



TEMA 22:
DESARROLLO DE LA CONDUCTA.
FUNCIONES PSIQUICAS.
VALORACION ENFERMERA

COE CIUDAD REAL
CARMEN OCAÑA ASTILLEROS
carmenoas@msn.com

PRIMERA PARTE:
DESARROLLO DE LA CONDUCTA

“la persona es hoy la consecuencia de ayer”

CONCEPTO DE CONDUCTA O COMPORTAMIENTO HUMANO

- Toda actividad humana que sea observable por otra persona.
- Manera de proceder una persona con relación a la moral o a las reglas sociales.
- Parte o manera en que los hombres gobiernan su vida u dirigen sus acciones.
- Forma en que se manifiesta y desarrolla la conducta.
- El comportamiento no es sólo un mero conjunto de interacciones estímulo –respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona. “Una persona puede reaccionar ante un estímulo de distinta manera que otras”.

CONCEPTO DE CONDUCTA O COMPORTAMIENTO HUMANO

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad.

El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeada.

Trastorno del comportamiento: manifestación de una conducta inadecuada a la realidad de la persona y del contexto en el que se produce.

DESARROLLO DE LA CONDUCTA

INTRODUCCIÓN

❖ El camino para que el hombre, como individuo, llegue a la plenitud psíquica es complejo y refleja el camino de la evolución de las especies.

A este camino evolutivo se le conoce con el nombre de **ontogenia**, o desarrollo del ser viviente desde su inicio hasta su estado adulto.

El estudio de la ontogenia del comportamiento sirve para marcar el decurso del proceso de individualización que padece la especie humana.

❖ La **psicología evolutiva** es principalmente especialidad de la Psicología que estudia la ontogenia o desarrollo del hombre.

DESARROLLO DE LA CONDUCTA

INTRODUCCIÓN

❖ El llamado ciclo vital del ser humano es la forma de evolución de la existencia, desde el mismo nacimiento hasta la muerte.

En él se distinguen principalmente tres grandes periodos: **desarrollo, madurez e involución**.

- El **desarrollo** va desde el nacimiento hasta la iniciación de la madurez, comprendiendo la *infancia*, la *niñez*, la *adolescencia* y la *juventud*.
- La **madurez** es un periodo de relativa estabilidad y plenitud vital; comprende desde el final de la juventud hasta el comienzo de la vejez.
- El periodo involutivo o vejez.

❖ Esta diferenciación de los periodos es bastante variable, ya que existe una multitud de factores biológicos y ecológicos que participan en la evolución de la existencia: el clima, el tipo de vida, la constitución del individuo, etcétera. Todo esto hace que sea imposible establecer periodos plenamente precisos, ya sea desde el punto de vista cronológico como desde la perspectiva de su misma naturaleza.

DESARROLLO DE LA CONDUCTA

INTRODUCCIÓN

❖ El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de "momentos" por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio.

❖ Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de **dos procesos**, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina "crisis". Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia.

ESTADIOS DEL DESARROLLO HUMANO

Mucho antes de que el ser humano tenga una conciencia desarrollada, desde el momento mismo del nacimiento y aún en la época prenatal, el sujeto manifiesta una actividad comportamental mediante la cual contribuye esencialmente al mantenimiento y desarrollo de su vida.

El psiquismo humano, antes de llegar a la fase propia del adulto, atraviesa por una serie de estadios o fases de desarrollo, que han sido estudiados con detalle por varios psicólogos.

Estos son los llamados estadios evolutivos, por los que todo organismo normal debe pasar ineludiblemente.

SE DEFINEN como aquellas partes o momentos del desarrollo que son difíciles en función de ciertas características homogéneas.

