psíquico. Sin un sistema nervioso con las características del humano no existiría el nivel de desarrollo de lo psicológico de la conciencia, como tampoco es suficiente, necesita de interrelacionarse con un medio portador de condiciones sociales de vida y educación histórico cultura. Es un proceso ininterrumpido en el que intervienen como mecanismos concretos de interacción del sujeto , con las condiciones sociales

son la actividad que despliega en su medio y la comunicación que establece con las otras personas.

- La psiquis humana tiene una naturaleza social: La psiquis surge de la actividad transformadora y la comunicación entre los hombres y tiene una determinación histórico social. Lo psíquico es una síntesis y una expresión del desarrollo del proceso de apropiación de las distintas formas de experiencia social contenida en la historia y características propias de una cultura determinada y ocurre bajo la influencia de la enseñanza y la educación que van delante y la conducen.

- **Principio de la unidad de la psiquis con la actividad y la comunicación:**

- La psiquis, la conciencia, se forma en la actividad que el sujeto realiza con el medio y en la comunicación que establece con las demás personas y es un resultado de dicha actividad y dicha comunicación, es realmente actividad psíquica estructurada del sistema nervioso del sujeto.
- El sujeto en la actividad concreta que participa y los sistemas de comunicación que establece se manifiesta como tal, regulando estas, lo psicológico, en la expresión del sujeto, se manifiesta y regula la actividad y la comunicación. Una vez formado el psiquismo en la actividad, y como actividad, comienza a jugar un papel regulador de esta.

1.3. La conciencia como forma superior de desarrollo del psiquismo.

En el desarrollo de la vida cotidiana observamos que existen diferentes niveles de desarrollo del psiquismo, diferentes niveles de reflejo de la realidad, ya que el reflejo psíquico se desarrolla al mismo tiempo que la complejidad estructural de los organismos y en función de la actividad a la que acompañan. A. N. Leontiev describe 4 estadios de desarrollo de la conciencia.

a) Estadio sensorial elemental.

La actividad animal responde a agentes particulares en relación con la asociación esencial de dichos agentes con las acciones de que depende la realización de las funciones biológicas esenciales de los animales. Hay sensaciones elementales aisladas, la actividad está determinada por la acción de las cosas.

El contenido de la actividad se relaciona objetivamente con las condiciones del medio en las que se da el objeto, se asocia a lo que excita la actividad.

La característica esencial en este estadio es la facultad de los animales para reflejar propiedades aisladas del medio a partir de la diferenciación del sistema nervioso elemental y los órganos de la sensibilidad.

Ejemplo de animales en este nivel: gusanos, crustáceos, insectos, vertebrados.

b) Estadio del psiquismo perceptivo.

Cuando los animales pasan a un modo de vida terrestre, con el consiguiente desarrollo de la corteza cerebral aparece la actitud para reflejar la realidad objetiva exterior en forma de reflejo de cosas.

Aparecen las operaciones como aspectos de la actividad y responden a las condiciones en que se haya el objeto que las suscita, y por consiguiente se dan los primeros procesos de integración en una imagen única y acabada. Precisamente la diferenciación de las operaciones (propiedades que caracterizan el objeto de la actividad) permite la fijación de la experiencia en forma de costumbres motrices. El animal refleja la realidad en forma de imágenes más o menos segmentarias de cosas individualizadas.

Aparecen profundos cambios anatómo fisiológicos, principalmente en el desarrollo y la transformación del papel de los órganos de los sentidos que actúan a distancia, especialmente la vista

Hay desarrollo de los órganos de motricidad externa. Los órganos motrices se corticalizan, apareciendo la memoria motriz como nueva forma de fijación de la experiencia animal.

El contenido de la actividad responde a las acciones particulares que las provocan.

Ejemplo de animales en este nivel: Mamíferos.

c) Estadio del Intelecto: Es el límite superior del desarrollo del psiquismo antes de la conciencia. Se caracteriza por una actividad y formas de reflejo de la realidad extremadamente complejas.

Aparecen 2 fases en la realización de la actividad

1. Preparatoria (Rasgo esencial del intelecto): La realización existente entre las cosas. Hay reflejo de relaciones.
2. Realización: Ejecución.

Las transferencias y generalizaciones siguen no sólo la analogía de los objetos, sino la analogía de las relaciones.

Hay desarrollo de la corteza cerebral y sus funciones.

Ejemplo de animales en este nivel: Primates.

d) Conciencia: La aparición de la conciencia es el principio de una etapa superior de desarrollo. El reflejo consciente es el reflejo de la realidad concreta.

La conciencia es la cualidad de la actividad psíquica que expresa el reflejo del mundo circundante y de las relaciones que con él establece el sujeto. La conciencia presupone siempre una actitud cognoscitiva con respecto a un objeto que se encuentra fuera de la conciencia. También son objetos de la conciencia los fenómenos psíquicos, las vivencias. Esto último no se trata del reflejo propio de lo psíquico en lo psíquico, sino de manera mediata, a través de las acciones de las personas, se tiene conciencia de las vivencias y sentimientos a través de la adquisición de conciencia sobre el objeto hacia el que las vivencias y sentimientos se dirigen así como de las causas que los originan.

Adquirir conciencia de una cosa significa reflejar la realidad objetiva por medio de significados generalizados que se han objetivado en la palabra y se han elaborado socialmente.

¿La consciencia del hombre sobre la realidad abarca todo lo existente?

Tener consciencia es tener conocimiento del mundo objetivo, no teniendo siempre consciencia del proceso psíquico que determina que se adquiera consciencia del objeto.

La consciencia de los procesos y fenómenos psíquicos se adquiere de forma mediata cuando unos y otros son puestos en correlación con el mundo objetivo. Tener consciencia de un sentimiento implica haberlo correlacionado con el objeto que lo provoca y hacia el que dicho sentimiento está dirigido.

Inconsciente no quiere decir que no se tenga vivencia, sino que no se ha entrado en conocimiento de la causa que lo provoca ni el objeto hacia el que se orienta.

Lo inconsciente existe porque ejerce una función reguladora en el comportamiento.

Función reguladora de la consciencia: El comportamiento de las personas es intencionado, tienen un fin y permite anticipar los resultados, así como de planear sus acciones, de este modo la consciencia es la cualidad de lo psíquico que permite la regulación del comportamiento por parte del sujeto. No puede atribuírsele a la consciencia las funciones del sujeto, no es ella la que determina el comportamiento, es el sujeto, a partir de la organización de su personalidad.

Para la práctica médica resulta necesario conocer que esta función reguladora de la consciencia puede estar alterada a partir de modificaciones evidentes en el grado de vigilia con respecto a la lucidez con que el sujeto capta la realidad como son el coma, la consciencia confusional, la consciencia onírica, la consciencia crepuscular, la consciencia oniroide, obnubilación y la consciencia hiperlúdica. Estados que serán estudiados con profundidad en Psicología Médica II.

Epígrafe 2: Procesos cognitivos y Procesos afectivos.

2.1 Introducción al tema.

La personalidad es la expresión de la unidad de lo cognitivos y lo afectivos. Todo fenómeno psicológico contiene y es el resultado de procesos y contenidos cognitivos y afectivos en interrelación e interdependencia, integrados en un reflejo único. Para los profesionales y técnicos de la salud es de vital importancia comprender el funcionamiento de la actividad psíquica de los seres humanos, para una interacción desarrolladora y que tribute a la optimización de su objeto social. Cualquier proceso, estado, expresión de los seres humanos, es la integración de lo cognitivo y lo afectivo, las expresiones, estados de ánimo, ideas, la obra de los seres humanos se viven y manifiestan en un todo único: procesos psicológicos que le brindan y comunican un conocimiento y se vive con determinada carga afectiva. Es imprescindible comprender al ser humano en esta dimensión al interactuar con él. De este modo la realidad se conoce y se vivencia, el mundo es representado por las personas no sólo como conocimiento, sino también con un sentido, una significación de la relación con esa realidad.

2.2 Los procesos Cognoscitivos.

La actividad psíquica cognoscitiva permite al hombre conocer la realidad, penetrar su esencia y desarrollar su actividad transformadora. Los procesos cognitivos le brindan un reflejo que contribuye a la configuración y reconfiguración de la imagen del mundo.

La **cognición** constituye un proceso único, aunque está integrado por procesos como la sensación, la percepción, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la atención, que en constante interrelación e interdependencia, tributan a la personalidad del sujeto, permitiéndole conocer y representarse la realidad. Los procesos cognitivos tienen un carácter regulador al participar en diferentes procesos reguladores de la personalidad. Ellos son formas de conexión que se da entre el sujeto y el mundo.

Sensación: Es el proceso psíquico mediante el cual se reflejan las cualidades aisladas de los objetos y fenómenos de la realidad y de los estados internos del organismos. Su papel vital radica en su función señalizadora, en su capacidad de provocar reacciones adecuadas del organismo. La sensación da origen al reflejo sensorial que proporciona una característica de las propiedades de las cosas. El conocimiento sensorial es la forma inicial del conocer y la base del reflejo cognitivo.

Las sensaciones se integran en la capacidad del ser humano de captar los estímulos del medio a través de los receptores: la sensibilidad.

La base fisiológica de las sensaciones son los analizadores, estructuras anatomofisiológicas encargadas de discriminar los diferentes estímulos que actúan sobre el organismo.

Los analizadores se clasifican en 3 grupos según su disposición local:

- Interoceptores: Se encuentran en todos los órganos internos del cuerpo humano (pulmón, corazón, estómago).
- Propioceptores: Se encuentran en los músculos, tendones y articulaciones. Su función es la recepción de estímulos que se producen en regiones profundas de los tejidos (sensibilidad profunda: tensión muscular, cinestética).
- Exteroceptores: Se encuentran en la superficie cutánea. Decepcionan información que viene del exterior (el sabor, el olor, el tacto, etc)

Las sensaciones se clasifican atendiendo a los analizadores en Interoceptivas, Propiosectivas y Exteroceptivas. Según el receptor que recibe la estimulación las sensaciones se clasifican en visuales, táctiles, auditivas, olfativas o gustativas.

Las sensaciones brindan información acerca de la ubicación espacial de la fuente y procedencia del estímulo. Ellas están en estrecha interrelación, la estimulación de un receptor influye en la sensibilidad de otros. No podemos concebir las sensaciones aisladas unas de otras.

Percepción: Es el reflejo integral de la realidad en forma de imágenes. Proporciona al sujeto una imagen estable y diferenciada de los objetos y fenómenos del mundo, y permite diferenciar las condiciones de la acción, haciendo posible que se actúe de acuerdo a tales condiciones. Interviene además en la orientación y regulación de las acciones del hombre a partir del significado que la realidad adquiere para él.

Características de la percepción:

- **Carácter objetal**: Es un reflejo integral de la realidad a partir de la interacción con esta.
- **Carácter activo**: La percepción es un resultado de la interacción del sujeto con el objeto de la realidad. Es el sujeto quien percibe.
- **Naturaleza histórico-social**: La realidad es un producto social, y las formas de percepción han ido evolucionando en el transcurso de la historia de la humanidad.
- **Integridad**: Los objetos de la realidad se perciben como un todo.
- **Constancia**: Los objetos se reflejan de forma estable y tal como son en cuanto a su forma, tamaño y color a pesar de las condiciones presentes.
- **Racionalidad**: El conocimiento del mundo percibido en forma de imágenes se relaciona con los conceptos y juicios formados.
- **Selectividad**: Discriminación de la realidad, selección de los elementos que se perciben.
- **Apercepción**: Es la influencia que recibe la percepción de las características de la personalidad y los conocimientos acumulados.

El rasgo esencial de la percepción es la recíproca compenetración y unidad de lo sensitivo y lo biológico. La percepción no es un proceso reducible a lo biológico, sino un proceso de la personalidad condicionado históricamente.

Memoria: Es la actividad psíquica que permite que los hechos se fijen, se conserven por el sujeto, y este los pueda utilizar posteriormente, a través de la consciencia. La memoria no es privativa del ser humano, pero alcanza en el

hombre las formas superiores de desarrollo. El hombre es capaz no sólo de conservar su experiencia sino también de crear mecanismos psicológicos más efectivos para que dicha experiencia resulte más útil.

Se reconocen 5 dimensiones.

- Aprehensión o fijación: Proceso que capta los estímulos del medio, los estímulos, lo nuevo, queda plasmado en forma de huellas mnémicas (huellas de memoria) permitiendo la fijación de la experiencia.
- Fijación: Permite la grabación de los hechos
- Conservación: Es el proceso esencial de la memoria y consiste en el almacenamiento del reflejo subjetivo. Permite mantener las huellas fijadas, la retención experimenta determinados niveles de temporalidad (corto plazo o largo plazo).
- Evocación: Permite la recuperación de la conciencia del reflejo subjetivo
- Reconocimiento: Fase en la que el recuerdo evocado es conocido como tal, trayendo consigo su ubicación temporoespacial..

La memoria ha sido estudiada desde diferentes perspectivas conceptuales y metodológicas conduciendo por supuesto a diferentes enfoques y modelos. Desde una intención integrativa que permita a los profesionales y técnicos de la salud la comprensión de este complejo proceso de la personalidad brindamos una serie de postulados generalizadores, desarrollados varios autores en nuestro país.

1. La memoria es un sistema regulador de la psiquis que construye, selecciona, verifica y utiliza diferentes mecanismos psicológicos (no sólo internos, sino también externos: objetales, interrelaciones) para resolver determinadas tareas reales del sujeto.
2. La memoria es un proceso de la personalidad, donde se interrelaciona con interdependencia con todo el sistema subjetivo de la personalidad (motivaciones, conciencia, etc).
3. Tiene un carácter activo: construye contenidos (inferencias, representaciones, analogías), los verifica (criterios de veracidad) y actualiza (uso de recursos para solucionar tareas memorísticas).

4. Está determinada desde la perspectiva histórico social:
- Filogénesis: Utilización y adecuación de recursos neurofisiológicos y estructurales del ser humano
 - Historia de la sociedad: Es el plano determinante, como elaboraciones colectivas de representaciones, procedimientos y estrategias.
 - Ontogénesis: Apropriación individual de elaboraciones sociales.
 - Historia individual del proceso mismo: Su microgénesis.

Imaginación: La imaginación es el proceso psíquico cognoscitivo exclusivo del hombre, mediante el cual se elaboran imágenes que transforman anticipadamente la realidad en el plano mental. Es la reproducción mediata y transformada de la realidad. El rasgo fundamental de la imaginación, como proceso, es el logro de la transformación de la realidad, primero mentalmente y luego en la práctica. De ahí su potencialidad creadora que se manifiesta en el proceso de trabajo, en la solución de los problemas que el hombre enfrenta durante su vida. La imaginación es fuente de la creatividad como proceso innovador.

La imaginación permite también el desarrollo de la fantasía como creación de imágenes que no pueden llevarse a la práctica en las condiciones materiales y de desarrollo actuales.

Pensamiento: Es el proceso psicológico que brinda un reflejo mediato y generalizado de la realidad objetiva.

Es mediato al alcanzar su carácter objetivo propio, no reduciéndose a la inmediatez de las propiedades del objeto por parte del sujeto como en las sensaciones y percepciones, sino que llega a la determinación mediata de las propiedades a través de las conexiones recíprocas que se dan entre los objetos del conocimiento y sus propiedades. (Ejemplo: no se detiene en la sensación de color, sino que abarca el concepto de temperatura).

Es generalizado porque conduce al descubrimiento de la esencia de los fenómenos.

Procesos del pensamiento:

- Análisis: Es la descomposición mental de un objeto, fenómeno y situación en sus partes y propiedades. Está encaminado a la obtención de las propiedades esenciales de los fenómenos en sus concatenaciones y dependencias esenciales, haciéndose abstracción de las condiciones accidentales y de nexos casuales dados por la percepción.
- Síntesis: Correlaciona las propiedades y las relaciones de dependencia disociadas por el análisis, y partiendo de las propiedades internas de las cosas llega a descubrir formas todavía más específicas de su manifestación. Se descubren los nexos y relaciones esenciales de los elementos disociados por el análisis.

El análisis y la síntesis resultan inseparables, en análisis hay síntesis y en la síntesis hay análisis:

- El movimiento de la cognición que va de lo concreto hacia lo abstracto, figura en primer plano el análisis.
 - El movimiento de la cognición que va de lo abstracto a lo concreto, figura en primer plano la síntesis.
- Comparación: Confronta entre sí los objetos, fenómenos y sus cualidades, descubriendo su identidad o sus diferencias, obteniendo como resultado su clasificación
- Abstracción: Es la operación mental que permite la diferenciación de las propiedades esenciales del objeto o fenómeno de las accesorias, constituye una separación de lo esencial respecto a lo que no lo es, resultando inseparable del análisis.
- Generalización: Es la operación mental que permite la unificación mental de aquellas cualidades, características, propiedades, que son comunes y esenciales a un grupo o clase de objetos o fenómenos de la realidad, posibilita identificar cualquier objeto que cumpla los requisitos esenciales determinados, es el paso de un caso particular a una proposición general. Lo general permite descubrir la comunidad para una serie y clases de objetos o fenómenos de la realidad

A partir de la generalización y la abstracción, el pensamiento arriba a conocimientos más profundos de la realidad y la esencia de su relación, de su vínculo. Este conocimiento se corporiza en las denominadas formas lógicas del pensamiento: los conceptos, juicios y conclusiones.

- Los conceptos son el reflejo de las cualidades generales y esenciales en su mutua vinculación en una categoría o clases de objetos o fenómenos. Los conceptos se denominan con la palabra, es decir, mediante el lenguaje se materializa el resultado de la actividad pensante que dio lugar a su formación.
- Los juicios son los actos fundamentales en que se desarrolla el proceso mental. Pensar, es primero que todo, juzgar. El juicio expresa el reflejo de conocimiento humano de la realidad objetiva, de sus características, nexos y relaciones las conexiones o relaciones existentes, definen la posición del sujeto con respecto a la realidad. Los juicios tienen un aspecto social al estar relacionado con los pensamientos ajenos.
- Conclusión: Es el reflejo de una conexión o relación entre las ideas o juicios, como resultado de la cual, de uno o varios juicios o ideas obtenemos que otros se derivan del contenido de los iniciales. Estos juicios o ideas iniciales, de las cuales se parte, son llamados premisas de la conclusión.

Lenguaje: Es un reflejo generalizado de la realidad. Tiene un aspecto interno, significativo y semántico, y el externo fonético. La función básica del lenguaje es la comunicación.

Relación entre pensamiento y lenguaje:

- Esta relación es un proceso, una interrelación, un ir y venir del pensamiento a la palabra y viceversa.
- El pensamiento se expresa y existe a través de la palabra.

- La transición del pensamiento a la palabra conduce al significado, el pensamiento debe pasar primero a través de los significados y luego a la palabra.
- La conexión entre palabra y lenguaje no es constante, surge en el curso del desarrollo personal y evoluciona por sí misma.
- El pensamiento y el lenguaje por sus características de reflejar la realidad son la clave de la conciencia humana.
- El contenido del conocimiento racional, obtenido a través del pensamiento, está formado por significados, conceptos e ideas que se plasman en palabras a través del lenguaje y que tienen un carácter abstracto y generalizador, de ahí la enorme importancia que asume el lenguaje como medio indispensable para la actividad racional.

El lenguaje tiene como objetivo esencial la función de comunicación. La comunicación es la categoría sociohistórica abordada por diferentes ciencias. La Psicología se ocupa del estudio de su papel en la formación y desarrollo de las diferentes formas y niveles del reflejo psíquico en la formación de la conciencia y la estructuración psicológica de la personalidad, así como del modo en que el individuo se apropia y reproduce los modos históricamente formados de la comunicación, y cómo esta influye sobre las propiedades y los procesos psíquicos.

La comunicación es un aspecto determinante en la formación de lo psíquico, lo subjetivo a partir de su interrelación. Es precisamente a través de la comunicación que el sujeto presenta a otro sujeto su mundo subjetivo. En resumen, la comunicación se define como la interacción de las personas que entran en ella como sujetos, es decir interinfluencia constante. La comunicación es un proceso sumamente activo, donde los elementos que participan siempre lo hacen en condición de sujetos de dicho proceso, donde las personas que participan se relacionan tanto por vía verbal, como no verbal, y a lo largo de este proceso cada una de las partes implicadas en el mismo está reflexionando, valorando y expresando activamente por uno y otro canal del proceso, sus propias conclusiones, vivencias y valoraciones, independientemente de que esté o no

hablando en ese momento. La comunicación es un proceso en que se expresa un conjunto fluido y multifacético de elementos entre sus participantes, todos los cuales guardan una estrecha relación entre sí, así como con la significación psicológica que este proceso puede tener sobre la personalidad. Estos elementos son de carácter verbal, tonal, postural, contextual, etc.

Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional o indicaciones sobre cómo debe ser la relación en el proceso comunicativo; y dos formas de transmitir la información: verbal y no verbal.

La *comunicación verbal* es aquella que utiliza la palabra, oral o escrita, como vehículo del intercambio de información entre dos personas. El lenguaje verbal es producto de un contexto que abarca otros sistemas de comunicación y que da sentido a los signos verbales que se inscriben en él. Con las palabras, se expresa y comunica fácilmente lo que puede verse y oírse o aquello sobre lo que se puede pensar. La importancia del lenguaje verbal para la comunicación terapéutica y en específico en la entrevista es evidente al ser el sistema básico de comunicación. Es significativo llamar la atención, máxime cuando la medicina cubana trasciende las fronteras del país, sobre la necesidad que el médico se asegure, ante posibles usos particulares o idiosincrásicos, del significado de las palabras por parte del paciente y de la adecuación y propiedad entre los acontecimientos y los signos y símbolos con que los expresa.

La *comunicación no verbal* es aquella que trasciende la palabra hablada o escrita. Como se basa en analogías autoevidentes constituye un lenguaje intercultural por encima de razas y grupos sociales. En la comunicación interpersonal, acompaña a la verbal, habiéndose postulado que puede llegar a constituir hasta el 65% del total de la información transmitida durante una conversación cotidiana.

Tradicionalmente la comunicación no verbal incluye, además de las características generales del sujeto, peso, altura, aspecto físico, olor, que en cuanto apariencia personal, contribuye a crear expectativas sobre la forma de ser del interlocutor, también los aspectos kinésicos o de motórica general como

posturas, marcha, gestos, expresiones faciales, y contacto ocular, y los aspectos paralingüísticos o vocales no lingüísticos del mensaje como el tono y calidad de la voz, acento, ritmo, pausas y vocalizaciones, sonidos como la risa, el carraspeo o el gruñido, y los aspectos proxémicos o de utilización del espacio personal y social distancia interpersonal, forma de sentarse o de disponer una habitación.

La comunicación no verbal también es de suma importancia para la entrevista terapéutica, dado que, mientras que las partes del mensaje referidas al objeto se expresan con palabras, a través de la comunicación no verbal se expresan, preferentemente y con mayor propiedad, los aspectos subjetivos o propios de los participantes. De aquí la necesidad de que el terapeuta esté especialmente sensibilizado respecto al tipo de conductas que tanto en su paciente como en él mismo configuran dicha comunicación. Así, el lenguaje no verbal es el encargado de transmitir las instrucciones metacomunicativas del paciente sobre sus emociones, sus preocupaciones, su estado de salud y sus actitudes en general. Al ser la comunicación no verbal más espontánea el paciente no suele tener conciencia de la misma y mucho más difícil de controlar, por lo tanto, que las palabras, constituye para el terapeuta una buena piedra de toque a la hora de evaluar la calidad y autenticidad de los contenidos expresados verbalmente por el paciente y de identificar posibles conflictos.

Atención: Los procesos cognitivos analizados anteriormente poseen un contenido específico, cada uno forma una unidad de imagen y actividad: la percepción es la unidad de la percepción como proceso y de la percepción como imagen. Sin embargo la atención carece de un contenido especial, ella se manifiesta dentro del marco de los procesos cognitivos de la conciencia, por lo que todos los procesos aparecen como actividad orientada hacia el objeto. La atención es el proceso cognitivo que permite al hombre no sólo oír un sonido sino escucharlo a partir de su orientación seleccionadora, su resultado es la orientación de los procesos psicológicos.

Características de la atención:

- Estabilidad: Es la capacidad de mantener la orientación y la concentración hacia una actividad por un tiempo prolongado.
- Volumen: Es la cantidad de objetos que puede abracar simultáneamente con claridad y precisión.
- Concentración: Expresa la estabilidad e intensidad de la orientación sobre un objeto.
- Distribución: Es poder atender 2 o más acciones simultáneamente debido al nivel de automatización y nexos lógicos entre ellas.
- Traslación: Capacidad de cambiar conscientemente la atención de un tipo de actividad a otra.
- Dispersión: Incapacidad para mantener la atención intensa y prolongadamente sobre un objeto, constantemente se toman diferentes objetos.
- Distracción: Insuficiente estabilidad, abandono momentáneo del objeto al que se atiende por orientar la conciencia a estímulos accesorios.

La atención suele clasificarse en:

- Atención voluntaria o activa: Centra los procesos psíquicos en una dirección determinada de forma dirigida y orientada por el individuo. La persona escoge el objeto sobre el cual centra su atención.
- Atención involuntaria o pasiva: Permite informarse de lo que ocurre en la realidad y que no está en la relación con el aspecto en que nos concentramos en ese momento. Es la selección u orientación espontánea hacia un estímulo entre los que actúan constantemente sobre el hombre. No hay un plan previo de atender. Se produce y mantiene independientemente de la intención de la persona. Se debe a la fuerza e intensidad del estímulo, su contraste, su novedad, etc.
- Mecanismo de habituación: Discrimina los estímulos no significativos, estos no son percibidos.

Relación entre los procesos cognitivos.

- Todo conocimiento parte de datos sensoriales, pero no queda en ellos, pues es imposible resolver en este nivel el problema de la cognición.
- Las propiedades generales de los objetos y de los fenómenos son conocidos por medio de las sensaciones y percepciones, pero sólo en el pensamiento lo general se presenta como en su relación con lo particular.
- La percepción aparece no como sumatoria de sensaciones sino como reflejo de las cosas y sus propiedades en sus relaciones.
- El reflejo que proviene de la realidad se aprehende a partir de la capacidad para brindarles atención.
- El pensamiento teórico, parte en última instancia, de datos empíricos, y llega al contenido abstracto como resultado del análisis de datos sensoriales. Además en el pensamiento abstracto se encuentra siempre cierto contenido sensorial y se presenta en forma de esquemas sensoriales, de soluciones intuitivas de los problemas abstractos.
- Es imposible utilizar el conocimiento o aprehender la realidad o la propia existencia de los significados sin la posibilidad de guardar y recuperar la información, el reflejo de la realidad.
- En el decurso de los procesos cognitivos, la parte sensorial se enriquece, y en la medida que los datos sensoriales se incluyen en nuevas conexiones, la percepción se hace más profunda.
- A medida que lo percibido se incluye en nuevas conexiones va apareciendo con nuevas características, fijadas en conceptos que revelan la esencia de lo percibido.
- Todas las abstracciones del pensar, en última instancia, permiten la comprensión y explicación de lo que directa o indirectamente en la realidad es perceptible por los sentidos.
- El pensamiento a través de la palabra permite que en la percepción del hombre se incluya el conocimiento generalizado acerca del objeto.

2.3 Los procesos afectivos.

Los procesos afectivos reflejan la relación que existe entre las necesidades y motivaciones y la relación del individuo con la realidad.

El hombre, además de conocer la realidad gracias a sus procesos cognoscitivos, es capaz de reflejar también su relación con la realidad, es decir, cómo los objetos y fenómenos que conoce satisfacen o no sus necesidades, sus intereses, si son o no de su agrado, vivencia la realidad a la par que la conoce.

Desde el punto de vista fisiológico, la actividad psíquica, toma la información que llega a la corteza cerebral a partir de la estimulación de los receptores, originándose un proceso de excitación que se generaliza en distintos centros subcorticales y llega desde allí, por vía aferente a diversos órganos del cuerpo. En los emocionales desempeñan un importante papel los centros subcorticales y el sistema hipotálamo-límbico.

Afectos: Son una forma elemental, inmediatamente sensorial del reflejo de la significación de la situación para el sujeto.

- Aparecen en relación con determinadas condiciones. Debe haber una situación afectiva.
- Aparecen en situaciones conflictivas: es necesario hacer algo que no se puede hacer.
- Forman huellas en el sujeto, y este es un mecanismo poco controlado por el sujeto.
- No son comunicables, puede existir contagio.
- No son considerados como propios por el sujeto, sabe que ocurren en él y lo inmiscuyen, pero no como propios de su personalidad. De ellos la persona habla de forma impersonal.
- Regula indirectamente el comportamiento, a través de la situación donde se desatan.
- Son conscientes, pero relativamente independientes de la conciencia

Las emociones: Son un reflejo del estado del sujeto con respecto a la realidad.

- Poseen capacidad para la generalización de objetos: El sujeto guarda una experiencia emocional determinada, son comunicables, se transmiten, formando parte de la experiencia social.
- Son señales generalizadoras que aportan un sentido a la realidad para el sujeto, expresando su carácter regulador en el comportamiento.
- Tiene un carácter situacional.
- Desde el punto de vista fisiológico conducen a alteraciones orgánicas que abarcan a todo el organismo: funciones del corazón, los vasos sanguíneos, los órganos respiratorios, la digestión, en las glándulas de secreción interna, la musculatura del esqueleto.

Los sentimientos: Son un reflejo estable de la relación con respecto a la realidad de lo que el individuo experimenta y hace en forma de una inmediata vivencia.

- Son generalizados en un objeto. Son el resultado de la generalización en el objeto que transforma las emociones en sentimientos.
- Trascienden la situación donde surgen o se expresan.
- Son estables.

Capítulo 2: La personalidad.

Epígrafe 1 Aproximaciones teóricas a la categoría personalidad.

1.1 Introducción al tema.

La personalidad es una de las categorías a estudiar más apasionantes en la Psicología, y de la que aún hoy, no existe una definición acabada. La literatura científica es reflejo, por una parte, de su conceptualización y comprensión mecánica y reduccionista como categoría, y en la aún quedan vestigios y remanentes en los espacios académicos y de práctica transformadora como parte del intento de simplificarla conceptualmente, por otra, resultado de una sapiencia teórico abstracto, donde el estudiante no especializado en el tema, le resulta imposible visualizar la concreción de términos, contenidos y aplicación práctica. En los últimos años ha ganado una gran aceptación el enfoque configuracional, que

en nuestro país ha tenido un notable desarrollo, aunque todavía con sitios sin explicar completamente.

Ahora bien, ¿qué necesita conocer un profesional o técnico de la salud sobre la personalidad para la optimización de su praxis?

Primero que todo, nociones teóricas que le permitan comprender que es la personalidad, su origen, desarrollo, el papel de la socialización, elementos todos necesario para entender los comportamientos de sus pacientes, de la comunidad y grupos sociales donde deben realizar tareas profilácticas, de promoción y prevención de salud. Posteriormente es emergente penetrar en los elementos estructurales y funcionales de la personalidad para poder respondernos ¿Cuáles contenidos psicológicos integran la personalidad? ¿Qué especificidad tiene cada uno? ¿Cómo participan en el comportamiento?

Finalmente el profesional y técnico de la salud deberá apropiarse del papel que desempeña la personalidad en el tema de la salud, aproximándose a la participación de la personalidad en la aparición de determinadas enfermedades somáticas, los diferentes modelos que se han desarrollado y la contribución y aportaciones que puede realizar el personal de salud en este campo, así como el conocimiento de aquellos rasgos clínicos de la personalidad relevantes, que los profesionales y técnicos de la salud pueden diagnosticar y remitir a los servicios especializados en Psicología o Psiquiatría. Una concepción general sobre la sexualidad y su lugar en la salud humana, los sucesos dinámicos más relevantes del comportamiento (conflicto, frustraciones) y las estrategias desarrolladoras para su enfrentamiento cierran los contenidos básicos que sobre personalidad deben ser de dominio del personal que labora en salud.

1.2 Generalidades para comprender la personalidad.

El ser humano vive en una realidad concreta que existe con independencia de él. Realidad con la que interactúa, percibe, piensa, vive como reflejo psíquico. Precisamente todo el reflejo de la realidad, todos los pensamientos, percepciones, sentimientos, emociones y todos los procesos psicológicos conforman de modo

integrado, interrelacionado y en interdependencia la subjetividad individual de cada persona. Se constituye así la subjetividad como experiencia interior, propia, vivida dentro de sí, de cada cual, muy personal y exclusiva de su relación con el mundo, con su realidad.

Definimos que la personalidad es una categoría que designa la integración más compleja de la subjetividad para intervenir en la regulación del comportamiento. Es la integridad y complejidad del reflejo psicológico expresado en un sistema de contenidos, funciones, procesos y propiedades que se manifiestan de modo simultáneo, en múltiples y disímiles formas.

Entre sus características enumeramos:

- 1- Estamos ante una realidad que es subjetiva, psicológica: Existe, los procesos y formaciones que la integran existen, son una realidad que cada persona vive. Así los pensamientos, sentimientos, valores, motivaciones, capacidades, actitudes y aptitudes existen como realidad subjetiva, su forma es refleja, es vivencia, no podemos apreciar de modo directo su expresión (o sea seccionar cualquier parte del ser humano usted no verá ni tocará ningún pensamiento, ni motivación, ni palabra, etc.). Solo apreciamos la conducta, el comportamiento, las expresiones verbales.
- 2- Esta realidad supone un reflejo activo, mediatizado, construido de la realidad objetiva y también subjetiva. La personalidad está determinada socialmente, pero cada persona asume su realidad, recibe los significados, actitudes, conocimientos de su medio y construye él sus valores, sus proyectos de vida, sus sentimientos. Lo psicológico, lo subjetivo, no se impone desde afuera, se construye desde la personalidad como emergente de todo el sistema de relaciones sociales donde participa el sujeto.
- 3- La subjetividad está integrada, organizada por procesos, formaciones y configuraciones subjetivas que tienen un carácter de subsistema con diversos grados de complejidad en perenne interrelación. La subjetividad no es la sumatoria de las características, los procesos y las formaciones psicológicas,

sino una integración, es decir, los elementos psicológicos sólo existen en su relación con el todo, con la personalidad.

- 4- La personalidad es el nivel más complejo de integración y organización de los procesos psicológicos a nivel individual (es decir, en cada persona, en cada sujeto) que intervienen en la regulación del comportamiento). Precisamente esta integración y organización le confiere una identidad psicológica, personal, una noción de sí mismo o autoconciencia cuyo surgimiento marca la aparición de la personalidad y que se mantiene en proceso de enriquecimiento a lo largo de toda la vida.
- 5- Es singular, irreplicable para cada sujeto.
- 6- Es estable aunque no estática. La personalidad se desarrolla, asimila, integra, construye, enriquece sus procesos y formaciones pero sobre lo que ya es, lo que ha llegado a ser.
- 7- Se encuentra en constante cambio y desarrollo. No podemos hablar de personalidad como estado, a lo que se llegó en determinada edad. Constantemente, como parte de su práctica social continúa su proceso de desarrollo.
- 8- Los procesos y formaciones de la personalidad y su expresión implican la unidad de procesos afectivos y cognitivos constitutiva de sentidos psicológicos.
- 9- La personalidad posee una determinación histórico cultural, se forma y desarrollo sólo a través de las prácticas y relaciones sociales de los sujetos, es un resultado de la vida social.

1.3 Determinantes del origen y formación de la personalidad.

Lo biológico es un determinante en el origen y desarrollo de la personalidad. Sin un sistema nervioso de las particularidades anatómico fisiológicas del cerebro humano no podría existir la personalidad. Claro está que a este desarrollo de la materia viva se llegó luego de una larga evolución biológica, filogenética. Ya hoy, en la actualidad, no es posible hablar de un proceso evolutivo al margen de leyes psicosociales.

Sin embargo, el sistema nervioso solamente es una condición necesaria pero no suficiente. Este propio sistema requiere de la interacción del sujeto con la sociedad para que sus propias potencialidades se desarrollen y maduren. Es decir, lo biológico no incluye lo psicológico, aunque si crea las posibilidades de que este último se forme.

Lo biológico interviene en el proceso de formación de lo neurofisiológico a partir de la información existente en el código genético en tanto estructura orgánica. A su vez, este proceso está muy influido por lo sociocultural. De modo que, lo biológico influye directamente en la formación del Sistema Nervioso Central y su funcionamiento, pero indirectamente en el proceso de formación de lo psicológico que aflora mediatizado por lo ambiental y cultural.

Así, la propia potencialidad del cerebro, la lucha por la subsistencia, la producción de objetos e instrumentos y el surgimiento de mecanismos psicológicos implicados, se revirtieron desde el inicio en el propio desarrollo del cerebro y su funcionamiento mediatizado todo culturalmente, aumentando su tamaño y su peso. A su vez, lo cultural y social se desarrolló vertiginosamente gracias al cambio biológico y psicológico que iba surgiendo.

La psiquis humana aparece como una nueva cualidad derivada de un punto específico del desarrollo biológico, por un lado, y por una vida social, que va construyendo el propio ser humano, que caracteriza su relación con el ambiente.

Se da así una interrelación entre lo biológico y lo social que resulta indisoluble en su desarrollo hasta nuestros días. Lo social se transforma y se sintetiza en su dimensión histórica individual a través de la personalidad. Lo social deviene en lo histórico en la formación de la personalidad.

Lo social en la personalidad es un sistema de consecuencias (valores, ideales, convicciones) y no de productos cognoscitivos o de identidad entre el reflejo y lo reflejado. Lo social contiene lo histórico y lo individual y esta relación se inscribe en la historicidad de ambos aspectos.

Lo psicológico en su historicidad es un determinante esencial de la personalidad. La personalidad en su autodeterminación, marca el momento activo del sujeto el cual con sus propios recursos psicológicos organiza, configura y dirige su actividad y comunicación y autodirige el proceso de su propio desarrollo.

1.4 Fuerzas motrices en el desarrollo de la personalidad. Las Contradicciones en el desarrollo de la personalidad.

La interrelación de los determinantes del desarrollo antes analizados, lo biológico, lo sociohistórico y lo psicológico, encuentra su expresión teórica en la definición de la categoría “desarrollo” como crecimiento y despliegue de las potencialidades del sujeto

Hacemos énfasis en lo social, como elemento determinante del desarrollo de la personalidad; indicando que en el tránsito de lo externo a lo interno, lo social se torna individual y lo psicológico alcanza su propia especificidad, convirtiéndose en ulterior mediatizador de las influencias externas.

Este tránsito no es gradual sino que atraviesa por puntos críticos del desarrollo que se convierten en fuerzas motrices de este proceso. Las contradicciones que pueden generar los momentos agudos, denominados también “crisis” del desarrollo, cuando son solucionadas de manera productiva por el sujeto, conducen a saltos en un sentido de progreso.

Una de las contradicciones que enfrenta el individuo desde su nacimiento y que se convierte en causa de períodos críticos es aquella referida a la falta de correspondencia que el sujeto vivencia entre lo que desea y puede realizar y lo que se le exige socialmente.

Para que el desarrollo de la personalidad se produzca en un sentido de progreso, en tanto proceso de formación, despliegue y crecimiento del mundo interno del sujeto, es necesario que se establezca una determinada relación entre las exigencias sociales y las potencialidades de la personalidad del sujeto.

Si estas exigencias se ajustan o quedan por debajo de las potencialidades psicológicas del sujeto, tienden a producirse resoluciones poco productivas que detienen o hace involucionar el desarrollo alcanzado hasta entonces.

Tampoco resulta favorable que las exigencias sociales excedan más allá de determinado límite las posibilidades de la personalidad, ya que al no poder ser asumidas por el sujeto, lo hacen retornar a conductas típicas de etapas anteriores del desarrollo e incluso pueden conducirlo a la enfermedad.

Es decir, que las exigencias sociales deben trascender las actuales potencialidades del sujeto para estimular la aparición de nuevos recursos y operaciones psicológicas, lo que se traduce en la consideración siguiente: la enseñanza precede al desarrollo y lo dirige, pero teniendo en cuenta la “zona de desarrollo próximo” y los “períodos sensitivos” de este proceso.

1.5 La socialización como premisa del desarrollo de la personalidad.

La formación de la personalidad tiene lugar a través de las distintas instancias donde el individuo participa y es miembro como la familia, la escuela, los grupos, el trabajo, etc. A través de su pertenencia a estos grupos tiene lugar la socialización, o sea, aquellos procesos psicosociales en los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y como miembro de una sociedad. Esta definición sostiene tres afirmaciones esenciales:

- La socialización es un proceso de desarrollo histórico: Está caracterizado por su concreción temporal y espacial. No se reduce a determinismos biológicos, como podría ser la maduración: por el contrario, su carácter es definido por las circunstancias propias de cada situación histórica concreta. La socialización es un reflejo de la sociedad y los grupos sociales en que tiene lugar la vida de las personas en el sentido que determina QUÉ y CÓMO se trasmite
- Es un proceso de desarrollo de la identidad personal: A través de la socialización cada individuo va configurándose como persona. La persona se va configurando, va llegando a ser, en su desarrollo en y frente a la sociedad, como afirmación de su particular individualidad. Socializarse es un paso hacia el ser, y hacia el ser personal. En el proceso de socialización la persona no cambia; la persona se hace, la persona emerge. De ahí que

la persona y su específica identidad personal, sus rasgos y características personales, sean el fruto de este proceso histórico de configuración. La sociedad no es entonces algo externo a la identidad de la persona; es elemento configurador esencial de su ser personal.

- Es un proceso de desarrollo de la identidad social: La persona surge a través del proceso como alguien con una identidad propia, pero se trata de un sujeto “de” tal o cual sociedad, “de” tal o cual clase social. El “de” señala una pertenencia desde las raíces más profundas de la estructura humana de cada persona. La adquisición de una identidad social es también el producto de una asignación individual que tiene lugar a través de los procesos de interacción personal.

Epígrafe 2 La personalidad como sistema regulador.

2.1 Estructura de la personalidad.

¿Qué elementos integran la personalidad? ¿Cómo se expresan en su funcionamiento?

Realmente estas son preguntas muy complejas y difíciles de responder atendiendo a que la Personalidad representa el nivel superior de integración, organización de la subjetividad en el sujeto. Podemos aproximarnos a definir y describir aquellos elementos psicológicos que se han revelado por la ciencia como constitutivos de la personalidad y que intervienen en la regulación de la expresión del sujeto.

Uno de los principios básicos para comprender la personalidad es el de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo. Lo cognitivo y lo afectivo son procesos interdependientes, es decir cada uno tiene identidad propia pero una dependencia recíproca y una expresión interrelacionada.

Desde el punto de vista estructural la personalidad está organizada por unidades psicológicas primarias, formaciones psicológicas y configuraciones.

- l) **Unidades psicológicas primarias:** Constituyen una integración cognitivo afectiva relativamente estable, son contenidos psicológicos parciales

portadores de determinado valor emocional expresado en diferentes formas psicológicas que actúa de manera inmediata sobre el comportamiento ante las situaciones vinculadas a su acción reguladora. Entre las unidades psicológicas primaria se encuentran:

- Necesidades: La cualidad estable de la personalidad, portadora de un contenido emocional constante, que orienta al sujeto en una dirección igualmente estable de su comportamiento, en forma de realización con objetos o personas, garantizando en este proceso la expresión activa y creadora de la personalidad. Las necesidades son insaciables, estables, autopropulsadas, contradictorias, se gratifican en la relación. Propician una búsqueda activa de nuevos niveles de relación más que una movilidad por la carencia. La satisfacción no es el encuentro del sujeto con el objeto, sino el proceso dinámico de interrelación que se produce entre ambos, en el cual las vivencias negativas y positivas se hayan en perenne interjuego.
- Motivos: Es la forma en que la personalidad asume, procesa, elabora sus diferentes necesidades. Es interno y se forma en la incidencia de la personalidad sobre sus necesidades. En su acción sobre la necesidad, la personalidad conforma el motivo portador de un contenido específico que la necesidad, como fuente dinámica, no desarrolla. Poseen multiexpresión (en la conducta, en la reflexión, valoración) a partir de lo cual dan energía y sentido a la personalidad. Los motivos se estructuran en una jerarquía. El nivel superior de esa jerarquía lo integran las tendencias orientadoras, las cuales son motivos que movilizan al sujeto hacia los objetivos esenciales de la vida.
- Hábitos: Automatización de la conducta que se inserta en un sistema e incluso en la concepción de un estilo de vida. Es menos variable y menos generalizado.