ESTADIOS DEL DESARROLLO HUMANO

TIENEN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS COMUNES:

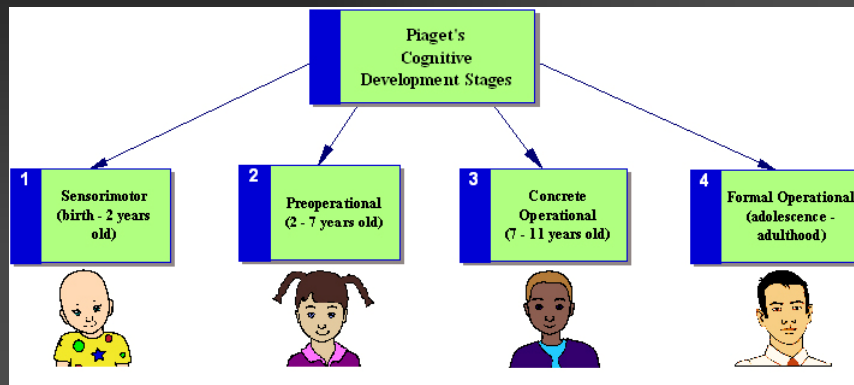
- a) Debe tener un comienzo y un final claramente definido.
- b) Debe poseer un orden de sucesión preestablecido, de unos con respecto a otros, de tal forma que exista una jerarquización de los modos de comportamiento, con lo cual los estadios nuevos descansen sobre los anteriores o pasados.
- c) Debe poseer cada estadio periodos críticos que capaciten al individuo para posibles aprendizajes y comportamientos.

El concepto de estadio se ha aplicado con demasiada generosidad en psicología infantil a pesar de su complejidad, y han sido numerosas las clasificaciones de los estadios del desarrollo humano que se han realizado.

La infancia, la niñez y la adolescencia, son las fases del desarrollo más estudiadas por los psicólogos, ya que el despliegue del comportamiento humano en estas fases es muy notorio.

Es en la infancia y la niñez donde la noción de estadio ha tenido su ámbito de mayor aplicación. Muchos autores como Freud, Piaget, Gessell, Wallon y Erikson etc., han hecho uso de categorías descriptivas para estas fases, resultando todas ellas conjunto muy heterogéneas entre sí.

JEAN PIAGET



JEAN PIAGET

CONCEPTOS BÁSICOS



ACOMODACIÓN

Proceso por el cual un individuo acomoda sus esquemas a la realidad externa, es decir, describe la tendencia por la cual cambiamos nuestros esquemas mentales para adaptarnos al entorno.

ADAPTACIÓN

Una de las dos tendencias básicas que recibimos hereditariamente todas las especies (la otra es la organización). La adaptación describe la tendencia innata de todos los seres humanos a adaptarnos al entorno. La adaptación se produce por medio de dos procesos complementarios: la *asimilación* y la *acomodación*.

ASIMILACIÓN

Proceso por el cual un individuo se relaciona con su entorno a través de las estructuras de que dispone. Asimilamos nuestras percepciones físicas o nuestras experiencias personales, *cognoscitivas etc.* a los esquemas que cada uno de nosotros ha ido desarrollando en su experiencia con el entorno.

JEAN PIAGET

CONCEPTOS BÁSICOS



ESQUEMA

Representa lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; es decir, el esquema es aquello que poseen en común las acciones, por ejemplo "empujar" a un objeto con una barra o con cualquier otro instrumento. Un esquema es una actividad operacional que se repite (al principio de manera refleja) y se universaliza de tal modo que otros estímulos previos no significativos se vuelven capaces de suscitarla. Un esquema es una imagen simplificada (por ejemplo, el mapa de una ciudad).

La teoría de Piaget trata en primer lugar los esquemas. Al principio los esquemas son comportamientos reflejos, pero posteriormente incluyen movimientos voluntarios, hasta que tiempo después llegan a convertirse principalmente en operaciones mentales. Con el desarrollo surgen nuevos esquemas y los ya existentes se reorganizan de diversos modos. Esos cambios ocurren en una secuencia determinada y progresan de acuerdo con una serie de etapas.

JEAN PIAGET

1896 - 1980

Piaget señala cuatro periodos o estadios:

1º. Periodo sensomotriz. Avanza del nacimiento al año y medio o dos años de vida. Piaget le llama así a este periodo porque el recién nacido cuenta sólo con los esquemas senso-motrices congénitos, como son los primeros reflejos o instintos. Poco a poco estos esquemas se van coordinando de tal forma hasta construir la organización advertida elemental propia de los animales, y que después se va modificando y perfeccionando.

En este período, el recién nacido se va diferenciando progresivamente de los objetos que le rodean, por el procedimiento de irlos definiendo, de tal forma que los objetos lleguen a cobrar una identidad propia por sí mismos, aunque estos cambien de aspecto, lugar y tiempo.

ETAPA SENSORIOMOTORA

La conducta del niño es esencialmente motora, no hay **representación interna** de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.

a.	Estadio de los mecanismos reflejos congénitos.	0 - 1
b.	Estadio de las reacciones circulares primarias	1 - 4
c.	Estadio de las reacciones circulares secundarias	4 - 8
d.	Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos.	8 - 12
e.	Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación.	12 - 18
f.	Estadio de las nuevas representaciones mentales.	18-24

2º. Periodo del pensamiento preoperacional. Comprende de los 2 a los 7 años. Este periodo consta de dos fases: la *fase preoperacional* (o llamada también de representación O SIMBÓLICO)) y la *fase instintiva*.

La *fase preoperacional* abarca de los 2 a los 4 primeros años del niño. En esta fase, el niño mantiene una **postura egocéntrica**, que le incapacita para adoptar el mismo punto de vista de los demás. También en esta fase, la manera de categorizar los objetos se efectúa globalmente, basándose en una **exagerada generalización de los caracteres más sobresalientes**.

La *fase instintiva* se prolonga hasta los 7 años, y se caracteriza porque el niño es capaz de pensar las cosas a través del **establecimiento de clases y relaciones**, y del **uso de números**, pero todo ello de forma intuitiva, sin tener **conciencia** del **procedimiento** empleado.

En este periodo, el niño desarrolla primero la capacidad de conservación de la sustancia, luego desarrolla la capacidad de la conservación de la masa, y posteriormente la del peso y la del **volumen**.

Piaget señala que el paso del periodo sensomotriz a este segundo periodo se produce fundamentalmente a través de la **imitación**, que de forma individualizada el niño asume, y que produce la llamada **imagen mental**, en la que tiene un gran **papel el lenguaje**.

Etapa Preoperacional

Es la etapa del pensamiento y la del **lenguaje** que gradua su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, **juegos** simbólicos, **dibujos**, **imágenes** mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.

- a. Estadio preconceptual. 2-4 años
- b. Estadio intuitivo. 4-7 años

*3º. Período de las **operaciones concretas**. Comprende de los 7 a los 12 años. Este período ha sido considerado algunas veces como una fase del anterior.*

*Inicialmente el pensamiento del niño es subjetivo: todo lo ve desde su propio punto vista, **Piaget** habla un **egocentrismo intelectual** que es normal durante todo el período preoperatorio antes descrito, cuando se consolida el lenguaje y la fantasía y la realidad no tienen límites claros y definidos.*

Por eso en el tercer período SE PRODUCE un gran avance en cuanto a socialización y objetivación del pensamiento.

El niño ya no se queda limitado a su propio punto vista, sino que es capaz considerar otros puntos vista, coordinarlos y sacar consecuencias. Las operaciones del pensamiento son concretas en el sentido de que sólo alcanzan la realidad susceptible de ser manipulada, aun no puede razonar fundándose en hipótesis intelectual.

En esta edad el niño es principalmente receptivo de la información lingüístico- cultural de su medio ambiente. Se inicia una nueva forma de relaciones especialmente con otros niños, pues se interesa por las actividades de grupo y coopera gustoso en los juegos basados en reglas.