- Carácter: Contenidos concretos de naturaleza conductual. Lo típico de un individuo en el comportamiento siendo la expresión ejecutiva estable de la personalidad en la interacción con objetos y personas. Se encuentra entre los múltiples determinantes del comportamiento orientado de modo integral hacia un propósito particular. Son tendencias de gran amplitud cuya expresión puede variar ante condiciones determinantes diferentes aunque identifican lo típico de un individuo en el comportamiento. Los rasgos caracterológicos constituyen realmente motivos estables, generalizados, que se expresan en un tipo de conducta definida, convirtiéndose en una necesidad del comportamiento para el ser humano. Sin embargo, el carácter no es una suma de rasgos, sino un sistema, interrelacionándose entre sí de estos rasgos y cualidades del individuo, formando parte de la estructura de la personalidad e imprimiéndole a la actuación integral del sujeto un sello propio. Como criterio de apreciación se sitúa la frecuencia con que se manifiesta la característica o rasgo, las diversas situaciones en que se adopta ese modo de acción, intensidad de las reacciones en las que adopta dicho modo. Son, entre otros: la sociabilidad, persistencia, sinceridad, honestidad, timidez, extroversión, introversión, amabilidad, etc.
- Actitud: Forma organizada y estable en la cual el motivo se estructura en la manifestación concreta de la personalidad hacia objetos, situaciones, personas, mediante su sistema integral de expresión. Incluye valoraciones, emociones y comportamientos.
- Temperamento: Se refiere a aquellas particularidades individuales que determinan la dinámica, el tono y la intensidad de la actividad psíquica. Son características estables y permanentes relativamente durante el desarrollo, que se interrelacionan dando lugar a cierta tendencia de tipos temperamentales. Está relacionado

esencialmente con la actividad nerviosa superior y es por ello que la herencia, los aspectos de carácter biológico poseen especial significación. Se puede afirmar la presencia de una relación entre las propiedades del sistema nervioso y las particularidades individuales del metabolismo, los procesos bioquímicos, endocrinos y del organismo como un todo. Es por ello que también puede decirse que las propiedades temperamentales dependen también indirectamente de la constitución del organismo a través del tipo de sistema nervioso ni tampoco existe un tipo único de temperamento sino más bien combinaciones que marcan una tendencia predominante. A su vez, una misma propiedad del sistema nervioso puede dar lugar a varias características temperamentales o varias propiedades del sistema nervioso interrelacionarse en la expresión de una característica temperamental. Se trata de una expresión del sistema nervioso central pero no de una identidad en este sentido. Existe un lugar de lo heredado, las propiedades bioquímicas, fisiológicas de la actividad nerviosa superior en la base del temperamento, pero no se trata de una identidad. Del mismo modo, la expresión psicológica del temperamento está mediatizada por las condiciones de vida, por la educación y por la propia personalidad. Cuando hablamos del temperamento no nos referimos a un contenido psicológico o sentido, no. El temperamento no es autónomo, sino que se integra a diferentes subsistemas de regulación motivacional dependiendo su expresión del sistema total. El temperamento interviene en la dirección de la personalidad pero por sí mismo no determina los contenidos de la misma ni sus direcciones en la vida. Se manifiesta siempre articulado a los contenidos motivacionales y la expresión reguladora de los mismos. Por ejemplo, dos personas agresivas expresan esta característica de modo diferente según sea el temperamento. En el caso de un colérico, el tono se hace más fuerte

incluso físicamente. En el caso de un flemático puede expresarse más bien verbalmente, con ironía o sarcasmo.

- Capacidades: Representan el complejo de propiedades psíquicas que permiten al ser humano efectuar con éxito determinadas formas de actividad y relaciones interpersonales. Tienen una definida función ejecutora a través de su participación en la regulación del comportamiento. Las capacidades expresan la posibilidad de adquirir y utilizar determinados conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para realizar una actividad concreta.

II) **Formaciones Psicológicas**: Representan un nivel estable y organizado de información personalizada, teniendo una base plurimotivada.

- Formaciones de sentidos: Expresa el sentido que tiene para el sujeto la realidad con la cual se relaciona.
- Concepción del mundo: Las ideas opiniones, criterios, convicciones, creencias e ideología acerca de sí mismo y de la realidad que le permiten darle un significado a esa realidad. Estos conocimientos, convicciones y puntos de vista, etc. los desarrolla el sujeto de forma muy individualizada a través de una profunda y consciente elaboración personal y están muy comprometidos con los motivos esenciales de su personalidad, por lo cual posee una elevada carga emocional, adquiriendo por todo ello un carácter extraordinariamente regulador sobre la conducta humana. La concepción del mundo no sólo implica la posición activa y creativa del sujeto ante los conocimientos que recibe sino que condiciona la actitud que se ha de asumir ante la vida, determinando así el comportamiento del mismo ante la familia, la salud, los compañeros, la profesión y otros aspectos importantes para él. Dentro de la concepción del mundo se estructura la Imagen de sí mismo, o sea, la imagen del mundo referente a la misma persona, con un importante papel regulador.

- Formaciones motivacionales Están estructurados los motivos de la conducta, con una elevada carga afectiva.
- Ideales: Son un modelo de actuación que estimula al sujeto a comportarse en correspondencia con el mismo. De esta manera la concepción del modelo (si el ideal es una persona concreta o la unión de diferentes personas que poseen diferentes cualidades o un conjunto de cualidades abstractas y generalizadas de diferentes personajes), la forma en que el individuo asimila su contenido y la efectividad o no del mismo (se considera que el ideal es efectivo, cuando el sujeto se orienta por el contenido incluido en el ideal), estará en dependencia, en definitiva, del desarrollo de la personalidad del hombre. El ideal no es una asimilación pasiva ni reproductiva de un modelo externo, sino la elaboración activa y creativa del joven de sus principales objetivos futuros, los cuales pueden encarnarse en un modelo concreto, o bien constituir un modelo generalizado particular, en el que sus contenidos cobren vida estableciendo su representación personal futura, sin ninguna relación con modelos concretos en el que constituirá el ideal generalizado.
- Autovaloración: Es la valoración que el sujeto hace de sí mismo, a partir de la cual regula su comportamiento hacia el logro de sus objetivos fundamentales. Tiene 2 funciones principales: la función valorativa y la reguladora. La función valorativa implica la valoración que el sujeto hace de sí mismo, o sea, de sus cualidades, motivos, ideales, forma de conducta, etc., la cuál estructura sobre la base del conocimiento que tiene de sí. De ahí que la autovaloración constituya la faceta valorativa de la autoconciencia. En esta función se incluye, además, las cualidades, características, capacidades, etc., que el sujeto no posee y que desea alcanzar. La función reguladora posibilita la orientación de la conducta del sujeto hacia el logro de los objetivos conscientemente planteados, dirigidos hacia la consecución

de metas que el sujeto considera esenciales y que le sirven de modelos a alcanzar en cuanto a su desarrollo y comportamiento. Le permite al sujeto regular de manera efectiva su comportamiento a partir de la valoración suficientemente precisa, profunda, flexible y generalizada que posee de su personalidad.

- Autoestima

III) **Configuración Psicológica:** Es expresión del carácter sistémico de la personalidad y está constituida por la integración y síntesis de sus elementos constitutivos y las formaciones psicológicas. Es un sistema dinámico que expresa un sentido psicológico particular y, simultáneamente extendido a otras configuraciones. Las configuraciones se nutren constantemente de lo que le sucede a los sujetos en el plano interactivo actual. Es la constitución subjetiva de los distintos tipos de relaciones y actividades que caracterizan la vida social de las personas. A continuación sólo sugerimos algunos ejemplos elementales.

- Configuración subjetiva hacia la profesión: Cuando las personas expresan sus necesidades, motivaciones hacia una profesión, sus planes y aspiraciones, los conocimientos, etc.
- Configuración subjetiva hacia la pareja: Se integran los sentimientos, valores, necesidades con respecto a su pareja, las vivencias actuales, planes futuros, ideales, etc.

2.2. El carácter regulador de la personalidad.

La personalidad es un sistema en el cual sus contenidos se interrelacionan mutuamente, se trata de una interrelación sistémica. El sujeto es portador de una personalidad que expresa en su comportamiento, en su práctica social. La regulación de la personalidad contiene la idea que los elementos estructurales y la forma en que se expresan se integran en una síntesis en el sujeto, determinando el comportamiento, o sea, para decirlo de un modo más inteligible, la persona concreta, el sujeto, su comportamiento, proyectos, aspiraciones, son el

resultado de su personalidad y el modo en que se expresan en su vida, y en esencia este es el carácter regulador de la personalidad.

El sujeto actúa selectivamente en el proceso de interacción con la realidad de acuerdo a sus propias características psicológicas. Es capaz de orientar y dirigir su propia actividad y su propio desarrollo, de reflexionar sobre su vida, tomar conciencia de sus motivaciones fundamentales, de influir conscientemente en la realidad que le rodea, transformarla y transformarse a sí mismo, de autovalorarse, proponerse nuevas metas, explicar su conducta, autoeducarse.

La regulación del comportamiento está determinada por la forma en que se organizan los contenidos psicológicos para definir su sentido en la estructura de la personalidad como las unidades psicológicas primarias, formaciones psicológicas y configuraciones subjetivas, así como aspectos funcionales, o la forma en que dichos contenidos se expresan en el dinamismo de la personalidad.

Como ha quedado claro, la regulación del comportamiento es una función del sujeto, no de ningún elemento aislado de la personalidad. Sin embargo consideramos oportuno en este momento de reflexión abrir un paréntesis sobre algunos elementos particulares que intervienen en esta regulación a partir de su integración en el sistema de la personalidad. Nos estamos refiriendo a los procesos volitivos, los cuales constituyen un reflejo relacionado con la actuación orientada a fines, que implica la toma de conciencia de propósitos y la guía de la acción hacia los fines.

La actividad volitiva tiene su origen en las necesidades y motivaciones que tributan a la toma de conciencia de un fin particular. Es precisamente la voluntad la que sitúa al ser humano como un sujeto autodeterminado, a partir de la existencia de objetivos, que no reduce su comportamiento a las influencias instintivas, las cuales sabe determinar y seleccionar. El rasgo esencial de los procesos volitivos es su carácter seleccionador, la consciente elección y decisión.

En el acto volitivo se distinguen cuatro fases o procesos específicos:

1. Aparición de un impulso y conscientización de los fines: A partir de las necesidades del sujeto y la aparición de impulsos a la actuación se toma conciencia de un fin provisional.
2. Reflexión y lucha de motivos: Se caracteriza por la existencia de varios objetivos que pueden ser incompatibles o indeseables, todo lo cual origina la lucha de motivos. Se estiman las consecuencias y valoran los diferentes motivos y su contribución al fin propuesto.
3. Decisión: Se efectúa una elección, decisión, se fija el objetivo definitivo, se toma conciencia de las consecuencias de la decisión y aparecen sentimientos de responsabilidad con esta decisión. Es este sentimiento la expresión del esfuerzo volitivo, sentimiento como expresión de los motivos que no han sido eliminados sino vencidos, aplazados, por lo que conservan su fuerza. Es el sentimiento de tomar y mantener una decisión.
4. Ejecución: Es la modificación de la realidad a través de un plan de acción, de llevar a cabo la decisión tomada. El esfuerzo volitivo se expresa a través de la lucha por la realización.

La regulación del comportamiento no es un resultado directo de los procesos volitivos, sino del sujeto como portador de una personalidad que integra contenidos a partir del funcionamiento de sus procesos en el vínculo de este con la realidad. Los procesos volitivos tributan a la personalidad las cualidades volitivas como contenidos específicos del carácter, que se expresan en una bipolaridad en cuyo continuo se mueve el sujeto.

- **La independencia**, consiste en la posibilidad del sujeto para determinar sus actuaciones partiendo de sus propias reflexiones, motivaciones y conocimientos sin dejarse llevar pasivamente por los criterios y puntos de vista de otros, lo que no quiere decir, que no esté dispuesto a valorarlos y asumirlos. La cualidad contraria a esta, es la dependencia; que se manifiesta en la tendencia a tomar decisiones y llevar a cabo su actuación apoyándose en los demás,

teniendo en cuenta los puntos de vistas y criterios de estos de forma que son prácticamente los otros quienes toman las decisiones.

- **La firmeza o decisión.** El sujeto que posee esta cualidad toma decisiones y se propone cumplirlas con firmeza, sin vacilaciones o dudas injustificadas. Se siente seguro de sí y de lo que hace. El opuesto de esta cualidad es la indecisión, la cual se caracteriza porque el sujeto presenta con frecuencia muchas dudas sobre las decisiones tomadas, e incluso al llevar al cabo las mismas, se siente inseguro, lo cual en ocasiones le imposibilita continuar dicha ejecución.
- **La perseverancia.** El sujeto perseverante se caracteriza por superar los obstáculos (tanto externos como internos), que se le puedan presentar para alcanzar los objetivos que se ha propuesto, manteniendo su actuación con la misma intensidad, siempre y cuando vislumbre la posibilidad de lograr sus propósitos, de lo contrario, es capaz de modificar su actuación, e incluso aplazar o renunciar a lo que hace, si las condiciones existentes así lo exigen. Por ello, la perseverancia se diferencia de la obstinación o terquedad, la cual se expresa en la incapacidad del sujeto para renunciar a los propósitos propuestos frente a las circunstancias reales que le indican la imposibilidad de alcanzarlos, manifestando por tanto rigidez ante las situaciones cambiantes. La cualidad opuesta a la perseverancia es la inconstancia. El sujeto inconstante no es capaz de mantener su actuación y con frecuencia no concluye la actividad. Fácilmente varía sus motivos, objetivos y actuación, resultándole difícil que esta última no sufra desviaciones, retrocesos o detenciones.
- **El autodomínio.** Consiste en el control que posee el sujeto sobre sí para enfrentar y dominar las manifestaciones de su personalidad que puedan afectar su actuación, por ejemplo, motivos y vivencias

afectivas, etc. que no estén en correspondencia con la actuación necesaria y deseada. Contrario a esta cualidad, es la falta de autodominio. El sujeto que no posee esta cualidad no es capaz de dominarse a sí mismo, no logra someter a control las manifestaciones de su personalidad que puedan impedir los objetivos propuestos.

Estas cualidades volitivas de la personalidad, no se manifiestan de la misma forma en los diferentes sujetos, ni en un mismo sujeto en todo su comportamiento se manifiestan con el mismo carácter ni intensidad.

La motivación como centro de la personalidad

El estudio de los móviles de la actividad del hombre, ha ocupado siempre un importante lugar en el sistema de la ciencia y la práctica profesional de la Psicología.

La motivación humana se caracteriza por la integración de los motivos en sistemas, mediatizados por el sujeto. Precisamente los motivos se organizan en diferentes posiciones jerárquicas que se expresa en la función reguladora de la personalidad, y los motivos más significativos, de acuerdo a la jerarquía funcional, constituyen el centro de la personalidad.

Los motivos no poseen expresión lineal en el comportamiento de modo que motivos similares pueden tener expresión comportamental diferente, y comportamientos similares pueden tener en su base motivos diferentes. Los motivos más elevados en la jerarquía motivacional son aquellos que se integran a su esfera consciente y al planteamiento de objetivos. Se integran los motivos más importantes que definen la orientación consciente de la personalidad. Tendencias orientadoras que constituyen el nivel superior de la jerarquía motivacional que integra los motivos que orientan la personalidad hacia los objetivos esenciales en la vida del sujeto. Supone perspectiva temporal y la superación de la inmediatez, estabilidad, mayor valor afectivo emocional y efectividad.

Epígrafe 3 Personalidad y Salud.

3.1 Regulación del comportamiento y salud

Existe consenso hoy por instituciones internacionales y científicos en asumir la salud desde una perspectiva de emergente social, lo cual implica estudiar el proceso en su determinación social y su consecuente abordaje desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Ello significa centrarse en la interacción social, en sus emergentes, para estudiar el proceso salud enfermedad con el empleo de técnicas psicosociales de diagnóstico e intervención. Es concebir la salud desde la perspectiva de la calidad de vida y desarrollo humano de grupos e individuos, desde la capacidad del sujeto para asumir su vida.

La salud humana está muy vinculada a la capacidad de la personalidad para enfrentar adecuadamente las múltiples alternativas y contradicciones que se derivan de su sistema de relaciones sociales. La regulación del comportamiento por parte del sujeto con respecto a una vida saludable, está vinculada a su riqueza de intereses, su capacidad de autodeterminación, su flexibilidad para encontrar alternativas adecuadas ante las diferentes situaciones, a la riqueza de sus objetivos y planes futuros.

Las configuraciones psicológicas son un reflejo de la expresión funcional de la personalidad en su plano relacional. Precisamente los recursos con que cuenta la personalidad, sus formaciones psicológicas, como la concepción del mundo, las formaciones motivacionales complejas (autovaloración, ideales, proyectos, intenciones) las que le permiten al sujeto adoptar determinados comportamientos con respecto a su salud. Las construcciones (cosmovisiones, estereotipos, valores, etc.), resultantes de las formaciones psicológicas antes descritas, son conscientemente asumidas por el sujeto, quien las utiliza de diversas formas ante las contradicciones y exigencias de su continuo desarrollo y de los procesos de su adaptación.

Lo integración de lo subjetivo determina en gran medida la influencia del medio social y su consecuente afectación a la salud en enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, afecciones de la piel, etc., así como las diferentes estrategias

que el individuo asume ante su enfermedad o el propio modo en que decide vivir el cual determinará en gran medida su nivel de salud.

3.2 La mediatización personológica en el proceso de enfermedad somática. Diferentes enfoques.

La búsqueda de lo típico en el hombre data de 460 años a.n.e, en los estudios de Hipócrates y posteriormente Galeno, de los 4 fluidos básicos y su vinculación o predisposición al comportamiento de las personas.

La mediatización personológica en el proceso de enfermedad somática expresa la contribución de lo psicológico como expresión de la personalidad en la aparición de determinadas enfermedades, mediatización que ocurre en la como resultado de la vida social del individuo. Actualmente en la literatura científica se han abordado con mayor fuerza 3 posiciones fundamentales en la comprensión de la mediatización personológica.

El primer enfoque es el orientado a la búsqueda de patrones estables, definidos como por un conjunto de rasgos, no necesariamente personológicos que evidencian correlaciones estadísticas relevantes con los trastornos cardiovasculares de riesgo. Esta tendencia está representada por Friedman y Rosenman en 1974 sobre la base de investigaciones realizadas desde 1950 y se caracteriza por la definición de patrones tipo A y B, y posteriormente la inclusión del C.

- Patrón tipo A: Individuos que muestran en sus relaciones interpersonales marcada impaciencia, urgencia temporal, realizan esfuerzos excesivos por lograr sus objetivos, son muy competitivos y hostiles. Este patrón se relaciona estadísticamente en estudios concretos de aparición de muerte súbita, infarto agudo del miocardio y angina. El patrón A, además es promotor de la aterosclerosis coronaria, la hipertensión arterial, ya que provoca en el individuo una hiperreactividad simpática.
- Patrón Tipo B: Exhiben de forma discreta sólo algunas manifestaciones descritas en el tipo A, y en consecuencia son menos propensos a padecer enfermedades coronarias.

- Patrón tipo C: Tipo de personalidad que predispone al cáncer y es opuesto al patrón A. Los individuos se caracterizan por ser conciliadores, poco afirmativos, pacientes y evitadores de conflictos interpersonales. Tienen una represión crónica de las emociones negativas, en particular el miedo y la ira, y experimentan desamparo y desesperanza crónicos.

La segunda concepción utilizada es la teoría del afrontamiento, desarrollada fundamentalmente por Lazarus et al. Esta posición se orienta a definir la relación entre la forma de afrontar un hecho o fenómeno y sus consecuencias sobre la salud humana. Esta concepción define 4 patrones.

- T1: Subestimulado o predispuesto al cáncer.
- T2: Sobreexcitado o predispuestos a las enfermedades coronarias.
- T3: Ambivalencia: Varía de forma continua de T1 a T 2 y viceversa. Es más resistente al cáncer y las enfermedades coronarias, al invertirse los mecanismos que originan cada enfermedad.
- T4 Autónoma:

El tercer enfoque es el de las orientaciones personalógicas en el estudio del papel de lo psíquico en la enfermedad somática y que se desarrolló en la década del 80. Entre los estudios más significativos sobresalen los orientados a la relación entre el bienestar y los proyectos personales por Little y et al. Estos estudios aportaron como conclusión que los proyectos personales son elementos psicológicos esenciales en el bienestar personal.

Nuestra valoración con respecto a estos 3 enfoques es que aunque cada uno realiza aportes en el estudio del tema ninguno profundiza y expone una teoría consistente desde un enfoque psicológico de la relación entre lo psíquico y lo somático.

El primer enfoque orientado a la búsqueda de patrones estables tiene como limitación su proyección experimental sin una metodología rigurosa que permita realizar generalizaciones concretas, los resultados ofrecidos resultan sólo cuantitativos y descriptivos, orientados a la búsqueda de diferencias en los patrones con respecto a las tareas y no en las diferencias de los procesos

psicológicos, no teniendo un valor explicativo los resultados. Asimismo el valor metodológico de los instrumentos utilizados es muy reducido. Tampoco se establecen diferencias individuales entre los sujetos portadores de un mismo patrón.

El segundo enfoque, el procesal cognitivista, presenta los mediatizadores personológicos desde su concepción cognitiva como respuesta y no como expresión del sujeto. El sujeto es reducido a sus capacidades de identificación, evaluación y afrontamiento consciente.

Finalmente el tercer enfoque aunque brinda ciertas correlaciones a nivel personológico, las exposiciones resultan puramente descriptivas y estadístico, contribuyendo muy poco a la configuración explicativa de los datos.

Nuestra posición al respecto, es que los estudios que pretendan explicar la compleja mediatización de lo psíquico sobre la enfermedad debe superar el camino de las correlaciones estadísticas lineales, y establecer o identificar formas diversas de mediatización psíquica, conducente a aquellas características estables de la personalidad que se traducen en factores de riesgos por su repercusión vivencial y el consecuente desencadenamiento de procesos somáticos.

3.3 Sexualidad, personalidad y salud.

La sexualidad es una dimensión importante de la salud humana, forma parte de la personalidad y se expresa en su regulación. El modo en que se asuma como parte de las relaciones de pareja y sus prácticas en el estilo de vida tendrá una repercusión importante en la salud del individuo. Salud en el sentido de su gratificación espiritual, base de relaciones interpersonales, compartimiento de afectos, apoyo emocional y edificación de la familia, entre otras, así como la salud con respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual que hoy en el mundo se han generalizado y ocupan un lugar preponderante en la mortalidad, sobre todo en la población joven. A continuación mostramos una serie de conceptos fundamentales en la comprensión de la sexualidad y su papel en la salud human que servirán como premisa para un acercamiento y ulterior desarrollo

de la labor investigativa y práctica transformadora de los profesionales y técnicos de la salud.

SEXO: Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos

SEXUALIDAD: Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo , incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción . Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

SALUD SEXUAL: Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen

3.4 Sucesos dinámicos relevantes del comportamiento y su repercusión en la salud humana.

Frustración.

La frustración es un estado vivencial del sujeto que surge ante la imposibilidad de satisfacer las necesidades mediante el comportamiento motivado. Se reconoce en el individuo sentimientos de fracaso, tristeza, ira, etc.

Sin embargo no existe una relación lineal entre la consecución de necesidades y la presencia de conflictos, ya que los conflictos son vivencias de la personalidad

y su aparición estará condicionada por las características psicológicas del individuo y la relevancia y repercusión de la no satisfacción de la necesidad a través del comportamiento motivado, incluso del nivel de satisfacción y posible aplazamiento.

La frustración si no se afronta correctamente por el individuo puede afectar su salud mental y somática. Contrariamente, a partir de las estrategias de aprendizaje y enfrentamiento del sujeto y su tolerancia, pueden ser un espacio de desarrollo, de aprendizaje para una reconceptualización y redefinición de sus motivos y por ende de su orientación en la vida.

Conflictos:

El conflicto es un producto social, consecuencia natural de la interacción humana. Es el resultado de un proceso interactivo particular que se da en un contexto determinado. Describimos el conflicto como un sistema dinámico en el cual los eventos y las comprensiones constantemente reestructuran y reinterpretan el pasado, el presente y el futuro. Como nivel consciente y racional, todos los conflictos pueden ser descritos como teniendo un origen, una dinámica, un proceso y un resultado.

Dinámica del conflicto.

1. Aparición de la situación conflictiva objetiva

Una situación conflictiva objetiva se define por la existencia de una relación de interdependencia negativa entre dos o más partes. Esto significa la existencia de un objeto meta común, cuyo acceso u obtención por una de las partes obstaculiza o impide la acción de la otra en el mismo sentido. Un ejemplo sencillo de la vida cotidiana pudiera ser el caso de una pareja que dispone de un solo televisor y simultáneamente el esposo desea ver la transmisión del juego de pelota, mientras que la esposa desea ver la transmisión de la telenovela. La situación objetiva conflictiva se define entonces en este caso como consecuencia de la existencia de un objeto común (el televisor) que es requerido a la vez por las dos partes (el esposo y la esposa) con propósitos diferentes (ver distintos programas). Este

requerimiento es lo que determina el carácter negativo de la interdependencia: si la esposa ve la telenovela, el esposo no puede ver el juego de pelota.

2. Toma de conciencia de la situación conflictiva objetiva

Sin embargo, la mera existencia de una situación conflictiva objetiva no resulta necesariamente en un conflicto. Para que el conflicto surja, se hace necesario que las partes tomen conciencia de esta situación, que la perciban y vivencien como conflictiva. De ahí que el segundo momento en la dinámica del conflicto es la toma de conciencia de la situación conflictiva objetiva. De las particularidades que asuma esta toma de conciencia aparecerán diferentes tipos de conflicto.

3. Paso a la conducta conflictiva

El paso a la conducta conflictiva es la consecuencia inmediata de la toma de conciencia de la situación conflictiva objetiva. Esa conducta puede adoptar diferentes formas, que van desde aquellas evidentemente manifiestas, tales como los agravios, las discusiones, la agresión física, etc., hasta otras que no se expresan en la conducta externa sino que impactan los estados psicológicos del individuo. Cualquiera que sea la forma de manifestación de la conducta conflictiva, esta va acompañada siempre de una fuerte carga emocional.

4. Resolución del conflicto

El último momento de la dinámica del conflicto corresponde a su solución o supresión. La solución de cualquier conflicto puede ser parcial o total.

La solución parcial de un conflicto ocurre cuando se logra eliminar o reducir la conducta conflictiva, mas se mantiene el resto de los componentes de la dinámica. Con esto no se garantiza la futura aparición del mismo conflicto o simplemente se favorece la conversión de este en uno latente.

La solución total del conflicto se produce cuando se actúa simultáneamente sobre las características de la situación conflictiva objetiva y la toma de conciencia que hacen las partes que lo integran. Esta acción simultánea es importante, ya que hemos visto cómo los conflictos resultan ser estados subjetivos que se instalan a partir de las particularidades de la percepción y toma de conciencia que haga cada individuo de una situación, real o imaginaria, como conflictiva.

Hablar de solución total de un conflicto no puede expresar un grado totalizador. Por lo regular, la resolución de un conflicto dejará huellas que inevitablemente afectarán las relaciones futuras entre las partes. Desde luego, este impacto, tendrá diferentes grados de intensidad en atención al proceso de solución llevado a cabo y a la estrategia elegida.

Estrategias en la solución de un conflicto.

La estrategia ganar-ganar se caracteriza porque las partes convienen una posición de total colaboración. Aunque aparentemente esta situación es muy difícil de conseguir, hay autores que consideran que las siguientes condiciones facilitan esta posibilidad:

A los participantes en el conflicto les preocupa, ante todo, la amistad de la otra parte.

Ambas partes coinciden en que lo único importante es alcanzar el acuerdo.

Tienen gran confianza uno en el otro.

Tienen la posibilidad de hacer buenas ofertas y eliminar las amenazas.

Evitan confrontarse a nivel de respuestas basadas en el carácter; tienden a motivar conductas racionales.

La base de esta estrategia es diseñar una solución satisfactoria para cada una de las partes «adversariales», y que, además, las relaciones interpersonales logren mantenerse. Para que esto ocurra, es necesario que ambas partes elaboren alternativas de solución y desde ellas analicen la mejor para ambos.

La estrategia de ganar-ganar subraya los fines y metas y pone el acento en el conflicto en sí mismo, tratando de llegar a una solución final que no sea inaceptable para ninguna de las partes

La estrategia ganar-perder aborda el conflicto desde una perspectiva en que cada parte intentará resolverlo a su favor, sacar provecho de la situación y salir beneficiada, todo ello a expensas del perjuicio que ocasione a la otra parte. Es obvio que esta estrategia está basada en la más pura y total competencia. En el marco de esta estrategia pueden establecerse las premisas siguientes:

Las partes del conflicto o sus negociadores se hacen «los duros» con las gentes y con los asuntos que negocian.

No existe confianza mutua.

Se basa en los principios de negociar desde «mi posición».

La vía del acuerdo es a través de la presión.

Cada parte se propone, por separado, sólo ganar y que el otro salga vencido.

Es conocida la anécdota de Lindon B. Jonson (presidente de Estados Unidos) cuando le propusieron por primera vez un plan de paz para Vietnam y respondió: «Si los tengo acorralados por donde más les duele, [...] no tengo nada que acordar con ellos.» La historia demostró lo ventajoso que hubiera sido un buen acuerdo en ese momento.

En este tipo de estrategia, la norma es suma cero. Es decir, aquello que una parte gana es precisamente lo que la otra pierde. La fórmula de suma cero habla de ganar o perder bajo circunstancias que incluyen hasta la amenaza como fórmula de influencia.

Es sabido que se alcanzan resultados utilizando esta estrategia. Sin embargo, es obvio que como consecuencia de su utilización las relaciones entre las partes dejan de existir.

La estrategia de perder-perder implica que ninguna de las dos partes obtiene realmente lo que quiere. Estas piensan que la negociación se da «como yo lo establezco» o «no se produce». Existe una anécdota que puede caracterizar esta estrategia. Van dos camiones cargados de dinamita. Cada uno en dirección hacia el otro, mas ninguno quiere ceder el paso. Siguen su ritmo, aceleran más, y....chocan. Con lo cual ambos perdieron... la vida.

El enfoque que utilizan las partes se basa en que evitar un conflicto es preferible a confrontar directamente el problema, con lo cual este se mantiene y con ello sus efectos y consecuencias negativas.

En nuestro país, M. Fuentes (2000) desarrolla un enfoque de la solución constructiva del conflicto como una cuarta variante que a continuación presentamos una síntesis de las ideas principales de esta autora.

La solución constructiva de los conflictos supone enfrentarlos desde una postura particular, desde un enfoque que acepte el hecho de que los conflictos surgen como consecuencia de un antagonismo o una incompatibilidad inicial, pero superable entre dos o más partes, y que son, por lo tanto, un producto particular de un estado de interdependencia, y que, al ser un producto de determinadas condiciones, estas pueden ser transformadas, con lo cual sus efectos, el estado de conflicto, se verán modificados.

Un enfoque constructivo en la solución de los conflictos parte del supuesto de que estos se encuentran en la base del cambio personal y social, constituyen el medio a través del cual los problemas se pueden ventilar y llegar a soluciones. Los conflictos tienen, pues, muchas funciones positivas. La posición científica no es la de eliminar o prevenir los conflictos, sino, más bien, la de desarrollar el conocimiento que permita responder esta pregunta: ¿cuáles son las condiciones que favorecen incrementar la controversia limpia antes que las reyertas, que no conducen a nada?

Mecanismos de defensa: hacia la búsqueda del equilibrio emocional.

Los mecanismos de defensa son generalizaciones y abstracciones de conductas del sujeto que buscan proteger su autoestima y autovaloración ante las situaciones de la realidad.

Las conductas defensivas son técnicas con las que opera la personalidad para eliminar fuentes de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad, que le permiten cierto nivel de adaptación al individuo pero no la resolución del conflicto. Aparecen tanto en sujetos sanos como en estado patológico. Son conductas inconscientes ante la aparición de un conflicto.

Tipología:

Proyección: Sitúa una idea, una actitud, una acción personal fuera de sí. Atribuir a objetos externos (inanimados o seres animados) características, intenciones o motivaciones que el sujeto desconoce en sí mismo.

Regresión: Es la reactivación y actualización de conductas, o de un nivel total de comportamiento, que corresponden a un período anterior de desarrollo ya superado por el sujeto. Son conductas nuevas que responden a un modelo o estilo que pertenecen al pasado.

Desplazamiento: Las características de un objeto o la proyección efectuada sobre él se propagan a otros objetos o partes de la realidad externa, asociadas de alguna manera al objeto inicial. Es característico de las fobias, donde los temores por un objeto se desplazan a otros que guardan relación con este, de modo que la relación con el primer objeto se ve eximida de ese temor que ha sido desplazado a otros objetos.

Represión o negación: No aceptación de aquello que le es desagradable. Se excluyen mentalmente los objetos o partes de sí mismo que amenazan al individuo. Permite olvidar aquellos hechos que resultan desagradables o inaceptables para el sujeto.

Conversión: Uno de los términos del conflicto se fija como conducta en el área del cuerpo, en forma de un síntoma o una manifestación orgánica.

Aislamiento: Tiende a lo inverso del desplazamiento. Tiene lugar un distanciamiento de la conducta ligada a uno de los objetos parciales, como forma de evitar la reaparición o confluencia del objeto parcial reprimido o negado.

Inhibición: Es una impotencia o déficit de una función de un tipo de conducta. La conducta o función inhibida es la parte ligada al objeto parcial que es negado o reprimido, y aislado de tal manera que se inmoviliza uno de los términos del conflicto. A diferencia de la conversión no presenta conductas distintas a las normales de esa persona. El síntoma consiste en la ausencia de la función normal

Formación reactiva: Se reprime toda la conducta ligada al objeto de conflicto pero no de forma fija, existiendo el peligro de una reactivación del conflicto. La conducta ligada a algo bueno se exagera, se hace más intensa o más perseverante.

Sublimación: Permite la integración y resolución del conflicto a través de de la canalización armónica y socialmente productiva del objeto bueno y el malo y la

persona. Se integran insatisfacciones en las conductas socialmente aceptadas, se buscan logros en otra esfera.

Racionalización: Es una forma de negación en la que para evitar el conflicto o la frustración, se dan razones o argumentos que los encubren. Es una utilización del razonamiento para encubrir o negar realidades. El sujeto se ofrece falsas razones para justificarse acciones propias, cuya causa verdadera le serían inaceptable.

Introyección: Incorporación o asimilación por parte del sujeto de características o cualidades que provienen de un objeto externo, del mundo exterior.

3.5 Rasgos clínicos de la personalidad y su implicación para la salud.

Existen diversos trastornos de la personalidad que son expresión de su desestructuración funcional. Sin embargo en sujetos con un adecuado funcionamiento pueden expresarse dentro de límites tolerables ciertos rasgos que caracterizan formas clínicas. Estos rasgos deben ser seguidos pues pueden ser el preámbulo de un debut, si aparecen condiciones desencadenantes. Aunque es de señalar que muchos de ellos, siempre que se manifiesten dentro de un funcionamiento estable de la personalidad, sin estar comprometida su coherencia son propias de la actividad social.

1- Rasgos compulsivos:

- Mucha organización.
- Limpieza.
- Dificultad para adaptarse y para tomar decisiones rápidas.
- Perfeccionismo.
- Rigidez
- Tendencia a no delegar responsabilidades.
- Capacidad para trabajar en forma intensa.

2- Rasgos paranoides

- Desconfiado.

- Agresivo.
- Litigante
- Percepción de que los demás le quieren hacer daño.
- Autoritario y dominante
- Dificultad para reconocer sus faltas y defectos.
- Tendencia a la proyección.

3- Rasgos esquizoides

- Poca sociabilidad
- Tendencia a la ensoñación y fantasía.
- Frialdad emocional
- Dificultad en las relaciones interpersonales, es incomprendido.
- Tendencia a filosofar.
- Terquedad manifiesta.

4- Rasgos histéricos

- Teatralidad.
- Labilidad emocional
- Superficialidad
- Egocentrismos
- Narcisismo: Presta gran atención a su apariencia externa
- Facilidad para sufrir.
- Facilidad para adaptarse a distintos ambientes.

5- Rasgos dependientes

- Creencia de incapacidad de valerse por sí mismo.
- Incapaz de aporta en los diferentes grupos en los que se relaciona.

6- Rasgos sociopáticos

- Trasgresión de las normas sociales sin sentir culpabilidad

Capítulo 3 La psicología en la atención primaria.

Epígrafe 1 La Psicología en la comunidad.

3.1.1 Aspectos sociopsicológicos de interés para los profesionales de la salud en la atención primaria.

Asumir que la acción terapéutica no puede reducirse al marco de las instituciones asistenciales no reporta novedad al conocimiento científico, tan sólo la consecuencia con un axioma revolucionario en el campo de la salud. Por tanto, todo profesional y técnico vinculado con el trabajo de salud debe incluir en su formación una visión hacia la gestión de la salud en los diferentes espacios socializadores donde transcurre la vida cotidiana: el centro de trabajo o estudio, la familia y el tiempo libre. Vida cotidiana que cada persona vive en sociedad, perteneciente a grupos, colectivos, familia, comunidades, donde el sistema de relaciones sociales y las culturas constituidas estarán pautando, la forma en que se desarrolla como sujeto.

Precisamente en estos escenarios es donde con mayor fuerza, el médico o cualquier otro personal de las ciencias y tecnologías médicas, deben desarrollar una activa promoción de salud, lo cual demanda conocer al ser humano desde una perspectiva psicológica, como fuente valiosísima para comprender causas, comportamientos, a la par, de apropiarse de un conjunto de herramientas necesarias para diseñar programas oportunos que contribuyan formar en la sociedad comportamientos prosalud.

La Psicología Social, disciplina científica aplicada, que enriquece el objeto de estudio de la Psicología Médica y la consecuente labor que deben desempeñar los profesionales del sector que la reciben, para así ajustarse a la extensión real del concepto de salud y la práctica profesional que este demanda, es la encargada de estudiar el desarrollo, las relaciones y la actividad del individuo humano en el proceso de las interacciones sociales. De manera que tanto la personalidad, como el proceso de interacción humana, bajo la dialéctica salud enfermedad, constituyen conceptos básicos a abordar.

En el proceso de interacción con los demás, el hombre asimila, se apropia y reproduce la cultura humana, la experiencia acumulada en el transcurso de su desarrollo histórico, generalizada, extendida, ampliada, sistematizada por el sujeto en el nivel superior de integración de la subjetividad: la personalidad. Instancia esta de regulación donde lo psíquico, como abordamos en el capítulo 2, se configura en contenidos y en aspectos funcionales a partir de los procesos que lo constituyen.

El hombre opera en la realidad a partir de sus conocimientos prácticos, conceptos, normas sociales, **prejuicios o estereotipos sociales** (comportamientos humanos no modificados, acerca de la representación de un objeto o fenómeno determinado, transcurrido cierto período). Resulta imposible estudiar al hombre fuera del contexto de la Psicología Social y muestra de ello se puede apreciar, al menos en nuestro país, en el hecho de que fue esta disciplina científica la que propicia el origen y desarrollo del trabajo comunitario asistencial después del triunfo de la Revolución Cubana.

La vida social de las personas transcurre en un conjunto de movimientos de un grupo a otro, por su inserción en diferentes grupos de pertenencias donde tiene lugar el proceso de socialización. Intentemos un ejemplo bien sencillo: el primer grupo permanente para cualquier persona es la familia, con el que se interrelacionan los diferentes amigos de su membresía, la escuela o el centro laboral es otro espacio de constitución de la subjetividad individual y social a partir de la participación desde diferentes familias, las que reciben una influencia mediadora a través de estos.

Los **grupos** constituyen asociaciones de individuos que se forman gracias a la necesidad objetiva de cooperación y a la necesidad subjetiva de interacción social; puede pasar que los individuos que lo integran no sean capaces de reconocer, en él, estas dos necesidades que lo definen como tal, pero lo que si debe quedarnos claro es que toda la vida de un individuo transcurre en el seno de un grupo nominal (sus miembros no necesitan entrar en contacto directo entre sí ni

mantener relaciones interpersonales y de coexistencia espacio-temporal: Grupos de Edades o Grupos Ocupacionales) o real (existe, como premisa, el contacto y la interacción directa entre sus miembros; lo cual sólo es posible mientras más estrecho sea el círculo de los participantes).

Nuestro interés es centrado en los grupos reales, pero no los de gran volumen de participantes, sino los denominados en la Psicología Social como grupos pequeños. Precisamente en su interno se desarrollan los procesos sociopsicológicos que sirven de enlace entre la sociedad y el individuo, unido a que por la limitada membresía, brinda la posibilidad del estudio empírico de los diversos parámetros de su funcionamiento. De ahí que en lo adelante, el término grupo deba comprender en el sentido de los grupos pequeños. Grupos que se constituyen como tales, desde una perspectiva cuantitativa, con 2 miembros, y el límite superior estará determinado por la propia actividad, espacio, tiempo que permitan el contacto individual frecuentemente.

Los grupos en los cuales una persona participa difieren en muchos aspectos. La importancia de esto amerita una especial consideración. Ante todo veamos los grupos que son diferentes en sus metas y modo de organización.

Entre los grupos a los que pertenece una persona, se encuentran aquellos creados por la sociedad para desarrollar determinadas funciones específicas. Tales grupos son denominados en Psicología Social grupos formales u oficiales. El grupo de clase, la brigada estudiantil, la brigada universitaria de trabajo social, constituyen ejemplo de grupos que se han formado por la sociedad mediante sus diversas instancias u organizaciones e instituciones sociales) para llevar a cabo ciertas tareas socialmente útiles. Su organización específica ha sido determinada por los niveles más elevados dentro de diferentes instancias, y ha sido plasmado en documentos oficiales: estatutos, reglamentos, etc.; los cuales definen su estructura organizacional, prescriben un sistema de relaciones funcionales –funciones de trabajo– y establecen el orden de autoridad y subordinación. En estos grupos, cada persona desempeña un rol social específico, el cual cumple

con una serie de derechos y obligaciones establecidos por la sociedad. Por ejemplo, en una universidad cualquiera del mundo existe el rol social de Rector, así como en una brigada estudiantil de cualquier universidad cubana existe el rol de Jefe de Brigada.

Tan pronto como una persona asume, por su **estatus** social (posición que un individuo ocupa en un grupo social determinado), un **rol** social (conjunto de deberes y derechos que desarrolla y que le corresponden a un individuo humano dado por su estatus social), surgen **expectativas** sociales.

Sin embargos las personas no sólo pertenecen a grupos constituidos por el sistema social de manera consciente para propósitos específicos, sino que a partir de las relaciones propias de su vida cotidiana se constituyen espontáneamente determinado conjunto de personas que funcionan como grupos informales. Estos grupos no tienen una estructura organizativa con roles formales impuesta por las instancias de poder. Incluso los grupos informales existen al interno de una organización, comunidad, y es precisamente en ellos donde el proceso de liderazgo y asunción de roles tiene características muy peculiares a partir de la propia dinámica interna.

Ahora bien, en los grupos los sujetos viven de forma particular su dinámica, con repercusión en la formación de procesos de identitarios tanto colectivos como individuales. Según la importancia, el reconocimiento de sí mismo en el funcionamiento y determinantes de esta identidad que se constituye será la identificación individual con el grupo, llegando a ser *grupos de referencia* cuando los considera suyo y adquiere el sentido de “nosotros”, diferenciándose de aquellos grupos de pertenencia únicamente, donde el individuo sólo mantiene relaciones funcionales pautadas desde la institucionalidad.

Cuando los grupos atraviesan todo un proceso de desarrollo pueden devenir en **colectivos**, donde a través de una organización determinada, sus metas y tareas se corresponden con las metas y tareas de la sociedad de la que forman parte.

Para el personal de salud, el estudio y modificación de actitudes y formación de valores es una necesidad de primer orden en cualquiera de los programas salubristas concebidos para el desarrollo de las comunidades y grupos particulares. La salud es una responsabilidad individual, y depende, en última instancia de los comportamientos y prácticas cotidianas del individuo.

Las actitudes, como apuntamos en el capítulo 2, constituyen aspectos psicológicos, unidades básicas de la personalidad, que se configuran en un proceso de aprendizaje, que no puede agotarse por ningún modelo particular, sino a través de una concepción que permita la implicación individual y el desarrollo de verdaderos y profundos procesos de actividad subjetiva.

Las actitudes representan una evaluación y una forma, una tendencia, una posibilidad de comportamiento histórico concreto hacia determinado objeto o exigencia social. Ello no determina la conducta, es el sujeto en la expresión legítima e intencionada de su personalidad quien determina su comportamiento. De modo que podemos caracterizar las actitudes por su configuración a partir de 3 componentes:

- Componente cognoscitivo: atribución de cualidades hacia una realidad, existe un número de conocimientos, de creencias al respecto, con determinado grado de generalización que se organizan en una estructura jerárquica.
- Componente afectivo: es la atribución de significados personales de las cualidades, el desarrollo de determinados sentimientos.
- Componente volitivo: contienen una tendencia de comportamiento fundamentado por sus otros componentes.

Pongamos un ejemplo para ilustrar, sírvanos la actitud hacia la alimentación. Un sujeto tiene conocimientos sobre el valor nutritivo y saludable de determinados alimentos y la acción perjudicial para su salud de otros, y tiene como proyecto una vida longeva donde pueda desarrollar sus diferentes objetivos, configura

sentimientos favorables por los alimentos que tributen a una dieta balanceada y saludable, así como de rechazo por los que amenacen su salud. Todo ello propiciará la tendencia a incluir en su alimentación sólo aquellos productos que le sean provechoso, lo cual, como ya apuntamos no es un determinante unidireccional del comportamiento.

Las actitudes tienen a organizarse y configurarse en sistemas de orientaciones valorativas del sujeto. Los valores son la significación socialmente positiva de los objetos y fenómenos de la realidad, que al ser interiorizados por el sujeto, conforman una estructura psicológica que expresa la asunción individual de determinados valores. La estabilidad de las actitudes y su origen vivencial determina que para modificarlas como proceso educativo y desarrollador de la personalidad tenga lugar un proceso de aprendizaje, posible con la implicación valorativa del sujeto sobre su propia actitud y sobre el objeto de la actitud.

El método sociométrico para la investigación del grupo.

El método sociométrico constituye una técnica para analizar las interacciones y el funcionamiento de un grupo, centrandose su atención en aspectos como el status sociométrico del individuo, los patrones deseados de interacción, las personas aceptadas y rechazadas por cada cual, el grado de popularidad, autoridad, expansividad y aislamiento de los miembros del grupo, las tensiones existentes (relaciones de rivalidad, antipatía), las preferencias en la formación de subgrupos y la estructura informal deseada de los miembros del grupo.

Para una interpretación psicológica adecuada de los resultados del estudio sociométrico deberá precisarse qué aspectos concretos serán analizados como premisa para el diseño y aplicación de este método.

Descripción del método

1. Elaboración del cuestionario sociométrico: Determinación del problema, selección del objeto de investigación. Se adquiere conocimiento acerca

del tamaño, tiempo de constitución, actividad que realizan y características sociodemográficas necesarias.

- Contacto directo del investigador con el grupo para crear un clima adecuado e información necesaria para arribar al contenido de los criterios sociométricos.
- Realización del cuestionario propiamente dicho. Se precisan la pregunta o preguntas que se realizarán al grupo. La presentación y aplicación de este cuestionario deberá acompañarse de información precisa sobre las instrucciones y transmitir confianza sobre la confidencialidad de la información aportada.
- Ejemplos de preguntas puede ser: ¿Con cuál de tus compañeros consultarías una cuestión de trabajo? ¿Por quién sientes una mayor admiración? ¿Con cuál miembro usted evitaría interrelacionarse? Las preguntas siempre responderán a las necesidades del investiga

2. Fase de procesamiento: El procesamiento de la información incluye la elaboración de la planilla sociométrica, la matriz sociométricas, el sociograma y cálculo de índices sociométricos.

- Planilla sociométrica: En ella se resumirá la información de los cuestionarios. La primera columna muestra la relación nominal de los integrantes del grupo. Las tres columnas siguientes se refieren a las elecciones realizadas por cada integrante, colocadas por su orden de elección. Deberá especificarse e estas columnas, entre paréntesis al lado del nombre seleccionado, el números que tiene el seleccionado e la primera columna nominal.

Pregunta:				
Persona que elige		Persona elegida		
#	Nombre de los integrantes del grupo	Primera elección	Segunda elección	Tercera elección

- Matriz sociométrica: A partir de los resultados anteriores se construye esta matriz. Esta tabla expresará los vínculos, las interrelaciones para el análisis posterior. Esta es una tabla de doble entrada (NxN), donde N es la cantidad de integrantes del grupo. Tanto horizontal como verticalmente aparecerá la relación de los integrantes del grupo expresada por un número. Esta tabla resume las elecciones realizadas y las recibidas por cada miembro. Para marcar las elecciones deberá utilizarse letras o números romanos que indiquen el orden de elección.

Pregunta:				
Persona que eligen	1	2	N	Total de elecciones
1				
2				
N				
Total recibidas				

- Sociograma: Su finalidad es revelar los aspectos más significativos de la estructura del grupo desde determinadas perspectivas, al mostrar una visión de las interrelaciones del grupo. Cada miembro se simboliza por su número rodeado por un círculo. Para realizar distinciones en cuanto a sexo, edad u otro criterio podrán utilizarse colores u otras figuras geométricas. Las relaciones entre los miembros se representa mediante flechas que parten del sujeto que elige hasta el elegido. Generalmente se emplea una línea continúa para la primera elección, discontinua para la segunda y línea de

puntos para la tercera. En ocasiones es recomendable realizar sociogramas diversos para una misma pregunta siguiendo criterios específicos (rechazos o lecciones recíprocas, etc.).

3. Fase de análisis e interpretación

I. Fenómenos individuales: Aunque se basan de elementos cuantitativos provenientes de la cantidad de elecciones consideramos necesario que también deben ser sometidos a un análisis cualitativo. Por tanto, unido a ello es importante valorar quienes son los sujetos que seleccionan a un miembros y a quienes el selecciona, cuáles son sus respectivos estatus e influencias. Cada una de estos índices que a continuación se describen tienen características particulares para cada miembro.

- Popular o estrella sociométrica: Es el miembro o miembros del grupo que reciben una cantidad de elecciones significativamente alta. Ello no significa que sea líder, líder será quien sea considerado como tal por el grupo a partir de las respuesta a preguntas en eses sentido
- Aislado: Es el miembro o miembros del grupo que reciben una cantidad de elecciones significativamente baja.
- Rechazado: Es el miembro o miembros del grupo que reciben una cantidad de rechazos significativamente alta
- Eminencia gris: Es el individuo elegido por la estrella sociométrica. Se trata de un miembro que puede

proyectar su influencia sobre el grupo a partir de la amistad que le profesa la estrella.

- **Expansividad sociométrica:** Se utiliza cuando no se limitan las elecciones. Permite conocer cuantas elecciones realiza cada miembro del grupo, su expansividad, su disposición a establecer relaciones con los demás integrantes del grupo

II. Fenómenos grupales:

- **Elecciones recíprocas o reciprocidades (díada):** Se refiere a los miembros que se eligen mutuamente, pues son considerados como la base de la unidad existen en el grupo. En este tópico suelen utilizarse fórmulas estadísticas que a revelar, las cuales no incluimos pues constituyen un tema para profundizar en otro nivel de estudios. Encontramos la
- **Subgrupos:** Conjunto de miembros unidos entre sí por elecciones recíprocas, ejemplo las tríadas, tétradas, las cuáles son ejemplos del núcleo del colectivo, donde estos están simétricamente vinculados entre sí.
- **Cadenas:** Serie de miembros que se eligen de manera sucesiva, lo cual permite visualizar de que forma fluye la información en el grupo

3.1.2 La familia y la comunidad: grupos de interés para el médico general.

La familia es el espacio donde ocurren las primeras y mantenidas interacciones educativas contributivas al desarrollo infantil y al contenido de su evolución. La familia es una categoría histórica, determinada por el sistema social que le sirve de marco y el modo de producción imperante que condiciona sus formas de existencia, sus funciones, los valores predominantes y los principios éticos. Marco

particular que trasciende a la sociedad en su repercusión formadora de la personalidad.

Precisamente la familia desempeña un papel muy importante en la salud de sus miembros a través del cumplimiento de sus funciones, desde la alimentación, el cuidado, la entrega de afecto hasta la formación de hábitos, habilidades y valores para el desarrollo de su vida. Es en ella donde recibe y expresa sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da un sentido a su vida. Funciones de la familia que preferimos presentarles desde la obra de la psicóloga cubana Patricia Arés, por su alto valor integrador y actualizado.

La familia como institución social cumple funciones básicas tales como: función biológica, función económica, y función cultural espiritual. Como resultado de la realización de estas funciones se cumple la función educativa. La manera particular en que se dan estas funciones en una sociedad determinada depende en gran medida del sistema socioeconómico.

La familia cubre las necesidades primordiales del ser humano como ser biológico, psicológico y social. La función educativa vista como una suprafunción de las demás incluye elementos importantes dentro de los que se destacan:

- Función de crianza: La crianza como proceso no hace referencia exclusivamente a la alimentación y los cuidados físicos, sino a aspectos que tienen como finalidad proporcionar un cuidado mínimo que garantice la supervivencia del niño, un aporte afectivo y un maternaje y paternaje adecuado.
- Función de culturización y socialización: La familia se constituye en el vehículo transmisor de pautas culturales a través de varias generaciones permitiendo al mismo tiempo modificaciones de las mismas. La socialización de los miembros es especialmente importante en el período del ciclo vital que transcurre desde la infancia hasta la etapa del adolescente y adulto joven. Entre sus objetivos se encuentran: la protección

y continuación de la crianza, la enseñanza del comportamiento e interacción con la sociedad, la adquisición de una identidad de género, la inculcación de valores sociales, éticos y morales, la conformación de una identidad personal, familiar y social. La familia es un contexto de desarrollo y socialización para los hijos y al mismo tiempo de desarrollo y de realización para los adultos. Como agente de socialización la familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes

- **Función de apoyo y protección:** La función de apoyo psicosocial, es una de las principales finalidades de la familia, ya que puede ejercer un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales. La familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social.

La familia además de cumplir estas funciones importantes es un grupo que atraviesa por cambios evolutivos, que le demandan un proceso de continuos ajustes. Precisamente la funcionalidad de la familia (interrelaciones como grupo humano que favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal, familiar y social de cada uno de sus miembros) estará determinada por el equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y la disposición de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

Ahora bien ¿cuáles indicadores revelan la funcionalidad de la familia?

- Presencia de límites y jerarquías claras: Los límites son la frontera psicológica necesaria para salvaguardar el espacio físico y emocional que todo ser humano necesita para desarrollar su identidad, autonomía, e independencia. Son expresión de los tipos de vínculos entre los miembros, así como indicadores clínicos de posibles desajustes en el desarrollo sano

de la personalidad. Los límites definen jerarquías y autoridad en el desempeño de roles.

- Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro.
- Reglas flexibles pero claras y precisas.
- Capacidad de reajuste ante los cambios.
- Posibilidad de expresar sentimientos y una comunicación clara y directa: Es importante el aprendizaje de códigos funcionales de comunicación (clara, directa).
- Presencia de códigos de lealtad y pertenencia sin perder la identidad y la autonomía (expresa la dependencia-independencia de los miembros de la familia en el desarrollo de su función educativa y socializadora, cada miembro de la familia desarrolla sentimientos de lealtad y pertenencia al grupo familiar, sin perder su capacidad de ser uno mismo y sin caer en un individualismo que anule sus pertenencias). La autonomía repercute en el proceso salud-enfermedad en la medida que se adoptan funcionamientos de sobreprotección, tolerancia, rigidez y autoritarismo de los padres, en detrimento de elaborar un espacio paulatino de los desprendimientos necesarios para hacerse autónomo, manteniendo la pertenencia y lealtad a su grupo de referencia.
- Adecuada distribución de roles (conjunto de asignaciones culturales a la representación de los papeles parentales: madre, padre, abuelo, hijo, esposo(a), hombre-mujer).
- Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto

La funcionalidad familiar se estudia a partir de variables como:

- Salud familiar: Portadores, tipo de enfermedad, hábitos tóxicos, condiciones higiénico-sanitarias, estilos de vida.

- La distribución de roles: El modo en que están distribuidas las tareas domésticas y la economía familiar,
- El modo en se ejerzan los roles (madre, padre, hijos, abuelos).
- El modo en se ejerza la autoridad, el predominio.
- Los códigos emocionales empleados en las relaciones interpersonales, donde se reconocen como funcionales comunicar sentimientos, que exista contacto físico y diversidad de manifestaciones, así como un aprendizaje de la reciprocidad.
- El modo de enfrentamiento a situaciones de conflicto y áreas de conflicto donde se reconocen funcionales la existencia de pactos, transacciones, negociaciones; y disfuncionales la tendencia de sus miembros a la evitación del conflicto, la de culpar a los otros, de negar responsabilidades y hechos y agredir verbal o físicamente a algún miembro.
- La identificación de áreas de conflicto tales como la realización de las tareas domésticas, en el empleo del tiempo libre, la economía familiar, la educación de los hijos, la sexualidad, las relaciones ampliadas (familias de origen y amigos), la ideología, valores, códigos de ética, proyectos de vida
- El manejo de los límites, ya sea intradiádicos y extradiádicos. Se reconocen como límites funcionales aquellos que sean permeables y claros; y como límites disfuncionales los rígidos y difusos.
- La comunicación entre sus miembros donde se reconocen como funcional la presencia de mensajes claros, precisos, directos, congruentes, así como la existencia de un equilibrio entre la función informativa, afectiva y regulativa. Son manifestaciones disfuncionales los Dobles mensajes, incongruentes y el predominio de una de las funciones de la comunicación.

La familia puede clasificarse por su estructura (composición, membresía, vínculos generacionales) elemento este de gran utilidad para su estudio. De este modo surgen una serie de variables útiles para los profesionales de las ciencias

médicas en el desarrollo de sus funciones en la asistencia primaria. Estas variables definen la estructura familiar de acuerdo con un conjunto de indicadores y características sociodemográficas de sus miembros.

1. De acuerdo a su composición la familia se clasifica en:

- Nuclear: Integrada por una pareja que tenga o no hijos, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente de pareja.
- Extensa: Familia que descienda de un mismo tronco independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con o sin descendencia.
- Extensa compuesta: Cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad

2. Presencia o no de subsistemas familiares:

- Completa: con subsistemas conyugal, parental y fraternal.
- Incompleta: con subsistemas incompletos o ausentes

3. Inserción socioclasista de sus miembros: Profesional, Técnico, Obrero

4. Simetría social de los miembros: Simétrica o Asimétrica

5. Zona de residencia: Urbana, Semiurbana, Rural

6. Condiciones de vida (per cápita de vida, estado de las viviendas tenencia de bienes): Buenas, Regulares, Malas

7. Por el número de sus integrantes: Numerosa o Reducida

8. Por el vínculo entre generaciones: Unigeneracional, Bigeneracional, Trigeneracional, Cuatrigeneracional.

El ciclo vital de la familia es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar.

Etapas del Ciclo Vital de la Familia.

ETAPAS	DESDE	HASTA
FORMACION	Matrimonio	Nacimiento Primer Hijo
EXTENSION	Nacimiento Primer Hijo	Independencia de uno de los hijos
CONTRACCION	Independencia de uno de los hijos	Muerte del primer cónyuge
DISOLUCION	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

Estos ciclos evolutivos marcan la funcionalidad de la familia. Los ciclos evolutivos más importantes reconocidos por la comunidad científica corresponden al matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la adolescencia, el desprendimiento de los hijos, la jubilación y la muerte.

Como parte de los ciclos evolutivos las familias experimentan contradicciones entre la organización estructural y funcional y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan que producen desorganización en el seno familiar y que pueden derivar en crisis.

Las crisis normativas o transitorias son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del Ciclo Vital. Esta perspectiva en el abordaje de la familia debe realizarse a través de un grupo de variables denominadas evolutivas y que refieren a estos cambios o eventos transicionales vividos por la familia y sus influencias en la estructura y familiar, y el proceso salud enfermedad en este grupo socializador. Cada etapa demanda de la familia un afrontamiento a partir de sus recursos donde tendrá lugar una reorganización, estructurar reglas nuevas, ajustarse a la situación y elaborar pérdidas.

- Eventos transicionales por inclusión: nacimiento, matrimonio, segundos matrimonios, nuevos miembros de la familia.
- Eventos transicionales por pérdida: divorcio, muerte, salida de algún miembro por otro motivo.
- Eventos transicionales por cambios evolutivos: inicio de la vida escolar, adolescencia, jubilación.
- Eventos transicionales por impactos sociales: situaciones de accidentes naturales, cambios sociales que influyen en la familia.

La familia también puede experimentar crisis no transitorias que está relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, y se clasifican según la naturaleza del acontecimiento que las provocan en:

- Desmembramiento: Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia. Por ejemplo: Hospitalización prolongada. Abandono. Separación conyugal. Salida del hogar al extranjero u a otras provincias del país. Muerte prematura respecto al ciclo de vida. Suicidio.
- Incremento: Incorporación de uno o más miembros de la familia. Por ejemplo: Regreso al hogar. Adopción. Convivencia temporal.
- Desmoralización: Crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia. Por ejemplo: Conducta antisocial. Encarcelamiento. Escándalos en la comunidad, entre otras.
- Cambio económico importante: Tanto en sentido negativo como positivo. Por ejemplo: Pérdida de trabajo. Deterioro de las condiciones de la vivienda. Pérdida de alguna propiedad importante como la casa. Una herencia.
- Problemas de salud: Por ejemplo: Embarazo no deseado. Infertilidad. Intento de suicidio. Trastornos Psiquiátricos. Accidente. Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

En todas las familias, con independencia de su clasificación estructural, se presentan crisis. La forma en que la familia maneja las crisis puede fortalecerla o debilitarla. El afrontamiento a las crisis puede considerarse: Adecuado cuando se acometen cambios constructivos que contribuyen al ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo. No adecuado cuando no se acometen cambios que ajuste al grupo familiar, no se hace una adecuada reestructuración de la situación problemática. El afrontamiento a las crisis por parte de la familia, incluyendo el tiempo de duración de las mismas, depende de los recursos internos (las experiencias previas en el afrontamiento a otras crisis, al funcionamiento de la familia y a la situación social y económica de la misma) y externos (Apoyo social con que cuenta la familia Amigos Vecinos Familia de origen Instituciones Escolares, Laborales, de Salud y de la Comunidad) con que cuente la familia.

El grupo de variables que hemos descrito a partir de la propuesta de P. Arés son útiles para el diagnóstico de cualquier grupo familiar, contribuyendo como guías para el médico o personal de salud para evaluar la estructura y funcionamiento de la familia, con la ayuda de técnicas concretas que se emplean con el asesoramiento del personal especializado. De modo que el proceso salud enfermedad le impone, al profesional de la Salud, nuevos retos y procedimientos de análisis y reflexión, para así apropiarse de los conocimientos mínimos necesarios que lo lleven a tener presente de que tratamos con personas necesitadas de ayuda profesional y no con enfermedades, lo cual conducirá gradualmente a acortar las aún enormes distancias en la relación de los integrantes del equipo de salud con los llamados pacientes y sus inmediatos escenarios sociales donde transcurre la vida cotidiana de estos.

La evaluación de la salud familiar es un proceso continuo y dinámico caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de información, análisis de la misma e identificación de problemas y potencialidades de las familias con vistas a poder realizar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada una de

ellas y que se desarrolla a través de los procesos de dispensarización y análisis de la situación de salud.

La salud familiar es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes. Se refiere a la salud del grupo familiar como célula funcional en la sociedad donde se desarrolle. No significa ausencia de enfermedad ni de problemas de salud. No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, ni es una categoría sumativa. Es una condición dinámica, influida por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia en su proceso de desarrollo y por los problemas de salud-enfermedad de sus integrantes.

3.1.3 Vía de comunicación del médico con la comunidad, grupos y la familia: su importancia en la transformación de actitudes y comportamientos no saludables.

Precisamente al ser la comunidad un campo de acción esencial del médico general integra en la atención primaria, deviene la necesidad de desarrollar en su acción práctica profesional estrategias y acciones en el marco de la educación para la salud, con el objetivo de beneficiar con una labor educativa a la población independientemente de su edad.

Uno de los principales propósitos de nuestra sociedad es desarrollar generaciones de hombres y mujeres sanos, aptos para vivir y transformar positivamente el mundo, por lo que dedicado encomiables esfuerzos a crear las estructuras pertinentes y los recursos humanos competentes para transmitir conocimientos y desarrollar una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y de la sociedad. Las actividades formativas y educativa, dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable de por parte del hombre ante salud, su conservación y restablecimiento han sido llevadas a cabo por el personal especializado en programas de educación para la salud con una visión global y positiva donde se integran las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas en la comprensión del proceso salud enfermedad, encaminando las acciones a fomentar estilos de vida sanos. La educación para la salud tiene como

objeto contribuir al mejoramiento de la salud de las personas desde 2 perspectivas: preventiva y promoción de salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, educando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable. De este modo la educación para la salud es un proceso de formación, de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.

¿De cuáles vías puede auxiliarse el médico general integral o cualquier profesional o técnico de la salud para implementar programas de educación para la salud?

La entrevista.

La entrevista es una técnica que se emplea con el objetivo de obtener información, datos sobre un problema o cuestión determinada. Presupone al menos la existencia de 2 personas (un entrevistador y un entrevistado) y la posibilidad de interacción verbal. En dependencia del propósito del profesional que la emplee puede cumplir como función la obtención de información de individuos o grupos, influir sobre ciertos aspectos de la conducta o ejercer un aspecto terapéutico.

Desarrollar una entrevista requiere de una adecuada comprensión de que es un proceso de interrelación entre entrevistador y entrevistado, donde el entrevistador tiene objetivos concretos que debe definir con anterioridad, los cuales pueden enriquecerse durante su ejecución, además de la forma de las preguntas, el contenido, la secuencia, la recogida y registro de la información y la finalización del proceso. En la propia entrevista se inicia el procesamiento de la información brindada por el sujeto, elemento que puede guiar su posterior desarrollo.

Según los objetivos del entrevistador se establecen diferentes estrategias para la realización de la entrevista y estructuración de las preguntas lo cual determina su tipología. Se reconocen las entrevistas en profundidad donde el entrevistador, a partir de identificar un problema o situación elabora una serie de temas a los que se dirigirá y desarrollará de forma libre. Es útil para la profundización en determinados temas y vía muy efectiva para conocer sentimientos, pensamiento e intenciones de las personas, se caracteriza por ser flexible, dinámica y no directiva ni estructurada, debe emplearse cuando se quiere conocer cualquier perspectiva que tengan los informantes en relación con cualquier tema que sea objeto de interés. La entrevista en profundidad puede tener diferentes niveles de estructuración. Por su parte la entrevista estandarizada se construye según cuestiones cuidadosamente redactadas y organizadas. Su contenido y secuencia se repite en todos los entrevistados. Esta modalidad es apropiada cuando se desea reducir la variación de cuestiones sobre un tema entre diferentes entrevistadores. Permite obtener datos más sistemáticos y conclusiones más generales.

La entrevista puede utilizarse por el médico general integral en la consulta, para la confección del historia psicosocial del paciente, para conocer aspectos del proceso salud enfermedad en la comunidad, la familia y la con fines investigativos. En todos los casos deberán tenerse en cuenta los siguientes momentos en su realización.

Presentación: Debe tenerse en cuenta la apariencia personal del entrevistador, la edad y el sexo. El inicio del contacto debe producirse según las normas sociales de presentación entre personas que no se conocen o tienen un vínculo interpersonal poco profundo. Cuando así se requiera el entrevistado deberá explicar los objetivos que persigue, el método de selección del entrevistado, la entidad que origina la investigación y garantizar un uso confidencial de la información obtenida.

Realización: Durante la entrevista es deber del entrevistado actuar con naturalidad, sin expresar una actitud dominante, ni discutir con el entrevistado. Su misión es captar la mayor información posible, desde lo que se dice, hasta como se dice. Por tanto, el investigador debe saber escuchar (con paciencia, apariencia amistosa y razonamiento crítico), hablar lo menos posible (solo para ayudar a que se exprese, para relajar el ambiente o para comprobar lo que se ha dicho), ser observador (captar la emotividad, la expresión del rostro, etc.), utilizar, de ser necesario, técnicas de indagación como el uso de expresiones que demuestran interés, pausas, repetir la frase final de una respuesta, o emplear preguntas neutrales. En el momento de la realización debe recogerse lo expresado del modo más fiel posible. Según los fines que persiga la entrevista deberá garantizarse el modo de recogida de información con el empleo de equipos de grabación si no entorpecieran la creación de un clima adecuado; de lo contrario se debe contar con la ayuda de colaboradores que registren la información aportada, o por será el propio entrevistador quien lo haga.

Despedida: La despedida debe transcurrir de forma amable, amistosa y atenta a nueva información. Se debe tener en cuenta que el entrevistado accedió a conceder parte de su tiempo y de sus conocimientos, por tanto, el comportamiento del entrevistador debe mostrar el agradecimiento que siente al respecto. Junto a ello la atención sobre la posibilidad de que el entrevistado emita nueva información debe mantenerse en un momento donde este se siente relajado al constatar que el entrevistador en apariencia termina su labor investigativa. Además, existe la posibilidad de que se produzcan nuevas entrevistas.

Charla educativa

La Charla educativa consiste en una clase breve en la que el conferencista expone un tema específico.

Fases:

Preparación o elaboración: Selección del tema, revisión y estudio de materiales bibliográficos que contengan una información lo más completa, actualizada y

pertinente posible. Se sugiere la confección de una guía con el ordenamiento de los contenidos a tratar en dependencia del auditorio y el tiempo que se dispone. Deberán seleccionarse y prepararse los medios auxiliares necesarios y posibles para facilitar una mejor exposición de los contenidos.

Ejecución: Comienza con la *introducción*, la que debe ser breve y motivante que asegure el interés y la atención del público. Seguidamente se pasa a la *proposición o descripción* que consiste en la exposición del contenido sustancial del tema. Con posterioridad deberá tener lugar la *confirmación*, consistente en la argumentación de las proposiciones desde lo racional y lo emotivo con la finalidad que el auditorio acepte lo expuesto. La ejecución termina con la *síntesis o resumen*, que abarcará de manera concreta y breve los principales puntos de la exposición.

Final: Se le concede la palabra al auditorio para que formule sus preguntas. Para cerrar el conferencista realizará conclusiones que abordarán los aspectos esenciales y las cuestiones de mayor interés para el público.

Demostración.

La demostración, como su nombre lo indica, consiste en acompañar la exposición o explicación con la realización práctica del contenido expuesto. Es útil se desean promover hábitos y conductas concretas que dependen en gran medida de la visualización y aprendizaje de la población. Se emplea, entre otras con diabéticos en la enseñanza de la realización de la prueba del Benedict, en la realización de ejercicios físicos ha infartados, con adolescentes para la enseñanza del uso de medios anticonceptivos, etc. Esta técnica le concede un protagonismo en el proceso al público que contribuye a su implicación motivante, además de sentir confianza en lo aprendido, condición que puede repercutir en la disposición para su futura socialización del tema por parte del público.

Fases:

Introducción: Tienen lugar las presentaciones (del educador, del tema, de la actividad). Es importante explicar el carácter de la actividad, su importancia, como medio para motivar la implicación personal.

Desarrollo: El conferencista deberá acondicionar la actividad garantizando que pueda ser observado por todos los participantes. La secuencia del discurso deberá ser coherente con las demostraciones que realiza. Al terminar repetirá todos los pasos de la actividad, enfatizando en su importancia.

Conclusiones: Se inicia con un breve resumen sobre lo expuesto. Seguidamente preguntará al público dudas o sugerencias. Cerrará con la despedida y agradecimientos por la participación. Aunque no es referida por los autores consultados, consideramos que la demostración en esta fase debe incluir la posibilidad de que algunos miembro del grupo realicen una demostración participativa con el resto del público de lo aprendido, lo cual permite comprobar el nivel de asimilación de los contenidos mostrados y recapitularlos de manera grupal, asegurándose que en algunos miembros se enfatice el aprendizaje para su posterior acción sobre las dudas del grupo.

Dinámica de grupo.

Es una técnica que se basa en la participación de todos los miembros del grupo como condición para el desarrollo de la actividad y del aprendizaje que tendrá lugar. La dinámica de grupo consiste en un análisis colectivo de la tarea o el tema de discusión, donde cada miembro aporta sus opiniones, reflexiones, sentimientos contribuyendo a una toma de conciencia desde el grupo y a un aprendizaje experiencial. La dinámica de grupo es útil para el equipo de salud al utilizarla en grupos como instrumento de promoción de estilos de vida a partir de su contribución a la modificación de actitudes como en la psicoprofilaxis para el parto, en discusiones sobre temas sanitarios en la comunidad, y sobre normas y medidas de protección en centros de trabajo, para la educación sexual. Se emplea además en la prevención secundaria para aumentar el conocimiento en los pacientes de su propia enfermedad y trazarse proyectos de vida, para aprender a

vivir como tales, igualmente en la rehabilitación con el ánimo de reducir el efecto de las secuelas y reincorporarlos afectivamente a la sociedad

Su efectividad radica en que se producen fenómenos de interacción personal, implicación individual y presión grupal que en conjunto dan como resultado una actividad personal más aceptada y valorada por uno mismo. Es importante el trabajo en grupo porque se desarrolla un clima psicológico de seguridad, se genera libertad de expresión y disminuyen las actitudes defensivas, nace un clima de confianza, ocurre la manifestación de sentimientos inmediatos entre los participantes, existe la tendencia de mayor aceptación de sí mismo, aumentando también la capacidad de escucha, de autorreflexión y retroalimentación, se favorece la sensibilización y el aumento del *awareness* (darse cuenta) para las relaciones interpersonales, aumento y objetivación del autoconocimiento mediante la estimulación de *insights* al contar con la retroalimentación de otras personas.

Es oportuno distinguir que cuando hablamos de dinámica grupal estamos aludiendo no al grupo no como condición de existencia, modo de existencia, emergencia de la propia interacción vital y de la construcción de la vida misma, sino como grupo de intervención, donde las condiciones y realidades de su existencia, son artificial y temporalmente organizadas, previstas, construidas, y los efectos de su praxis artificial, promovida, facilitada bajo la acción de un coordinador. El grupo de intervención es en realidad un instrumento de trabajo, lo que quiere decir que él es un medio para lograr un fin.

Trabajar e grupo, o mejor trabajar desde el grupo requiere de conocimientos y habilidades para conducir la dinámica que se produce y poder coordinarla hacia el crecimiento y el desarrollo. Nuestro objetivo es presentar al estudiante de medicina general integral elementos generales que ilustran la esencia de esta actividad, la cual deberá ser profundizada y aprendida con mucha cautela y responsabilidad para su futura aplicación para promover salud, en la rehabilitación y la educación para la salud.

Recomendaciones en la conducción de la dinámica grupal.
No perder nunca de vista al grupo y su tarea.

Crear un clima grupal agradable, el cual se logra:

- a) propiciando un ambiente de confianza;
- b) garantizando condiciones ambientales adecuadas;
- c) promoviendo la distribución del liderazgo
- d) promoviendo las discusiones y el trabajo en equipo;
- e) estimulando las decisiones por consenso y concertación;
- f) empleando diferentes técnicas de trabajo de grupo sobre la base de objetivos claros y bien definidos;
- g) contribuyendo al uso del YO y el TU en la comunicación grupal, o expresado de otra manera, personalizando los intercambios de los participantes;
- h) estimulando la receptividad ante cualquier idea y no la crítica ni el aplastamiento de ideas;
- i) aceptando a los presentes con sus virtudes y defectos.

2. Organizar la presentación o el encuadre inicial:

- a) explicando al grupo que se quiere lograr;
- b) efectuando la presentación tomando en cuenta la experiencia previa del grupo;
- c) jerarquizando las ideas y actividades, y distribuir las de acuerdo con la disponibilidad de tiempo.

Prestar especial cuidado a la motivación y los efectos de los participantes.

- a) utilizando varias técnicas de trabajo dinámico, según la tarea y el momento de desarrollo en que se halle el grupo, por ejemplo, si el grupo está cansado y no avanza por ello en la tarea, resulta conveniente poner en práctica una técnica de dinámica que permita la reanimación para que todos disfruten de un descanso activo que los distraiga por unos minutos de la tarea;
- b) estimulando, alentando o elogiando a los participantes;
- c) retroalimentando o dando a conocer a los participantes los avances que progresivamente se van obteniendo en la solución de la tarea.

5. Mantener en alta la curva de atención:

- a) enfocando la atención hacia un punto determinado dentro del contexto general;

- b) cambiando a intervalos el canal de comunicación, para lo cual debe pasarse de las palabras a los gestos y de estos a diferentes medios visuales, etc;
 - c) variando la interacción, dirigiéndose a veces al grupo, luego a un interlocutor, así como redistribuyendo las preguntas y respuestas entre los participantes.
6. Variar las actividades intercalando las intervenciones orales con las lecturas, análisis grupales, y técnicas corporales, entre otras.
7. Estar bien preparado teórica y prácticamente:
- a) estudiando los diferentes modelos y las teorías acerca de la dinámica de grupos;
 - b) participando como observador en sesiones que preparen otros coordinadores;
 - c) participando en entrenamientos que diseñen al efecto coordinadores de más experiencia;
 - d) siendo receptivo a las observaciones que haga el grupo u otros coordinadores de experiencia al visitar las sesiones de trabajo sobre su estilo de coordinación;
 - e) preparando cuidadosamente cada sesión de trabajo, así como la secuencia de todas las sesiones;
 - f) analizando inmediatamente que acabe la sesión; cuales fueron los aspectos más significativos que ocurrieron, teniendo especial cuidado en denotar los errores, las barreras o las resistencias del grupo;
 - g) utilizando la información obtenida en la preparación de la sesión posterior;
 - h) preocupándose por poseer y ejercitar cualidades empáticas, lo que significa aprender a utilizar el humor y la risa como un recurso de trabajo.
8. Conocer la fase o etapa de trabajo en que se encuentra el grupo.
9. Aplicar en determinados casos, cuando el número de participantes así lo recomiende, el mecanismo del subagrupamiento de sus miembros porque puede facilitar los intercambios en el grupo. El subgrupo tranquiliza a los individuos y les evita fenómenos emocionales demasiado intensos, atenuando la rigidez y posibles bloqueos que pueden ponerse en juego en el grupo. La

pertenencia al subgrupo hace que el individuo se sienta contenido y sostenido por este.

Panel

Consiste en que un grupo de 4 a 8 personas expone un tema ante una audiencia que puede participar posteriormente mediante preguntas y respuestas. Su objetivo es realizar una exposición amplia y profundizar sobre el tema en cuestión. Lo integran un moderador, los panelistas y la audiencia con funciones bien definidas:

Moderador: Presenta el tema a la audiencia a través de una breve visión sobre el tema y su importancia. Durante el transcurso de la actividad es el encargado de orientar y guiar las intervenciones de los panelistas de forma tal que se mantenga todo el tiempo el objetivo inicial. Al finalizar realiza un breve resumen sobre lo expuesto e invita a la audiencia a participar con preguntas y comentarios, donde tendrá intervendrá como enlace entre el público y los panelistas.

Panelistas: Deberán prepararse con antelación y siempre que sea posible traer una ponencia sobre el tema a debatir. Cuidar los aspectos comunicativos durante su exposición garantizando que el mensaje llegue y sea inteligible para el auditorio. Deben insistir en un enfoque conversacional en sus exposiciones, las que procurarán ser lo más concretas posible. Deberá prevalecer en todo momento una actitud cooperativa y amistosa.

Mesa Redonda

En la mesa redonda, a diferencia del panel, el tema tratado estará caracterizado por posiciones divergentes entre los panelistas, pues el nivel alcanzado por la ciencia al respecto no permite llegar a acuerdos. El número de participantes debe ser pequeño y la audiencia no participa después.

Para la mesa redonda se debe seleccionar un tema que sea controversial, así como 3 o 4 equipos para que revisen bibliografía. Cada equipo seleccionará a un representante para integrarla. El moderador debe estar ampliamente informado

sobre el tema, dirigir y mediar durante las intervenciones, resulta muy importante el otorgamiento de la palabra. Deberá hacer un resumen al finalizar sobre lo expuesto.

En la literatura se reconocen 2 fases de la mesa redonda:

Informativa: El moderador realiza una breve información sobre el tema y su importancia. Seguidamente se presenta a los integrantes de la mesa, enfatizando en la especialidad de cada uno de ellos y del aspecto que abordará. Otorgará la palabra a cada participante confiriéndole el tiempo adecuado para su exposición. El moderador deberá garantizar el respeto a la opinión ajena.

Cierre: El moderador expone las conclusiones mediante una síntesis en la que debe destacar los aspectos más importantes de modo que evidencie al auditorio un recuento de la discusión que tuvo lugar.

Técnicas dramáticas

Las técnicas dramáticas representan la ruptura más importante con respecto al tratamiento aislado de cada paciente, y con respecto a los métodos de tratamiento verbalista, tiende, por el contrario, al tratamiento de los pacientes en grupo y con métodos activos. En ellas convergen en una importante síntesis la expresión corporal y el papel terapéutico del grupo. Su esencia radica en que es una búsqueda de la verdad por un grupo de personas que discuten libremente sus problemas, los hacen comunes y los representan. Las técnicas dramáticas siempre son terapéuticas y pedagógicas. En la literatura se reconoce el psicodrama tiene como función favorecer la verdadera relación de grupo y hacer explícito lo vivido en forma de dramatización. Permite la exploración de múltiples esferas de la vida del ser humano mediante métodos dramáticos que se apoyan fundamentalmente en la expresión corporal. Las técnicas psicodramáticas son muy variadas, favorecen la descarga emocional y comunicación entre los diferentes miembros de un grupo. A continuación presentamos algunas de las principales técnicas dramáticas o psicodramáticas:

1. La reversión del rol. Este es un procedimiento mediante el cual A deviene en B y B en A: por ejemplo, un individuo que juega un rol de esposa cambia su rol con el marido en un momento dado, precisamente cuando la situación lo requiere.
2. El doble. La diferencia entre la experiencia del doble y la reversión radica en la ausencia de distinción de identidades entre los dos personajes dentro de la acción, siendo una doble producción única de estas personas si el protagonista es A, el doble es A. El doble le puede dar al protagonista el sostén necesario. En un momento, el doble experimenta los sentimientos de cariño, hostilidad o amor que el protagonista por sí solo no es capaz de manifestar. El doble puede plantear hipótesis que aparece en la situación. El protagonista, puede o no estar de acuerdo con los sentimientos que el doble exprese. En este estado el doble es útil para ayudar al protagonista a poseer nuevos índices para una mejor comprensión.
3. El soliloquio o monólogo: Es una técnica que plantea los pensamientos no dichos y las tendencias actuales del protagonista. Las improvisaciones del protagonista, se hacen a la par de sus pensamientos y acciones manifiestas, y mediante tendencias a la acción y pensamientos no expresados que se dan en rapport con una persona o situación precisa. Aquí el protagonista piensa en alta voz pudiendo clasificar y estructurar sus situaciones y percepciones, así como la preparación o situaciones futuras. Esta técnica se puede combinar con la del doble y el doble puede monologar en el lugar del protagonista en los momentos cruciales, entrando y saliendo en ocasiones.
4. Psicodrama colectivo o sociodrama: En esta técnica todos los presentes toman un papel y lo representan. Por ejemplo, la visita al Jardín Botánico, al Zoológico. Unos hacen de animales, otros de plantas, personas. Permite regular la conducta, desarrollar la imaginación etc.

Epígrafe 2 El estilo de vida: su influencia en la salud humana.

3.2.1 Promoción de salud y modo de vida.

Los paulatinos cambios que se han producido a nivel mundial en las tasas de morbilidad y mortalidad, con el incremento en las denominadas enfermedades crónica no trasmisibles, así como los aportes en el campo epidemiológico que muestran la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales en el surgimiento de estas enfermedades han determinado el replanteamiento del concepto de salud y la consecuente práctica transformadora derivada. Por tanto el grupo o equipo de salud, en cualquier nivel de atención, amplía sus funciones hacia lo profiláctico, incluyendo funciones de prevención y promoción de salud, que apelan al potencial activo y autorregulador de las personas para hacerse responsables de su propio bienestar.

Es precisamente esta orientación salutogénica la que demanda de los profesionales de la medicina la apropiación de recursos necesarios para en su labor promover mejores y más eficientes niveles de funcionamiento del individuo a través del desarrollo del potencial humano, el desarrollo de un estilo de vida sano y como consecuencia una mejor calidad de vida. De este modo deben dedicarse programas y acciones profesionales a identificar factores de riesgo que pueden potenciar la aparición de una u otra problemática y a promover creencias y comportamientos que optimicen el funcionamiento y el bienestar de una persona. Resulta emergente la prevención de enfermedades a través de la exclusión de factores de riesgo tales como hábitos nocivos para la salud (tóxicos, alimentarios, etc.) o comportamientos que potencian la aparición de determinadas enfermedades tales como el llamado Patrón "A" de riesgo coronario, o la promiscuidad sexual y su relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Del mismo modo la promoción de salud a través de acciones encaminadas a optimizar la calidad de vida de las personas, a que ellos asuman estilos de vida más sanos, que tengan como resultado una mayor expresión de sus potencialidades y un mayor vivir la vida a plenitud.

La prevención primaria tiene como objetivo la disminución de la incidencia de la enfermedad, la prevención secundaria la disminución de la prevalencia, o sea acortar la duración, y la prevención terciaria la disminución de las secuelas y complicaciones.

El propósito esencial de la promoción de salud es la formación y consolidación de comportamientos y hábitos saludables, en general, optimizar los recursos del sujeto que le permitan un mejor funcionamiento biológico, psicológico y social. Resulta evidente, pues, que es más beneficioso el fomento de comportamiento sanos que el intentar erradicar comportamientos que conspiran contra la salud y el bienestar.

Precisamente el reconocimiento de la repercusión de las condiciones sociales y la responsabilidad individual en la salud, revelan sin dudas etiologías y evoluciones de enfermedades y estados de salud poblacionales, lo cual ha permitido introducir importantes conceptos para la praxis científica.

El modo de vida representa una categoría sociohistórica que definida desde la sociología y aplicada al estudio de la salud humana expresa los recursos, la organización y el conjunto de condiciones de una sociedad que influyen sobre su salud. Designa el conjunto de actividades de una sociedad o grupo determinado.

El modo de vida es determinante y expresión de la salud de una sociedad o comunidad. Las actividades, interrelaciones y hábitos de un grupo humano condicionan el nivel de salud de esa población, su cuadro de morbilidad, características de personalidad, etc.

El modo de vida está determinado por las condiciones económicas, biológicas, sociales, jurídicas, éticas y otras que condicionan, moldean, regulan y fijan las actividades de la población en el proceso de su realización como ser social, hasta que se convierten en sistemática para determinado grupo humano. El modo de vida se puede caracterizar a partir de indicadores, es decir, aquellas actividades sistemáticas que las personas realizan e identifican su cotidianidad como son las características de la recreación, la alimentación, el estudio, etc.

3.2.2 El estilo de vida: sus constituyentes.

En la literatura científica se presenta al estilo de vida como el nivel individual en el que el sujeto asume su vida cotidiana. Otros autores utilizan el término modo o estilo como categorías únicas. Nuestro objetivo es que el personal de la salud conozca las categorías modo y estilo de vida, sus indicadores, y sobre todo su repercusión sobre la salud humana.

Hemos enfatizado que la salud es producto, en primer lugar, del estilo de vida, y luego de lo biológico, lo ambiental, los sistemas de cuidado de salud respectivamente. Existe coincidencia de diferentes autores que en los países desarrollados un 19% de la mortalidad puede atribuirse al consumo de tabaco, el 14% a la falta de ejercicio físico junto con una dieta desequilibrada y un 5% al consumo elevado de alcohol.