Etapa de las Operaciones Concretas

Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.

7-11 años

4º. Periodo de operaciones formales.

Este último periodo en el desarrollo intelectual del niño abarca de los 11 o 12 años a los 15 años aproximadamente.

~~En este periodo los niños comienzan a dominar las relaciones de proporcionalidad y conservación.~~

A su vez, sistematizan las operaciones concretas del anterior periodo, y desarrollan las llamadas **operaciones formales**, las cuales no sólo se refieren a objetos reales como la anterior, sino también a todos los objetivos posibles. Con estas operaciones y con el dominio del lenguaje que poseen en esta edad, son capaces de acceder al **pensamiento abstracto**, abriéndoseles las posibilidades perceptivas y críticas que facilitan la razón.

Con este tipo de pensamiento es común que confronte todas **las** proposiciones intelectuales y culturales que su medio ambiente le ha proporcionado y que él ha asimilado, y busque dentro **de** sí y con el mejor instrumento que tiene (el lenguaje y el pensamiento) la acomodación **de** estas propuestas, lo que le permite pasar a deducir sus propias verdades y tomar sus decisiones

Etapa de las Operaciones Formales

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

11 años en adelante

HENRI WALLON

Siguiendo una línea neopiagetiana, Wallon planteó también un sistema clasificatorio de las etapas del desarrollo.

Para él, el objeto de la psicología era el estudio del hombre en contacto con lo real, que abarca desde los primitivos reflejos hasta los niveles superiores del comportamiento.

Plantea la necesidad de tener en cuenta los niveles orgánicos y sociales para explicar cualquier comportamiento, ya que, según este autor, el hombre es un ser eminentemente social.

Para Wallon, el ser humano se desarrolla según el nivel general del medio al que pertenece, así pues para distintos medios se dan distintos individuos.

Por otro lado, el desarrollo psíquico no se hace automáticamente, sino que necesita de un aprendizaje, a través del contacto con el medio ambiente.

HENRI WALLON

Considera este autor que la infancia humana tiene un significado propio y un papel fundamental que es el de la formación del hombre. En este proceso de la infancia se producen momentos críticos del desarrollo, donde son más fáciles determinados aprendizajes.

Wallon intenta encontrar el origen de la inteligencia y el origen del carácter, buscando las interrelaciones entre las diferentes funciones que están presentes en el desarrollo.

Un estadio, para Wallon, es un momento de la evolución con un determinado tipo de comportamiento. Para Piaget este es un proceso más continuo y lineal. En cambio, para Wallon, es un proceso discontinuo, con crisis y saltos apreciables. Si el Piaget las estructuras cambian y las funciones no varían, en Wallon las estructuras y las funciones cambian.

Otra diferencia con Piaget es que mientras que este último utiliza un enfoque unidimensional en su estudio del desarrollo, Wallon utiliza un *enfoque pluridimensional*. Seis son los estadios que propone Wallon en su estudio.

HENRI WALLON

1º. Estadio impulsivo. Abarca desde el nacimiento hasta los cinco o seis meses. Este es el periodo que Wallon llamaría de la actividad preconscious, al no existir todavía un ser psíquico completo.

2º Estadio Emocional. Empieza en los seis meses y termina al final del primer año. La emoción en este periodo es dominante en el niño y tiene su base en las diferenciaciones del tono muscular, que hace posible las relaciones y las posturas.

3º. Estadio Sensoriomotor y proyectivo. Abarca del primero al tercer año. Este es el periodo más complejo. En él, la actividad del niño se orienta hacia el mundo exterior, y con ello a la comprensión de todo lo que le rodea. Se produce en el niño un mecanismo de exploración que le permite identificar y localizar objetos.