El estilo de vida ha estado asociado al estudio de los individuos y grupos, para comprender la identidad de grupos macro y microsociales, el carácter del consumo en términos económicos, la existencia humana en su especificidad individual y la causalidad del proceso salud-enfermedad. La OMS define el estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Mientras que autores cubanos lo consideran como el modo particular de asumir la existencia dado por la estructuración de los subsistemas de actividades, hábitos, comunicación y enfrentamiento, autorrealización, roles, en las diferentes áreas de la vida cotidiana a partir de la dinámica emergida de las configuraciones personológicas, enmarcadas en un contexto social. El carácter consistente en el tiempo, funcional adaptativo, integrador, observable y la interrelación de los diferentes subsistemas permitirá definir la peculiaridad, el sentido y la connotación de estilo a ese modo particular de asumir la existencia que es el estilo de vida. Tampoco existe un acuerdo unánime de cuales son los constituyentes del estilo de vida, entre los modelos existentes se distinguen

esencialmente 2: el primero presentado en nuestro país por I. Mayo considera el sistema de actividades, comunicación, roles, orientación en el tiempo y autorrealización personal; y el segundo expuesto por M. Rodríguez y D. Zaldívar integrado también por un sistema de actividades, de comunicación, además de enfrentamiento y de hábitos con los que estructurará su existencia el sujeto. Presentamos la ampliación sintética de estos aspectos.

Sistema de actividades: La organización jerárquica del conjunto de actividades que realiza el sujeto. De acuerdo con esto, las mismas pueden ubicarse en diferentes niveles, de modo tal que es posible elaborar una tipología del sistema de actividades sobre la base del tipo de relaciones con el mundo en el presupuesto de tiempo elaborado por la personalidad. Es expresión del desarrollo alcanzado por el sujeto al brindar información sobre la participación consciente del sujeto y su grado de adaptación social.

Sistema comunicativo: A todo individuo le es característico una red comunicativa, cuya dinámica lo distingue y e influye. Esta estructura de contacto puede ser estudiada en sus determinantes subjetivos y expresión personalógica, caracterizándola su estilo en su amplitud, calidad, variedad, estabilidad, durabilidad e intensidad, en los diferentes contextos de actuación del sujeto. El término sistema comunicativo designa la organización jerárquica del conjunto de contactos comunicativos (relaciones interpersonales) del sujeto, que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere. Entonces, el sistema comunicativo es el componente comportamental y esencial del estilo comunicativo del sujeto.

Sistema de roles: Se considera como un aspecto funcional de la relación individuo-sociedad, que es síntesis por un lado, de los condicionantes sociales e individuales, y por otro, de la actividad y la comunicación. Es una unidad funcional porque tiene identidad propia en relación con otras formas de vínculo del individuo y la sociedad como el status, las actitudes, los valores, etc. Partiendo de esta comprensión, el sistema de roles se entiende como la

configuración jerárquica y subjetivamente determinada del aspecto funcional de la relación individuo-sociedad, que es síntesis de condicionantes sociales e individuales y de las actividades y contactos comunicativos en el sujeto. El sistema de roles debe ser abordado teniendo en cuenta la jerarquía de roles, la amplitud de los mismo, sus aspectos comunes y su vinculación con las particularidades personológicas.

Orientación en el tiempo. La orientación temporal impregnada al comportamiento y es un indicador del nivel de desarrollo de la personalidad, que se expresa en la construcción del estilo de vida, indicando el carácter contradictorio o armónico de los nexos de la personalidad con su medio. Por orientación temporal del estilo de vida se entiende la expresión en el comportamiento de las dimensiones temporales que participan en la regulación psíquica del sujeto.

La autorrealización personal: La autorrealización personal es un proceso que se desencadena a partir de la adquisición por el individuo de la capacidad de autodeterminación. El estilo de vida es premisa y resultado del proceso de autorrealización de la personalidad, constituyendo un elemento de contenido, que califica moral, cultural y políticamente al sujeto del estilo de vida. Dada la complejidad de la autorrealización como proceso, se toma su expresión externa, entendiendo por tal a las formas de comportamiento del sujeto que expresan la amplitud, selectividad y nivel de satisfacción del sujeto con la apropiación de la realidad objetiva y la objetivación de la subjetividad individual. Como producto del activismo de la personalidad y como resultado de su autorrealización, el estilo de vida se convierte en premisa de su propio desarrollo. Las circunstancias de la vida actúan sobre la personalidad a través de su estilo de vida, a la vez que la personalidad actúa y modifica las propias circunstancias a través del estilo de vida.

Sistema de enfrentamiento: El estilo de vida se estructura para enfrentar las demandas o problemas de la vida.

El bosquejo teórico desarrollado permite al personal de salud asumir una actitud transformadora hacia los aspectos constituyentes del modo y el estilo de vida de los grupos humanos donde se desarrolla su praxis profesional. Por una parte, diseñar y desarrollar programas para la promoción de estilos de vida sanos en el modo de asumir su vida cotidiana. Y en una segunda perspectiva, tener en cuenta en la atención en consulta los factores del estilo de vida como la posible repercusión de la vida laboral en la salud (las llamadas enfermedades profesionales), el nivel de escolaridad como condición de la actitud ante las enfermedades infectocontagiosas, las creencias religiosas y el nivel de sincretismo cultural y su actitud ante la salud.

El estilo de vida debe abordarse de modo sistémico, estudiando la expresión cotidiana de individuos o grupos en las distintas áreas de su vida cotidiana asociada a aquellos factores psicosociales que la determinan, lo cual posibilitará que las campañas educativas, de promoción y prevención de salud, se basaran en el estudio de la interrelación de tales factores para su desempeño y reconocieran sus alcances límites.

Epígrafe 3 La atención diferenciada según las características psicológicas predominantes en los diferentes períodos del desarrollo ontogenético de la personalidad.

3.3.1 Conceptos generales sobre el desarrollo.

Siguiendo el criterio fundamentado por L.S.Vygotski (1984) el desarrollo es un proceso único de autodesarrollo, que se distingue por la unidad de lo material y lo psíquico, de lo social y lo personal; en que se forma y surge algo nuevo. Para él constituye un todo único y posee una estructura determinada en cada edad.

Los cambios en el desarrollo de un individuo se exteriorizan como resultado de prolongados procesos de desarrollo latentes, cambios microscópicos que se van acumulando y que pasado cierto límite se manifiestan como una repentina formación cualitativamente nueva. Esta "repentina formación" atraviesa por períodos críticos que acompañan el desarrollo, las crisis. Las crisis son períodos

relativamente cortos (meses a dos años) en que se producen cambios bruscos y fundamentales, modificaciones y rupturas en la personalidad que adquieren el carácter de catástrofe, recordando los acontecimientos revolucionarios tanto por el ritmo como por el contenido de los cambios, solo que ocurren desde de su subjetividad y se expresan a través de realidades psicológicas muchas veces contradictorias con la estructura motivacional y personalológica de la etapa o estadio anterior. Son puntos de viraje en el desarrollo que se originan y terminan de forma imperceptible, el individuo puede vivenciar conflictos con el entorno y consigo mismo hasta incluso experimentar dolor, ansiedad, depresión, etc

3.3.2 Caracterización de las edades.

El primer año de vida del niño.

¿Cómo es la psiquis de un recién nacido?

El niño desde el momento de su nacimiento es portador de diferentes niveles de organización psíquica los cuales constituyen la base para su interacción con el medio. Los reflejos incondicionados (conductas innatas, no aprendidas) son el punto de origen en el proceso de la organización de las acciones en el medio circundante.

- Reflejos incondicionados que le aseguran al niño el funcionamiento de los principales sistemas del organismo (digestivo, respiratorio, circulatorio).
- Reflejos incondicionados que le permiten hacer contactos con los estímulos del medio, orientarse hacia ellos, rechazarlos o simplemente señalar el placer o el displacer que los mismos le provocan. Entre ellos pueden señalarse el reflejo de marcha o el “andar automático” el reflejo de gateo, el reflejo de natación, entre otros, los que sirven como indicadores para el diagnóstico neuropsíquico del niño y aseguran, además, el surgimiento de formas de conductas humanas y desaparecen al cabo de unos meses de nacido el niño.

El recién nacido, aunque es un ser activo, capaz de distinguir los sonidos, reaccionar a la voz humana y sincroniza sus movimientos al habla, establecer vínculos afectivos con el adulto, mostrar manifestaciones psíquicas primitivas o estados emocionales como la alegría, el dolor, la ira, el miedo, el susto o el asombro, resulta insuficiente, unido a la poca cantidad de conductas instintivas que trae al nacer, como garantía por sí mismas para la supervivencia autónoma en el medio social. En esencia es un ser indefenso, incapaz de relacionarse de manera independiente con el medio, de alimentarse por sí mismo, no se acerca a las personas u objetos, no se cambia de posición o se desplaza. Precisamente, la situación desventajosa lleva a que dependan totalmente del adulto que lo cría y cuida, es precisamente en esta relación de dependencia donde se gesta el carácter social del psiquismo humano.

Una de las principales características del cerebro del recién nacido es su plasticidad, la cual constituye la base para su ilimitada posibilidad de aprender, de asimilar nuevas experiencias, a partir de su relación con los adultos, quienes constituyen los principales mediadores de las relaciones del niño con el medio que lo rodea

La ayuda que le brinda la madre al niño es muy significativa porque a través de ella el niño recibe afecto, confort, protección y seguridad. En el propio acto de amamantamiento ocurren contactos físicos, intercambios de miradas con el bebé, parloteos cariñosos, es decir, deviene en relación interpersonal psicológica.

La comunicación de los adultos y el niño está determinada por un otorgamiento de significados a todo el intercambio e interacción mutua. El afecto que se le proporciona, principalmente el de los padres, produce un flujo de señales que conduce a que en el segundo y tercer mes de vida surjan los primeros estados afectivos positivos tales como: la sonrisa social, el complejo de animación (reacción emotiva-motora) ante la presencia de la persona, lo cual expresa la toma de conciencia por el niño de que alguien lo cuida y reconoce sus necesidades y como consecuencia el niño comienza a focalizar su atención en él. Con el

complejo de animación se expresa por primera vez la contradicción que caracteriza al niño del primer año de vida entre la máxima sociabilidad del niño a causa de su extrema dependencia con el adulto y las escasas posibilidades que él tiene para comunicarse como ser humano. A partir del complejo de animación con el adulto surgen los primeros intercambios protoconversacionales y las vocalizaciones que anticipan los primeros contactos verbales mediante las palabras. La necesidad de comunicación con los adultos que surge a partir del “complejo de animación “crea las premisas para el surgimiento de la imitación de los sonidos del habla y el desarrollo del carácter activo de la comunicación.

En estos primeros meses cuando el niño oye hablar al adulto, se calma, sonrío, intenta emitir sonidos y balbuceos. En el segundo semestre del primer año de vida la comunicación del niño con el adulto se vuelve más activa. A partir de este período se desarrolla la protoconversación, a través de un lenguaje mímico gestual, es decir, se perfeccionan las habilidades comunicativas mediante los cambios en los matices de las miradas, las mímicas y los gestos.

En el segundo semestre se desarrolla la actividad social del niño con los adultos, surgen los juegos sin objetos mediante los cuales el niño da y recibe (el juego del “tra” “el tope tope”, “aserrín-aserrán” entre otros), en estos juegos el niño imita algunas vocalizaciones, mímicas y gestos de los adultos. Juegos que constituyen, también, el preámbulo para el diálogo verbal. En estos meses, aumentan los balbuceos de vocales, consonantes o vocales y consonantes, aparece la “jerga” o lo que es lo mismo el balbuceo con la entonación y el ritmo del lenguaje, desarrollándose la posibilidad del pequeño para vincular las palabras a los objetos y responder a algunas órdenes verbales dadas por los adultos.

A partir del sexto mes de vida, se evidencia un vínculo afectivo estrecho entre el niño y la madre o el cuidador: la relación de apego, manifiesta a través de dos reacciones emocionales, la reacción de angustia, ante la separación y la reacción de ansiedad, ante la presencia del extraño. El vínculo afectivo seguro con la figura

de apego es fundamental para que el niño desarrolle el sentido de que el mundo es un lugar seguro y confiable, donde el se siente a salvo.

En este período es muy importante la estimulación de los analizadores, principalmente el visual y el auditivo, del tono muscular y de las acciones con los objetos.

La entrada del niño en el segundo semestre exige de los adultos, principalmente de los padres, de las siguientes formas de interacciones e interrelaciones con el pequeño.

- Perfeccionar el agarre de los objetos, así como su aflojamiento voluntario
- Propiciar que el niño explore y experimente con las propiedades de los objetos y con la localización del objeto en el espacio.
- En los últimos meses del primer año, el adulto debe vincular la comunicación al proceso de las acciones con los objetos a fin de que el infante realice sus acciones imitando aquellas que el adulto le modela.
- influir sobre el control postural y en los movimientos de traslación del infante: el gateo y la marcha. Para ello resulta importante estimular los movimientos de las extremidades inferiores y la orientación del niño hacia el medio circundante.

Al finalizar el primer año de vida el niño ha alcanzado importantes logros en la esfera sensorio motriz los cuales lo diferencian como ser humano. De entre ellos se deben destacar: el desarrollo de los analizadores visual y auditivo, la prensión voluntaria, las manipulaciones que conducen a la exploración y a la experimentación de los objetos, la traslación en forma bípeda.

Alrededor de los 12 meses ya se manifiestan en el niño las principales premisas para el surgimiento de un nuevo período: el vínculo afectivo con las personas; la comunicación con los adultos, a través del lenguaje mímico gestual y la aparición de las primeras palabras; el dominio del cuerpo en ciertas posiciones; la traslación en forma bípeda; mediante la marcha, las manipulaciones de los

objetos y las primeras imágenes o representaciones de las personas y de los objetos.

Infancia Temprana.

A partir del primer año y hasta el tercer año de vida tiene lugar un nuevo período en el desarrollo infantil: la infancia temprana.

La actividad con los objetos y la comunicación con el adulto, en el proceso de las acciones conjuntas, constituyen la situación social del desarrollo, o lo que es lo mismo, la relación única e irrepetible que caracteriza al niño en este nuevo período, la cual determina el surgimiento y el desarrollo de nuevas actividades, formas de relaciones, de comunicación, y el surgimiento de nuevas acciones psíquicas y personales del niño.

En estas edades el niño se apropia de la utilización social de los objetos, desarrolla el lenguaje verbal y asimila las reglas de comportamiento social vinculadas a las reglas de diferentes situaciones de la vida cotidiana y de las actividades.

Al inicio de la infancia temprana la posibilidad que tiene el niño de desplazarse en posición erecta, constituye la principal condición para que comience a dominar su propio cuerpo, se acerque a las personas de manera autónoma y desarrolle la comunicación más libre con las personas. A partir de la marcha el niño elabora estrategias nuevas para evadir diferentes obstáculos.

En este período el niño además de manipular los objetos adquiere un logro propiamente humano: la adquisición de la experiencia histórica social a partir del desarrollo de la actividad objetal. La apropiación de la función social de los objetos no se revelan en las manipulaciones para ello es fundamental la ayuda del adulto, sólo este último puede mostrarle al niño el para que sirven los objetos.

A partir del segundo año de vida, la relación del niño con el adulto se hace más independiente, por lo que la ayuda del adulto no debe ser directiva, sino en forma de colaboración. La orientación y la regulación de las acciones infantiles por parte

del adulto deben llevarse a cabo a través de modelos, de sugerencias, en el proceso de la propia actividad. En este momento de la vida la relación del niño con los objetos desarrolla diferentes procesos psíquicos, a partir también del papel del adulto. A través de ellos el niño asimila las reglas de comportamiento social y desarrolla importantes procesos cognitivos como el pensamiento en dependencia de la forma, complejidad y la función social de los objetos.

La utilización social del objeto influye en el cambio de la orientación del niño de tal forma que ya no sólo se cuestiona qué es el objeto, sino también, qué se puede hacer con él, respuesta que resuelve el niño en el plano práctico de la acción.

En esta etapa evolutiva del desarrollo constituye un período sensible para el desarrollo del lenguaje, en él ocurre la explosión del habla infantil. En el primer año de vida el niño formó las bases para el oído fonemático, el ritmo y la entonación del idioma, así como, la función comunicativa del lenguaje. En el segundo y tercer año de vida el niño necesita del lenguaje oral para comunicarse durante la realización de la actividad objetal, ante las insuficiencias del lenguaje mímico gestual para comprender la función social de los objetos y las acciones y reglas que requiere su utilización. Los motivos del niño por conocer las propiedades y funciones de los objetos los llevan a que se dirija al adulto para que lo ayude, pero para ello necesita de las palabras. La estimulación por el adulto del lenguaje mímico gestual, el responder a este y su no colaboración y para que comience a utilizar el verbal determina el atraso que puedan experimentar los niños con respecto al habla.

En la infancia temprana se desarrolla, intensamente, la comprensión y el vocabulario. Paulatinamente, el niño relaciona las palabras a las personas, objetos y fenómenos del mundo circundante, y desde los primeros meses del segundo año de vida se desarrolla la comprensión de órdenes. Respecto al vocabulario el niño comienza a utilizar un lenguaje autónomo, lenguaje que el niño inventa utilizando de manera distorsionada las palabras que oye del adulto. En el tercer año de vida se amplía el vocabulario, se mejora la pronunciación de las palabras y se adquiere

la estructura gramatical de la lengua natal. En este período ya el niño puede utilizar entre 300 a 500 palabras.

También en la infancia temprana ocurre un intenso desarrollo intelectual, aparecen en el niño las acciones perceptuales y de pensamiento que se forman y se desarrollan, principalmente, en el proceso de la actividad con los objetos y el juego. En el segundo año la percepción del niño es global y fragmentaria, poco detallada, aunque ya el niño discrimina los colores, las formas y los tamaños de los objetos, no utiliza dichas propiedades para orientarse en su actividad objetal, es decir, no tiene en cuenta las relaciones de las representaciones de las propiedades de los objetos.

Al finalizar la edad temprana ya el niño tiene formado diferentes representaciones de las propiedades las cuales fungen como modelos a partir de los cuales él puede realizar diferentes acciones perceptuales: seleccionar, agrupar; o realizar acciones de correlación utilizando acciones de orientación internas, es decir, acciones visuales que les permiten al niño relacionar los objetos, o también, realizar tareas más complejas como por ejemplo, construir una torre, de manera directa, sin pruebas prácticas, a partir de un modelo dado por el adulto en el cual el infante ha tenido en cuenta el color, la forma o el tamaño. El pensamiento es otro proceso intelectual que se desarrolla durante este período. Al igual que en la percepción el niño debe realizar diferentes acciones prácticas con los objetos a fin de orientarse externamente o comprender la tarea y realizarla, a posteriori, con acciones de pensamiento. No obstante, en el caso del pensamiento el niño debe tener en cuenta la utilización de los objetos, por tanto, los modelos que se forman son los de los objetos y sus formas de utilización.

Una adquisición muy importante que el niño logra en este período es la función simbólica, ya en el segundo y principalmente en el tercer año de vida el pequeño es capaz de hacer sustituciones de un objeto por otro, cuando juega, o de utilizar un gráfico, como sustituto de un objeto, cuando realiza un dibujo, sin embargo,

aún el niño no puede pensar con las palabras, la función simbólica no se vincula al lenguaje.

El niño de la infancia temprana es un ser impulsivo, con predominio en su actuar sin razonar, impulsado por sus deseos y sentimientos, sin embargo, su posibilidad de poder representarse todo lo que le rodea, lo ayuda a regular y a controlar sus acciones por breves instantes, unido a que en el tercer año de vida ha desarrollado su lenguaje que le permite actuar con un mayor control.

El estímulo y la valoración positiva de las acciones infantiles por parte del adulto, despiertan en el niño sentimientos de orgullo los cuales potencian la actuación adecuada del infante a fin de obtener evaluaciones positivas de su cuidador. Asimismo, la censura, la crítica negativa avergüenza al niño. Los sentimientos de vergüenza despiertan en el niño el deseo de actuar mejor y evitan los errores en su comportamiento.

En el período de la edad temprana tiene lugar la adquisición de la autoconciencia, el niño toma conciencia de su persona caracterizada por el conocimiento y la conciencia corporal, y el conocimiento y conciencia del yo psíquico.

Hacia el último año de la edad temprana el niño manifiesta su necesidad de autoafirmarse, a través de diferentes comportamientos trata de expresar que quiere realizar diferentes hábitos y actividades por sí mismo. En sus expresiones verbales utiliza los pronombres yo y mío en sus oraciones.

En esta etapa el niño intenta mostrar al adulto todo lo que puede hacer, así como de imitarlo, expresando su necesidad de independencia y de ser tratado como un niño mayor con el cual el adulto puede contar. A través del juego de roles y de las vivencias que le proporcionan los adultos a fin de enriquecer la actividad lúdica, es que el niño puede representar la vida de los adultos en la sociedad donde vive. Es precisamente en el juego donde el niño puede resolver la crisis de

la personalidad o la contradicción entre dos aspectos que se complementan: “quiero ser como el adulto” pero a la vez “quiero ser independiente del adulto”.

El surgimiento de esta crisis, y a través del desempeño de los roles y las relaciones de los adultos en la actividad lúdica el niño logra representar la vida del adulto en diferentes actividades sociales y ocurre el tránsito de la edad temprana a la edad preescolar.

Edad preescolar.

Situación social del desarrollo en la edad escolar

Sistema de actividades: El juego de roles es la forma básica del niño de asimilar el mundo de los adultos, de acceder a la realidad a través de la actividad lúdica, y por consiguiente desempeña un papel importante a la ejercitación de funciones psíquicas necesarias para el aprendizaje como la memoria, el pensamiento, etc., e incrementa la capacidad de sustitución simbólica.

El juego en esta etapa suscita variaciones cualitativas en la psiquis del niño, a través de él se apropia de la base de la actividad de estudio, y favorece la comprensión y aceptación de normas éticas de conductas socialmente aceptadas, las cuales constituyen la base de los sentimientos y convicciones morales. El contenido del juego de roles es la reproducción de las acciones de los adultos con los objetos reales.

El juego satisface las necesidades de la vida conjunta con los adultos, donde se reproduce la vida laboral y las relaciones sociales, y es, principalmente a través de esta vía, que se apropia de la presencia de obligaciones y derechos en las actividades con los demás. El juego alcanza su carácter simbólico por su esencia, al utilizar símbolos para sustituir los elementos de la realidad.

A través de la enseñanza en el preescolar el niño aprende formas primarias de actividad conjunta y surge la opinión pública en él.

Sistema de comunicación: La relación del niño con el adulto adquiere nuevas formas: aparecen formas de actuación independiente a las indicaciones de los

adultos. Su comunicación fundamental es con los adultos, principalmente los padres, aunque los coetáneos, comienzan a incidir con mayor capacidad en su desarrollo. Se apropia del conocimiento de las relaciones humanas a través del juego de roles.

Aparecen en esta etapa del desarrollo determinadas relaciones del niño con sus coetáneos. La posición interior del preescolar con respecto a las otras personas se caracteriza por la creciente conciencia del yo y de la significación de sus actos, por el interés creciente por el mundo de los adultos, su actividad y sus relaciones mutuas.

Desarrollo de la personalidad: En esta etapa tiene lugar la constitución inicial de la personalidad a partir de la aparición de un sistema de motivos subordinados estables, rasgo distintivo con respecto a las etapas anteriores. En la jerarquía de estos motivos estarán aquellos que constituyen modelos de comportamiento de los adultos.

La autovaloración se sostiene sobre la base de las propias evaluaciones que el niño realiza de sus acciones, de quienes lo rodean, y muy especialmente de los padres.

Su visión del mundo está dada por conocimientos generalizados extraídos de la práctica cotidiana y la comunicación con los demás. En esta etapa tiene lugar la formación de la llamada posición interna, es decir la representación y actitud del niño con respecto hacia sí mismo, formación generadora de aspiraciones y necesidades.

La actividad productiva (dibujos, modelado, construcción) desempeñan un papel importante en el desarrollo psíquico:

- Se perfecciona la percepción y desarrolla el razonamiento.
- Puede resolver problemas cotidianos a través del pensamiento visual por acciones, visual por imágenes y por vía del razonamiento lógico.
- Hay riqueza en la imaginación del niño preescolar.

- Asimilación de los modelos de conducta
- Surgen las primeras instancias éticas.

A finales de esta etapa aparece la necesidad de desempeñar un papel más importante en vida de los adultos, de desempeñar actividades socialmente importantes. Suele mostrarse la llamada crisis de los 7 años, a través de caprichos, negativismos, desobediencias.

Edad escolar.

Situación social del desarrollo en la edad escolar

Sistema de actividades: Con el ingreso del niño en la escuela aparece la actividad de estudio como núcleo del régimen escolar. Esta actividad seria, socialmente importante y obligatoria, tiene por objetivo fundamental, la asimilación por parte del niño de un sistema de conocimientos, como etapa inicial de su preparación para la vida adulta. Esto significa que la organización del proceso docente educativo posee una gran importancia. El carácter de este proceso dirigido por el maestro ejercerá una notable influencia en el desarrollo de la personalidad, tanto de los procesos cognoscitivos como de la esfera afectivo-motivacional.

En esta etapa el escolar comienza a participar en diferentes actividades extradocentes (científicas, políticas, culturales, deportivas, etc.), en el colectivo de pioneros, aspecto que contribuye al desarrollo de intereses variados. La Actividad de juego se amplía y se hace más compleja, ya que el juego de roles continúa desarrollándose y aparece el juego de reglas. El juego de roles cambia en cuanto a su duración (pueden dedicar mucho tiempo a jugar o no hacerlo en ocasiones), temas (se hacen más variados y trascienden la experiencia directa del niño) y contenido (representar no sólo las cualidades valiosas de otras personas, sino que comienzan a incluir las suyas propias), en comparación con la edad preescolar. En cuanto al juego de reglas (bolas, parchís, damas, escondidos, etc.) es practicado

por el niño con sistematicidad, constituyendo un factor que influye en su desarrollo moral en la medida que implica la sujeción de la conducta a determinadas normas.

Sistema de comunicación: El sistema de comunicación con quienes le rodean coloca al escolar en una nueva “posición social”, dada no sólo por su “posición objetiva”, sino por el conjunto de exigencias que se derivan de ésta y la trasciende. En la escuela aparece una nueva figura cuyas opiniones serán determinantes para el niño en los primeros grados escolares. El maestro constituye una autoridad sagrada hasta aproximadamente el 4to. grado y sus criterios influirán de forma decisiva en el desarrollo de la autovaloración del niño, y su aceptación o rechazo, en su bienestar emocional. También el grupo escolar y la posición que el niño ocupe dentro de este, desempeña un importante papel en el desarrollo de la personalidad.

La familia, como espacio socializador, exige al escolar el cumplimiento de sus responsabilidades, por lo que contribuirá a los resultados y actitud del escolar hacia la actividad de estudio.

Desarrollo de la personalidad: A partir de las exigencias que plantean al niño los sistemas de actividad y comunicación de la nueva situación social del desarrollo, y sobre la base de los logros alcanzados en el desarrollo de la personalidad en la etapa preescolar, se producen las adquisiciones psicológicas de este período.

Surge el pensamiento conceptual, y los procesos cognoscitivos adquieren un carácter voluntario y consciente así como una mayor estabilidad de la esfera motivacional que se expresa en un control más efectivo del comportamiento.

El proceso de enseñanza que se desarrolla en la escuela a través de la actividad de estudio está encaminado a lograr que el niño asimile, en forma de sistema, un conjunto de conocimientos de carácter científico y descubra los aspectos esenciales del objeto de estudio en diferentes materias. El pensamiento del escolar se caracteriza por operar a través de conceptos científicos por lo que

puede adentrarse en el conocimiento de la esencia de diferentes objetos y fenómenos de la realidad, y estar vinculado a la palabra conformándose el plano del lenguaje interno. Además para descubrir la esencia el niño debe partir de situaciones concretas presentándose un conjunto de limitaciones, tales como: el niño en ocasiones, aunque es capaz de aplicar el concepto no logra definirlo, tiene dificultades para diferenciar lo esencial de lo secundario, para establecer comparaciones y tiende a las situaciones estereotipadas.

La percepción se hace más objetiva surge la observación como percepción voluntaria y consciente, que posibilita el conocimiento más detallado del objeto y de las relaciones entre éstos, mostrándose la estrecha relación entre el pensamiento y la percepción. En los primeros grados, la percepción tiene un carácter más analítico (el niño destaca muchos detalles sin separar lo esencial de lo secundario), mientras se torna más sintética a partir del 4to. grado, permitiendo el establecimiento de relaciones y la interpretación de lo percibido. De ahí la importancia que adquiere la utilización de la comparación por parte del maestro durante la clase y en la realización de determinados ejercicios.

El proceso de la memoria aumenta en cuanto a rapidez de fijación y el volumen de retención y adquiere un carácter voluntario (fijación intencionada). La memoria también se apoya en mayor medida en la utilización de medios auxiliares y va siendo cada vez más lógica. El escolar debe memorizar, estableciendo relaciones entre los conceptos que asimila, con sus propias palabras y en un lenguaje comprensible para los otros. Se expresa así la relación entre memoria, pensamiento y lenguaje. Esto significa que el maestro debe estructurar el material de estudio de forma tal que promueva su retención lógica y no mecánica por parte del niño.

El desarrollo de la atención permite que el niño logre una asimilación efectiva de los contenidos en la escuela. En la edad escolar aumenta el volumen y capacidad de concentración de la atención y adquiere también un carácter voluntario. No obstante resulta fundamental la forma en que el maestro estructura

el proceso de asimilación de los contenidos, logrando que los mismos despierten el interés del escolar y desarrollen en una actitud consciente sobre la base a la utilidad de los conocimientos adquiridos.

El desarrollo de la imaginación está caracterizado por la presencia del realismo infantil como confusión entre lo externo y lo interno, entre lo objetivo y lo subjetivo. En este sentido el niño tiende a proyectar entre los objetos, aspectos que son un resultado de su propia actividad mental (por ejemplo considera que los sueños se encuentran en la habitación, alrededor de la cama y que entran y salen por la ventana). También aparece el animismo como tendencia a dotar de vida a los objetos inanimados sobre todo a aquellos que cumplen una función útil. Por último el artificialismo como expresión de las diferentes explicaciones que dan los niños sobre el origen de las cosas. La cultura es una forma principal del desarrollo de la imaginación en esta etapa.

El lenguaje situacional del preescolar aunque no desaparece comienza a ser desplazado por el lenguaje coherente en la edad escolar. Este lenguaje de nuevo tipo se convierte en premisa y a la vez consecuencia de la enseñanza que recibe el niño, ya que resulta necesario para la comprensión de los diferentes contenidos y se desarrolla la capacidad de expresar lo aprendido, de forma comprensible para los demás. Por primera vez el niño comienza a utilizar el lenguaje escrito, aspecto que contribuye a la coherencia del lenguaje hablado. En esta etapa se unen pensamiento y lenguaje, de esta forma el lenguaje, además de su función comunicativa, comienza a poseer una función intelectual.

La personalidad expresa una mayor estabilidad de la esfera motivacional, es decir, de la jerarquía de motivos, lo cual se expresa en la voluntariedad de la conducta del escolar y el surgimiento de intereses vinculados al conocimiento científico de los objetos y fenómenos de la realidad.

En esta etapa el niño es capaz de orientar su comportamiento no sólo por objetivos que le plantean los adultos, sino también por otros que se propone conscientemente, logrando un control más activo de su conducta. Asimismo

disminuye la excitabilidad emocional, el niño logra un mayor control de sus reacciones físicas, las cuales son sustituidas por reacciones verbales. Además aumenta la variedad y riqueza de sus emociones y éstas se hacen más objetivas. Se desarrollan, además, sentimientos sociales y morales tales como el sentido del deber y la amistad. En los inicios de esta etapa el niño cuenta con muchos “amigos” y esta relación se establece generalmente por la cercanía física, más tarde adquiere un carácter selectivo y se reduce el círculo de los amigos.

En esta etapa se produce la posibilidad de formación de cualidades morales como motivos estables de conducta, la autovaloración como formación que provee al sujeto de un concepto de sí, sobre la base de sus principales necesidades y motivos, con una marcada función reguladora, en la medida en que impulsa al niño a actuar en correspondencia con la percepción que tiene sobre su propia persona. Aunque la autovaloración se hace más objetiva al contar el niño con una mayor experiencia para valorar su propio comportamiento, aún depende en gran medida de criterios externos (opiniones de sus padres, maestros, coetáneos), por lo que debe ser objeto especial de atención. Otra formación que cobra interés al caracterizar el desarrollo moral en la edad escolar es el ideal. El ideal constituye un modelo de gran significación emocional para el niño, que sirve de patrón de valoración de su propia conducta y de la de otros. En esta etapa los ideales presentan un carácter concreto, el modelo elegido se encuentra entre las personas cercanas al niño. Este modelo se acepta en su totalidad, es inseparable de la situación en que actúa y su elección es más emocional que racional. La mayor estabilidad de la esfera motivacional y el surgimiento de cualidades morales permite al escolar un mayor control de su comportamiento, donde intervienen los ideales y la autovaloración.

Adolescencia.

Situación Social del Desarrollo

Sistema de actividad: El adolescente, al igual que el escolar, se encuentra inmerso en la actividad docente o formal, tarea a la que dedica gran parte de su

tiempo, sin embargo, el carácter de la actividad de estudio cambia esencialmente, tanto por su contenido como por su forma. Existe una mayor diferenciación de las asignaturas y los contenidos tienen un carácter científico, lo que demanda del adolescente el desarrollo nuevos métodos de estudio. Precisamente el carácter de la enseñanza, unido a la ampliación de la experiencia del adolescente, favorece el surgimiento del pensamiento teórico, así como el logro de un nivel superior en su actitud cognoscitiva hacia la realidad. En este sentido, los intereses cognoscitivos se transforman en intereses teóricos, que sirven de base a la aparición de intereses profesionales. La realización de un conjunto de actividades extradocentes e informales de forma más independiente y selectiva que la del niño de edad escolar, entre las que se destacan las culturales, deportivas, políticas que contribuyen a la ampliación de sus intereses y al desarrollo de sus capacidades.

Sistema de Comunicación: La relación del adolescente con sus coetáneos es una relación “íntimo personal” que constituye una fuente de profundas vivencias y también de un conjunto de reflexiones, acerca de diferentes aspectos de la realidad, incluyendo su propia persona. En las relaciones de amistad impera un código caracterizado por la idealización del amigo, selección sostenida sobre la base de un vínculo afectivo de gran valor para la subjetividad del adolescente. Surgen las relaciones de pareja, que aunque en esta etapa se caracterizan por ser inestables, contribuyen a la construcción de la identidad personal del sujeto y que al igual que las relaciones de amistad, son una importante fuente de afecto y de intercambio intelectual entre los adolescentes. En esta relación de comunicación los adolescentes reproducen las relaciones adultas en cuanto a tareas, motivos y normas de relación entre las personas.

El grupo, tanto formal como informal, se convierte en motivo esencial de la conducta del niño, la opinión social del grupo posee mayor peso que la de los padres y maestros, y en este sentido, el bienestar emocional del adolescente depende si ha logrado ocupar el lugar al que aspira dentro de su grupo. Los adolescentes tienden a evitar la crítica de sus compañeros, siendo capaces de

renunciar a sus propios puntos de vista, para lograr la aprobación de sus coetáneos.

Los maestros y la familia constituyen elementos centrales en el sistema de comunicación del adolescente. El maestro Deja de representar una “autoridad sagrada” y sólo puede ejercer su condición de modelo de conducta, si es aceptado como tal por los adolescentes, en función de sus características personales. En la vida familiar el adolescente debe responder a un conjunto de exigencias, en función de su desarrollo como personalidad.

La relación adulto-adolescente se caracteriza por la inadmisibilidad del sistema de obediencia y subordinación para el adolescente. De no establecerse un nuevo sistema de interrelación entre el adulto y el adolescente, surge un conflicto, cuya causa es la contradicción entre los criterios de ambos acerca de los derechos, de los deberes y el grado de independencia que debe tener el adolescente. Este conflicto de hacerse crónico, puede conducir a la pérdida, por parte del adulto, de su influencia sobre la personalidad en formación del adolescente, en una etapa donde se produce un importante desarrollo de su esfera moral. De este modo se origina la denominada crisis de la adolescencia. Crisis de carácter psicológico que expresa la contradicción existente entre las potencialidades psicológicas crecientes del adolescente, de las cuales esta va siendo cada vez más consciente y las posibilidades reales para su realización. La necesidad de independencia y autoafirmación; características del adolescente, son expresión de la crisis, manifestándose en ocasiones a través de conductas que resultan desagradables al adulto.

Desarrollo de la personalidad

Desarrollo intelectual: La asimilación consciente de un sistema de conceptos, así como las exigencias más elevadas que plantea la Enseñanza Media, conducen al surgimiento, en la adolescencia, del pensamiento conceptual teórico, el cual permite al adolescente realizar reflexiones basadas en conceptos, elaborar hipótesis como juicios enunciados verbalmente, los cuales puede comprobar y

demostrar a través de un proceso deductivo, de lo general a lo particular. El desarrollo del pensamiento en esta etapa se pone de manifiesto en la posibilidad del adolescente de fundamentar sus juicios, de exponer sus ideas de forma lógica, llegar a generalizaciones amplias, ser crítico con relación a determinadas teorías y a su propio pensamiento. No obstante, estos logros del desarrollo intelectual, aún se presentan determinadas limitaciones en esta esfera. Las teorías que elabora el adolescente son simples y en ocasiones carecen de fundamentación y de elementos creativos, del mismo modo que las argumentaciones que da a sus juicios.

Desarrollo afectivo-motivacional: El adolescente se caracteriza por su gran excitabilidad emocional, lo cual es muestra de su elevada sensibilidad afectiva. Sus sentimientos se hacen más variados y profundos y surgen nuevos sentimientos como por ejemplo los amorosos, logrando un mayor control consciente de la expresión de los mismos. El **desarrollo moral** se va a caracterizar por la aparición de un conjunto de puntos de vista, juicios y opiniones propias de carácter moral, que participan en la regulación de su comportamiento, con relativa independencia de las influencias situacionales, aunque las posiciones morales que adopta el adolescente dependen, en gran medida, de las exigencias morales vigentes en su grupo de coetáneos. La regulación moral en esta etapa no alcanza el nivel superior o autorregulación, por la ausencia de una concepción moral del mundo, formación típica de la edad juvenil, cuyo núcleo lo constituyen las convicciones y valores morales del sujeto.

La autoconciencia adquiere un carácter generalizado, permitiendo al adolescente una mayor objetividad en sus juicios, así como en la valoración de sus propias cualidades y las de otras personas e influyendo de manera decisiva en el desarrollo de la autovaloración. En esta etapa la autovaloración adquiere un carácter consciente y generalizado, aunque aún el adolescente no realiza una fundamentación adecuada de sus características personales como sistema y en ocasiones, las cualidades que destaca al autovalorarse son abstractas, no

logrando establecer un vínculo adecuado entre dichas cualidades y su comportamiento diario.

Los **ideales** adquieren un carácter generalizado y pueden estar representados por uno o varios modelos, en los que el adolescente destaca cualidades concretas y abstractas de carácter psicológico-moral. Estos modelos son portadores, en muchos casos, de valores morales elevados, por lo que les resulta difícil a los adolescentes, imitarlos en su comportamiento cotidiano.

Con respecto a la motivación profesional la elección de la futura profesión aún no constituye un problema para el adolescente. Comienzan a desarrollarse motivos o intereses profesionales a partir de los intereses cognoscitivos, inclinándose hacia las profesiones que están más vinculadas a las asignaturas preferidas o que poseen un mayor reconocimiento social.

Las transformaciones puberales y su repercusión psicológica:

La intensificación de la actividad de la hipófisis, glándula de secreción interna, cuyas hormonas estimulan el crecimiento de los tejidos y el funcionamiento de otras importantes glándulas como las sexuales, la tiroides y las suprarrenales. El “segundo cambio de forma”, que provoca una desarmonía corporal, las extremidades resultan largas con relación al cuerpo y aumenta la fuerza muscular, por lo que los adolescentes realizan movimientos bruscos y a la vez, se fatigan con facilidad. En ocasiones este fenómeno lleva al adolescente a avergonzarse de su apariencia y de sus torpezas, por su a una gran necesidad de movimiento, unida a la tendencia al cansancio.

Alteraciones neurovegetativas, tales como: palpitaciones, mareos, dolores de cabeza, se eleva la presión arterial, etc. Estas alteraciones están condicionadas por deficiencias en el sistema cardiovascular, al producirse el crecimiento rápido del corazón con relación a los vasos sanguíneos.

Cambios endocrinos y desórdenes funcionales del sistema nervioso, que se asocian al agotamiento intelectual, al descenso en la productividad del trabajo, la

distractibilidad, la tensión nerviosa, la irritabilidad, fuertes vivencias emocionales, hipersensibilidad, desajustes en el sueño y susceptibilidad a contraer enfermedades, etc.

Juventud.

Situación Social del Desarrollo:

La Edad Juvenil constituye un período clave en el proceso de desarrollo de la personalidad. La nueva “posición objetiva”, social, que ocupa el joven condiciona la necesidad de determinar su futuro lugar en la sociedad.

El joven debe decidir, en primer término, a qué actividad científico-profesional o laboral va a dedicarse, y en consonancia con esta decisión, organizar su comportamiento. La labor a la que se dediquen los jóvenes expresan diferencias, principalmente entre los jóvenes que comienzan a trabajar y aquellos que continúan siendo estudiantes, lo cual repercute en el sistema de comunicación, en cuanto a las expectativas y exigencias de la familia, los compañeros y la sociedad en general. Aunque la opinión social del grupo continúa siendo un factor importante para su desarrollo y bienestar emocional, el joven es capaz de oponerse a los criterios de sus compañeros, si considera justas y fundamentadas sus propias opiniones. Las relaciones con los adultos pierden su carácter conflictivo y el joven comienza a proyectar la creación de la familia propia.

Desarrollo de la personalidad.

Desarrollo Intelectual: Continúa consolidándose el pensamiento teórico que surgió en la adolescencia, aún presentaba determinadas limitaciones, lo cual posibilita la elaboración consciente por parte del joven de los principales contenidos de su motivación y se vincula estrechamente al surgimiento de la concepción del mundo, alcanzando un nuevo nivel cualitativo la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la personalidad. También en esta etapa el desarrollo del pensamiento se encuentra estrechamente vinculado al carácter del proceso de enseñanza.

Desarrollo afectivo-motivacional: En esta etapa, encontramos como adquisición fundamental del desarrollo de la personalidad, la aparición de la concepción del mundo, formación psicológica que permite la integración sistémica de sus diferentes componentes.

La concepción del mundo es la representación que posee el joven de la realidad en su conjunto, abarca un conocimiento valorado de sus leyes, del lugar que ocupa el hombre en ella y de sí mismo, por lo que presenta un carácter generalizado y sistematizado. Esta formación permite al joven elaborar criterios propios en las esferas de la ciencia, la política, la moral y la vida social en general, y se convierten en reguladores afectivos del comportamiento. En este sentido, se crean las bases para el proceso de autodeterminación de la personalidad; es decir, la posibilidad de actuar de forma consciente y reflexiva, con relativa independencia de las influencias externas. Un aspecto fundamental de la concepción del mundo los constituyen sus componentes morales, vistos como sistema de normas y valores de carácter moral, que posibilitan la regulación interna del comportamiento en esta esfera.

Otra formación que en esta etapa adquiere un nivel cualitativamente superior de desarrollo es la autovaloración. El joven logra una representación más exacta y estable de sus cualidades como persona, cuestión que le permite una regulación más efectiva de su comportamiento. Además, se desarrolla la función autoeducativa de la autovaloración, al plantearse el sujeto tareas y vías de su autoperfeccionamiento.

El joven se convierte en el propio centro de su ideal, el cuál actúa en calidad de motivo y patrón de valoración de su propia conducta y de la de otras personas. Los ideales por su contenido reflejan cualidades vinculadas con el quehacer cotidiano del joven, apareciendo con fuerza las relacionadas con su proyección futura y necesidad de autorregulación.

La elección de la futura profesión constituye un momento esencial y se convierte en el centro psicológico de la nueva situación social del desarrollo. En la

edad juvenil culmina en lo esencial el proceso de formación de la personalidad. El surgimiento de una estructura jerárquica suficientemente estable de motivos, su fundamentación a través de la elaboración consciente del sujeto en base al desarrollo intelectual alcanzado, la consolidación de formaciones motivacionales complejas como la autovaloración y los ideales, permiten la regulación efectiva del comportamiento en las diferentes esferas de significación para la personalidad.

Adulto.

Para convencernos de que la adultez es una nueva etapa de desarrollo es necesario conocer qué se entiende por desarrollo; es preciso aproximarnos psicológicamente a la edad como período de desarrollo y a su caracterización, la cual se hace posible desde una concepción teórica y analizando los eventos vitales del período, de los que se desprende la nueva situación social del desarrollo, como relación única y especial, punto de partida para todos los cambios dinámicos en la subjetividad de esta edad.