4º. Estadio del Personalismo. Comprende de los tres a los seis años. En este estadio se produce la consolidación (aunque no definitiva) de la personalidad del niño. Presenta una oposición hacia las personas que le rodean, debido al deseo de ser distinto y de manifestar su propio yo. A partir de los tres años toma conciencia de que él tiene un cuerpo propio y distinto a los demás, con expresiones y emociones propias, las cuales quiere hacerlas valer, y por eso se opone a los demás, de aquí la conducta de oposición. Este comportamiento de oposición tiende a repetirse en la adolescencia, ya que los orígenes de ambas etapas son parecidos.

HENRI WALLON

5º. Estadio Categorical. De los seis a los once años. Este estadio está marcado por el significativo avance en el conocimiento y explicación de las cosas. Se producen las construcciones de la categoría de la inteligencia por medio del pensamiento categorial. En el desarrollo del pensamiento categorial, se diferencian dos fases:

1ª fase (de 6 a 9 años). En la cual el niño enuncia o nombra las cosas, y luego se da cuenta de las relaciones que hay entre esas cosas.

2ª fase (de 9 a 12 años). Se pasa de una situación de definición (que es la primera fase) a una situación de clasificación. El niño en esta fase clasifica los objetos que antes había enunciado, y los clasifica según distintas categorías.

6º. Estadio de la Adolescencia. Se caracteriza por una capacidad de conocimiento altamente desarrollada y, por otro lado, se caracteriza por una inmadurez afectiva y de personalidad, lo cual produce un conflicto, que debe ser superado para un normal desarrollo de la personalidad.

La adolescencia es un momento de cambio a todos los niveles; apunta este cambio hacia la integración de los conocimientos en su vida, hacia la autonomía y hacia lo que llamaríamos el sentimiento de responsabilidad.

Erikson

El sistema de clasificación del desarrollo formulado por Erikson, que es un psicoanalista norteamericano, se basa en los aspectos psicosociales del proceso evolutivo humano.

Para él, la personalidad del individuo nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural. Para Erikson, la vida gira en torno a la persona y el medio. Así, cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las etapas.

Establece ocho etapas o estadios en el desarrollo psicosocial de una persona:

Erikson

1. *Primer año.* Es la llamada **etapa del bebé**, en ella se establecen las relaciones psicológicas con la madre, y de estas relaciones surgen las **actitudes** básicas de confianza o desconfianza.
2. *Segundo año.* En esta etapa *las relaciones del niño se amplían a ambos padres*, dando lugar a la formación de las **estructuras** de autonomía y **dominio** de sí mismo, o de **inseguridad** y conformismo, según sea esa la relación con los padres.
3. *Tercer a quinto año.* Las relaciones del niño se amplían hasta la denominada *familia básica*. En esta etapa se fomenta la iniciativa o los sentimientos de culpabilidad. Posee una autonomía espontánea y deliberada.
4. *Sexto a doceavo año (pubertad).* El ámbito de las relaciones interpersonales del niño se amplía en la *escuela* y en la *vecindad*. Surgen en él las ideas de competición y de cooperación con los demás, así como los sentimientos de superioridad o inferioridad.

5. *Adolescencia.* Las pandillas y los líderes influyen notablemente en la consolidación de la propia **identidad personal** de este periodo. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación, se producen en el adolescente sentimientos de integración o de marginación.
- 6 *Primera juventud.* Este es un período crítico de la relación social, ya que para él *se pasa a un nivel más diferenciado*, donde **el amor** y la **amistad**, la **solidaridad** y el aislamiento se manifiestan según el grado de madurez alcanzado. En este periodo *se busca la relación íntima con la pareja*, con la que se busca la propia **identidad**, y se desarrolla la capacidad de amar.
7. *Juventud y primera madurez.* El **trabajo** y la **familia** son los puntos cruciales de esta etapa, en la cual se forman comportamientos de producción y de protección hacia la **familia**, desembocando en **actitudes** altruistas o por el contrario en **actitudes** egocéntricas.
8. *Adulthood (o final de la madurez).* Al sentir al **hombre** agotar sus propias posibilidades vitales, éste adopta una postura de **integridad personal** y **autorrealización**, o bien por el contrario, una **postura de insensatez, desesperación o deshonestidad**. Con estas posturas se cierra el ciclo del proceso psicosocial del **hombre**, según Erikson.