Como en otras etapas, en la adultez tienen lugar la aparición de formaciones psicológicas nuevas, existe una situación de desarrollo concreta y particular, y tienen lugar períodos de crisis. Ellas anuncian la aparición de la edad estable, haciendo desaparecer lo viejo, se habla de un desarrollo inverso porque en él tienen lugar procesos de detención de la creación, como un freno temporal en que predominan la reducción, extinción, repliegue, descomposición y desintegración de todo lo que se ha formado en la etapa anterior. Aunque aparentemente negativos estos cambios están supeditados a procesos de formación positiva de la personalidad, ya que dependen y forman con ellos un todo indivisible. Estas peculiares y transitorias formaciones se subordinan a las verdaderas formaciones que tienen un desarrollo subterráneo, diría yo de forma inconsciente, se extinguen y son asumidas por las formaciones nuevas de la siguiente edad estable, se incluyen en ella como instancias subordinadas, careciendo de existencia propia y participando solo en el desarrollo subterráneo, de forma latente o inconsciente.

Situación social de desarrollo:

El adulto orienta todos sus esfuerzos a dos eventos vitales proveedores de vivencias: el trabajo y la familia, aunque no puede excluirse el grupo de amigos.

A través del trabajo el individuo concientiza sus relaciones interpersonales, profundizándose o ampliándose el círculo de amigos. También el individuo percibe los resultados de su labor, valorándolos, positiva o negativamente reconociéndose en ellos, con un nivel de realización o frustración, lo que puede provocar vivencias positivas o negativas, le lleve o no a tomar decisiones que antes no se atrevió, como proponerse nuevas metas laborales o profesionales, cambiar de trabajo, peritaje médico o jubilación. Otro evento de suma importancia en esta edad es la familia. La familia de procedencia o/y la que se forma como producto de la unión consensual o matrimonio, constituyen fuentes de nuevas vivencias.

Es posible considerar otros eventos como las relaciones con el vecindario, agrupaciones formales o informales a las que el individuo pertenece y en las que participa con frecuencia: organizaciones políticas, religiosas, científicas, profesionales, culturales etc. pueden constituir importantes fuentes portadoras de nuevas vivencias.

Neoformaciones de la Edad Adulta.

Si estamos de acuerdo en que en el paso de una edad a otra, lo que se reorganiza es la estructura de la conciencia, no cabe duda de que la formación principal nueva de la edad adulta no sea otra que el nuevo nivel de autoconciencia que se alcanza. Nivel de autoconciencia que se diferencia de los alcanzados en etapas anteriores porque el sujeto toma las riendas de su vida, dirigiéndola en función de sus intereses, planes y sentimientos. Con ella se reestructuran y enlazan el resto de las nuevas formaciones de la personalidad adulta, que ahora tienen una calidad nueva, la que le otorga una mayor identidad, autoconocimiento, un desarrollo afectivo-volitivo, un desarrollo de capacidades y habilidades y otras cualidades personalológicas que en la etapa juvenil alcanzaron un considerable despliegue, y ahora se subordinan al cambio ocurrido, sirviendo de soporte a estas nuevas formaciones. Si bien en la adultez no ocurren cambios perceptibles, como

en las edades anteriores, esto no quiere decir que no se den profundas transformaciones internas.

Nuevas formaciones de gran importancia como la responsabilidad, la independencia, la reflexión sobre sí y sobre su identidad que ya en alguna medida existían, se hacen conscientes, jugando un papel activo en la construcción de nuevas metas y aspiraciones y en la reestructuración de las motivaciones, influyendo además en la toma de decisiones de la vida cotidiana. No es tardía la adultez para el florecimiento de la creatividad. También se observa cierto sentido del humor, más bien filosófico, que permite al adulto englobar toda su sabiduría y adoptar actitudes que superan barreras comunicativas que se establecen por diferencias étnicas o religiosas, desarrollando los sentimientos de simpatía, identificación y afecto. También pueden reconstruirse los valores éticos y estéticos. La personalidad adulta es una personalidad capaz de aceptar y concientizar sus conflictos internos, encontrando soluciones creativas en correspondencia con sus ideales morales.

El desarrollo de la esfera intelectual en el adulto está indisolublemente unido a los logros alcanzados en las etapas anteriores, neoformaciones de carácter personalológico que lo han caracterizado. La función reguladora de los procesos cognitivos de la personalidad se expresan muy claramente en las capacidades, habilidades y hábitos que son el resultado de un proceso de apropiación, realizado por el sujeto activo en sus interrelaciones con la cultura y sus adelantos.

Adulto Mayor.

La Tercera Edad, o como también se le conoce con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en ocasiones como fase de involución. Y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral.

En ese sentido existen investigaciones que revelan estudios de rasgos o características propias de la vejez. En general son rasgos que aparecen como

comunes a esta edad, pero que no las aprecio como formaciones psicológicas para esta edad, ni tampoco aparecen en todos los ancianos, ya que considero que parten de ignorar el desarrollo psicológico precedente del individuo. Constituyen características que comúnmente identifican al anciano desde eventos sociales como la jubilación o el desamparo familiar, así como desde el desgaste biológico, pero que repito, ignoran que un anciano es también el producto de el mismo, o que la edad produce nuevas formaciones psicológicas.

En la vejez se aprecia el matrimonio como vínculo básico de compañía. Al aumentar la esperanza de vida, crece el número de parejas que llegan como tal a la última etapa del desarrollo de la familia. A su vez, como edad más cercana a la muerte, le es más típico el fenómeno de la viudez, la cual es más experimentada en las mujeres que en los hombres desde el punto de vista demográfico. Esto resulta ser una tendencia mundial, ya que el hombre tiende a morir primero que la mujer. Si bien el tema de la viudez ha sido estudiado de manera general, resultaría interesante un análisis de género en ese sentido, pues por ejemplo cuando ocurre la viudez en el hombre esta vivencia mayor soledad que la mujer viuda, o sea que las personas que padecen de desolación son más los viudos que las viudas.

Por otra parte, al adulto mayor puede observarse no solo como cuidador de nietos, sino también como cuidador intergeneracional. Tal es el caso de cuidados hacia el cónyuge, por supuesto cuando el miembro cuidador de la pareja aún posee condiciones para hacerlo. Otro caso es el cuidado hacia los hermanos, y en menor medida hacia los padres que aún sobrevivan.

La vejez se identifica como la última etapa del desarrollo de una familia. En ese sentido se identifican un conjunto de eventos familiares que acontecen en esta etapa, por lo cual se ubican la viudez, la jubilación, las dinámicas intergeneracionales, u otros, en dependencia de la relación familia- vejez. La mayor parte de la atención que los mayores reciben de la familia proviene de las mujeres de la misma, y en particular de la hija hembra, sobretodo cuando ya no

esta el cónyuge del mayor. Además de las hijas se encuentran las nueras u otros familiares, pero en general son las féminas.

En esta etapa aparecen comportamientos molestos o difíciles para la convivencia familiar. Entre ellos se encuentran la agresividad, incontinencias, quejas constantes, alteraciones del sueño, reiteraciones de historias, olvido de rutinas, incongruencias, deterioro de hábitos higiénicos, acumulación de objetos inútiles, escapismos y pérdida en la calle, entre otros.

Entre esos rasgos se encuentran numerosas referencias a la autoestima. Como tendencia aparece referida como disminuida, y asociada a la pérdida de capacidad física, mental, y estética. Atravesada por prejuicios sociales y en función de las dificultades en el control de su propia vida, el individuo comenzará a ser funcional o no. Además cuando una persona llega a la Tercera Edad, su autoestima está relacionada no con una pérdida de su funcionalidad inmediata, sino con la pérdida de su rol social. Es cierto que las pérdidas asociadas a la jubilación se pueden vivenciar como una agresión a la autoestima, más aún cuando la identidad de una persona está fundamentada básicamente en su actividad profesional. Por ello es tan importante prepararse para ese cambio y considerar posibles alternativas de desarrollo. Por ello se denota como factor sensible a educar.

El adulto mayor en Cuba ocupa más del 12% de la población cubana, y se espera que para el año 2025 uno de cada 4 cubanos sea adulto mayor. El Ministerio de Salud Pública incluye la atención a los mayores dentro de sus programas priorizados, por ello es uno de los 4 programas a cumplir por los médicos de familia, quienes a su vez promueven la existencia de los llamados "círculos de abuelos" junto al Instituto de Deportes, Cultura Física y Recreación (INDER). Además se cuentan con las llamadas "Casas del Abuelo", las cuales ofrecen atención diurna y ciclos de alimentación a la población mayor de cada municipio. Esta institución cuenta con recursos básicos para la atención comunitaria de ancianos que pagan un precio módico y que optan por pasar el día

en dicho centro, aún cuando vivan en familia. En los hospitales generales también se encuentran salas de geriatría y en cada municipio se comienzan a formar los llamados "gabinetes gerontológicos", los cuales cuentan con la participación de un gerontólogo, un trabajador social, un psicólogo y un especialista de enfermería. A nivel comunitario también existen los Liceos o Clubes, que se organizan entre los mayores de sus lugares de residencia, y que radican en Museos, Casas de Atención a la Mujer y la Familia pertenecientes a la Federación de Mujeres Cubanas (FMC). La Iglesia desarrolla proyectos de atención a las personas mayores, fundamentalmente a aquellas que no cuentan con suficientes recursos familiares o económicos. La Central de Trabajadores de Cuba (CTC) cuenta con un departamento de atención a jubilados en coordinación con la Asociación Nacional de Innovadores (ANIR), con el objetivo de estimular la continuidad laboral y la transmisión de experiencia a las nuevas generaciones. La CTC se ha propuesto la reincorporación de sus jubilados en miles de secciones sindicales en el país, así como las posibilidades de oferta de comedores a jubilados en los centros de trabajo de sus lugares de residencia.

Bibliografía

1. Alonso Álvarez, A.; Roja Manresa, R.; Cairo Vacárcel, E. (2003). *Selección de lecturas de diagnóstico psicológico*. La Habana: Editorial Félix Varela.
2. Alonso, Álvarez, A. (2004): *Psicodiagnóstico Clínico*. La Habana: Editorial Félix Varela.
3. Andreieva, G.M. (1984). *Psicología social*. Moscú: Editorial Progreso.
4. Arés, P. (2005): *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
5. Bello Dávila, Z.; Casales Fernández, J.C. (2004): *Psicología social*. La Habana: Editorial Félix Varela.
6. Calviño, M. (1998). *Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas*. La Habana: Editorial Academia.

7. _____ (S/F). "Les presento a la Psicología" en *Selección de lecturas sobre Psicología, Curso de formación para trabajadores sociales*. La Habana.
8. _____(2004). *Análisis dinámico del comportamiento*. La Habana: Editorial Félix Varela.
9. Casales, J. C. (1989). *Psicología Social. Contribución a su estudio*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
10. Castro López Ginard, H. (1992). *Semiología y clínica de las alteraciones de la personalidad*. La Habana: Pueblo y Educación.
11. Colectivo de autores. (1988): *Libro de trabajo del sociólogo*. Moscú: Editorial Progreso.
12. Corral Ruso, R. (2003). *Historia de la Psicología*. La Habana: Editorial Félix Varela.
13. Cruz Sánchez, F. (2004): *Los adolescentes queremos saber*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
14. Domínguez García, L. (1988): "Algunas consideraciones acerca del problema de la periodización del desarrollo psíquico". En *Selección de lecturas de Psicología de las Edades*, Tomo 3. La Habana: Editorial ENPES.
15. _____ (2005): *Psicología del desarrollo. Problemas, principios y categorías*. La Habana: Editorial Félix Varela.
16. _____ (S/F): *Psicología del desarrollo. Adolescencia y Juventud. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
17. Fernández Ruiz, L. (2003) *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas*. La Habana. Editorial Félix Varela.
18. Fuentes Ávila, M. (1992). *El grupo y su estudio en la Psicología Social*. La Habana: Ediciones ENPES.
19. _____ (2000): *La mediación en la solución de conflictos*. La Habana: Editorial Félix Varela.

20. Galperin, P. Y. (1982). *Introducción a la psicología*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación
21. Gesell, A; Ilg, F. B; Ames, L. B. (1969). *El niño de 5 a 10 años*. La Habana: Edición Revolucionaria.
22. González Menéndez, R. (2004). *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
23. González, Rey F. (1984). "La categoría personalidad y su significación en el sistema categorial de la psicología". En Revista Cubana de Psicología, volumen 2, número 1.
24. _____ (1985a). *Psicología de la personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
25. _____ (1985). "La categoría comunicación. Su lugar en el sistema de categorías de la Psicología Marxista". Revista Cubana de Psicología, No 2, pp. 13-24. La Habana.
26. _____ (1989 a) "Personalidad y Comunicación: Su relación teórica y metodológica". En: *Temas sobre la actividad y la comunicación*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, pp. 327 - 348.
27. _____ (1989 b) *Psicología. Principios y categorías*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
28. _____ (1989 c). "Las categorías de comunicación y de actividad en psicología". En *Temas sobre actividad y comunicación*. La Habana. Editorial de Ciencias Sociales, pp 348-371.
29. González, Rey F., A. Mitjans Martínez (1989) *La personalidad su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
30. González, Rey F (1995) *Comunicación, Personalidad y Desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
31. _____ (1997) *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

32. González, P. (comp). (1997). *Psicología de los grupos. Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis, S.A.
33. Hiebsch, A.; Vorweg, M. (1982). *Psicología social marxista*. La Habana: Editora Política.
34. Kraftchenko, O. (1988): "El problema de la periodización en el desarrollo de la personalidad: un nuevo enfoque en la psicología del desarrollo". En *Selección de lecturas de Psicología de las Edades*, Tomo 3. La Habana: Editorial ENPES.
35. Leontiev, A. N (1974). *Problemas del desarrollo del psiquismo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
36. _____ (1982). *Actividad, conciencia y personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
37. Lomov, B. F. (1989 a). *El problema de la comunicación en psicología*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
38. Martín Baró, I. (1999) *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II*. San Salvador: UCA Editores, cuarta edición.
39. Martínez Gómez, C. (2000). *Salud familiar*. La Habana: Editorial Científico Técnico.
40. Morenza, L. (2004): "Los procesos cognitivos o procesos psicológicos. ¿Qué son y cuáles son sus funciones?". En *Psicología General*. La Habana: Editorial Félix Varela.
41. Mucchielli, A. (1998). *Psicología de la comunicación*. Barcelona: Editorial Piados.
42. Núñez de Villavicencio, F. (2001): *Psicología y salud*. Editorial Ciencias Médicas
43. Obozov, N. N. (2004): "Los procesos y funciones psíquicos en condiciones de actividad individual y conjunta". En *Psicología General*. La Habana: Editorial Félix Varela.
44. Orosa Fraiz, T. (2001): *La Tercera Edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor*. La Habana: Editorial Félix Varela

45. Pérez Martín, L. M.; Bermúdez Morris, R.; Acosta Cruz, R. M; L- M. Barrera Cabrera (2003). *La personalidad, su diagnóstico y desarrollo ontogenético*. La Habana. Editorial Félix Varela.
46. Petrovsky, A. V. (S/F): *Psicología Pedagógica y de las edades*. La Habana: Editorial pueblo y Educación.
47. Roca, M. (2000): *Psicología Clínica. Una visión general*. La Habana: Editorial Félix Varela.
48. Rubinstein, S. L (1967). *Principios de Psicología General*. La Habana: Instituto del Libro.
49. _____ () *El ser y la consciencia*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
50. Segarte Iznaga, A. L.; Martínez Campo, G. A; Rodríguez Pérez, M. E (2003): *Psicología del desarrollo escolar. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
51. Torres Páez, T. (1989). "Apuntes sobre algunos problemas metodológicos en el estudio de la personalidad". En Revista Cubana de Psicología, volumen 6, número 1.
52. Vigotski, L. V. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
53. _____. (1988): "Interacción entre enseñanza y desarrollo". En *Selección de lecturas de Psicología de las Edades*, Tomo 3. La Habana: Editorial ENPES.
54. Yarochevsky, M. G. (1995). *Historia de la Psicología*. La Habana: Combinado Poligráfico Evelio Rodríguez.

Parte 2. Biopsicopatología del sistema nervioso humano

Capítulo 1: Trastornos, aberraciones y anomalías intrauterinas, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano

1.1. Las aberraciones o alteraciones cromosómicas

1.1.1. El Síndrome de Down

Noción conceptual:

Afección, causada por una alteración del cromosoma 21, que se acompaña de retraso mental leve, moderado o grave.

Nombre alternativo:

-Mongolismo.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El síndrome de Down, es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares, que le dan un aspecto reconocible.

Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John Langdon Haydon Down; que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían. En julio de 1958, un joven investigador llamado Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome es una alteración en el mencionado par de cromosomas.

En aproximadamente el 95% de los casos, la causa de esta anomalía genética es la no disyunción durante la formación de un gameto progenitor; dando como resultado, 47 cromosomas, con una copia supernumeraria del cromosoma 21 en las células del individuo afectado. El 5% restante, de los casos con este síndrome, puede resultar de una translocación en los cromosomas de uno de los padres.

Alrededor de un 10% de las anomalías congénitas, están causadas por factores externos: como la radiación de bombas atómicas, la radioterapia, etc.; siendo menor el riesgo, para el feto, a partir de las radiografías utilizadas para la elaboración de diagnósticos. Someter a una gestante a temperaturas elevadas (como la de un baño muy caliente), también puede producir anomalías congénitas.

En los años cincuenta, se descubrió que la placenta no constituye una barrera protectora frente a sustancias químicas presentes en la sangre materna; particularmente, porque muchos niños nacieron con focomelia (miembros ausentes de forma total o parcial) debido a la utilización de sedantes, alcohol, anticonvulsivos, cocaína, etc.

Diferentes infecciones, padecidas por un gestante, pueden lesionar al feto. La más típica, la rubéola, puede producir: retraso mental, ceguera y/o sordera, en el

recién nacido. Otras infecciones que pueden dañar al feto, si se producen durante la gestación, son: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la varicela, la toxoplasmosis y la infección por citomegalovirus.

Así mismo, las mujeres con diabetes mellitus tipo I (insulino-dependiente), mal controlada durante la gestación, pueden tener hijos con cardiopatías congénitas y otros problemas; mientras que, la fenilcetonuria (enfermedad del metabolismo), puede producir polimalformaciones y retraso mental, en el niño, si no se controla durante el embarazo.

Hoy en día, no se conoce la causa de las dos terceras partes de las anomalías genéticas. Se piensa que algunas malformaciones cardíacas y de la columna vertebral, son poligénicas; es decir, producidas por la presencia simultánea de varios genes anómalos. Otras anomalías congénitas, parecen ser multifactoriales; o sea, se trata de anomalías congénitas producidas por genes anormales que interactúan con agentes ambientales perjudiciales.

Algunas malformaciones, se producen con más frecuencia en padres de edades avanzadas; de ahí que, el riesgo de que nazca un niño con síndrome de Down, se incrementa con la edad de la madre.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Trisomía 21: anomalía cromosómica causante de la mayoría de los casos de Síndrome de Down; refiere la presencia de tres copias de este cromosoma (47 cromosomas, en vez de 46).

-Translocación: parte del material genético de uno de los cromosomas 21, se queda adherido al otro; o sea, que parte de su material genético está fuera de su lugar normal; esta alteración ocurre en un 4% de los casos con este síndrome, por lo tanto el niño con esta patología tiene exceso de material cromosómico 21.

-Mosaicismo: es muy infrecuente, es accidental y es provocado por un error en las primeras divisiones celulares del óvulo fecundado; algunos enfermos presentan alteraciones cromosómicas sólo en algunas células de su organismo, no en todas.

Signos y síntomas más frecuentes:

Las características de los enfermos con Síndrome de Down son:

-Labios: a menudo tienen la boca abierta y la profusión habitual, en la lengua, hace que los labios estén bañados por la saliva y más tarde pueden tornarse secos y fisurados; la boca, se mantiene abierta porque tienen la nasofaringe estrecha y la amígdalas muy grandes.

-Lengua: tiene surcos profundos e irregulares y a partir de los dos años, tiene su aspecto característico con papilas linguales muy desarrolladas; particularmente, debido a la falta de tono muscular, tiene tendencia a salirse fuera de la boca.

-Dientes: la dentición de leche, es algo más tardía que en el niño normal (suele ser irregular e incompleta); la forma de los dientes, es a veces anómala y tienen alteraciones en el esmalte.

-Voz: la mucosa es engrosada y fibrótica; la laringe parece estar situada más allá de lo habitual y la voz, es gutural, con una articulación difícil.

-Nariz: suele ser ancha y rectangular; el dorso, se presenta aplanado debido a una escasa formación de los huesos nasales.

-Ojos: presentan un pliegue, de la piel, en la esquina interna de los ojos (llamado epicanto).

-Orejas: tienen una configuración extraña y están poco desarrolladas; a veces, son pequeñas y su borde superior se encuentra con frecuencia plegado (los conductos auditivos son estrechos).

-Cuello: suele ser corto y ancho.

-Estatura y desarrollo óseo: sigue un ritmo normal hasta la pubertad y posteriormente, la estatura permanece detenida a unos centímetros por debajo de la normalidad.

- Su pecho tiene una forma peculiar: el esternón puede sobresalir o presentar una depresión; en el niño con dilatación de corazón, el pecho puede aparecer más lleno en ese lugar.

-Cráneo: es pequeño, su parte posterior está ligeramente achatada; las zonas blandas del cráneo, son más amplias y tardan más en cerrarse.

-En la línea media, donde confluyen los huesos, hay frecuentemente una zona blanda adicional; algunos presentan áreas en las que falta el cabello.

-Extremidades: tienen, por lo general, un aspecto normal; sus brazos y piernas son cortos en relación con el resto del cuerpo (su crecimiento general está atrofiado).

-Manos: en las palmas de las manos, muestran un único pliegue transversal; presentan dedos cortos, que se curvan hacia adentro.

-Pies: las plantas de los pies, presentan un pliegue desde el talón hasta los dos primeros dedos; la separación, entre el primer y el segundo dedo, es superior a lo normal.

-Piel: generalmente se seca y se agrieta con facilidad.

-En muchos casos presentan cardiopatías congénitas (en un 40% aproximadamente) y problemas en el tracto digestivo (en un 3 o 4%).

-Con cierta frecuencia, tienen deficiencias auditivas, miopía, cataratas congénitas y tienden a desarrollar leucemia.

-Su desarrollo sexual, aparece bastante tarde y puede quedar incompleto en lo que se refiere a órganos reproductores.

-Los varones tienen menor secreción hormonal, genitales pequeños y está generalmente admitido que son estériles.

-En las mujeres, la menstruación suele ser normal y se dan casos de madres Down, cuyos hijos son normales en un 50% de los casos conocidos.

-Son muy sensibles a las infecciones: localizadas preferentemente en oídos, ojos y vías respiratorias.

-El cociente de inteligencia es bajo; pero, con procedimientos educativos específicos, algunos enfermos consiguen desarrollar su capacidad de inteligencia.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Para detectar la anomalía cromosómica, durante el período prenatal, se pueden emplear:

-La Amniocentesis: consiste en la extracción de una muestra, del líquido amniótico, que rodea al feto humano en el interior del útero; las células fetales que se obtienen de este líquido, se cultivan en un laboratorio para descartar la presencia de anomalías cromosómicas, defectos enzimáticos o alteraciones del crecimiento del feto (esta técnica suele practicarse, durante el cuarto mes de embarazo, en aquellos casos en que se sospeche que puedan existir anomalías).

-La biopsia de vellosidades coriónicas: en las células fetales cultivadas, se puede estudiar una función concreta o analizar su ADN, para detectar una anomalía congénita.

-Algunas alteraciones sanguíneas maternas pueden sugerir la gestación de un hijo con síndrome de Down: niveles bajos de alfa-fetoproteína y niveles anormales, de estriol no conjugado y gonadotropina coriónica humana.

Tratamiento:

Hoy se puede asegurar que ningún medicamento ha probado su eficiencia para mejorar los problemas que lleva consigo el Síndrome de Down. No hay ninguna medicina milagrosa; el único milagro que cabe esperar, es su adecuada educación.

Los principales objetivos de la educación deben ser:

- La coordinación motora, de movimientos gruesos y finos.
- La comunicación interpersonal.
- El lenguaje.
- Los hábitos de autonomía personal y competencia social.
- Evitar la adquisición de conductas inadecuadas.
- Los aprendizajes escolares.
- La preparación para el trabajo.
- El desarrollo de la personalidad.

Pronóstico: Irreversible.

1.1.2. El Síndrome de Klinefelter

Noción conceptual:

Afección, causada por la presencia de un cromosoma X extra en un hombre.

Nombre alternativo:

- Síndrome 47, XXY

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Los seres humanos, tienen 46 cromosomas. Los cromosomas, contienen todos los genes y el ADN que identifican los pilares fundamentales de nuestro cuerpo. Dos de estos cromosomas, los cromosomas sexuales, determinan si una persona ha de ser hombre o mujer. Las mujeres, normalmente tienen dos de los mismos cromosomas sexuales, que se escriben como XX; mientras que, los hombres, tienen un cromosoma X y un cromosoma Y, que se escriben como XY.

El síndrome de Klinefelter, es uno de un grupo de problemas de los cromosomas sexuales y ocurre en hombres que tienen al menos un cromosoma X extra. Por lo general, esto se presenta debido a un cromosoma X adicional: nomenclatura definida por XXY.

El síndrome de Klinefelter, se encuentra en aproximadamente uno de cada 500 a 1000 varones recién nacidos. Las mujeres, con embarazos después de los 35 años, tienen una probabilidad ligeramente mayor -que las mujeres más jóvenes- de tener un niño con este síndrome.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

El síntoma más común, es la infertilidad. Otros síntomas pueden abarcar:

-Proporciones corporales anormales (piernas largas, tronco corto, hombro igual al tamaño de la cadera).

-Agrandamiento de las mamas (ginecomastia).

-Problemas sexuales.

-Vello púbico axilar y facial, menor a la cantidad normal.

-Testículos pequeños y firmes.

-Estatura alta.

-Problemas de aprendizaje.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-Cariotipado.

-Conteo de semen.

-Niveles de estradiol en suero (un tipo de estrógeno).

-Hormona foliculoestimulante en suero.

-Hormona luteinizante en suero.

-Testosterona en suero.

Tratamiento:

Se puede prescribir la terapia con testosterona, que puede ayudar a:

-Promover el crecimiento de vello corporal.

-Mejorar la apariencia de los músculos,

-Mejorar la concentración.

-Mejorar la autoestima y el estado de ánimo.

-Mejorar la energía y el impulso sexual.

-Mejorar la fuerza.

La mayoría de los hombres con este síndrome, no pueden engendrar hijos; sin embargo, algunos hombres sí han podido hacerlo. Un especialista en infertilidad puede ayudar en este aspecto. También puede emplearse, en caso de ser necesario, los Grupos de Apoyo.

Pronóstico:

La mayoría de los pacientes, lleva una vida normal y productiva. Sin embargo, pueden aparecer las siguientes complicaciones:

-Trastorno de hiperactividad y déficit de atención.

- Trastornos autoinmunitarios como el lupus, la artritis reumatoidea y el síndrome de Sjögren.
 - Cáncer de mama.
 - Depresión.
 - Dislexia.
 - Tumor de células germinativas extragonadales (un tumor raro).
 - Dificultades, de aprendizaje, a pesar de manifestarse un coeficiente de inteligencia normal alto.
 - Enfermedad pulmonar.
 - Osteoporosis.
 - Venas varicosas.
 - El agrandamiento, de los dientes, con un adelgazamiento de la superficie (taurodontismo): se puede diagnosticar por medio de radiografías dentales.
- Situaciones que requieren asistencia médica:
- Si un hombre, no desarrolla características sexuales secundarias en la pubertad.
 - Un asesor en genética, puede brindar información acerca de esta afección y ayudar a explicar los hallazgos cromosómicos anormales y posibles complicaciones: el asesor, también estará familiarizado con grupos de apoyos locales y nacionales.
 - Igualmente, puede servir una consulta con un endocrinólogo y un especialista en infertilidad.

1.1.3. El Síndrome de Turner

Noción conceptual:

Trastorno, causado por una afección genética, en la cual una mujer no tiene el par normal de dos cromosomas X.

Nombres alternativos:

- Síndrome de Bonnevie-Ullrich.
- Disgenesia gonadal.
- Monosomía X.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Los seres humanos, tienen 46 cromosomas. Los cromosomas, contienen todos los genes y el ADN que identifican los pilares fundamentales de nuestro cuerpo. Dos de estos cromosomas, los cromosomas sexuales, determinan si una persona ha de ser hombre o mujer. Las mujeres, normalmente tienen dos de los mismos cromosomas sexuales, que se escriben como XX; mientras que, los hombres, tienen un cromosoma X y un cromosoma Y (que se escriben como XY).

En el síndrome de Turner, el cual sólo ocurre en las mujeres y se presenta en aproximadamente 1 de cada 2000 nacimientos vivos, a las células les falta todo o parte de un cromosoma X. Lo más común es que la paciente femenina tenga sólo un cromosoma X; mientras que otras pueden tener dos cromosomas X, pero uno

de ellos incompleto. Algunas veces, una mujer tiene algunas células con los dos cromosomas X, pero otras células tienen sólo uno.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

Los posibles síntomas, en los bebés pequeños, abarcan:

- Manos y pies hinchados.
- Cuello ancho y unido por membranas.

En las niñas mayores, se puede observar una combinación de los siguientes síntomas:

-Desarrollo retrasado o incompleto en la pubertad: incluye mamas pequeñas y vello púbico disperso.

-Tórax plano y ancho en forma de escudo.

-Párpados caídos.

-Ojos reseco.

-Infertilidad.

-Ausencia de períodos (ausencia de la menstruación).

-Resequedad vaginal: que puede llevar a relaciones sexuales dolorosas.

-El síndrome de Turner, también puede alterar diversos niveles de estrógenos en la sangre y en la orina.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El síndrome de Turner, se puede diagnosticar en cualquier etapa de la vida y también, antes del nacimiento, si se realiza un análisis cromosómico durante un examen prenatal.

El médico, llevará a cabo un examen físico y buscará signos de desarrollo insuficiente. Los bebés con el síndrome de Turner, a menudo presentan manos y pies hinchados.

Se pueden realizar los siguientes exámenes:

-Niveles hormonales en la sangre (hormona luteinizante y hormona foliculoestimulante).

-Ecocardiografía.

-Cariotipado.

-Resonancia Magnética del Tórax.

-Ecografía de los órganos reproductores y de los riñones.

-Examen pélvico.

Tratamiento:

La hormona del crecimiento, puede ayudar a una niña con síndrome de Turner a incrementar su estatura. La terapia, con reemplazo de estrógenos, con frecuencia se inicia cuando la niña tiene 12 o 13 años de edad y ayuda a estimular el crecimiento de las mamas, del vello púbico y otras características sexuales.

Las mujeres con este síndrome, que deseen quedar embarazadas, pueden pensar en la utilización de un óvulo de donante.

El tratamiento, también puede estar vinculado a diferentes acciones desarrolladas en Grupos de Apoyo.

Pronóstico:

No se conoce la forma de prevenir el síndrome de Turner. Las personas, afectadas por este síndrome, pueden tener una vida normal con el control cuidadoso de su médico; no obstante, pueden presentarse las siguientes complicaciones:

- Artritis.
- Cataratas.
- Diabetes.
- Tiroiditis de Hashimoto.
- Defectos cardíacos.
- Hipertensión arterial.
- Problemas renales.
- Infecciones del oído medio.
- Obesidad.
- Escoliosis (en la adolescencia).

1.2. Las embriopatías infecciosas

1.2.1. La Rubéola Congénita

Noción conceptual:

Infección contagiosa, causada por un virus que se propaga a través del aire o por contacto cercano, en la cual se presenta una erupción en la piel.

Nombres alternativos:

- Sarampión Alemán.
- Sarampión de Tres Días.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La enfermedad, es causada por un virus que se propaga a través del aire o por contacto cercano. Una persona, puede transmitir la enfermedad desde una semana antes de la aparición de la erupción, hasta 1 o 2 semanas después de su desaparición. La enfermedad, es menos contagiosa que el sarampión (sarampión rojo). Después de una infección, las personas tienen inmunidad a la enfermedad por el resto de sus vidas.

En los niños y en los adultos, la rubéola generalmente es leve e incluso, puede pasar inadvertida.

Los factores de riesgo abarcan:

- No estar vacunado contra la rubéola.
- Exposición a un virus de la rubéola activo.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Durante el período intrauterino: causa anomalías en el feto.
- Durante el período de la niñez y extendido a la adolescencia y a la primera juventud.

-Durante la adultez.

Signos y síntomas más frecuentes:

Los niños, por lo general, presentan pocos síntomas; mientras que los adultos, pueden experimentar fiebre, dolor de cabeza, indisposición general (malestar) y secreción nasal, antes de la aparición de la erupción cutánea: pueden, incluso, no notar los síntomas.

Otros síntomas pueden abarcar:

- Hematomas.
- Inflamación de los ojos (ojos inyectados de sangre).
- Dolor muscular o articular.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

- Exudado faríngeo o nasal, para cultivo viral.
- Serología para rubeola.

Tratamiento:

No existe tratamiento para esta enfermedad. Los pacientes pueden tomar paracetamol, para reducir la fiebre y se pueden tratar los defectos que se presentan con la rubeola congénita.

Pronóstico:

La rubeola, generalmente es una infección leve. Sin embargo, si una madre se infecta al comienzo del embarazo, la rubeola puede causar anomalías en el feto. El bebé nonato, puede desarrollar síndrome de rubeola congénita; el que normalmente tiene un pronóstico desalentador. Las anomalías, son raras, si la infección ocurre después de la semana 20 del embarazo.

Complicaciones que pueden ocurrir en el feto:

- Cataratas.
- Defectos cardíacos congénitos.
- Síndrome de rubeola congénita.
- Sordera.
- Infección del oído (otitis media).
- Encefalitis.
- Retardo mental.
- Microcefalia.
- Artritis transitoria (común en adolescentes y adultos con rubéola).
- Igualmente, se puede presentar aborto espontáneo.

1.2.2. La Toxoplasmosis Congénita

Noción conceptual:

Infección contagiosa, causada por un parásito que se propaga lentamente y que puede ocasionar, problemas severos, si se presenta durante el embarazo.

Nombres alternativos: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El feto, puede quedar infectado con toxoplasmosis, si la madre resulta infectada durante el embarazo. La infección, se le puede propagar al feto durante el embarazo mismo o durante el período de dilatación o el parto.

Para la madre, la infección por toxoplasmosis suele ser leve y ella puede no ser consciente de padecerla. Sin embargo, la infección en el feto puede ocasionar problemas severos. La infección en las primeras etapas del embarazo, provoca problemas más graves que la infección más tardía.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Durante las primeras etapas del embarazo.
- Infección tardía.

Signos y síntomas más frecuentes:

Hasta la mitad de los fetos, que resultan infectados con toxoplasmosis durante el embarazo, nacen antes de tiempo (prematuramente). La toxoplasmosis congénita, puede causar daño a los ojos, al sistema nervioso, a la piel y a los oídos del bebé.

Con frecuencia, no hay signos de infección en el bebé al nacer. Sin embargo, los recién nacidos con infecciones más leves pueden no tener síntomas o problemas durante meses o incluso años. Si no reciben tratamiento, casi todos desarrollan problemas (sobre todo en los ojos) cuando llegan a la adolescencia.

Los síntomas pueden abarcar:

- Esplenomegalia y hepatomegalia.
- Diarrea o vómito.
- Daño ocular, a raíz de la inflamación de la retina u otras partes del ojo.
- Problemas de alimentación.
- Hipoacusia.
- Ictericia.
- Bajo peso al nacer (restricción del crecimiento intrauterino).
- Erupción cutánea (petequias o equimosis) en el nacimiento.
- El daño al cerebro y al sistema nervioso, puede ser serio o muy leve, e incluir convulsiones.
- Funcionamiento anormal del cerebro y del sistema nervioso (neurológico).

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-Exámenes prenatales: examen de sangre fetal y del líquido amniótico; título de anticuerpos; ecografía abdominal.

-Diagnóstico posnatal: estudios de anticuerpos en sangre, del cordón umbilical y del líquido cefalorraquídeo; tomografía axial computarizada del cerebro; resonancia magnética del cerebro; exámenes neurológicos; examen oftálmico estándar; perfil TORCH; examen físico.

Tratamiento:

La infección, en la madre embarazada, se puede tratar con espiramicina. La infección fetal (diagnosticada durante el embarazo), se puede tratar con pirimetamina y sulfadiazina.

El tratamiento de los niños, con toxoplasmosis congénita, incluye clásicamente: pirimetamina, sulfadiazina y leucovorina durante un año. En algunas ocasiones, a los bebés también se les suministran esteroides si su visión está amenazada o si el nivel de proteínas en el líquido cefalorraquídeo es alto.

Pronóstico:

El pronóstico, depende de la gravedad de la toxoplasmosis congénita. Aún así, se pueden presentar las siguientes complicaciones:

- Hidrocefalia.
- Ceguera o incapacidad visual severa.
- Retardo mental severo u otros problemas neurológicos.

1.2.3. La Sífilis Congénita

Noción conceptual:

Infección severa, incapacitante y -con frecuencia- potencialmente mortal, que se observa en los bebés.

Nombres alternativos:

- Lúes congénita.
- Sífilis fetal.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La sífilis congénita, es causada por la bacteria *Treponema Pallidum*; la cual se transmite, de la madre al niño, durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de todos los niños infectados con sífilis, mientras están en el útero, mueren poco antes o después del nacimiento.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

Los síntomas, en los recién nacidos, pueden abarcar:

- Incapacidad para aumentar de peso o retraso en el desarrollo.
 - Fiebre.
 - Irritabilidad.
 - Ausencia de puente nasal (nariz en silla de montar).
 - Erupción cutánea temprana: pequeñas ampollas en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.
 - Erupción cutánea tardía: erupciones; en la cara, palmas de las manos y plantas de los pies, de color cobrizo, planas o abultadas.
 - Erupción en la boca, los genitales y el ano.
 - Secreción nasal acuosa.
- Los síntomas en bebés mayores y niños pequeños, pueden abarcar:
- Dientes anormales mellados y en forma de clavija: llamados dientes de Hutchinson.
 - Dolor de hueso.

- Ceguera.
- Opacidad de la córnea.
- Disminución en la audición o sordera.
- Parches grises, con apariencia de moco, en el ano y en la parte externa de la vagina.
- Inflamación articular.
- Renuencia a mover un brazo o una pierna adolorida.
- Problemas óseos de la parte inferior de la pierna.
- Cicatrización de la piel, alrededor de la boca, los genitales y el ano.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Si se sospecha el trastorno, en el momento del nacimiento, se examinará la placenta en busca de signos de sífilis. Un examen físico del bebé, puede mostrar signos de hinchazón del hígado y del bazo, e inflamación del hueso.

Se hace un examen de sangre de rutina, para sífilis, durante el embarazo. A la madre, se le pueden practicar los siguientes exámenes de sangre:

- Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS).
- Reagina plasmática rápida (RPR).
- Prueba serológica para sífilis (VDRL).

A un bebé o a un niño, se le pueden hacer los siguientes exámenes:

- Radiografía del hueso.
- Examen de los ojos.
- Punción lumbar.
- Examen de campo oscuro: para detectar mejor, bajo un microscopio, las bacterias relacionadas con la sífilis.

Tratamiento:

- La penicilina, se utiliza para tratar todas las formas de sífilis.

Pronóstico:

Muchos bebés, que resultaron infectados a comienzos del embarazo, son mortinatos. El tratamiento de la futura madre, disminuye el riesgo de sífilis congénita en el bebé. Los bebés que resultan infectados, al atravesar la vía del parto, tienen un mejor pronóstico.

Posibles complicaciones

- Ceguera.
- Sordera.
- Deformación de la cara.
- Problemas neurológicos.

1.3. Las neuroectodermosis o facomatosis

1.3.1. La Neurofibromatosis

Noción conceptual:

Trastorno genético, del sistema nervioso, que afecta principalmente el desarrollo y el crecimiento de los tejidos que corresponden a las células neurales.

Nombres alternativos: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Los primeros síntomas de esta enfermedad, pueden aparecer en la infancia y se presentan como manchas "café con leche" o pecas en la axila, neurofibromas subcutáneos y lesiones de distintas evoluciones. No se conoce exactamente por qué unas personas desarrollan la enfermedad muy pronto y otras personas no; incluso, en el seno de la misma familia, el desarrollo tiene una velocidad de crecimiento totalmente distinta y los primeros síntomas, pueden aparecer a los 40 o 50 años e incluso, posterior a esta etapa de la vida.

Se da en familias con hijos poco afectados y padres con gran afectación o viceversa, padres solo con manchas e hijos con mayor afectación. También, se dan casos de familias con gliomas que se reabsorben con el paso del tiempo y lo llamativo, es que le ocurre lo mismo al hijo. Es importante saber que, en la adolescencia y en los embarazos, las lesiones sufren cambios importantes en cuanto a tamaño y cantidad.

La neurofibromatosis, puede ser periférica (NF-1) o central (NF-2) y entre dichos criterios destacan los factores hereditarios, la presencia de distintos tipos de tumores, etc. Además, pueden darse complicaciones sobre el sistema nervioso central y periférico, hipertensión arterial, sangrado u obstrucción intestinal, talla baja, pubertad anormal, escoliosis, alteraciones de la visión, etc.

En la neurofibromatosis periférica, la mutación se produce en el cromosoma 17; mientras que, en la neurofibromatosis central, la mutación se da en el cromosoma 22. La herencia, es autosómica dominante, lo que quiere decir que con tener un gen alterado -de alguno de los padres- aparecerá la enfermedad.

Asimismo, existe un riesgo del 50% de transmitir la enfermedad a cada uno de los hijos. Hasta el momento, se han descrito más de 150 variaciones en la mutación del gen. Existe también la mutación espontánea "de novo", donde los padres no tienen ninguna alteración cromosómica.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Neurofibromatosis periférica (NF-1) o enfermedad de Von Recklinghausen.
- Neurofibromatosis central (NF-2).

Signos y síntomas más frecuentes:

Para la neurofibromatosis periférica:

- Problemas cosméticos.
- Problemas funcionales.
- Pseudoartrosis.
- Baja estatura: debido, especialmente, a deformidades en la columna vertebral.
- Escoliosis.
- Macrocefalia.
- Glioma óptico.
- Tumores cerebrales.
- Tumores en la columna vertebral.
- Estreñimiento crónico.
- Problemas de aprendizaje.
- Retardo mental.
- Sordera.
- Alteraciones del habla.
- Pubertad precoz o tardía.
- Dolor de cabeza.
- Convulsiones.
- Hipertensión.
- Feocromocitoma.
- Picores.
- Cáncer (metástasis).

Para la neurofibromatosis central:

- Parálisis facial.
- Pérdida de visión.
- Problemas cosméticos.
- Problemas motores.
- Pérdida de equilibrio.
- Sordera.
- Pérdida de sensibilidad.
- Dolor de cabeza.

En ambas modalidades o variantes, destacamos:

- Dolor crónico: el dolor de espalda, algunas veces tiene relación con neurofibromas en la columna vertebral que no son fáciles de operar.
- En raras ocasiones, una persona con NF1 puede desarrollar un tumor cerebral llamado astrocitoma.

-Los neurofibromas plexiformes, son otro tipo de tumores benignos que crecen a lo largo de los nervios; al contrario de los neurofibromas típicos de la piel, que crecen como un pequeño y definido nódulo, el neurofibroma plexiforme es más grande y tiene menos definidos los bordes (puede sentirse como un racimo de cuerdas o nudos bajo la piel)

-Hipertensión crónica.

-Daños neurológicos debido a cifoescoliosis severas.

-Amputación debida a pseudoartrosis de tibia.

-Degeneración maligna del neurofibroma plexiforme: tumor en la cubierta del nervio periférico (ocurre en el 10-12%).

-Depresión, debida a la vergüenza provocada por desfiguraciones en el cuerpo y/o rostro.

-Ansiedad y problemas a la hora de relacionarse socialmente: condicionados por reacciones negativas, hacia el enfermo, por parte de las personas de su entorno.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Para diagnosticar un paciente afectado de NF-1, desde el punto de vista clínico, deben cumplir unos criterios diagnósticos y está estipulado que deben cumplir dos o más de los que se detallan a continuación:

-Seis o más manchas "café con leche", mayores de 5 mm de diámetro, en personas antes de la pubertad y mayores de 15 mm, si se miden después de la pubertad.

-Dos o más neurofibromas de cualquier tipo.

-Pecas en las axilas y/o en las ingles.

-Gliomas en vías ópticas.

-Dos o más nódulos de Lisch (hamartomas benignos del iris).

-Una lesión ósea característica (como la escoliosis).

-Pariente de primer grado afectado de NF-1 (padre o hermano).

Para diagnosticar un paciente con NF-2:

-Tumor bilateral del VIII nervio craneal (Vestibulococlear).

-Uno de los padres, un hermano o un hijo, con NF-2 y un tumor del acústico unilateral.

-Uno de los padres, un hermano o un hijo, con NF-2 y dos de las condiciones siguientes: glioma; meningioma; neurofibroma o schwannoma; catarata en edad precoz.

Tratamiento:

Actualmente, no hay cura, solo tratamientos paliativos. Debido a las múltiples manifestaciones de la enfermedad, se recomienda que los afectados lleven un

seguimiento por parte de médicos especialistas, para tratar posibles complicaciones. En ocasiones, se recurre a la cirugía para extirpar tumores que comprimen órganos u otras estructuras. Menos del 10%, desarrolla tumores malignos que deben ser tratados con quimioterapia.

Pronóstico:

Generalmente, es irreversible.

1.3.2. La Esclerosis Tuberosa

Noción conceptual:

Enfermedad genética multi-sistémica, que afecta comúnmente al sistema nervioso central y causa tumores benignos en el cerebro y en otros órganos vitales tales como los riñones, el corazón, los ojos, los pulmones y la piel.

Nombres alternativos:

-La Enfermedad de Bourneville.

-Complejo de esclerosis tuberosa (CET).

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El CET, es causado por defectos o mutaciones en dos genes: TSC1 y TSC2. Solamente, uno de los genes, necesita ser afectado para que ocurra el CET. El gen TSC1, descubierto en 1997, se encuentra en el cromosoma 9 y produce una proteína llamada hamartina. El gen TSC2, descubierto en 1993, se encuentra en el cromosoma 16 y produce la proteína llamada tuberina.

Los científicos, creen que estas proteínas actúan como supresores del crecimiento del tumor; pues derivan agentes que regulan los procesos de proliferación y diferenciación celular, en los cuales las células nerviosas se dividen para formar las nuevas generaciones de células y para adquirir características individuales.

Aunque algunos individuos, pueden heredar el trastorno de un padre que padezca de CET, la mayoría de los casos ocurren por mutaciones espontáneas. En estas situaciones, ninguno de los dos padres tiene el trastorno o alguno, los genes defectuosos. En cambio, el gen defectuoso ocurre primero en el individuo afectado.

En otros casos, el CET es un trastorno dominante autosómico; lo que significa que la enfermedad ocurre a consecuencia de un gen dominante. En esos casos, donde se pasa de un padre al niño, sólo uno de los padres necesita tener el gen para producir la enfermedad en el niño. Si un padre posee el gen del CET, cada descendiente tiene 50% de probabilidad de desarrollar el trastorno. Los niños que heredan el CET, pueden no tener los mismos síntomas que el padre que se lo transmitió y presentar una forma más suave o más severa del trastorno.

Algunos individuos, adquieren el CET a través de un proceso llamado mosaicismo gonadal. Esto significa, que los padres de estos pacientes no presentan defectos evidentes en los dos genes que causan el trastorno. Sin embargo, los padres pueden tener un niño que padezca de CET, porque una parte de una de las células reproductoras de uno de los padres (el esperma o los óvulos) puede contener la mutación genética sin que las otras células del cuerpo estén involucradas.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

El CET, puede afectar cualquiera o todos los sistemas del cuerpo; causando una variedad de signos y de síntomas. Las muestras del trastorno, varían dependiendo de cuáles sistemas y órganos están involucrados. El curso natural del CET varía, de individuo en individuo, con síntomas que pueden ser entre muy leves hasta sumamente graves.

Además de los tumores benignos, que ocurren con frecuencia en el CET, otros síntomas comunes incluyen las convulsiones, el retraso mental, problemas de conducta y anomalías de la piel. Los tumores, pueden crecer en cualquier órgano, pero ocurren más comúnmente en el cerebro, los riñones, el corazón, los pulmones y la piel. Los tumores malignos, son poco frecuentes en el CET; los que ocurren, afectan sobre todo a los riñones.

Los problemas renales, tales como quistes y angiomiolipomas, ocurren entre aproximadamente un 40% a 80% de los individuos que padecen de CET y se presentan generalmente entre las edades de 20 y 30 años. Los quistes, son generalmente pequeños, aparecen en números limitados y no causan ningún problema serio.

Aproximadamente el 2% de los individuos que padecen de CET, desarrollan una gran cantidad de quistes, en un patrón similar al de la enfermedad renal poliquística 2 durante la niñez. En estos casos, la función renal se ve afectada y pueden ocurrir fallas renales serias. En casos raros, los quistes pueden sangrar, conllevando a la pérdida de la sangre y consecuentemente, a la anemia.

También es posible la aparición de angiomiolipomas, que son crecimientos benignos formados por tejido graso y células musculares: los que derivan lesiones renales más comunes del CET. Estos crecimientos, que no son raros ni ocurren únicamente en el CET, se encuentran en aproximadamente una de cada 300 personas que no padecen el CET.

Los angiomiolipomas causados por el CET, se encuentran generalmente en ambos riñones y en la mayoría de los casos no producen ningún síntoma. Sin

embargo, a veces su crecimiento puede ser tal que causan dolores o fallas renales.

Los angiomiolipomas, también pueden generar sangrado, causando dolores y debilidad en el paciente. Si el sangramiento severo no cesa naturalmente, puede haber una pérdida significativa de sangre; dando por resultado una anemia profunda y un descenso peligroso, en el nivel de presión arterial, que requeriría atención médica urgente.

Es posible la aparición, de otros problemas renales poco frecuentes, que incluyen el carcinoma de células renales; este se genera a partir de un angiomiolipoma y los oncocitomas: tumores benignos que afectan únicamente a los individuos que padecen de CET.

Tres tipos, de tumores cerebrales, se asocian al CET: los tubérculos corticales, generalmente formados en la superficie del cerebro y en las áreas profundas del mismo; los nódulos subependimales, que se forman en las paredes de los ventrículos (es decir, en las cavidades del cerebro que están llenas de fluido); y los astrocitomas de células gigantes, un tipo de tumor que puede crecer y bloquear el flujo de líquidos dentro del cerebro, causando una acumulación del líquido y de la presión sanguínea (produciendo dolores de cabeza y visión nublada).

Pueden aparecer los tumores llamados rabdomiomas cardíacos, que se localizan a veces en el corazón de los bebés y de niños o jóvenes que padecen de CET. Si los tumores son grandes o hay tumores múltiples, pueden bloquear la circulación y causar la muerte. Sin embargo, si no causan problemas en el nacimiento, que es cuando los tumores son más grandes en la mayoría de los casos, generalmente no crecen y probablemente no afectan al individuo posteriormente.

Los tumores benignos, llamados facomas, a veces se asocian a este cuadro; localizándose, en los ojos de las personas que padecen de CET, en forma de manchas blancas en la retina. Generalmente, no causan la pérdida u otros problemas de la visión, pero pueden ser utilizados para ayudar a diagnosticar la enfermedad.

Tumores y quistes adicionales, se pueden encontrar en otras áreas del cuerpo; incluyendo, el hígado, el pulmón y el páncreas. Quistes óseos, pólipos rectales, fibromas en las encías y hendiduras dentales, también pueden ocurrir.

Una amplia variedad de anomalías de la piel, pueden ocurrir en individuos que padecen de CET. La mayoría, no causan ningún problema; pero facilitan el diagnóstico. Algunos casos, pueden causar desfiguración y necesitan tratamiento. Las anomalías más comunes de la piel, incluyen:

-Las máculas hipomelánicas ("manchas tipo hojas cenizas"): que son manchas blancas o más claras de la piel, que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y son causadas por una carencia de pigmento de la piel o melanina (la sustancia que le da color a la piel).

-Manchas o puntos rojizos llamados angiofibromas faciales (también llamados adenomas sebáceos): que aparecen en la cara (y a veces se parecen al acné) y están conformados por vasos sanguíneos y tejido fibroso.

-Áreas levantadas y decoloradas, en la frente (llamadas placas de la frente): que son comunes o típicas del CET y pueden ayudar a los médicos a diagnosticar el trastorno.

-Áreas donde la piel es gruesa y grumosa: como mechones en forma de césped, se encuentran generalmente en la parte baja de la espalda o en la nuca.

-Tumores carnosos pequeños, llamados fibromas unguales o subunguales: que crecen alrededor y debajo de las uñas de los dedos del pie o de la mano; si se agrandan o causan sangramiento, podría ser necesaria una operación para removerlos.

-Otras características de la piel, que no son únicas a los individuos que padecen de CET, incluyendo: molluscum fibrosum o granos de la piel, que ocurren típicamente en la parte posterior del cuello y los hombros; marcas café con leche (café au lait) o marcas marrones planas y poliosis; y un mechón, de pelo blanco, que puede aparecer en el cuero cabelludo o en los párpados.

El CET puede causar convulsiones y grados variables de incapacidad mental. Pueden ocurrir convulsiones de todos los tipos, incluyendo: espasmos infantiles; convulsiones tónico-clónicas (también conocidas como convulsiones de alta severidad); o convulsiones tónicas, acinéticas, de ausencia atípica, mioclónicas, parciales, complejas o generalizadas.

Aproximadamente entre la mitad y dos tercios de los individuos que padecen de CET, sufren de incapacidades mentales; que varían desde dificultades de aprendizaje leves, hasta retraso mental severo.

Los problemas de conducta; incluyendo: agresión, rabia repentina, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo y conductas repetitivas, destructivas o autodañinas; pueden ocurrir en niños que padecen de CET. Algunos individuos que padecen de CET, también pueden presentar un trastorno en el desarrollo: conocido como autismo.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

En la mayoría de los casos, la primera pista para reconocer el CET es la presencia de convulsiones o retrasos en el desarrollo. En otros casos, la primera muestra puede ser manchas blanquecinas en la piel (máculas hipomelanóticas).

El diagnóstico del trastorno, se basa en un examen clínico cuidadoso junto con una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética; los cuales, pueden mostrar los tubérculos en el cerebro. El ultrasonido del corazón, el hígado y los riñones, puede mostrar tumores en esos órganos. Los médicos, deben examinar cuidadosamente la piel, para descartar una amplia variedad de características tales como: fibromas unguales en las uñas de los pies y las manos, los dientes y las encías.

Se puede utilizar una lámpara de Wood o luz ultravioleta, para localizar las máculas hipomelanóticas: que son, a veces, difíciles de detectar en bebés y en personas que tienen la piel pálida o clara.

En niños pequeños, puede haber sospecha de CET si presenta rabdomiomas cardíacos o convulsiones (espasmos infantiles) al nacer. Al examinar cuidadosamente la piel y el cerebro, puede ser posible diagnosticar el CET en un bebé muy pequeño. Sin embargo, la mayoría de los diagnósticos, no se realizan sino mucho después; o sea, cuando se presentan las primeras convulsiones y aparecen otros síntomas tales como los angiofibromas faciales.

Tratamiento:

No hay cura para el CET, aunque existe tratamiento para un número de síntomas. Las drogas antiepilépticas, se pueden utilizar para controlar las convulsiones y se pueden prescribir medicamentos para los problemas de conducta.

Los programas de intervención, incluyendo enseñanza especializada y terapia ocupacional, pueden beneficiar a individuos con necesidades especiales y problemas de desarrollo. La cirugía, incluyendo la dermabrasión y el tratamiento con rayos láser, puede ser útil en el tratamiento de las lesiones de la piel.

Debido a que el CET es una condición de por vida, los pacientes necesitan ser supervisados regularmente por un médico; fundamentalmente, para cerciorarse de que están recibiendo los mejores tratamientos posibles. Debido a la gran variedad de síntomas del CET, se recomienda buscar el cuidado de un médico con amplia experiencia en el trastorno.

Pronóstico:

El pronóstico para los individuos que padecen de CET, depende de la severidad de los síntomas; que van desde anormalidades leves de la piel, a diversos grados de incapacidades de aprendizaje y epilepsia, con retraso mental grave, convulsiones incontrolables y fallas renales asociadas. Los pacientes con síntomas leves, generalmente tienen vidas largas y productivas; mientras que los individuos, con casos más severos, pueden tener serios impedimentos.

En casos raros, las convulsiones, infecciones o tumores, en órganos vitales, pueden causar complicaciones en algunos órganos tales como los riñones y el cerebro: las que pueden conducir a dificultades graves e incluso, a la muerte. Sin embargo, con asistencia médica apropiada, la mayoría de los individuos que sufren de este trastorno pueden aspirar a tener una esperanza de vida normal.

1.3.3. La Angiomatosis Cerebral Encefalotrigeminal

Noción conceptual:

Trastorno poco común, que se caracteriza por una marca de nacimiento conocida como hemangioma plano (presente usualmente en la cara) y por problemas neurológicos.

Nombre alternativo:

-La Enfermedad de Sturge-Weber.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Se desconoce la causa de la enfermedad de Sturge-Weber. No se cree que se transmita de padres a hijos (hereditario).

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Hemangioma plano (más común en la cara que en el cuerpo).

-Convulsiones.

-Parálisis o debilidad en un lado.

-Problemas de aprendizaje.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El glaucoma, puede ser un signo de la afección. Los exámenes pueden abarcar:

-Radiografías.

-Resonancia magnética.

-Tomografía axial computarizada.

Tratamiento:

El tratamiento, se basa en los signos y síntomas del paciente y puede abarcar:

-Medicamentos: anticonvulsivos para las convulsiones.

-Gotas para los ojos o cirugía para tratar el glaucoma.

-Terapia con láser: para el hemangioma plano.

-Fisioterapia: para la parálisis o la debilidad.

-Posible cirugía del cerebro: para prevenir convulsiones.

Pronóstico:

La mayoría de los casos de Sturge-Weber, no son potencialmente mortales. La calidad de vida del paciente, depende de qué tan bien se puedan prevenir o tratar los síntomas.

Los pacientes necesitarán acudir a un oftalmólogo, al menos una vez al año, para tratar el glaucoma. Igualmente, deberán visitar a un neurólogo para el tratamiento de las convulsiones y otros síntomas neurológicos.

Posibles complicaciones:

- Crecimiento anormal de vasos sanguíneos en el cráneo.
- Crecimiento continuo del hemangioma plano.
- Retrasos en el desarrollo.
- Problemas emocionales y de la conducta.
- Glaucoma: que puede llevar a la ceguera.
- Parálisis.
- Convulsiones.

1.4. Los trastornos endocrinometabólicos

1.4.1. El Hipotiroidismo Neonatal

Noción conceptual:

Trastorno, causado por la disminución o no producción de la hormona tiroidea, en un recién nacido.

Nombre alternativo:

- Cretinismo.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El hipotiroidismo, en el recién nacido, puede ser causado por:

- Ausencia o desarrollo anormal de la glándula tiroidea.
- Insuficiencia hipofisaria para estimular la tiroidea.
- Formación defectuosa o anormal de las hormonas tiroideas.

El desarrollo incompleto de la tiroidea, es el defecto más común y ocurre en aproximadamente 1 caso por cada 3000 nacimientos: afectando dos veces más a las niñas que a los niños.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Hipotiroidismo congénito: si el bebé nació con esta afección.
- Hipotiroidismo adquirido en el período neonatal.

Signos y síntomas más frecuentes:

La mayoría de los bebés afectados, presentan pocos o ningún síntoma debido a que únicamente tienen una leve deficiencia de la hormona tiroidea. Sin embargo,

los bebés muy afectados por el hipotiroidismo, a menudo suelen tener una apariencia característica; cuyos síntomas, pueden ser:

- Cara de apariencia hinchada.
- Mirada triste.
- Lengua larga, que sobresale de la boca.

Esta apariencia, generalmente se desarrolla a medida que progresa la enfermedad. El niño, también puede presentar:

- Cabello seco y frágil.
- Baja implantación del cabello.
- Ictericia.
- Mala alimentación.
- Episodios de asfixia.
- Falta de tono muscular (bebé hipotónico).
- Estreñimiento.
- Somnolencia.
- Lentitud.
- Estatura baja.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Un examen físico puede revelar:

- Fontanelas (puntos blandos en el cráneo) anormalmente grandes.
- Manos anchas, con dedos cortos.
- Disminución del tono muscular.
- Insuficiencia en el crecimiento.
- Voz o llanto ronco.
- Brazos y piernas cortas.
- Huesos del cráneo ampliamente separados.

Los exámenes de sangre, se hacen para verificar la función de la tiroides. Otros exámenes que se pueden hacer, abarcan:

- Gammagrafía de la tiroides.
- Radiografía de los huesos largos.

Tratamiento:

Es muy importante, hacer un diagnóstico precoz. La mayoría de los efectos del hipotiroidismo, son fácilmente reversibles.

La terapia de reemplazo con tiroxina, es el tratamiento estándar del hipotiroidismo. Una vez que se comienza la administración del medicamento, se hacen exámenes de sangre en forma regular, para asegurarse de que los niveles estén dentro de un rango normal.

Pronóstico:

El diagnóstico muy precoz, generalmente lleva a un buen desenlace clínico. Los recién nacidos que son diagnosticados y tratados, durante el primer mes, más o menos suelen desarrollar una inteligencia normal.

Sin tratamiento, el hipotiroidismo leve puede llevar a que se presente retardo mental severo y retraso en el crecimiento. El desarrollo crítico, del sistema nervioso, tiene lugar en los primeros meses después del nacimiento. La deficiencia de la hormona tiroidea, puede ocasionar daño irreversible.

Complicaciones:

- Retardo mental.
- Retraso en el crecimiento.
- Problemas cardíacos.

1.4.2. La Enfermedad de Niemann-Pick

Noción conceptual:

Trastorno hereditario, en el que las sustancias grasas “llamadas lípidos” se acumulan en las células del bazo, del hígado y del cerebro.

Nombre alternativo:

- Deficiencia de esfingomielinasa.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Existen cuatro formas de la enfermedad, comúnmente reconocidas y son los Grupos A, B, C y D. Los Grupos A y B, se denominan tipo I; mientras que los Grupos C y D, se conocen como tipo II.

Cada tipo, involucra diferentes órganos y puede o no comprometer al sistema nervioso central y al aparato respiratorio. Asimismo, cada tipo puede causar diferentes síntomas y puede ocurrir en diferentes momentos a lo largo de la vida: desde la infancia hasta la adultez.

Los Grupos A y B, de la enfermedad de Niemann-Pick, ocurren cuando las células en el cuerpo carecen de una enzima llamada esfingomielinasa ácida (ASM, por sus siglas en inglés). Esta enzima, ayuda a descomponer (metabolizar) una sustancia grasa llamada esfingomielina, que se encuentra en cada célula del cuerpo.

Si falta la ASM o no trabaja apropiadamente, la esfingomielina se acumula en el interior de las células; lo cual lleva a la muerte celular y dificulta el funcionamiento apropiado de los órganos. El Grupo A, ocurre en todas las razas y grupos étnicos, pero las mayores tasas se observan en la población judía asquenazí (Europa Oriental).

El Grupo C, de la enfermedad de Niemann-Pick, ocurre cuando el cuerpo no puede descomponer apropiadamente el colesterol y otros lípidos (grasas); lo cual lleva a la presencia de demasiado colesterol en el hígado y en el bazo, al igual que cantidades excesivas de otros lípidos en el cerebro (puede haber reducción, de la actividad de la ASM, en algunas células). Este Grupo C, de la enfermedad, ha sido reportado en todos los grupos étnicos; pero es más común entre puertorriqueños de ascendencia española.

El Grupo D, de la enfermedad de Niemann-Pick, involucra un defecto que interfiere con el movimiento del colesterol entre las células cerebrales y ahora se cree que es una variante del Grupo C. Este grupo de la enfermedad, sólo se ha encontrado en la población francocanadiense del condado de Yarmouth, Nueva Escocia.

Se ha sugerido que hay una forma de la enfermedad de Niemann-Pick, de inicio en la vida adulta y algunas veces, se la llama el Grupo E de la enfermedad.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Tipo I: involucra a los Grupos A y B de la enfermedad.
- Tipo II: involucra a los Grupos C y D de la enfermedad; e incluso, acoge al llamado grupo E.

Signos y síntomas más frecuentes:

La enfermedad de Niemann-Pick Grupo A, comienza en los primeros meses de vida y entre los síntomas se pueden mencionar:

- Hinchazón abdominal (área ventral): dentro de los 3 a los 6 meses.
- Mancha rojo fresa en el ojo.
- Dificultades de alimentación.
- Pérdida de las habilidades motrices tempranas (empeora con el tiempo).

Los síntomas del Grupo B, de esta enfermedad, generalmente son más leves y ocurren hacia el final de la infancia o la adolescencia. La hinchazón del abdomen, se puede observar en la niñez temprana; pero casi no hay compromiso neurológico, como pérdida de las habilidades motrices. Algunos pacientes, pueden presentar infecciones respiratorias frecuentes.

La enfermedad de Niemann-Pick Grupo C, por lo general afecta a los niños de edad escolar; pero puede ocurrir en cualquier momento, desde la infancia temprana hasta la adultez. Entre los síntomas, se pueden mencionar:

- Dificultad para ubicar las extremidades (distonía).
- Agrandamiento del bazo.
- Agrandamiento del hígado.
- Ictericia al nacer (o poco después).
- Dificultades de aprendizaje y declive intelectual progresivo (demencia).

- Convulsiones.
- Mala pronunciación y habla irregular.
- Pérdida súbita del tono muscular, que puede llevar a caídas (cataplejía).
- Temblores.
- Dificultad con los movimientos oculares: hacia arriba y hacia abajo (parálisis visual supranuclear vertical).
- Marcha inestable, torpeza, problemas al caminar (ataxia).

Los síntomas del Grupo D, son similares al Grupo C.

El Grupo E, ocurre en adultos y sus síntomas comprenden hinchazón del bazo y problemas neurológicos; pero se sabe poco acerca de este extraño Grupo de la enfermedad de Niemann-Pick.

Los síntomas y el progreso de la enfermedad, de todas las formas de Niemann-Pick, varían de una persona a otra y ningún síntoma individual se debe usar para incluir o excluir el diagnóstico de esta afección: dado que otras enfermedades más comunes, pueden causar síntomas similares a la Enfermedad de Niemann-Pick.

Una persona, en las etapas iniciales de la enfermedad, puede exhibir sólo unos pocos síntomas y no todo síntoma, se observa en las etapas avanzadas de la enfermedad.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Las enfermedades de Niemann-Pick, que corresponden a los Grupos A y B, se diagnostican midiendo la cantidad de esfingomielinasa ácida en los glóbulos blancos. El examen, se puede realizar utilizando una muestra de sangre o de médula ósea. Dicho examen, puede determinar quién tiene la enfermedad; pero no revela quiénes pueden ser los portadores. Sin embargo, se pueden realizar pruebas de ADN para diagnosticar los portadores de los Grupos A y B.

Generalmente, se utiliza una biopsia para diagnosticar los Grupos C y D de la enfermedad de Niemann- Pick. Los científicos, observarán en el laboratorio la forma como proliferan las células cutáneas y estudiarán la forma como movilizan y almacenan el colesterol. Las pruebas de ADN, también se pueden hacer para buscar los dos genes que causan el Grupo C de esta enfermedad.

Los exámenes adicionales, podrían comprender:

- Examen ocular con lámpara de hendidura.
- Biopsia del hígado o aspiración de médula ósea.
- Pruebas de esfingomielinasa.

Tratamiento:

En este momento, no hay un tratamiento efectivo para el Grupo A de esta enfermedad. Los trasplantes de médula ósea, se han llevado a cabo en unos

pocos pacientes con el Grupo B de la enfermedad y los resultados son alentadores. Las investigaciones continúan, estudiando posibles tratamientos: incluyendo terapia de reemplazo enzimático y terapia génica.

No hay tratamiento específico, para los Grupos C y D de la enfermedad de Niemann-Pick. Se recomienda una dieta saludable, baja en colesterol, aunque las investigaciones en dietas bajas en colesterol e hipocolesterolemiantes no muestran que estos métodos detengan el progreso de la enfermedad o cambien la forma como las células descomponen el colesterol. Sin embargo, hay disponibilidad de medicamentos para controlar o aliviar muchos síntomas: como la cataplejía y las convulsiones.

Pronóstico:

El Grupo A, de Niemann-Pick, es una enfermedad severa que por lo general conduce a la muerte hacia los 2 a 3 años de edad; mientras que los pacientes, con el Grupo B, pueden vivir hasta finales de la infancia o hasta la adultez.

Un niño, que presenta signos del Grupo C antes de un año de edad, puede no vivir hasta la edad escolar. Los niños que presentan síntomas, después de ingresar a la escuela, pueden vivir hasta la mitad o el final de su adolescencia y pocos sobreviven hasta los 20 años.

Complicaciones:

-Daños cerebrales, con grados variables de retardo mental y retraso en el desarrollo de las destrezas físicas.

-Ceguera.

-Sordera.

-Muerte.

1.4.3. La Enfermedad de Gaucher

Noción conceptual:

Trastorno genético poco común, en el cual una persona carece de una enzima llamada glucocerebrosidasa.

Nombre alternativo:

-Deficiencia de glucosilceramidasa.

-Deficiencia de glucocerebrosidasa.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La enfermedad de Gaucher, es un trastorno hereditario que afecta a un estimado de 1 por cada 50000 a 1 por cada 100000 personas, en la población general. La población de mayor riesgo de ser afectada, son los judíos oriundos de Europa Central y Oriental (asquenazíes).

Es una enfermedad autosómica recesiva; lo que significa, que la madre y el padre tendrían que transmitirle una copia anormal del gen al niño, para que este desarrolle la enfermedad. El padre, que porta silenciosamente una copia anormal del gen, se denomina portador.

La falta de la enzima glucocerebrosidasa, hace que se acumulen sustancias dañinas en el hígado, el bazo, los huesos y la médula ósea. Estas sustancias, impiden que células y órganos funcionen apropiadamente.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

Existen tres subtipos de la enfermedad de Gaucher:

-La enfermedad tipo 1: es la más común e involucra enfermedad ósea, anemia, agrandamiento del bazo y trombocitopenia (esta enfermedad afecta tanto a los niños como a los adultos y es más común en la población judía asquenazí).

-La enfermedad tipo 2: generalmente comienza durante la lactancia, con un compromiso neurológico grave y es una forma que puede llevar a una muerte rápida y temprana.

-La enfermedad tipo 3: puede causar problemas en el hígado, el bazo y el cerebro, pero los pacientes pueden vivir hasta la edad adulta.

Signos y síntomas más frecuentes:

Los síntomas, varían dependiendo del tipo de la enfermedad; pero pueden incluir:

- Dolor y fracturas óseas.
- Deterioro cognitivo.
- Tendencia a la formación de hematomas.
- Agrandamiento del bazo (esplenomegalia).
- Agrandamiento del hígado (hepatomegalia).
- Fatiga.
- Problemas con las válvulas cardíacas.
- Enfermedad pulmonar.
- Convulsiones.
- Hinchazón (edema) grave al nacer.
- Cambios cutáneos.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El médico llevará a cabo un examen físico. El paciente puede presentar signos de hinchazón del hígado y el bazo, cambios óseos, enfermedad pulmonar, problemas con los movimientos del ojo, problemas cardíacos o pérdida de la audición.

Se pueden realizar los siguientes exámenes:

- Examen de sangre: para buscar actividad enzimática.
- Aspiración de médula ósea.
- Biopsia del bazo.
- IRM.
- TAC.
- Radiografía del esqueleto.
- Pruebas genéticas.

Tratamiento:

Hay disponibilidad de la terapia de reemplazo enzimático. En los casos graves, se puede necesitar un trasplante de médula ósea.

Pronóstico:

La recuperación de una persona, depende del subtipo de la enfermedad. La forma infantil, de esta enfermedad, puede conducir a la muerte temprana y la mayoría, de los niños afectados, muere antes de los 5 años de edad.

Los adultos con el tipo 1 de la enfermedad, pueden esperar una expectativa de vida normal, con la terapia de reemplazo enzimático.

Complicaciones:

- Convulsiones.
- Anemia.
- Trombocitopenia.
- Problemas óseos.

1.5. Las malformaciones congénitas

1.5.1. La Espina Bífida

Noción conceptual:

Malformación del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea.

Nombre alternativo: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La principal causa de la espina bífida, es la deficiencia de ácido fólico en la madre durante los meses previos al embarazo y en los tres meses siguientes: aunque existe un 5% de los casos cuya causa es desconocida. También se piensa que la espina bífida tiene un componente hereditario, aunque lo que se heredaría sería la dificultad de la madre para procesar el ácido fólico. Básicamente existen dos tipos de espina bífida: la espina bífida oculta y la espina bífida abierta o quística.

Habitualmente, la espina bífida proviene de la unión de una predisposición genética y factores ambientales. Entre las causas ambientales podemos señalar:

-El 95% de los casos, se debe a un déficit de folatos en la madre, en los momentos previos o inmediatamente posteriores a producirse el embarazo.

-Tratamiento materno con fármacos: ácido valproico (anticonvulsionante), etetrinato (tratamiento para la psoriasis y el acné), carbamazepina (tratamiento psiquiátrico) y medicamentos hormonales.

-Déficit de vitaminas en la madre: especialmente ácido fólico (B9) y B12.

-Causa genética: las madres que ya han tenido un hijo con espina bífida, tienen más riesgo de que también aparezca en los siguientes hijos.

-Gripe materna en el primer trimestre del embarazo.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Espina bífida oculta: aparece un pequeño defecto o abertura en una o más vértebras.

-Espina bífida abierta o quística: es el tipo más grave y la lesión suele apreciarse claramente como un abultamiento, en forma de quiste, en la zona de la espalda afectada; se distinguen varios tipos:

A) Meningocele y lipomeningocele: son las formas menos frecuentes; una o más vértebras presentan una abertura de la que asoma un quiste lleno de líquido cefalorraquídeo, que contiene parte de las meninges pero no los nervios espinales; sus secuelas son menos graves, tanto en las funciones locomotoras como urinarias.

B) Mielomeningocele: es la variante más grave y más frecuente; el quiste contiene tanto las membranas, como las raíces nerviosas de la médula espinal y a menudo, la médula en sí (ocasionalmente, la médula espinal y los nervios quedan al descubierto; por lo que es necesario cerrar quirúrgicamente la abertura en cuanto el bebé nazca, para evitar una infección).

C) Mielosquisis o raquisquisis: es el tipo más grave, ya que se produce antes de los 28 días de gestación; en ocasiones, los pliegues neurales no se elevan y persisten en la forma de una masa aplanada de tejido nervioso (en estos casos, la médula espinal del área afectada queda abierta por la falta de fusión de los pliegues neurales).

Signos y síntomas más frecuentes:

Suele haber un daño neurológico, que causa por lo menos un poco de parálisis en las piernas. Muchas personas, con espina bífida, necesitarán dispositivos de ayuda como son: los aparatos ortopédicos, muletas o sillas de ruedas. En general, cuanto más alta se encuentre la vértebra o vértebras afectadas, más graves serán las consecuencias; dichas complicaciones pueden incluir:

-Hidrocefalia: es la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el cerebro (la acumulación excesiva de LCR, ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro).

-Otros trastornos neurológicos, ligados normalmente a la hidrocefalia:

A) La Enfermedad de Arnold-Chiari: malformación que deriva de un defecto estructural del cerebelo, que se produce cuando parte del mismo se encuentra ubicado por debajo del foramen magno; consiste, en una herniación a través del agujero occipital y hacia el canal vertebral, con una proyección en forma de lengua y un simultáneo desplazamiento inferior del vermis

B) Siringomielia: daño a la médula espinal, debido a la formación de un área llena de líquido cefalorraquídeo dentro de la misma médula.

-Dificultades de visualización, memoria y concentración.

-Alteraciones del aparato locomotor: debilidad muscular o parálisis, deformidades y disminución o pérdida de la sensibilidad por debajo de la lesión.

-Trastornos del sistema génito-urinario: alteraciones del control urinario e intestinal, que pueden dar lugar a una incontinencia vesical y/o fecal o por el contrario, una retención de uno o ambos tipos; son frecuentes, las infecciones urinarias por un deficiente vaciamiento vesical: por lo que deben recurrir, en muchos casos, a sondaje vesical intermitente.

-Otras secuelas físicas que pueden darse: pubertad precoz; criptorquidia (testículos mal descendidos); obesidad por escasa movilidad; alergia a materiales de látex, por la exposición a este material en las frecuentes hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Se pueden realizar pruebas de diagnóstico durante el embarazo, para detectar un posible caso de espina bífida en el feto. Las pruebas incluyen las siguientes:

-Análisis de sangre: se recomienda la sugerencia de un análisis de sangre durante las 15 y las 20 semanas, a todas las mujeres embarazadas que nunca tuvieron un hijo con una anomalía congénita del tubo neural abierto y que no tienen antecedentes familiares de la anomalía; este análisis de sangre, mide los niveles de la alfa-fetoproteína (AFP) y otros marcadores bioquímicos en la sangre de la madre, para determinar si su embarazo corre riesgo de una anomalía congénita del tubo neural abierto.

-Ecografía prenatal: técnica de diagnóstico por imágenes, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos; las ecografías, se utilizan para ver el funcionamiento de los órganos internos y evaluar el flujo sanguíneo a través de diversos vasos (a través de esta, se puede detectar una anomalía congénita del

tubo neural abierto y se puede utilizar para examinar los órganos y los sistemas y aparatos del cuerpo del feto).

-Amniocentesis: procedimiento, que consiste en insertar una aguja larga y delgada a través de la pared abdominal de la madre y dentro del saco amniótico, para extraer una muestra pequeña de líquido amniótico con el fin de examinarlo; el examen, se realiza para determinar la presencia o la ausencia de una anomalía congénita del tubo neural abierto, tomando en cuenta que las anomalías -pequeñas o cerradas- pueden no detectarse con esta prueba.

Tratamiento:

No existe una cura. El tratamiento se enfoca en las complicaciones y puede incluir cirugía, medicinas y fisioterapia. Tomar ácido fólico, puede disminuir el riesgo de tener un bebé con espina bífida; este se encuentra en la mayoría de los multivitamínicos. Las mujeres en edad fértil, deben tomarlo diariamente.

Pronóstico:

Con tratamiento, la expectativa de vida no se ve gravemente afectada. El daño neurológico, con frecuencia es irreversible. Se pueden desarrollar nuevos problemas, dentro de la médula espinal, posteriormente en la vida; sobre todo después de que el niño empieza a crecer rápidamente durante la pubertad. Esto puede llevar a más pérdida de la función, así como también problemas ortopédicos como escoliosis, deformidades del pie o del tobillo, caderas dislocadas y tensión o contracturas de la articulación.

1.5.2. El Cráneo Bífido

Noción conceptual:

Malformación del tubo neural, que se caracteriza por la herniación o protrusión de parte del encéfalo y de las meninges, a través de un defecto craneal (si solamente protruyen las meninges, se denomina meningocele craneal; mientras que, si protruye el ventrículo, se denomina meningoencefalocelo).

Nombre alternativo:

-Encefalocelo.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El encefalocelo, es el defecto abierto del tubo neural menos frecuente. Como promedio, se presenta entre un caso de cada 2000 a 6000 nacidos vivos; pero su incidencia varía considerablemente según los diferentes estudios: siendo al parecer, más frecuente en México, en países de origen celta y en ciertos países del sureste asiático como Indonesia, Malasia y Tailandia (donde llegan a alcanzar una frecuencia de uno por cada 5000 nacidos vivos).

Aunque todavía se desconoce su mecanismo de producción, se implican factores genéticos y se estima que aproximadamente el 10% de los defectos del tubo neural, son causados por mutaciones genéticas o alteraciones cromosómicas; ya que se ha visto, una alta incidencia, en hermanos de niños con esta enfermedad.

El contenido típico de la herniación, obedece a la presencia de líquido cefalorraquídeo y de tejido neural, que se conectan al cerebro a través de un estrecho pedículo; la cubierta del saco herniario, puede variar desde una capa bien formada con piel y cabellos, a una delgada capa meníngea: de ahí, que la lesión puede estar totalmente cubierta por piel o alternar con zonas desprovistas de esta, que dejan el tejido nervioso al descubierto.

Los encefalocelos, se localizan en la región occipital en el 75% de los casos y en menor proporción, alrededor del 15%, pueden localizarse en la región parietal, frontal y sincipital (sincipucio, es la parte antero superior de la cabeza): estos últimos, se subclasifican -por su localización- en naso-frontal, naso-etmoidal y naso-orbital.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Forma aislada.

-Asociado a otras anomalías del sistema nervioso central:

A) Hidrocefalia: exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR), por circulación y absorción deteriorada del mismo.

B) Microcefalia: trastorno poco común, caracterizado por bóveda craneal y encéfalo pequeños, respecto a una cara de tamaño normal (a su opuesto, se le denomina macrocefalia).

C) Holoprosencefalia: anomalía relativamente frecuente, que consiste en un prosencéfalo pequeño; muchas veces, con fusión de los ventrículos laterales.

D) Hidranencefalia: anomalía muy poco frecuente, caracterizada por la ausencia de hemisferios cerebrales o representados, por sacos membranosos, con restos de corteza cerebral dispersa sobre las membranas.

E) Exencefalia: exposición de la mayoría del encéfalo embrionario, que aparece como una masa vascular esponjosa debido a la degeneración del tejido nervioso por una estructura y vascularización anómalas (también se le reconoce como: craneorraquisquisis, anencefalia y/o meroanencefalia).

F) Lisencefalia: trastorno poco común de la formación del cerebro, caracterizado por la microcefalia y una ausencia de las circunvoluciones (pliegues) normales del cerebro.

-Asociado a otras malformaciones congénitas:

A) Displasia frontonasal: aumento de la muerte celular o disminución de la proliferación celular, en la región frontonasal, dando lugar a diversos defectos mediofaciales.

B) Síndrome de bandas amnióticas: trastorno que se presenta en el recién nacido, en el que hay anillos o bandas de contracción, que causan depresiones en el tejido blando que rodea los dedos, las extremidades o miembros y en ocasiones, el cuello, el tórax o el abdomen.

-Asociado a algunas cromosomopatías:

A) Trisomía 18: la trisomía 18, es un síndrome relativamente común y es tres veces más frecuente en las niñas que en los niños; el síndrome, es causado por la presencia de un material adicional del cromosoma 18, que interfiere con el desarrollo normal.

B) Trisomía 13: la trisomía 13, también conocida como el síndrome de Patau, es un trastorno genético en el cual una persona tiene tres copias de material genético del cromosoma 13, en lugar de las dos copias normales y se produce una afectación del desarrollo humano.

C) Delección 13q: enfermedad cromosómica rara, en el cual falta una porción del brazo largo que corresponde al cromosoma 13; se evidencia al nacimiento y se caracteriza por el bajo peso, las malformaciones craneofaciales (cabeza y cara), las anomalías del ojo, los defectos en manos y pies, y la presencia de un micropene.

D) Delección 16q: delección que incluye el gen que codifica para la paraplejia; esta mutación se ha visto asociada, a través de estudios de biopsias musculares con análisis de inmunofluorescencia y otros experimentos reconocidos, a defectos en la fosforilación oxidativa al nivel mitocondrial, que sugiere así un mecanismo para la neurodegeneración en las paraparesias espásticas hereditarias.

-Asociado a síndromes polimalformativos:

A) Síndrome de Walker Warburg: enfermedad congénita del desarrollo, de muy baja incidencia y de tipo hereditario.

B) Síndrome de Meckel: patología hereditaria, en la cual se incluye la aparición de malformaciones fetales que son letales.

C) Criptoftalmía de Fraser: síndrome autosómico recesivo, que cursa con sindactilia, anomalías urogenitales, microftalmía y ojos cubiertos completamente por la piel de la frente; los globos oculares, pueden palparse a través de la piel y en los casos unilaterales, el ojo no afectado puede presentar un coloboma palpebral, buftalmos y anomalías lenticulares.

D) Síndrome de Knobloch: variedad de problemas de estructura ósea, en brazos o piernas (extremidades).

E) Embriofetopatía por Warfarina: embriofetopatía causada por agentes con un alto riesgo teratogénico.

Signos y síntomas más frecuentes:

Las manifestaciones clínicas, dependen de la zona del cerebro herniada; siendo, las más frecuentes:

- Alteraciones visuales.
- Microcefalia (cabeza anormalmente pequeña).
- Retraso mental.
- Crisis convulsivas.
- Manifestaciones nasales y auditivas.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El diagnóstico de sospecha clínico, se refuerza mediante la maniobra de iluminación del saco; que puede poner de manifiesto la presencia de tejido neural. Esta indicado realizar una radiografía simple de cráneo y de columna cervical, para definir la anatomía de las vértebras y una resonancia magnética nuclear, para conocer el contenido del saco herniario.

La evaluación correcta de un encefalocele, debe incluir un examen físico completo para detectar otras patologías posiblemente asociadas; así como la práctica de “doppler-color”, que permite apreciar estructuras vasculares en su interior.

El diagnóstico diferencial, debe tener en cuenta el higroma quístico (en el que no existe ningún defecto óseo), el edema de la calota, teratomas (tumores mixtos complejos, en los que los tejidos múltiples se disponen en órganos diferenciados) y otras anomalías congénitas como: anencefalia, hendidura quística branquial, hemangioma y sarcoma mesenquimático; en los casos de encefalocele frontal, hay que diferenciarlo del dacriocistocele (quiste del conducto lagrimal) o de un teratoma nasal.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico y debe ser abordado interdisciplinariamente. La mayoría de los encefalocelos deben corregirse, incluso los más grandes; ya que puede eliminarse sin provocar incapacidad funcional importante: siendo necesaria la corrección quirúrgica urgente cuando la lesión es abierta; es decir, cuando no está cubierta por piel.

La prevención de los defectos en el tubo neural, se consigue mediante tratamiento con suplementos orales diarios de ácido fólico; los que deben ser suministrados durante el tiempo que transcurre entre la planificación del embarazo

y la semana 12 de gestación: por lo que se aconseja, comenzar este tratamiento, desde el momento en el que se pretenda un embarazo.

Pronóstico:

El pronóstico, es variable en función del tamaño, la localización y el tipo de tejido cerebral herniado; así como del tipo y de la severidad de las malformaciones asociadas. Los lactantes, con encefalocele, tienen más riesgo de presentar una hidrocefalia (acumulación de líquido en el encéfalo) por estenosis (estrechez patológica de un conducto) del acueducto, una malformación de Chiari, o un síndrome de Dandy Walker.

Aproximadamente, la mitad de los pacientes con encefalocele occipital, pueden presentar una inteligencia normal o levemente disminuida. Los encefalocelos parietales, siempre están asociados a otras malformaciones cerebrales y el 40% de los casos, presentan retraso mental. En términos generales, la supervivencia varía según las series publicadas y oscila entre un 60% hasta un 80 o 90% en los casos más favorables; siendo mejor, cuando el encefalocele es anterior: la presencia de hidrocefalia, empeora el pronóstico.

Capítulo 2: Trastornos degenerativos y lesiones inducidas por traumas, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano

2.1. Trastornos degenerativos tratables

2.1.1. La Hidrocefalia Normotensiva

Noción conceptual:

Trastorno cerebral, que provoca la pérdida de algunas o todas las funciones cerebrales, controladas por el área del cerebro afectada, debido al bloqueo y a la acumulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) que presiona, a su vez, el tejido cerebral.

Nombres alternativos:

- Hidrocefalia en adultos.
- Hidrocefalia comunicante.
- Hidrocefalia idiopática.
- Hidrocefalia obstructiva extraventricular.
- Hidrocefalia normotensa.
- Hidrocefalia de presión normal.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La hidrocefalia normotensiva (NPH, por sus siglas en inglés), puede ser un trastorno reversible o tratable. Se cree que representa aproximadamente el 5% de todas las demencias y sus síntomas, a menudo, comienzan gradualmente.

La hidrocefalia normotensiva, es una forma de hidrocefalia, también conocida como "agua en el cerebro"; lo que significa, que hay demasiado líquido comprimiendo este órgano. Esta afección, puede ocurrir sin causa identificable o por alguna dolencia en donde haya obstrucción del flujo que corresponde al líquido cefalorraquídeo (LCR). Este líquido, se produce en cantidades normales en esta enfermedad, pero no puede ser reabsorbido de manera normal.