El comportamiento en las etapas del desarrollo humano:

1. La etapa pre-natal
2. La Infancia
3. La Niñez
4. La Adolescencia
5. La adultez
6. La ancianidad

1. La etapa pre-natal

Se desarrolla en el vientre materno, desde la concepción del nuevo ser hasta su nacimiento. Pasa por tres periodos:

Periodo zigótico:

Se inicia en el momento de la concepción, cuando el espermatozoide fecunda al óvulo y se forma el huevo o cigoto. Este comienza entonces a dividirse y subdividirse en células y aumenta de tamaño hasta formar el embrión, que al final de la segunda semana se arraiga en el útero.

Periodo embrionario:

Dura unas 6 semanas, en las cuales el embrión se divide en tres capas que se van diferenciando hasta formar el esbozo de los diversos sistemas y aparatos corporales.

Periodo fetal:

Es la culminación del embrión. El feto ya tiene la definida forma de un ser humano, que después de desarrollarse aceleradamente durante 7 meses, abandona el claustro materno en el acto del nacimiento.

2. La Infancia

Es la etapa comprendida entre el nacimiento y los seis o siete años.

Desarrollo físico y motor:

El neonato pesa normalmente entre 2.5 a 3 kgs y tiene una estatura promedio de 0.50 m. Tiene una cabeza desproporcionada en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo. Pero no es un ser completamente pasivo ya que gradualmente va reaccionando a la variedad e intensidad de los estímulos de su nuevo ambiente.

- Aparecen los primeros actos reflejos:
 - i. Succión del pecho materno
 - ii. Contracción pupilar.
 - iii. Reacción ante sonidos fuertes y ante diversos sabores.
- Realiza movimientos espontáneos e indiferenciados:
 - i. Agita y retuerce su cuerpo
 - ii. Mueve los brazos y piernas (pedalea)

Los reflejos primitivos abarcan:

(En torno a los 3-4 meses han desaparecido o están en proceso).

• Reflejo de Babinski: los dedos de los pies se abren hacia afuera en forma de abanico cuando hay roce en la planta del pie.

• Reflejo de Moro (reflejo del sobresalto): extiende los brazos y luego los dobla y los empuja hacia el cuerpo, acompañado por un breve llanto, a menudo desencadenado por sonidos fuertes o movimientos súbitos.

• Reflejo prensil palmar: el bebé cierra los dedos y "agarra" el dedo de la madre.

• Reflejo postural: la pierna se extiende cuando se estimula la planta del pie.

• Reflejo prensil plantar: flexión del dedo del pie y de la parte delantera del pie.

• Reflejo de búsqueda o de los puntos cardinales: voltea la cabeza en busca del pezón cuando se le toca la mejilla y comienza a chupar cuando el pezón toca los labios

• Reflejo de la marcha: da pasos rápidos cuando ambos pies se colocan sobre una superficie, con el cuerpo sostenido

• Reflejo tónico-asimétrico del cuello: la pierna izquierda se extiende cuando el bebé mira hacia la izquierda, mientras que el brazo y la pierna derecha se flexionan hacia adentro, y viceversa

2. La Infancia

- Reacciones emocionales indiscriminadas de agitación y excitación que acompañan a los movimientos espontáneos y que se producen ante estímulos agradables o desagradables.
- En el desarrollo motor observamos lo siguiente:
 - A las 15 semanas: Puede coger un objeto perfectamente.
 - A las 25 semanas: Se sienta solo.
 - A las 45 semanas: Gatea
 - A los 15 meses: Ya camina solo.
 - A los 2 años: Sube las escaleras solo.
 - A los 3 años: Corre de una manera más uniforme, puede lavarse y secarse las manos solo, alimentarse con una cuchara sin ensuciar demasiado, ir al baño, responder a instrucciones.