Los ventrículos (cámaras llenas de líquido) del cerebro, se agrandan para acomodar el gran volumen del líquido cefalorraquídeo; por lo que la presión del LCR, al ser medida por medio de una punción lumbar, permanece normal. El tejido cerebral, se daña o se destruye a causa de la compresión ejercida por los ventrículos llenos de líquido. Si la causa se identifica y se puede corregir, los síntomas se pueden contrarrestar o al menos evitar que empeoren. Pero si no se identifica la causa, el trastorno es -a menudo- progresivo.

Los factores de riesgo, abarcan trastornos que pueden causar obstrucción del flujo que corresponde al líquido cefalorraquídeo; tales como: la lesión craneana cerrada, cirugía en el cerebro (craneotomía), meningitis o infecciones similares y hemorragia subaracnoidea (sangrado de un vaso sanguíneo o aneurisma en el cerebro).

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Por lesión craneana cerrada.
- Por cirugía en el cerebro.
- Por meningitis e infecciones similares.
- Por hemorragia subaracnoidea o sangrado de un vaso sanguíneo.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Cambios en la marcha, que incluye: debilidad en las piernas, incapacidad para empezar a caminar, marcha inestable y caídas súbitas, sin pérdida del conocimiento u otros episodios de caídas.

-Incontinencia urinaria o intestinal: pérdida del control sobre la función.

-Pérdida de alguna o de todas las funciones cerebrales: fundamentalmente del movimiento, la sensibilidad, la percepción, los procesos básicos del pensamiento, la atención, la memoria y el lenguaje.

-Estado de ánimo inalterable: retraimiento, falta de espontaneidad, apatía e indiferencia.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-Examen físico: muestra, cambios en la marcha (forma de caminar), relacionados con el daño dentro del cerebro; los reflejos tendinosos profundos, pueden aumentar en la parte inferior de las piernas.

-Punción lumbar (punción espinal): puede mostrar una presión normal del LCR en la columna.

-Una TAC o IRM de la cabeza: puede mostrar los cambios que indican la hidrocefalia normotensiva.

-Una cisternogramgrafía (gammagrafía, que utiliza radiactividad, para diagnosticar problemas en la circulación del líquido cefalorraquídeo): puede

mostrar cambios de la circulación intracerebral o reflujo del líquido cefalorraquídeo dentro de los ventrículos.

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento, es mejorar los síntomas. El tratamiento de elección es la creación quirúrgica de una derivación que desvíe el líquido cefalorraquídeo alrededor de la obstrucción y lo devuelva a la circulación.

El tratamiento sintomático, puede variar, dependiendo de los síntomas que se presenten y del grado de alivio que dicho tratamiento proporcione.

Pronóstico:

Sin intervención médica, el pronóstico es desalentador: los síntomas progresan y la enfermedad ocasiona la muerte (significa, que constituye una enfermedad tratable).

El tratamiento quirúrgico, mejora los síntomas en un 50% de los casos, con el mejor pronóstico (resultado probable) para aquellas personas con síntomas mínimos. Otras personas, pueden desarrollar diversos grados de discapacidad antes de morir.

2.1.2. El mal de Parkinson

Noción conceptual:

Trastorno cerebral, lentamente progresivo, que afecta el movimiento, el control muscular y el equilibrio.

Nombres alternativos:

- Parálisis agitante.
- Parálisis con temblor.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La enfermedad, parte del proceso patológico que se desarrolla a medida que las células son destruidas en ciertas partes del tallo cerebral: particularmente, la masa de células en media luna; conocida como sustancia negra. Las células nerviosas, en la sustancia negra, envían fibras a los tejidos localizados en ambos lados del cerebro y allí, las células liberan neurotransmisores esenciales que ayudan a controlar el movimiento y la coordinación.

El mal de Parkinson, fue descrito por primera vez por el doctor James Parkinson en Inglaterra (1817). Afecta aproximadamente a 2 de cada 1000 personas y aparece, frecuentemente, después de los 50 años de edad; aunque en ocasiones se presenta en adultos jóvenes y pocas veces en niños. Este mal, afecta tanto a hombres como a mujeres y es uno de los trastornos neurológicos más comunes en las personas de edad avanzada.

En algunos casos, la enfermedad se presenta en familias: en especial, cuando afecta a los jóvenes. La mayoría de los casos, que ocurren a una edad avanzada, no tienen una causa conocida.

El mal de Parkinson, se presenta por la destrucción gradual de las células nerviosas de la parte del cerebro que controla el movimiento muscular y es un daño que empeora con el tiempo. Se desconoce, la razón exacta, por la cual las

células del cerebro se desgastan. Este trastorno, puede afectar a uno o ambos lados del cuerpo, con grados variables de pérdida de la función.

Las células nerviosas, utilizan un químico cerebral -llamado dopamina- para ayudar a enviar las señales de un lado a otro; el daño, en el área del cerebro que controla el movimiento muscular, ocasiona una disminución en la producción de dicho químico. La insuficiencia de dopamina, altera el equilibrio entre las sustancias que envían las señales nerviosas (transmisores) y, en ausencia de esta, las células nerviosas no pueden enviar mensajes en una forma adecuada, ocasionando la pérdida de la función muscular.

Algunas personas con mal de Parkinson, pueden presentar una depresión severa, lo cual puede deberse a la pérdida de dopamina en ciertas áreas del cerebro relacionadas con el placer y el estado de ánimo. La falta de dopamina, también puede afectar la motivación y la capacidad de realizar movimientos voluntarios.

La pérdida temprana, de la capacidad mental, es poco común; sin embargo, las personas que padecen la enfermedad severa, pueden presentar deterioro mental general (incluyendo demencia y alucinaciones): la demencia, también puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos usados para el tratamiento de este trastorno. La enfermedad, es poco frecuente en los niños y parece ocurrir, más que por el daño al área del cerebro que produce esta sustancia, cuando los nervios no son tan sensibles a la dopamina,

El término "parkinsonismo", hace referencia a cualquier afección que involucre una combinación de los tipos de cambios en el movimiento observados en el mal de Parkinson. El parkinsonismo, puede ser causado por otros trastornos (como el parkinsonismo secundario) o por ciertos medicamentos utilizados para tratar la esquizofrenia.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Temprana: presente en niños y en adultos jóvenes (involucra un componente familiar hereditario).

-Tardía: después de los 50 años de edad (en la mayoría de los casos, sin causa conocida).

-Por efectos secundarios de algunos medicamentos usados para el tratamiento de otros trastornos psicopatológicos severos (como la esquizofrenia, los accidentes cerebrovasculares, la encefalitis o la meningitis, la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal y la atrofia multisistémica): antipsicóticos, como el haloperidol; la metoclopramida y los medicamentos fenotiazínicos; la exposición a narcóticos, agentes anestésicos, toxinas e intoxicación con monóxido de carbono o drogas intravenosas.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Rigidez o tensión muscular.

-Postura inestable, encorvada o desplomada.

-Pérdida del equilibrio y caídas frecuentes.

-Cambios en la marcha (patrón de caminar): marcha arrastrada.

-Movimientos lentos.

- Dificultad para iniciar cualquier movimiento voluntario.
 - Dificultad para comenzar a caminar.
 - Dificultad para pararse de una silla.
 - Pasos cortos, seguidos de la necesidad de correr para mantener el equilibrio.
 - Congelamiento del movimiento, cuando este se suspende e incapacidad para reiniciarlo.
 - Achaques y dolores musculares (mialgia).
 - Agitación y temblores (de grado variable o pueden no presentarse).
 - Cambios en la expresión facial: reducción de la capacidad para manifestar expresiones faciales.
 - Cambios en el habla y en la voz: habla lenta, bajo volumen de voz, monotonía, deterioro del habla.
 - Pérdida de la destreza motriz fina: dificultad para escribir, dificultad para deglutir, dificultad para desarrollar cualquier actividad que requiera movimientos finos, movimiento lento e incontrolable.
 - Disminución de la función intelectual (puede ocurrir y puede ser severa).
 - Variedad de síntomas gastrointestinales: principalmente estreñimiento.
- Síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad:
- Depresión.
 - Confusión.
 - Demencia.
 - Seborrea (piel grasosa).
 - Pérdida de la función o sensibilidad muscular.
 - Atrofia muscular.
 - Pérdida de la memoria.
 - Babeo.
 - Ansiedad, estrés y tensión.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Es posible que el médico pueda diagnosticar, la enfermedad de Parkinson, basándose en los síntomas y en el examen físico. Sin embargo, los síntomas pueden ser difíciles de evaluar; particularmente, en las personas de edad avanzada.

Un examen, puede mostrar movimientos espasmódicos y rígidos, temblores tipo enfermedad de Parkinson y dificultad para iniciar o completar los movimientos voluntarios: los reflejos, son esencialmente normales. Se pueden necesitar exámenes, para descartar otros trastornos que causan síntomas similares.

Tratamiento:

No se conoce ninguna cura para el mal de Parkinson y el objetivo del tratamiento es controlar los síntomas.

Los medicamentos, controlan los síntomas; principalmente, mediante el incremento de los niveles de dopamina en el cerebro. A medida que cambian los síntomas, es posible que sea necesario modificar el tipo específico de medicamento, la dosis, la cantidad de tiempo entre las dosis o la combinación de

los medicamentos utilizados. Muchos medicamentos, pueden causar efectos secundarios severos; por lo que el control y seguimiento, por parte del médico, es importante.

Tipos de medicamentos:

-El deprenilo, puede brindar alguna mejoría a los pacientes afectados levemente.

-La amantadina o los medicamentos anticolinérgicos, se pueden utilizar para reducir los temblores tempranos o leves.

-La levodopa, se puede utilizar para incrementar el suministro de dopamina en el organismo: lo cual puede mejorar el movimiento y el equilibrio.

-La carbidopa, reduce los efectos secundarios de la levodopa y la hace funcionar mejor.

-La entacapona, se utiliza para prevenir la descomposición de la levodopa.

-El pramipexol y el ropinirol, se utilizan antes o junto con la levodopa.

-La rasagilina, está aprobada para pacientes con mal de Parkinson en sus etapas iniciales y se puede combinar, con levodopa, en pacientes con casos más avanzados de la enfermedad (este medicamento, ayuda a bloquear la descomposición de la dopamina).

-El neupro, es un nuevo parche cutáneo que contiene la droga rotigotina. Este medicamento, ayuda a que los receptores de dopamina en el cerebro trabajen mejor. El parche, se reemplaza cada 24 horas y está aprobado para personas con mal de Parkinson en etapa inicial.

Algunos de los medicamentos adicionales, que ayudan a reducir los síntomas o a controlar los efectos secundarios del tratamiento principal, son: antihistamínicos, antidepresivos, agonistas dopaminérgicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y otros.

Es importante tener una buena nutrición y salud en general. Se debe continuar el ejercicio, haciendo un ajuste en el nivel de actividad para satisfacer los niveles de energía cambiantes que se puedan presentar. Se recomienda, igualmente, tener períodos regulares de descanso y evitar el estrés; ya que la fatiga o el estrés, pueden empeorar los síntomas. La fisioterapia, las terapias del lenguaje y la terapia ocupacional, pueden ayudar a mejorar el desempeño y la independencia.

La ubicación de barandas o pasamanos, en las áreas comúnmente usadas de la casa, al igual que los utensilios especiales para comer, pueden ser muy útiles para quienes se les dificultan las actividades de la vida cotidiana.

Trabajadores sociales u otros servicios de asesoría, pueden ayudar a la persona afectada a hacer frente a su enfermedad y obtener asistencia adecuada: como servicios de comidas a domicilio, cuando sea apropiado.

Se pueden recomendar tratamientos experimentales o menos comunes; por ejemplo, en algunas personas, la cirugía para implantar estimuladores o destruir los tejidos causantes de los temblores, puede reducir los síntomas. El trasplante de tejido, de la glándula suprarrenal al cerebro, se ha experimentado con

resultados variables. Los grupos de apoyo, pueden ayudarle a una persona a hacerle frente a los cambios provocados por la enfermedad.

Pronóstico:

Si esta enfermedad, se deja sin tratamiento, progresa hasta provocar incapacidad total: acompañada, frecuentemente, de deterioro general de todas las funciones cerebrales y puede llevar a una muerte prematura.

Cuando la enfermedad se trata, provoca en las personas diversas formas de discapacidad y la mayoría responden hasta cierto punto a los medicamentos. El grado de alivio de los síntomas y la duración del control de estos, es muy variable. Los efectos secundarios de los medicamentos, pueden ser severos:

- Diferentes grados de discapacidad.
- Dificultad para tragar o para comer.
- Dificultad para realizar las actividades diarias.
- Lesiones por caídas.

Se debe buscar asistencia médica, si: se presentan síntomas del mal o enfermedad de Parkinson; si los síntomas empeoran; o si aparecen nuevos síntomas. Además, se le debe comentar al médico acerca de cualquier posible tipo de efectos secundarios de los medicamentos; que pueden abarcar:

- Movimientos involuntarios.
- Náuseas y vómitos.
- Mareo.

Cambios en el estado de alerta, en el comportamiento y en el estado de ánimo.

- Confusión o desorientación severas.
- Comportamiento delirante.
- Alucinaciones.
- Pérdida de las funciones mentales.

También se debe buscar asistencia médica si la enfermedad empeora y la persona, que atiende al paciente en el hogar, es incapaz de brindarle el cuidado adecuado.

2.1.3. La Demencia Vascular

Noción conceptual:

Deterioro cognitivo global, originado a través de la existencia de una enfermedad vascular cerebral de tipo isquémica o hemorrágica, siendo necesario un nexo temporal entre ambas condiciones.

Nombre alternativo:

- Demencia arteriosclerótica.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Las lesiones histopatológicas, que clásicamente se relacionan con la demencia vascular, son: los infartos corticales, los infartos lacunares y la afectación isquémica difusa de la sustancia blanca; sin embargo, el espectro de las lesiones subyacentes y su contribución al desarrollo de una demencia, aún se encuentran sometidos a análisis.

Los infartos lacunares, son lesiones cavitadas de entre 1 y 20 mm de diámetro producidas por la oclusión de arterias perforantes o por el desarrollo de pequeñas hemorragias. Son subcorticales y predominan en los ganglios basales, el tálamo, la protuberancia o en la sustancia blanca hemisférica. Son causa suficiente para el desarrollo de una demencia, según su número y distribución topográfica; y cuando se presentan, en determinadas localizaciones (lóbulos frontales, cuerpo calloso, tálamos), su relación causal con la demencia es más clara.

El estado criboso, es el resultante de pequeñas y múltiples cavidades en la sustancia blanca, con membrana pial-gliial y arteriola central. Representan dilatación de los espacios perivascuales de Virchow-Robin y su relación, aislada con la demencia, está menos establecida: aunque acompaña, con frecuencia, a otras lesiones vasculares isquémicas.

En la denominada encefalopatía arteriosclerótica subcortical o encefalopatía de Binswanger, se encuentra rarefacción y desmielinización isquémica de la sustancia blanca correspondiente a los centros semiovais (generalmente asociada a otros hallazgos relacionados con patología de pequeños vasos); las angiopatías hereditarias (Cerebral Autosomic Dominant Arteriopathy Subcortical Infarcts and Leucoencephalopathy, CADASIL) y la angiopatía amiloide, también pueden llevar a este cuadro de leucoencefalopatía isquémica.

El término de demencia multi-infártica, introducido por Hachinski, se define por la existencia de múltiples lesiones isquémicas en territorios de grandes vasos y/o lagunas. Las zonas más comprometidas, para el desarrollo de demencia, son: el hipocampo, el sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. Suelen ser lesiones bilaterales y estar asociadas a una afectación isquémica difusa de la sustancia blanca.

Es interesante comentar el término de “infarto incompleto”, como otro sustrato propio de algunos pacientes con demencia vascular. Representa a los fenómenos de necrosis isquémica selectiva con muerte neuronal, pero sin reacción astrocitaria. Se ha relacionado con necrosis laminar cortical y con esclerosis hipocámpica; siendo elocuente en las áreas más vulnerables a la isquemia, a través de procesos como hipotensión, bradiarritmias, hipoxia, etc.

El concepto volumétrico de la demencia vascular de Tomlinson y colaboradores, hacía referencia a la necesidad de afectación isquémica de un volumen crítico de parénquima cerebral (100 cm³) para el desarrollo de demencia. Este concepto se ha visto superado por hallazgos histopatológicos y radiológicos que demuestran que más importante que el volumen de las lesiones, es su localización y su disposición estratégica para interrumpir importantes vías cortico-subcorticales implicadas en la cognición.

Existen otras hipótesis, para establecer el nexo causal entre los procesos vasculares y la demencia; como los fenómenos de diasquisis (desarrollo de hipoperfusión e hipofunción en áreas distantes), la precipitación de apoptosis, la asociación con entidades degenerativas como el Alzheimer, etc.

El concepto de demencia vascular, abarca todo un espectro de entidades con etiología, patogenia, clínica, neurorradiología y curso evolutivo diversos.

Clásicamente, se han distinguido dos patrones de deterioro cognitivo vascular: el cortical y el subcortical.

La demencia vascular cortical, se origina a través de infartos córticosubcorticales trombóticos, embólicos o hemodinámicos. Son infartos en territorios de arterias de mediano o gran calibre y se encuentran déficits en el área del lenguaje, de la praxis, del cálculo, de las funciones visuoespaciales y de la memoria. Se añaden alteraciones de la conducta o psicológicas y el curso clínico, suele ser escalonado: se asocian datos de afectación focal de la vía piramidal, síndromes sensitivos, alteraciones por interrupción de radiaciones ópticas, etc.

La demencia vascular subcortical, surge a partir de una afectación de pequeños vasos por HTA, diabetes, angiopatía amiloide, angiopatías hereditarias, etc. Su curso clínico, puede ser insidioso, sin evidencia de ictus en su evolución, planteando dificultades diagnósticas con otras demencias de origen degenerativo como el Alzheimer. La asociación con alteraciones de la marcha y del control de esfínteres, ayudan al diagnóstico diferencial; y la neuroimagen, muestra infartos lacunares en los ganglios basales o en la sustancia blanca y leucoaraiosis.

En los estudios neuropsicológicos, los rasgos más significativos son las alteraciones de la función ejecutiva, de la evocación de la memoria, los trastornos de la atención y de la concentración, la apatía y los cambios afectivos. A través de mecanismos hemodinámicos, se pueden producir episodios repetidos de hipoperfusión (arritmias, hipotensión) o de hipoxia (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, apnea del sueño), que a partir de una necrosis selectiva (hipocampo, necrosis laminar cortical) pueden ser origen de deterioro cognitivo.

Los factores de riesgo, asociados a la demencia vascular, incluyen a todos aquellos que lo son para el desarrollo de patología vascular: la edad avanzada (mayores de 65 años), la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipemias, el tabaquismo y la enfermedad vascular cerebral.

Existen una serie de factores de riesgo, considerados emergentes para el desarrollo de arteriosclerosis y según datos de algunos estudios (Honolulu Asia Aging Study), también para la demencia vascular: las lipoproteínas, la proteína C reactiva, el fibrinógeno y la homocisteína.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Demencia vascular de inicio agudo: se desarrolla -por lo general-, de un modo rápido, tras una serie de ictus debidos a trombosis vasculares, embolias o hemorragias; en raros casos, la causa puede ser un único infarto de gran tamaño.

-Demencia multi-ictus: tiene un inicio más gradual que la forma aguda; normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores, que producen un número creciente de reblandecimientos del parénquima cerebral (incluye: la demencia predominantemente cortical).

-Demencia vascular subcortical: en este caso, pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica.

-Demencia vascular mixta, cortical y subcortical: en este caso, los componentes mixtos, cortical y subcortical de las demencias vasculares, pueden sospechar por

los hallazgos clínicos o ser demostrados por los resultados de explicaciones complementarias (incluyendo la autopsia).

Signos y síntomas más frecuentes:

-Deterioro cognoscitivo: con pérdida de la memoria, deterioro intelectual.

-Signos Neurológicos Focales acompañados de: hipertensión arterial, soplos carotídeos, labilidad emocional con distimias depresivas pasajeras, llantos o risas intempestivas, episodios transitorios de obnubilación de conciencia o de delirium (a menudo, provocados por nuevos infartos).

-Síntomas psiquiátricos: depresión, alteraciones del sueño, ansiedad, trastornos conductuales.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

La confirmación vendrá sólo, en algunos casos, de la Tomografía Axial Computarizada o en último extremo, de la Neuropatología.

Tratamiento:

Una vez que se ha establecido la demencia vascular, el objetivo del tratamiento se centra en controlar los síntomas y tratar de enlentecer la progresión del cuadro; incluye:

-Tratamiento de los síntomas cognitivos: se centra en el uso de agentes farmacológicos que potencien la transmisión colinérgica en las áreas en donde ésta resulta deficitaria; los inhibidores de la colinesterasa, son objeto de numerosos estudios que parecen también refrendar su uso en la Demencia Vascular.

-Tratamiento de los síntomas psiquiátricos asociados (depresión, alteraciones del sueño, ansiedad, trastornos conductuales): debe realizarse con fármacos antidepressivos (evitando los que posean más efectos anticolinérgico), neurolépticos, hipnóticos, etc.

-Corrección de los factores de riesgo, como: la HTA, la diabetes mellitus, la hiperlipemia y las cardiopatías embolígenas.

Pronóstico: Tratable.

2.2. Trastornos degenerativos generalmente irreversibles

2.2.1. La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Noción conceptual:

Daño cerebral, que causa una disminución rápida de la función mental -y del movimiento- por afectación de una proteína llamada "prión".

Nombres alternativos:

-Encefalopatía espongiiforme transmisible.

-CJD o VCJD.

-Enfermedad de Jacob-Creutzfeldt.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Se cree, que la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD, por sus siglas en inglés), resulta de una proteína llamada "prión": la cual se pliega de manera

anormal. Esto, parece estimular a otras proteínas para que tengan formas anormales, lo cual afecta su capacidad para funcionar.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Tipo clásico esporádico: comprende la mayoría de los casos y generalmente ocurre sin razones conocidas.

-Tipo clásico familiar: al heredar la proteína anormal (prión).

-Modalidad infecciosa "CJD-Humana": relacionada, con "la enfermedad de las vacas locas" o Encefalitis Espongiforme Bovina; se presenta, generalmente, por la exposición a productos metabólicos contaminados.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Visión borrosa: en algunas ocasiones.

-Cambios en la marcha y falta de coordinación: tropezones, caídas, etc.

-Alucinaciones.

-Rigidez y fasciculaciones musculares (movimientos finos de una pequeña área de músculo).

-Sensaciones de estar nervioso o sobresaltado.

-Confusión o desorientación profunda: incluye estadios de somnolencia.

-Afectaciones en el lenguaje.

-Ansiedad, estrés y tensión emocional.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-EEG: examen de las ondas cerebrales o electroencefalografía.

-Punción raquídea.

-Biopsia de cerebro o una autopsia: para su confirmación final.

Tratamiento:

No se conoce cura para esta enfermedad. Es posible, que sea necesario poner al paciente bajo cuidado especial durante las primeras etapas de la enfermedad. Se pueden necesitar medicamentos (como sedantes, antipsicóticos y otros), particularmente para controlar los comportamientos agresivos.

El hecho de brindar un ambiente seguro, controlar el comportamiento agresivo o agitado y satisfacer las necesidades fisiológicas, de la persona enferma, puede demandar vigilancia y asistencia en el hogar o en una institución afín. El asesoramiento, puede ayudar a familiares y cuidadores a enfrentar mejor los cambios requeridos para la atención en el hogar.

La modificación del comportamiento, puede servir -en algunos casos- para controlar conductas inaceptables o peligrosas. Esta modificación, consiste en recompensar las conductas apropiadas (o positivas) e ignorar las inapropiadas (todo ello, dentro de los límites de seguridad). La orientación hacia la realidad, con un refuerzo repetitivo de señales ambientales o de otro tipo, puede ayudar a reducir la desorientación.

Pronóstico:

El pronóstico, generalmente, es muy desalentador (irreversible). La demencia total, suele ocurrir a los seis (6) meses del inicio de los síntomas o antes y la persona se vuelve totalmente incapaz de cuidar de sí misma.

El trastorno es mortal en un tiempo corto, generalmente dentro de un período de siete (7) meses; sin embargo, unas pocas personas sobreviven hasta uno (1) o dos (2) años después del diagnóstico del trastorno. La causa de la muerte, por lo general, es: infección, insuficiencia cardíaca o insuficiencia respiratoria.

2.2.2. La Enfermedad de Huntington

Noción conceptual:

Defecto genético, en el cromosoma No. 4, que hace que las neuronas en el cerebro se desgasten o se degeneren.

Nombre alternativo:

-Corea de Huntington.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El médico estadounidense George Huntington, describió por primera vez el trastorno en 1872. La enfermedad de Huntington, es causada por un defecto genético en el cromosoma No. 4. El defecto, hace que una parte del ADN, llamada "repetición CAG", ocurra muchas más veces de lo que se supone que debe ser. Normalmente, esta sección del ADN se repite de 10 a 35 veces; pero en una persona con la enfermedad de Huntington, se repite de 36 a 120 veces.

A medida que el gen se transmite de una generación a la siguiente, el número de repeticiones; llamado expansión de las repeticiones CAG; tiende a ser más grande: y cuanto mayor sea el número de repeticiones, mayor será la posibilidad de presentar síntomas a una edad más temprana.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-De comienzo temprano: menos común y se inicia en la niñez o en la adolescencia.

-De comienzo en la edad adulta: los síntomas se presentan, generalmente, a mediados de la tercera y cuarta década de la vida.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Movimientos anormales e inusuales: girar la cabeza para desplazar la mirada; muecas u otros movimientos faciales; movimientos lentos e incontrolables (que provoca contracciones involuntarias y lentas de la cabeza, las extremidades, el tronco o el cuello); movimientos espasmódicos rápidos y súbitos de los brazos, las piernas, la cara y otras partes del cuerpo; marcha inestable (patrones inusuales e incontrolables al andar).

-Cambios en el comportamiento: comportamientos antisociales; alucinaciones; irritabilidad; malhumor; inquietud e impaciencia.

-Síntomas demenciales: pérdida de la memoria y el juicio; afectaciones en el lenguaje; desorientación o confusión.

-Ansiedad, estrés y tensión emocional.

-Dificultad para deglutir (sensación de que el alimento se atora en la garganta o en la parte superior del abdomen).

-Rigidez, movimientos lentos y temblores: particularmente en los niños.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-Examen físico: fundamentalmente para identificar signos de demencia, así como reflejos y movimientos (pavoneo) anormales en la marcha; los que frecuentemente se hacen acompañar de un lenguaje dubitativo, con una articulación verbal deficiente.

-Tomografía axial computarizada (TAC) en la cabeza: para visualizar la pérdida de tejido cerebral; especialmente en lo profundo del cerebro.

-Imágenes por resonancia magnética (IRM) de cabeza: procedimiento no invasivo, que utiliza imanes y ondas de radio potentes, para elaborar imágenes claras y detalladas de los tejidos cerebrales.

-Tomografía por emisión de positrones del cerebro (TEP): prueba imagenológica que utiliza, una sustancia radiactiva (llamada marcador), para buscar una patología en el cuerpo; a diferencia de las imágenes por resonancia magnética (IRM) y las tomografías computarizadas (TAC), que revelan la estructura de los órganos, una TEP muestra cómo están funcionando los órganos y tejidos.

-Estudios con marcadores de ADN: para determinar si la persona es portadora del gen, cuya afectación conlleva a la aparición de la enfermedad de Huntington

Tratamiento:

No existe cura para la enfermedad de Huntington y no se conoce ninguna terapéutica alternativa -científicamente demostrada-, que contribuya a detener el empeoramiento de la enfermedad. El objetivo del tratamiento, es reducir el curso de la enfermedad y ayudar a la persona, a valerse por sí misma, por el mayor tiempo y en la forma más cómoda posible.

Los medicamentos, varían de acuerdo con los síntomas. Los bloqueadores de dopamina (hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, las cuales se encuentran en la parte superior de los riñones y que resultan liberadas en la sangre durante momentos de estrés físico o emocional), pueden ayudar a reducir los comportamientos y movimientos anormales.

Medicamentos como la tetrabenazina y amantidina (fármacos que alteran la neurotransmisión dopaminérgica), se usan para tratar de controlar los movimientos adicionales. Hay alguna evidencia que sugiere que la co-enzima Q10 -sustancia vitamínica que se encuentra principalmente en las mitocondrias (organelas intracelulares encargadas de la producción de energía) y que constituye un nutriente esencial para la respiración celular-, también puede ayudar a disminuir el curso de la enfermedad.

La depresión y el suicidio, son comunes entre las personas con enfermedad de Huntington. Por lo tanto, es importante que todas las personas que cuidan al paciente, vigilen los síntomas y los traten en la forma debida. Existe la necesidad de asistencia y supervisión progresivas; y finalmente, se puede requerir atención durante las 24 horas.

Pronóstico:

La enfermedad de Huntington, causa discapacidad progresiva y las personas, generalmente, mueren en un período de 15 a 20 años (pronóstico irreversible).

Con frecuencia, la causa de la muerte es la infección; aunque también es común el suicidio.

Es importante saber, que la enfermedad afecta a todas las personas de manera diferente. El número de copias o repeticiones CAG, del gen, puede determinar la gravedad de los síntomas. Las personas, con pocas copias o repeticiones, pueden tener movimientos anormales leves más tarde en la vida y progresión lenta de la enfermedad; mientras que aquellas, con un número mayor de repeticiones, pueden resultar gravemente afectadas a una edad temprana.

2.2.3. La Esclerosis Múltiple

Noción conceptual:

Enfermedad autoinmunitaria, que afecta al sistema nervioso central (particularmente al cerebro y a la médula espinal), provocando daños e inflamaciones -en los nervios- que destruyen la vaina de mielina y dejan múltiples áreas de tejido cicatrizal.

Nombre alternativo:

-EM.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La esclerosis múltiple (EM), generalmente afecta más a las mujeres que a los hombres. Lo más usual, es que este trastorno aparezca entre los 20 y 40 años de edad: pero se puede observar a cualquier edad. Se desconoce la causa exacta, pero se cree que resulta de un daño a la vaina de mielina, el material protector que rodea las neuronas. Es una enfermedad progresiva, lo que significa que el daño a los nervios (neurodegeneración) empeora con el paso del tiempo.

Además del daño a los nervios, otra parte de la esclerosis múltiple es la inflamación que ocurre cuando las propias células inmunitarias (presentes, en mayor número, que en una persona sana) atacan el sistema nervioso. La inflamación, destruye la mielina; dejando múltiples áreas de tejido cicatricial (esclerosis). También, hace que los impulsos nerviosos se vuelvan lentos o se bloqueen, llevando a los síntomas de la esclerosis múltiple.

Los episodios repetitivos -o reagudizaciones- de inflamación, pueden darse a lo largo de cualquier área del cerebro o de la médula espinal. Los síntomas, varían porque la localización y la magnitud de cada ataque también varían. Por lo general, los episodios que duran días, semanas o meses, se alternan con períodos de ausencia o alivio de los síntomas (remisión). La recurrencia (recaída) es común, aunque también se puede presentar progresión ininterrumpida sin períodos de remisión.

Los investigadores, no están seguros sobre las causas que conllevan a la aparición de esta enfermedad; sin embargo, las teorías más frecuentes apuntan a un virus, un defecto genético o una combinación de ambos: también, parece haber un vínculo genético en la enfermedad.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar (N/S).

Signos y síntomas más frecuentes:

-Disminución de la visión (que se acompaña de: visión doble, molestias en los ojos o pérdida de la visión en un ojo).

-Disminución de la audición.

-Disminución de la coordinación (que se acompaña de: pérdida del equilibrio; fatigas; mareos; vértigos).

-Disminución de la capacidad para controlar movimientos pequeños.

-Atrofia muscular, espasmos y/o espasticidad muscular.

-Temblores, entumecimientos y sensaciones corporales de hormigueo.

-Dolor facial, dolor en brazos y piernas.

-Debilidad y/o parálisis: de uno o ambos brazos y piernas.

-Anomalías para caminar.

-Síntomas propios de urgencias urinarias: dificultad para comenzar a orinar; incontinencia y/o aumento de la frecuencia urinaria.

-Estreñimiento.

-Disminución de la atención y de la capacidad para discernir.

-Disminución de la memoria.

-Afectaciones en el lenguaje: pronunciación deficiente.

-Depresión.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

-Descartando otras afecciones y trastornos, a través de un examen neurológico: generalmente, indica la localización del daño a los nervios y puede mostrar disminuciones, localizadas en la función nerviosa; lo cual puede incluir sensibilidad anormal o disminuida, disminución en la capacidad para mover una parte del cuerpo, cambios en el habla (o en la visión) u otra pérdida de funciones neurológicas.

-Reflejo de Babinski positivo.

-Examen ocular: puede revelar respuestas anormales de la pupila, cambios en los campos visuales o en los movimientos oculares, disminución de la agudeza visual o problemas con las estructuras internas de los ojos.

-IRM de la cabeza y de la columna vertebral, punción lumbar y exámenes del líquido cefalorraquídeo, que incluyen bandas oligoclonales en LCR (examen para evaluar sustancias relacionadas, con la inflamación, en el líquido cefalorraquídeo: refiérase, al líquido transparente, que fluye en el espacio que rodea a la médula espinal y al cerebro): para su confirmación.

Tratamiento:

Hasta el momento, no se conoce cura alguna para la esclerosis múltiple; sin embargo, existen terapias prometedoras que pueden retardar el progreso de la enfermedad. El tratamiento, está dirigido a controlar los síntomas y mantener una calidad de vida normal.

Los medicamentos utilizados, pueden abarcar:

-Moduladores para ayudar a controlar el sistema inmunitario: incluyendo, interferones (Avonex, Betaseron o Rebif), anticuerpos monoclonales (Tysabri) y acetato de glatirámico (Copaxone).

-Esteroides: para disminuir, la severidad de los ataques, en caso de presentarse alguno.

-Medicamentos para reducir los espasmos musculares, como: Lioresal (Baclofen), Tizanidina (Zanaflex) o Benzodiazepina.

-Medicamentos colinérgicos: para disminuir los problemas urinarios.

-Antidepresivos para los síntomas del estado de ánimo y del comportamiento.

-Amantadina: para la fatiga.

-La fisioterapia, la terapia del lenguaje, la terapia ocupacional y los grupos de apoyo, también pueden ayudar a mejorar el pronóstico de la persona, reducir la depresión, optimizar su funcionamiento y mejorar la capacidad para manejar el trastorno.

-Un programa de ejercicio planificado, a comienzos del trastorno, puede ayudar a mantener el tono muscular.

-Se recomienda, un estilo de vida saludable, con una buena nutrición general. Asimismo, el reposo y la relajación adecuados, pueden ayudar a mantener los niveles de energía. Se debe tratar de evitar la fatiga, el estrés, las temperaturas extremas y la enfermedad, para reducir los factores que pueden desencadenar un ataque de esclerosis múltiple.

Pronóstico:

El pronóstico, es variable e impredecible. Aunque el trastorno es crónico e incurable (irreversible), la expectativa de vida puede ser normal o casi normal. La mayoría de las personas, con esclerosis múltiple, continúan caminando y desempeñándose en el trabajo -con discapacidad mínima- durante 20 años o más.

Los factores, que mejor predicen un curso relativamente benigno, son: pertenecer al género femenino, inicio de la enfermedad a temprana edad (menos de 30 años), ataques poco frecuentes, un patrón remitente-recurrente y levedad de la enfermedad, en los estudios imagenológicos.

El nivel de discapacidad e incomodidad, varían de acuerdo con la severidad y frecuencia de los episodios y de acuerdo con la parte del sistema nervioso central afectada por cada ataque. Comúnmente, en las etapas iniciales, hay un retorno a la función normal o cerca de lo normal, entre episodios. A medida que el trastorno progresa, hay pérdida progresiva de las funciones, con menos mejoramiento entre episodios.

2.3. Lesiones cerebrales inducidas por traumas

2.3.1. La Conmoción Cerebral

Noción conceptual:

Lesión, en el cerebro, que puede producir un dolor de cabeza intenso, alteración en los niveles de conciencia o pérdida del conocimiento.

Nombres alternativos: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Una conmoción cerebral, puede darse cuando la cabeza golpea un objeto. Las conmociones cerebrales, pueden resultar de caídas, actividades deportivas y

accidentes automovilísticos. Las sacudidas significativas del cerebro, en cualquier dirección, pueden provocar pérdida del conocimiento. El tiempo que la persona permanezca inconsciente, puede ser un indicio de la gravedad de la conmoción cerebral.

Con frecuencia, las víctimas no tienen memoria sobre los hechos que precedieron a la lesión o que ocurrieron inmediatamente después de recobrar el conocimiento. Los traumatismos craneales más graves, producen períodos de amnesia más prolongados.

Generalmente, la máxima pérdida de memoria de la persona se presenta inmediatamente después de resultar lastimado. Algo de memoria se va recuperando a medida que el tiempo pasa; sin embargo, es posible que nunca ocurra la recuperación completa de la memoria acerca del evento.

Puede haber sangrado en el cerebro o a su alrededor, con cualquier impacto en la cabeza: así se presente o no, pérdida del conocimiento. Si alguien ha recibido un golpe en la cabeza, se debe vigilar atentamente para ver si hay signos de posible daño cerebral.

Entre las cosas que se deben observar, se pueden mencionar: el vómito repetitivo, las pupilas desiguales, el estado mental confuso o los niveles variables de conciencia, la actividad pseudoconvulsiva, la debilidad en un lado del cuerpo o la incapacidad de despertarse (coma). Si se presenta alguno de estos signos, se debe llamar de inmediato al número local de emergencias.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

Existen tres grados de conmoción cerebral:

Grado 1: confusión temporal, sin perder la conciencia; los síntomas suelen desaparecer en menos de 15 minutos.

Grado 2: confusión y amnesia, sin perder la conciencia; los síntomas duran más de 15 minutos.

Grado 3: pérdida de la conciencia durante algunos segundos o más.

Signos y síntomas más frecuentes:

Una conmoción cerebral, es consecuencia de un golpe significativo a la cabeza. Los síntomas, pueden ir de leves a graves y pueden abarcar:

- Dolor de cabeza.

- Alteración del nivel de conciencia (somnia, difícil de despertar o cambios similares).

- Pérdida del conocimiento.

- Pérdida de la memoria (amnesia), con relación a los hechos que rodearon la lesión.

Otros signos de emergencia asociados:

- Cambios en la lucidez mental y la conciencia.

- Convulsiones.

- Debilidad muscular en uno o en ambos lados.

- Confusión persistente.

- Pérdida del conocimiento persistente (coma).

- Vómitos repetitivos.
- Pupilas desiguales.
- Movimientos oculares inusuales.
- Anomalías para caminar.

Los síntomas, en un niño con conmoción cerebral, incluyen:

- Indiferencia o fácil cansancio.
- Irritabilidad.
- Cambios en: los patrones alimenticios o del sueño; el juego; el comportamiento; el desempeño escolar.
- Falta de interés en juguetes o actividades favoritas.
- Pérdida de las habilidades de aprendizaje reciente: como ir al baño.
- Pérdida del equilibrio y caminata inestable.

Los traumatismos craneales, que ocasionan conmoción cerebral, a menudo están asociados con lesión al cuello y a la columna; por lo que se debe tener un especial cuidado al mover pacientes que hayan tenido un traumatismo craneal.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

Una evaluación neurológica, puede mostrar anomalías cerebrales. Los exámenes que se pueden realizar, son:

- Tomografía computarizada de la cabeza.
- Resonancia magnética de la cabeza.

Tratamiento:

El médico, hace una evaluación neurológica inicial, para determinar el tratamiento ante una conmoción cerebral sin complicaciones. Si un golpe en la cabeza -durante una actividad deportiva- produce dolor de cabeza fuerte, sensación de confusión (aturdimiento) o pérdida del conocimiento, una persona capacitada tiene que determinar cuándo puede el atleta regresar a jugar.

Si un niño o un adulto joven, han perdido el conocimiento, no debe retomar sus actividades deportivas durante un período de tres meses. Los estudios, han demostrado que hay un incremento en la tasa de lesiones cerebrales y muertes ocasionales de personas que han sufrido conmociones cerebrales previas con pérdida del conocimiento.

Una conmoción cerebral complicada, con sangrado o daño cerebral, se debe tratar en un hospital.

Pronóstico:

Se espera una recuperación completa, de una conmoción cerebral sin complicaciones; aunque se puede presentar: vértigo prolongado, pérdida de la memoria, disminución de la función mental, irritabilidad, dolores de cabeza y otros síntomas.

Complicaciones:

- Sangrado en el cerebro (hemorragia intracerebral).
- Lesión cerebral, que ocasiona deficiencias o cambios físicos, emocionales o intelectuales.

2.3.2. El Hematoma Subdural Crónico

Noción conceptual:

Acumulación "vieja" de sangre y de productos de la descomposición de la misma, localizada entre la superficie del cerebro y su capa más exterior (duramadre).

Nombres alternativos:

- Hematoma subdural de tipo crónico.
- Higroma subdural.
- Hemorragia subdural crónica.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Un hematoma subdural, se desarrolla cuando las diminutas venas que corren entre la duramadre y la superficie del cerebro (venas emisarias) se rompen y dejan escapar sangre (generalmente, como resultado de un traumatismo craneal); luego, se forma una acumulación de la misma sobre la superficie del cerebro. En una acumulación subdural crónica, la sangre se escapa lentamente desde las venas o se deja que una hemorragia rápida se cure por sí sola.

Un hematoma subdural, es más común en los ancianos, debido al encogimiento normal del cerebro que ocurre al envejecer. Este encogimiento estira y debilita las venas emisarias; las cuales tienen más probabilidades de romperse en los ancianos: incluso, después de un traumatismo craneal menor. En raras ocasiones, se puede presentar un hematoma subdural sin causa conocida (es decir, no por un accidente o lesión).

Los riesgos, abarcan:

- Consumo crónico y abundante de alcohol.
- Consumo crónico de ácido acetil salicílico (aspirina) y de anti-inflamatorios, como el ibuprofeno o anticoagulantes.
- Enfermedades asociadas con problemas de coagulación sanguínea.
- Traumatismo craneal.
- Edad avanzada.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Asociado a una lesión craneal.
- Asociado a enfermedades de coagulación sanguínea.
- Asociado al proceso de envejecimiento y el consecuente encogimiento normal del cerebro.
- Provocando estrechamiento y debilitamiento, de las venas circundantes, que corren entre la superficie del cerebro y su capa más exterior.
- Asociado al consumo crónico y abundante de alcohol.
- Asociado al consumo crónico de aspirinas o de medicamentos anti-inflamatorios, como el ibuprofeno y de anticoagulantes.

Signos y síntomas más frecuentes:

- Confusión o coma.
- Disminución de la memoria.
- Dificultad al hablar o deglutir

- Dificultad para caminar.
- Dolores de cabeza.
- Crisis epiléptica.
- Debilidad o insensibilidad en brazos, piernas y en el rostro.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El examen físico, abarcará una evaluación completa del sistema nervioso y del cerebro (neurológica) para analizar:

- Equilibrio.
- Coordinación.
- Funciones mentales.
- Sensibilidad.
- Fortaleza.
- Marcha.

Debido a que los signos y los síntomas, a menudo son sutiles, muy probablemente se hará una tomografía computarizada o una resonancia magnética de la cabeza: para una evaluación adicional del problema.

Tratamiento:

El objetivo, es controlar los síntomas y minimizar o prevenir un daño cerebral permanente. Los anticonvulsivos, como la fenitoína, pueden utilizarse para controlar o prevenir convulsiones o crisis epilépticas. Los corticosteroides, pueden usarse para reducir cualquier inflamación del cerebro

Se puede requerir cirugía, lo cual puede involucrar la perforación de pequeños agujeros en el cráneo, para aliviar la presión y permitir el drenaje de sangre y líquidos. Es posible que los hematomas grandes o los coágulos sanguíneos sólidos, sea necesario extraerlos a través de una abertura más grande en el cráneo (craneotomía).

Pronóstico:

Los hematomas subdurales crónicos, generalmente no sanan por sí mismos con el tiempo. A menudo, requieren cirugía; especialmente cuando hay problemas neurológicos, convulsiones o dolor de cabeza crónico. Algunos hematomas subdurales crónicos, reaparecen después del drenado y puede ser necesaria una segunda cirugía.

Complicaciones:

- Daño cerebral permanente.
- Síntomas persistentes.
- Ansiedad.
- Dificultad para poner atención.
- Mareos.
- Dolor de cabeza.
- Pérdida de la memoria.
- Convulsiones.

2.3.3. La Hemorragia Intracerebral

Noción conceptual:

Sangrado en el cerebro, causado por la ruptura de un vaso intracraneal.

Nombres alternativos:

-Hemorragia intracraneal.

-Hemorragia intracerebral.

-Hemorragia hipertensiva.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El sangrado interno, se puede presentar en cualquier lugar del cerebro y la sangre se puede acumular en los tejidos o en el espacio que existe entre el cerebro y las membranas que lo cubren. El sangrado, puede estar aislado en parte de un hemisferio cerebral (hemorragia intracerebral lobular) o tener lugar en otras estructuras cerebrales; como: el tálamo, los ganglios basales, el puente o el cerebelo (hemorragia intracerebral profunda).

La hemorragia intracerebral, puede ser ocasionada por lesión cerebral traumática o anomalías en los vasos sanguíneos (aneurisma o angioma). Cuando no se produce por una de estas afecciones, se asocia comúnmente con la presión sanguínea alta (hemorragia intracerebral hipertensiva). En algunos casos, no se encuentra ninguna causa.

La sangre, irrita los tejidos cerebrales, ocasionando hinchazón (edema cerebral) y se puede acumular en forma de una masa denominada hematoma. Tanto el edema cerebral, como el hematoma, que se encuentran en el interior del cerebro, aumentan la presión sobre los tejidos cerebrales y los pueden destruir rápidamente.

Los síntomas, varían según la localización del sangrado y la cantidad de tejido cerebral afectado. Por lo regular, aparecen súbitamente y sin previo aviso; y con frecuencia, cuando la persona está en actividad. Estos síntomas pueden aparecer ocasionalmente de una manera escalonada, episódica o pueden empeorar de manera progresiva.

Otros factores, que aumentan el riesgo de hemorragia intracerebral, incluyen los siguientes:

-Trastornos hemorrágicos y de la sangre: son un grupo de afecciones, que involucran el proceso de coagulación sanguínea del cuerpo; los cuales pueden llevar a que se presente sangrado intenso y prolongado, después de una lesión.

-Coagulación intravascular diseminada: es un trastorno grave, en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre, están anormalmente activas.

-Hemofilia.

-Anemia drepanocítica.

-Leucemia.

-Niveles reducidos de plaquetas en la sangre.

-Consumo inadecuado de aspirina o de medicamentos anticoagulantes (diluyentes sanguíneos).

-Enfermedad hepática (que en general se relaciona con un aumento del riesgo de sangrado): el término "enfermedad hepática o hepatopatía", se aplica a muchas enfermedades y trastornos que pueden hacer que el hígado funcione mal o no funcione; detectándose por medio de pruebas de función hepática, con resultados anormales.

-Amiloide cerebral: trastorno en el cual las fibras de proteínas, se depositan en tejidos y órganos, causándoles daño o tumores cerebrales.

Los bebés prematuros, algunas veces experimentarán sangrado en los ventrículos (espacios llenos de líquido, que están en el interior del cerebro). Este tipo de sangrado, se denomina hemorragia intraventricular y sucede el primer día o algo así de vida; y usualmente, no es previsible. El resultado es variable, dependiendo de la gravedad del sangrado y oscila, entre ningún daño aparente, hasta incapacidad severa. El diagnóstico, se hace por medio de ecografía y se efectúa normalmente en una sala de cuidados intensivos para niños.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Por sangramiento o hemorragia intraventricular, en recién nacidos, de menos de 35 semanas de gestación.

-Por lesión cerebral traumática.

-Asociado a crisis hipertensivas.

-Por trastornos hemorrágicos y de la sangre.

-Por consumo de aspirina o de medicamentos diluyentes y anticoagulantes.

-Ante la presencia de enfermedades hepáticas relacionadas con el aumento del riesgo de sangrado.

-Ante la presencia de amiloides o tumores cerebrales.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Dolor de cabeza.

-Náuseas, vómitos.

-Cambio en el estado de alerta (nivel de conciencia).

-Cambios en la visión.

-Cambios en la sensibilidad.

-Dificultad para hablar o entender el lenguaje

-Dificultad al deglutir.

-Dificultad al escribir o leer.

-Cambios en los movimientos.

-Pérdida de coordinación.

-Pérdida del equilibrio.

-Convulsiones.

-Sentido del gusto anormal.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El examen neurológico, puede indicar aumento de la presión intracraneal o disminución de las funciones cerebrales. Los síntomas específicos de la persona, pueden ayudar a determinar cuál es la parte del cerebro afectada.

Un examen de los ojos, puede mostrar hinchazón del nervio óptico; particularmente, debido al aumento de la presión en el cerebro. Puede haber cambios en el movimiento del ojo, reflejos anormales, disminución de la visión, pérdida del movimiento o de la coordinación e incapacidad para percibir las sensaciones apropiadamente.

Los exámenes pueden abarcar:

- Conteo de plaquetas.
- Tiempo de sangrado.
- Tiempo de protrombina (PT) o tiempo parcial de tromboplastina (TPT).
- Pruebas de la función hepática.
- Pruebas de la función renal.
- TAC de la cabeza.
- IRM de la cabeza o MRA.

-Angiografía cerebral convencional o angiografía de la cabeza, con TAC en espiral; para buscar un aneurisma o una malformación arteriovenosa.

Tratamiento:

Una hemorragia intracerebral, es una afección grave que requiere atención médica inmediata; ya que puede convertirse, rápidamente, en una situación potencialmente mortal. El tratamiento, depende de la ubicación, la magnitud y la causa de la hemorragia.

Es posible que se necesite la cirugía; especialmente si hay un sangrado en el cerebelo. La cirugía, también se lleva a cabo para reparar o extirpar estructuras que causan el sangrado (tales como: un aneurisma cerebral o una malformación arteriovenosa).

Entre los medicamentos que se utilizan, se pueden mencionar los analgésicos, los corticosteroides o los diuréticos (para disminuir la hinchazón) y los anticonvulsivos (para controlar las convulsiones). Es posible, que se necesite sangre, hemoderivados y líquidos intravenosos, para compensar la pérdida de sangre y de líquidos. Igualmente, se pueden recomendar otros tratamientos; dependiendo, del estado de la persona y de los síntomas que presenta.

Pronóstico:

La evolución del paciente, depende del tamaño del hematoma y de la cantidad de inflamación. La recuperación, puede ocurrir completamente o puede haber algo de pérdida permanente de la función cerebral. Es posible, que se presente la muerte y puede ocurrir rápidamente, a pesar del tratamiento médico oportuno. Los medicamentos, la cirugía u otros tratamientos, pueden producir efectos secundarios graves.

Complicaciones:

- Accidente cerebrovascular hemorrágico.
- Pérdida permanente de cualquier función cerebral.
- Efectos secundarios, por el uso de medicamentos para tratar la enfermedad.

Capítulo 3. Trastornos cardiovasculares, que inciden directamente sobre el sistema nervioso humano

3.1. Asociados a enfermedades infecciosas cardíacas

3.1.1. La Endocarditis

Noción conceptual:

Inflamación, del revestimiento interno que corresponde a las cámaras y válvulas cardíacas (endocardio).

Nombre alternativo:

-Infección de válvulas.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La endocarditis, puede comprometer el músculo, las válvulas o el revestimiento del corazón. La mayoría de las personas, que desarrollan una endocarditis, padecen cardiopatía de las válvulas.

Los factores de riesgo, para el desarrollo de una endocarditis, abarcan:

- Uso de drogas por inyección.
- Colocación, de vías de acceso permanente, a las venas.
- Cirugía anterior de válvulas.
- Cirugía dental reciente.
- Válvulas debilitadas.

La infección bacteriana, es la fuente más común de endocarditis; sin embargo, también puede ser ocasionada por hongos y en algunos casos, no se puede identificar ninguna causa.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Subaguda: desarrollo sintomatológico lento.
- Aguda: desarrollo sintomatológico repentino.

Signos y síntomas más frecuentes:

- Orina de color anormal: sangre en la orina.
- Escalofríos.
- Sudoración excesiva.
- Fatiga.
- Fiebre.
- Soplo cardíaco.
- Dolores articulares.
- Dolores y achaques musculares.
- Sudores nocturnos.
- Hemorragias en astillas, bajo las uñas.
- Palidez.
- Manchas cutáneas, rojas e indoloras, en las palmas de las manos y en las plantas de los pies (lesiones de Janeway).

-Ganglios, rojos y dolorosos, en las yemas de los dedos de las manos y de los pies (llamados nódulos de Osler).

- Dificultad para respirar con la actividad.
- Inflamación de pies, piernas y abdomen.
- Debilidad.
- Pérdida de peso.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El examen físico, puede revelar esplenomegalia. El médico, puede detectar un nuevo soplo cardíaco o un cambio en un soplo cardíaco previo. El examen de las uñas, puede mostrar hemorragias en astilla.

El examen oftalmológico, puede mostrar hemorragias retinianas con un área central de aclaramiento (llamada manchas de Roth) y pequeños puntos de hemorragia (petequias) en la conjuntiva. Las puntas de los dedos de las manos, se pueden agrandar y las uñas pueden curvarse (dedos hipocráticos).

Otros exámenes:

- CSC para anemia.
- Radiografía del tórax.
- Ecocardiografía.
- ECG.
- Tasa de sedimentación eritrocítica (ESR, por sus siglas en inglés).
- Hemocultivo repetitivo y pruebas de sensibilidad.
- Serología.
- Ecocardiografía transesofágica.

Tratamiento:

Las personas que padecen esta afección, con frecuencia necesitan ser hospitalizadas al principio, para administrarles antibióticos por vía intravenosa. Es necesaria una terapia de antibióticos, por largo tiempo, para eliminar las bacterias de las cámaras y válvulas cardíacas.

Generalmente, los pacientes están con la terapia durante seis (6) semanas. El antibiótico seleccionado, tiene que ser específico para el organismo causante de la afección y esto se determina por medio de hemocultivos y pruebas de sensibilidad.

La cirugía, para reemplazar la válvula cardíaca, generalmente se necesita cuando:

-La infección se está separando en pequeños fragmentos, ocasionando una serie de accidentes cerebrovasculares.

-La persona desarrolla insuficiencia cardíaca, como resultado de los daños a las válvulas del corazón.

-Hay evidencia de daño a un órgano.

Pronóstico:

El tratamiento temprano, de una endocarditis, mejora las posibilidades de un buen desenlace clínico. Sin embargo, la destrucción de las válvulas o los accidentes cerebrovasculares, pueden ocasionar la muerte.

Complicaciones:

- Arritmias, como la fibrilación auricular.
- Coágulos sanguíneos o coágulos infectados, a partir de endocarditis, que viajan al cerebro, a los riñones, a los pulmones o al abdomen, ocasionando daños graves e infección a estos órganos.
- Absceso cerebral.
- Cambios cerebrales o del sistema nervioso.
- Insuficiencia cardíaca congestiva: si el tratamiento se retrasa.
- Glomerulonefritis.
- Ictericia.
- Daño grave de válvulas cardíacas.
- Accidente cerebrovascular.

3.1.2. La Miocarditis

Noción conceptual:

Inflamación, del miocardio o músculo cardíaco.

Nombres alternativos: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

El miocardio, tiene la función de bombear; es decir, de favorecer la contracción del corazón, incluso ante cualquier tipo de debilidad cuando éste se inflama por una miocarditis. La miocarditis, puede presentarse de forma aguda (corta duración) o crónica (larga duración).

Existen, numerosas causas, que provocan una miocarditis. La inflamación, es una respuesta del miocardio frente a una enfermedad o agresión. Esta inflamación, puede estar causada por una infección (virus, bacterias, hongos), fármacos, alcohol, agentes físicos como la radiación o aparecer en el contexto de una enfermedad sistémica (es decir generalizada) y autoinmune, como el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-De forma aguda: corta duración.

-De forma crónica: larga duración.

Signos y síntomas más frecuentes:

La enfermedad, puede tener un curso benigno con recuperación total del corazón o el daño cardíaco, puede ser permanente, dejando secuelas. A veces, se puede inflamar también la envoltura externa, dando lugar -a su vez- a una pericarditis.

Los síntomas, pueden ser muy variados. En casos leves, el paciente puede estar asintomático; en otros, es frecuente la aparición de un cuadro previo similar a una gripe con fiebre, cansancio y dolor en el pecho.

Los casos más graves, dan síntomas como: arritmias cardíacas, dolor torácico similar a un infarto del miocardio e insuficiencia cardíaca como consecuencia del daño cardíaco producido y el fracaso de la función de bombeo que compete al corazón.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El diagnóstico, puede ser difícil. Se realiza, con la historia clínica y la exploración física; junto con una serie de pruebas complementarias, que pueden incluir:

-Analítica: para detectar signos de inflamación y cultivos en sangre, en casos de miocarditis de origen infeccioso.

-Las radiografías de tórax: permiten ver el tamaño del corazón y si hay complicaciones.

-El ecocardiograma: visualiza la estructura del corazón y su funcionamiento.

-El electrocardiograma: pone de manifiesto las alteraciones del ritmo cardíaco.

-La biopsia endomiocárdica: consiste en tomar una muestra, del músculo cardíaco, para ver el grado de inflamación y detectar si hay infección.

Tratamiento:

Si la enfermedad, tiene una evolución benigna, la resolución suele ser espontánea; requiriendo, únicamente: reposo, analgésicos y medicamentos para la inflamación. Se debe tratar, cuando sea posible, la enfermedad de base: por ejemplo, con antibióticos, si es por una infección bacteriana.

En el caso de aparición de complicaciones, como arritmias o insuficiencia cardíaca, se requerirán fármacos específicos como diuréticos o antiarrítmicos. El ejercicio físico, está contraindicado hasta la resolución del problema. Si la enfermedad, provoca secuelas con un grave daño cardíaco, puede requerirse un trasplante cardíaco.

Pronóstico:

Tratable, si la enfermedad tiene un evolución benigna.

3.2. Generalmente no asociados a enfermedades infecciosas cardíacas

3.2.1. Las Arritmias

Noción conceptual:

Trastorno del ritmo o de la frecuencia cardíaca, cuyo significado se asocia a diferentes e irregulares expresiones en la palpación del corazón.

Nombres alternativos:

-Ritmos anormales del corazón.

-Ritmos cardíacos anormales.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Normalmente, las 4 cámaras cardíacas (2 aurículas y 2 ventrículos) se contraen de una manera muy específica y coordinada. El impulso eléctrico, que da la señal al corazón para contraerse de una manera sincronizada, comienza en el nódulo sinoauricular (nódulo SA): que es el marcapasos natural del cuerpo.

La señal, sale del nódulo sinoauricular y viaja a través de las dos cámaras superiores (aurículas); luego, la señal pasa a través de otro nódulo (el nódulo auriculoventricular) y finalmente, viaja a través de las cámaras inferiores (ventrículos). El resultado, es que las cámaras se contraen en una forma coordinada.

Se pueden presentar problemas, en cualquier lugar, a lo largo del sistema de conducción: causando varias arritmias. Los ejemplos, pueden ser:

-Taquicardia supraventricular: una frecuencia cardíaca, que se origina en las cámaras superiores (aurículas); las más comunes, son la fibrilación o aleteo auricular y la taquicardia, por reentrada en el nódulo auriculoventricular.

-Taquicardia ventricular: una frecuencia cardíaca, que se origina en las cámaras inferiores (ventrículos).

-Bradycardia: una frecuencia cardíaca, debida a problemas con la capacidad del marcapasos del nódulo SA y a cualquier interrupción en la conducción del impulso, a través de las rutas eléctricas naturales del corazón.

Los riesgos de padecer una taquicardia o una bradicardia, varían enormemente, dependiendo de: la condición del corazón, los antecedentes de un ataque cardíaco previo, un desequilibrio en la química sanguínea o anomalías endocrinas.

Las arritmias, también pueden ser provocadas por algunas sustancias o medicamentos como: los betabloqueadores, los psicotrópicos, los simpaticomiméticos, la cafeína, las anfetaminas y la cocaína. Algunas veces, los medicamentos antiarrítmicos, prescritos para tratar un tipo de arritmia, realmente pueden causar otro tipo de arritmia. Algunos tipos de arritmias, pueden ser potencialmente mortales, si no se tratan oportuna y adecuadamente.

Variantes fundamentales de la enfermedad:

-Taquicardia supraventricular: una frecuencia cardíaca, que se origina en las cámaras superiores (aurículas); las más comunes, son la fibrilación o aleteo auricular y la taquicardia, por reentrada en el nódulo auriculoventricular.

-Taquicardia ventricular: una frecuencia cardíaca, que se origina en las cámaras inferiores (ventrículos).

-Bradycardia: una frecuencia cardíaca, debida a problemas con la capacidad del marcapasos del nódulo SA y a cualquier interrupción en la conducción del impulso, a través de las rutas eléctricas naturales del corazón.

Signos y síntomas más frecuentes:

-Latidos cardíacos rápidos o lentos (palpitaciones).

-Latidos intermitentes.

-Desmayos.

-Mareos, vértigo.

-Dolor en el pecho.

-Dificultad para respirar.

-Latidos intermitentes y cambios en el patrón del pulso.

-Palidez .

-Sudoración.

-Paro cardíaco.

También, es posible que la persona no presente síntomas.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El médico escuchará el corazón con un estetoscopio y sentirá el pulso. La presión sanguínea, puede estar baja o normal. Se pueden llevar a cabo, los siguientes exámenes, para identificar las arritmias:

- ECG.

- Monitoreo cardíaco ambulatorio (por ejemplo, un monitoreo Holter, se usa por 24 horas; o registradores implantables, que se pueden llevar puestos durante dos semanas o más).

- Ecocardiograma.

- Estudio electrofisiológico (EPS).

- Angiografía coronaria.

Si se detecta una arritmia, puede ser adecuado realizar varios exámenes para confirmar o descartar las posibles causas. El estudio electrofisiológico, se puede llevar a cabo para localizar el origen de la arritmia y determinar el mejor tratamiento: especialmente, si se piensa en la implantación de un marcapasos o en un procedimiento de ablación por catéter.

Tratamiento:

Cuando una arritmia es seria, se puede requerir un tratamiento urgente para restablecer el ritmo normal. Esto puede abarcar: medicamentos intravenosos, terapia de shock eléctrico (desfibrilación o cardioversión) o implantación de un marcapasos temporal, para interrumpir la arritmia.

Las arritmias supraventriculares, se pueden tratar con medicamentos antiarrítmicos. Sin embargo, la mayoría de las arritmias supraventriculares, se pueden tratar y curar con ablación por radiofrecuencia: eliminando la necesidad, de una terapia con medicamentos, de por vida.

Cada vez más, la mayoría de las taquicardias ventriculares son tratadas con un desfibrilador cardioversor implantable (ICD). Tan pronto comienza la arritmia, el ICD envía un shock eléctrico para finalizarla o una descarga de electroestimulación cardíaca para anularla.

Las bradicardias sintomáticas, se pueden tratar con la implantación de un marcapasos permanente.

Pronóstico:

El resultado, depende de varios factores:

- El tipo de arritmia: si es una taquicardia supraventricular o una arritmia más peligrosa, como la taquicardia ventricular o la fibrilación ventricular; las cuales son potencialmente letales.

- La capacidad general de bombeo del corazón.

- La enfermedad subyacente y su potencial de tratamiento.

- Con las bradicardias, que son tratadas con un marcapasos permanente, generalmente hay un buen pronóstico.

Complicaciones:

- Angina (dolor torácico, causado por un desequilibrio de suministro y demanda de oxígeno en el músculo cardíaco).

- Ataque cardíaco.

- Insuficiencia cardíaca.
- Accidente cerebrovascular.
- Muerte súbita.

3.2.2. La Hipotensión Arterial

Noción conceptual:

Síndrome de disfunción, del Sistema Nervioso Central, asociado a una disminución patológica de la presión arterial.

Nombres alternativos:

- Presión Arterial Baja.
- Tensión Arterial Baja.
- Presión Sanguínea Baja.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

La presión arterial, que es baja e inconstante para una persona, puede ser normal para otra. El factor más importante, es cómo la presión arterial cambia a partir de la condición normal.

La mayoría de las presiones arteriales normales, están en el rango de 90 / 60 milímetros de mercurio (mm Hg) y hasta 130 / 80 mm Hg; pero una caída significativa, incluso de sólo 20 mm Hg, puede ocasionar problemas para algunas personas.

Hay tres tipos principales, de hipotensión arterial:

- Hipotensión ortostática: incluyendo hipotensión ortostática posprandial.
- Hipotensión mediada neuralmente (NMH, por sus siglas en inglés).
- Hipotensión severa, producida por una pérdida súbita de sangre (shock).

La hipotensión ortostática, es producida por un cambio súbito en la posición del cuerpo; generalmente, al pasar de la posición de acostado a estar parado: usualmente, dura sólo unos pocos segundos o minutos. Si este tipo de hipotensión, ocurre después de comer, se denomina hipotensión ortostática posprandial y afecta más comúnmente a los adultos mayores: particularmente, a aquellos con presión arterial alta y a personas con mal de Parkinson.

La hipotensión, mediada neuralmente, afecta con más frecuencia a adultos jóvenes y niños; y ocurre, cuando una persona ha estado de pie por mucho tiempo. Los niños, generalmente superan este tipo de hipotensión con el tiempo.

La presión arterial baja, comúnmente es causada por fármacos como los siguientes:

- Alcohol.
- Ansiolíticos.
- Ciertos antidepresivos.
- Diuréticos.
- Medicamentos para el corazón: incluyendo, medicamentos para la presión arterial alta y para la cardiopatía coronaria.
- Medicamentos utilizados para cirugías.
- Analgésicos.

Otras causas de presión arterial baja, incluyen las siguientes:

- Diabetes avanzada.
- Anafilaxia (respuesta alérgica, potencialmente mortal).
- Cambios en el ritmo cardíaco (arritmias).
- Deshidratación.
- Desmayos.
- Ataque cardíaco.
- Insuficiencia cardíaca.
- Shock (ocasionado por infección grave, accidente cerebrovascular, anafilaxia, ataque cardíaco o trauma mayor).

Variantes fundamentales de la enfermedad:

- Hipotensión ortostática: incluyendo, hipotensión ortostática posprandial.
- Hipotensión mediada neuralmente (NMH, por sus siglas en inglés).
- Hipotensión severa, producida por una pérdida súbita de sangre (shock).

Signos y síntomas más frecuentes:

Los síntomas pueden abarcar:

- Visión borrosa.
- Confusión.
- Vértigo.
- Desmayo (síncope).
- Mareo.
- Somnolencia.
- Debilidad.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El médico, examinará y tratará de determinar lo que está causando la presión arterial baja. Se vigilarán, con frecuencia, los signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial). Quizás, se necesite permanecer en el hospital por un tiempo.

El médico, hará preguntas como las siguientes:

- ¿Cuál es su presión arterial normal?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Ha estado comiendo y bebiendo normalmente?
- ¿Hay antecedentes recientes de enfermedad, accidente o lesión?
- ¿Qué otros síntomas tiene?
- ¿Se desmayó o disminuyó su lucidez mental?
- ¿Se desmaya o presenta mareos al pararse o sentarse, después de estar acostado?

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Hemocultivos: para verificar la presencia de infección.
- Cuento sanguíneo completo (CSC) y otros exámenes de sangre: como fórmula leucocitaria.
- ECG.

- Análisis de orina.
- Radiografía del abdomen.
- Radiografía del tórax.

Tratamiento:

La hipotensión, en una persona sana que no causa ningún problema, generalmente no requiere tratamiento. Si usted tiene signos o síntomas de presión arterial baja, quizás necesite tratamiento; el cual dependerá de la causa de esta.

La hipotensión severa, causada por un shock, es una emergencia médica. Es posible administrar sangre por vía intravenosa, medicamentos para incrementar la presión arterial y mejorar la fuerza cardíaca, al igual que otros medicamentos, como los antibióticos.

Si se presenta hipotensión ortostática, causada por medicamentos, el médico puede cambiar la dosis o cambiar a un medicamento diferente. No deje de tomar ningún medicamento, antes de consultarlo con el médico. Otros tratamientos para la hipotensión ortostática, abarcan el incremento de los líquidos para tratar la deshidratación o usar medias elásticas, para elevar la presión arterial en la parte inferior del cuerpo.

Aquellas personas, con hipotensión mediada neuralmente, deben evitar los desencadenantes; así como permanecer de pie, por un período prolongado. Otros tratamientos, abarcan tomar mucho líquido e incrementar la cantidad de sal en la dieta (se le debe preguntar al médico, acerca de las recomendaciones específicas). En los casos graves, se pueden prescribir medicamentos como fludrocortisona.

Pronóstico:

La presión arterial baja, generalmente se puede tratar de manera efectiva. Pueden aparecer complicaciones tales como:

- Shock.
- Lesión por caídas, debido a los desmayos.

Las caídas, son particularmente peligrosas para los adultos mayores. Las lesiones relacionadas con caídas, como una fractura de cadera, pueden tener un impacto dramático en la calidad de vida de una persona.

La hipotensión severa, priva al cuerpo de oxígeno; lo cual le causa daño al corazón, al cerebro y otros órganos. Este tipo de hipotensión, puede ser potencialmente mortal, si no se trata de inmediato.

3.2.3. La Encefalopatía Hipertensiva

Noción conceptual:

Síndrome de disfunción del Sistema Nervioso Central, asociado a una elevación súbita y severa de la presión arterial, que conduce a la instauración de signos y síntomas neurológicos rápidamente progresivos.

Nombres alternativos: nada a señalar.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Se puede presentar, en cualquier grupo etario, siendo más frecuente entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Es importante destacar, que el valor absoluto de la presión arterial, es menos importante que la velocidad de ascenso de esta. Así, los hipertensos crónicos pueden tolerar presiones sistólicas (de 250 mm/Hg) o diastólicas (de 150 mm/Hg), sin manifestaciones clínicas; en cambio, embarazadas y niños, pueden desarrollar una encefalopatía hipertensiva con presiones diastólicas mayores a 100 mm/Hg.

Es habitual, que otros eventos cerebrovasculares se acompañen de hipertensión; pero, por lo general, en la encefalopatía hipertensiva los niveles de presión arterial son aún más altos.

Normalmente, el flujo sanguíneo cerebral permanece constante a pesar de las variaciones en la presión arterial media. Este mecanismo, es independiente del sistema nervioso autónomo y se basa en la respuesta miogénica, de los vasos de resistencia (vasoconstricción), frente a elevaciones de la presión arterial.

La autorregulación, es efectiva entre márgenes de presión arterial media de 60 a 160 mm/Hg aproximadamente; pero en individuos crónicamente hipertensos, la curva "flujo / presión", se desplaza a la derecha: siendo los sujetos crónicamente hipotensos y los niños, los de mayor labilidad a las alzas bruscas de presión arterial.

El factor fundamental en el desarrollo de este cuadro, es la velocidad y la magnitud de la elevación de la presión arterial. Durante el alza inicial, se ha visto una reducción generalizada del diámetro de las arterias de la superficie cerebral (piales): manteniéndose, en este orden de cosas, la autorregulación. Cuando la presión arterial media, sobrepasa los 170 mm/Hg, se vence la regulación miogénica y la subsecuente vasodilatación y aumento del flujo sanguíneo local.

Este aumento del flujo sanguíneo, a presión alta, provoca un aumento de la permeabilidad de la Barrera Hematoencefálica (BHE); perdiéndose claridad, consecuentemente, acerca de cómo se produciría una extravasación de plasma. En la formación del edema vasogénico, participaría el aumento de la presión oncótica; la cual es generada, por la extravasación de constituyentes del plasma, al espacio intersticial.

No se requiere de daño estructural en los vasos, para el aumento de la permeabilidad y la funcionalidad de la BHE: la que se restituye rápidamente, una vez normalizada la presión arterial. Influenciarían la permeabilidad de la Barrera Hematoencefálica (BHE), además de los factores osmóticos, los cambios hidrostáticos mediados por mecanismos noradrenérgicos centrales, neuropéptidos y de estimulación simpática.

En la encefalopatía hipertensiva del embarazo (eclampsia), se le ha dado un rol patogénico a: el desbalance de la relación tromboxano-prostaciclina, el daño endotelial, la activación plaquetaria con oclusiones microvasculares transitorias, la activación de la cascada de la coagulación y a la disminución del factor de relajación, derivado del endotelio.

En la patología, se han encontrado: hemorragias petequiales, trombosis y microinfartos; así como depósitos de fibrina, en la pared de arterias de pequeño y

mediano calibre (necrosis fibrinoide), localizados en: el encéfalo, en la retina y en el riñón. Si este cuadro se desarrolla, en un hipertenso crónico, se encuentran una variedad de cambios vasculares como: atrofia de la media, hiperplasia, hialinización y microaneurismas.

Variantes fundamentales de la enfermedad: nada a señalar.

Signos y síntomas más frecuentes:

Es característica, la alteración del nivel de conciencia: que suele ser precoz. Esta puede manifestarse como: ansiedad marcada, agitación y confusión en distintos grados; la que puede progresar incluso al coma y a la muerte, si el cuadro no es manejado en forma efectiva. Las cefaleas, náuseas y vómitos, pueden presentarse a las pocas horas del alza tensional y reflejarían un aumento de la presión intracraneana.

Los síntomas visuales son frecuentes, destacándose: la visión borrosa, los escotomas centellantes, la ceguera o defectos de campo por isquemia del nervio óptico, la ceguera cortical y la acromatopsia. Al fondo del ojo, se aprecia: edema papilar con hemorragias y exudados.

El edema papilar, puede deberse a hipertensión intracraneana o isquemia de la cabeza del nervio óptico: lo que puede incluso ocurrir, sin un síndrome de hipertensión intracraneana manifiesto. Hemorragias retineanas focales y exudados serosanguinolentos, se ven como consecuencia de necrosis fibrinoide en las arteriolas de la retina y como consecuencia de exudados algodonosos, a causa de isquemia retiniana. Sin embargo, la retinopatía hipertensiva, puede estar ausente: en particular, en los pacientes con eclampsia.

Crisis convulsivas focales o generalizadas, pueden ocurrir a inicio del cuadro y suelen ser más frecuentes en niños. La hiperreflexia generalizada, es un hallazgo común y muy precoz. Déficits focales motores o sensitivos, pueden estar a veces presentes como consecuencia de isquemia cerebral focal o como fenómenos post-ictales. La mirada, puede estar desconjugada.

La encefalopatía hipertensiva, puede ser complicación de hipertensión secundaria a diversas patologías; entre las que se destaca la eclampsia; pero ocurre, más frecuentemente, en el contexto de hipertensión esencial no diagnosticada o manejada.

Exámenes para el diagnóstico de esta afección:

El diagnóstico de la encefalopatía hipertensiva, es apoyado por una tomografía computada negativa, para infarto o hemorragia; y por la resolución de cuadro neurológico, con la disminución de la presión arterial.

La tomografía computada, puede mostrar zonas de hipodensidad en la sustancia blanca (predominantemente, en los lóbulos occipitales), que a veces se correlacionan con ceguera transitoria. Estas hipodensidades, usualmente son simétricas y desaparecen con la reducción de la presión arterial: sugiriendo resolución del edema cerebral.

En la Resonancia Nuclear Magnética (RNM), se visualizan -tempranamente- hiperintensidades en secuencias "T2 ponderadas": siendo, aún más evidentes, en FLAIR. Se presentan, tanto en la sustancia blanca como en la sustancia gris, en

los lóbulos cerebrales, en los ganglios basales o en el cerebelo; pero claramente predominan en la sustancia blanca parieto-occipital.

La BHE, se afectaría principalmente en la corteza y en la interfaz cortico-subcortical; pero el edema vasogénico, rápidamente difundiría a la sustancia blanca. Las alteraciones en la RNM, son reversibles; a menos que las zonas de isquemia se hayan establecido como infartos. Técnicas de difusión, en la RNM, permitirían diferenciar precozmente “el edema vasogénico” de la encefalopatía hipertensiva y del edema citotóxico de la isquemia.

La experiencia con Doppler Transcraneal, es limitada; pero se han detectado aumentos en la velocidad de flujo de la arteria cerebral media, que se prolonga por unos días posteriores a la resolución clínica del cuadro.

La punción lumbar, debe evitarse por el riesgo que acarrea. En general, habría una pleocitosis leve con predominio linfocítico; pero también se describen casos con predominio neutrofílico.

Como en todas las emergencias hipertensivas, se debe obtener además los resultados que arrojen las siguientes pruebas de laboratorio: Celldyn, BUN, creatinina, sedimento de orina, frotis de sangre periférica (para descartar anemia hemolítica microangiopática), electrocardiograma y radiografía de tórax; exámenes todos, que serían empleados para descartar compromisos de otros órganos “dianas”.

Tratamiento:

Esta emergencia hipertensiva, debe ser manejada en un centro donde se pueda monitorizar estrechamente la presión arterial, las convulsiones, el estado de conciencia y la vía aérea.

En condiciones normales, con una reducción de la presión arterial media de un 40% respecto al basal, aparecen síntomas de hipoperfusión cerebral. Por esto, la reducción de la presión arterial debe ser cautelosa; particularmente, teniendo en cuenta el hecho de que pacientes hipertensos crónicos tienen su nivel inferior; de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en un punto más alto: por lo que una terapia muy agresiva, puede llevar a hipoperfusión e incluso, a una anoxia cerebral.

Además, antes de instaurar una terapia agresiva, es fundamental diferenciar si se trata de una encefalopatía hipertensiva o de un accidente vascular; ya que en el segundo caso, se puede aumentar el área de isquemia al bajar la presión de perfusión local. El objetivo de la terapia, es reducir la presión arterial media no más allá de un 20%; o a niveles alrededor de 170-160 / 110-100, en las primeras 24 horas.

Las drogas más usadas, son los vasodilatadores (nitroprusiato, hidralazina, diazóxido). A pesar de que estas drogas pueden elevar aún más la presión intracraneana, existe un claro beneficio global desde el punto de vista clínico.

El nitroprusiato de sodio, es un vasodilatador arterial y venoso, que disminuye tanto la precarga como la postcarga sin cambios importantes en el gasto cardíaco. En estudios experimentales, se ha demostrado que aumenta la PAIC. La dosis

promedio, es de 0.5 a 0.8 m/kg/min (ajustándose según la respuesta) y la latencia de acción, es de 1 a 2 minutos, con una vida media plasmática de 3 a 4 minutos.

El diazóxido, relaja la musculatura arteriolar. Se administra en bolo endovenoso y de forma rápida. La latencia de acción, es de un minuto; su efecto máximo, se ve en 10 minutos y la duración de la acción es larga (3 a 18 hrs): sin embargo, sus efectos son mucho menos predecibles y controlables que los del nitroprusiato de sodio (produce retención de sodio y puede inducir a hiperglicemia: que puede ser deletérea para el SNC).

La latencia de acción de la hidralazina, luego de una dosis endovenosa o intramuscular, es de 5 a 15 minutos; seguidos de una progresiva baja, en la presión arterial, hasta por 12 horas. Puede aumentar el trabajo cardíaco, por lo que debe ser administrada con cautela en pacientes coronarios. Aparentemente, sería menos efectiva que el nitroprusiato o el diazóxido, en el tratamiento de la encefalopatía; a lo que se le suma el hecho de tener un efecto largo: algo impredecible y poco modulable.

El enalaprilato, es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), disponible en formulación endovenosa. Tiene un inicio de acción de 15 minutos, con una duración de acción de 12 a 24 horas. No se han reportado casos de hipotensión sintomática o efectos adversos importantes; pero está contraindicada en el embarazo.

El labetalol, es un antagonista alfa y beta adrenérgico. Administrado en forma endovenosa: la relación antagónica "alfa / beta" es de 1:7. El efecto hipotensor, comienza a los 2 a 5 minutos luego de una dosis endovenosa; llegando a un máximo en 5 a 15 minutos. La frecuencia cardíaca en general, se mantiene o reduce levemente por el efecto "beta bloqueador". A diferencias de beta bloqueadores puros, el labetalol no reduce el gasto cardíaco y mantendría el flujo sanguíneo cerebral.

Las drogas orales, son de acción más lenta y su uso es más aceptado para las urgencias hipertensivas; o sea, en aquellos casos en que no hay compromiso de órganos "dianas": por lo que pueden ser usadas en pacientes que aún no han desarrollado encefalopatía.

El captopril, es un inhibidor de la ECA, que administrado en forma oral reduce la presión arterial e incluso, puede revertir la encefalopatía. Los bloqueadores de canales de calcio (Ej.: el nifedipino), también son útiles; pero se deben usar, con precaución, principalmente en: ancianos, pacientes con enfermedad coronaria y pacientes con hipovolemia secundaria a los vómitos. El rol fundamental de los fármacos orales, es reemplazar a los hipotensores endovenosos una vez que se ha logrado reducir la presión arterial al nivel preestablecido.

Durante la fase aguda de la encefalopatía hipertensiva, pueden ser necesarias otras medidas para reducir el edema cerebral y la PIC. Al ser el edema cerebral de origen vasogénico, tendrían efecto los corticoides como la dexametasona en dosis de 4 a 6 mg cada 4 a 6 horas. En pacientes sin nefropatía, se podría utilizar también manitol o glicerol.

Por lo anterior, hay quienes señalan que es conveniente monitorizar la presión intracraneana (PIC), en aquellos pacientes que no presentan una rápida mejoría clínica tras la reducción de la presión arterial; lo que permitiría racionalizar el uso de medidas destinadas a bajar la PIC.

En la etapa aguda, usualmente se requiere del uso de anticonvulsivos. Las benzodiazepinas, como el lorazepam y el diazepam, tienen la ventaja de una acción inmediata que permite abortar las crisis en la misma sala de urgencia. Sin embargo, hay que tener en cuenta la breve acción del potencial “efecto depresor” del sistema nervioso central de las benzodiazepinas; por lo que es conveniente la carga endovenosa, con fenitoína, para prevenir la recurrencia de la crisis.

En la encefalopatía hipertensiva del embarazo (eclampsia), la estabilización de los signos vitales se logra: controlando las convulsiones, la hipertensión y asegurando una buena función renal. En estos pacientes, juega un rol importante: el sulfato de magnesio, en el control de las convulsiones; así como la hidralazina y el labetalol, en la reducción de la presión arterial. Sin embargo, la interrupción del embarazo, es la medida más efectiva para controlar la pre-eclampsia y prevenir la encefalopatía.

Pronóstico:

No existe un seguimiento, desde el punto de vista neurológico y psicométrico, de los pacientes que logran sobrevivir a una encefalopatía hipertensiva; pero la impresión general, es que se recuperan completamente desde el punto de vista neurológico. Sin embargo, hay una minoría de pacientes que quedan con déficits permanentes; especialmente, secundarios a infartos occipitales. Por otro lado, es probable que otras alteraciones menores, persistan a consecuencia de múltiples microinfartos de la corteza y de la sustancia blanca.

Bibliografía

1. Barone Luis, Roberto. *Anatomía y Fisiología del Cuerpo Humano*. Buenos Aires: Librería Cultural Americana, 2008.
2. Bickley Lynn S. Bates. *Propedéutica Médica*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2007.
3. Buja L. Maximilian & Gerhard R. F. Krueger. *Atlas de Patología Humana de Netter*. Porto Alegre: ARTMED, 2007.
4. Cabrera Ruiz, Isaac y Toledo Méndez, Miguel Angel. *Psicología, generalidades para Ciencias Médicas*. Barranquilla: Ed. Universidad Simón, 2009.
5. Cardellá-Hernández. *Bioquímica Médica*. Ciudad de la Habana: ECIMED, 2007.
6. Capponi, Ricardo. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Universidad de San Sebastián de Chile: Ed. Católicas, 2004.
7. Colectivo de Autores. *Pediatría*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2006.
8. Cortese, Elisa. *Psicología Médica y Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Nobuko, 2004.
9. Cristopher Wood & Simon Blackburn. *Anatomy Questions for the MRCS*. USA: Ed. Advisor Massachusetts, 2008.

10. Deboni, B. A. et al. *Medicina Interna, do Diagnóstico ao Tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2007.
11. Drake, Richard L. et al. *Anatomía de Gray para Estudiantes*. Barcelona: Ed. ELSEVIER, 2005.
12. Dufour, Michel. *Anatomía del Aparato Locomotor*. Barcelona: Ed. MASSON, 2006.
13. F.J.Pardo. *Anatomía Patológica*. Barcelona: Ed. HARCOURT, 2007.
14. Florenzano y Zegers. *Psicología Médica*. Universidad de San Sebastián de Chile: Ed. Católicas, 2005.
15. Flores Alarcón, Luis. *Psicología Social de la Salud*. Colombia: Ed. El Manual Moderno, 2007.
16. Gerald Litwack. *Human Biochemistry and Disease*. Pennsylvania: Thomas Jefferson University Medical College, 2008.
17. Glew Robert, H. & Miriam D. Rosenthal. *Clinical Studies in Medical Biochemistry*. New York: Oxford University Press, 2007.
18. González Menéndez Ricardo. *Clínica Psiquiátrica Básica Actual*. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2008.
19. González Pardo, H. y Pérez Álvarez, Marino. *La Invención de Trastornos Mentales*. Madrid: Ed. Alianza, 2007.
20. Guyton-Hall. *Tratado de Fisiología Médica*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2001.
21. Hansen & Lambert. *Netter's Clinical Anatomy*. USA: ELSEVIER, 2005.
22. Junqueira & Carneiro. *Histología Básica*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2001.
23. Knapp, Elisa. *Psicología de la Salud*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2005.
24. Langman. *Embriología Médica con Orientación Clínica*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2001.
25. Lantigua, A. et al. *Introducción a la Genética Médica*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2004.
26. Levangie, Pamela K. & Cynthia C. Norkin. *Joint Structure & Function: a Comprehensive Analysis*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.
27. Llanio Navarro, R. y Perdomo González, G. *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2003.
28. Llop, Valdés-Dapena y Zuazo. *Microbiología y Parasitología Médicas*. Ciudad de la Habana: Editorial ECIMED, 2001.
29. Lubotsky Levin, Hennessy y Pettila. *Mental Health Services, a Public Health Perspective*. Oxford: University of South Florida, 2010.
30. M. Prives, N. Lisenkov y V. Bushkovich. *Anatomía Humana*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2001.
31. M. Klein R. & George C. Enders. *Anatomy, Histology & Cell Biology*. USA: McGraw-Hill Companies, 2007.

32. Matarama Peñate et al. *Medicina Interna, Diagnóstico y Tratamiento*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2005.
33. Monkhouse, Stanley. *Cranial Nerves, Functional Anatomy*. New York: Cambridge University Press, 2006.
34. Morón Rodríguez, F. J. y Levy Rodríguez, M. *Farmacología General*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2002.
35. Murray Patrick R., Ken S. Rosenthal y Michael A. Pfaller. *Microbiología Médica*. Rio de Janeiro: Ed. ELSEIVER, 2007.
36. Núñez de Villavicencio. *Psicología y Salud*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2006.
37. Ojeda Sahagún, J. L. y José Manuel Icardo de la Escalera. *Neuroanatomía Humana: Aspectos Funcionales y Clínicos*. Barcelona: Ed. MASSON, 2005.
38. Palmer, M. *Biochemical Pharmacology*. Canada: University of Waterloo, 2007.
39. Pinel, P. J. John. *Biopsicología*. Madrid: Ed. Ribera del Loira, 2003.
40. Purves et al. *Neurociencia*. Barcelona: Ed. Médica Panamericana, 2007.
41. Rang & Dale. *Farmacología*. Rio de Janeiro: Ed. ELSEIVER, 2007.
42. Roca Goderich. *Temas de Medicina Interna*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2002.
43. Rodríguez Méndez, Ovidia. *Salud Mental Infanto Juvenil*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2008.
44. Rosenthal Miriam, D. & Roberth H. Glew. *Medical Biochemistry: Human Metabolism in Helth and Disease*. USA: by John Wiley & Sons, 2009.
45. Ryan Stephanie, McNicholas Michelle y Stephen Eustace. *Anatomía para el Diagnóstico Radiológico*. Barcelona: Ed. MASSON, 2005.
46. Suardíaz, Celso Cruz y Ariel Colina. *Laboratorio Clínico*. Ciudad de la Habana: Ed. ECIMED, 2004.