2. La Infancia

- Desarrollo cognoscitivo: YA VISTO
- Desarrollo afectivo, sexual y social: Se distinguen tres fases, según FREUD:
 - Fase oral: El niño nace preparado a conservar la vida mamando, y mientras se nutre tiene las primeras relaciones con los demás, creando de este modo un nexo entre afecto y nutrición y entre necesidad de los otros y actividad oral. El niño llevará - para experimentar y comunicar con los demás: todo a la boca, (siente placer).
La relación oral incluye la comunicación a través del tacto, el olor, la posición del cuerpo, el calor, los nexos visuales, el rostro de la madre, etc.
Esta etapa se supera, pero siempre nos quedan retagos tales como masticar chicle, fumar, llevar objetos a la boca.
Hay casos en que no se supera esta etapa, entonces tenemos el carácter oral como el sujeto totalmente dependiente e inseguro.
 - Fase anal: Se denomina así porque el niño ya comienza a controlar sus esfínteres y obtiene un placer reteniendo los movimientos intestinales que estimulaban la mucosa anal.
Hay que tener en cuenta que el efectivo control de la defecación se alcanza sólo DESPUÉS de que haya sido posible el control muscular a través de la maduración de los rasgos nerviosos de la médula espinal.

2. La Infancia

Fase elíptica:

El infante desarrolla un intenso amor por el progenitor del sexo opuesto. El niño se apega a la madre y la niña al padre.

El niño es posesivo, de aquí que el padre es sentido un intruso y un rival (complejo de edipo). En esta rivalidad frente al padre, el niño teme ser destruido por el padre (complejo de castración).

Al mismo tiempo nace una angustia en el niño o por el temor confirmado de poder ser destruido por el padre o por su hostilidad frente a un padre que, pese a todo, lo quiere (sentimiento de culpa).

Finalmente el niño descubre que para llegar a poseer a su madre tiene que llegar a ser todo un hombre como su padre (principio de identificación). Aquí es cuando el niño comienza a interiorizar las normas de los padres conformándose el "super yo". Análogamente se llega a la identificación de la niña con su madre.

3. La Niñez

Se sitúa entre los 6 y 12 años. Corresponde al ingreso del niño a la escuela, acontecimiento que significa la convivencia con seres de su misma edad. Se denomina también "periodo de la latencia", porque está caracterizada por una especie de reposo de los impulsos institucionales para concentrarnos en la conquista de la sociabilidad.

Las sociabilidad que comienza a desarrollar es "egocéntrica": "Todo sale de mí y vuelve a mí", "Te doy para que me des". Sus mejores amigos son los que le hacen jugar, le invitan al cine o un helado".

El niño, al entrar en la escuela da pie al desarrollo de sus funciones cognoscitivas, afectivas y sociales.

3. La Niñez

F. Cognoscitivas: El niño desarrolla la percepción, la memoria, razonamiento, etc.

F. Afectivas: En cuanto que el niño sale del ambiente familiar donde es el centro del cariño de todos para ir a otro ambiente donde es un número en la masa; donde aprende y desarrolla el sentimiento del deber, respeto al derecho ajeno amor propio, estima de sí, etc.

F. Social: La escuela contribuye a extender las relaciones sociales que son más incidentes sobre la personalidad.

Características principales en esta etapa:

- Aprende a no exteriorizar todo, aflora, entonces, la interioridad.
- Son tremendamente imitativos, de aquí que necesiten el buen ejemplo de sus padres.
- El niño se vuelve más objetivo y es capaz de ver la realidad tal como es.
- Suma, resta, multiplica y divide cosas, no números.
- Adquiere un comportamiento más firme sobre sus realidades emocionales.

4. La adolescencia.

Es la etapa en que el individuo deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Sin embargo, es un tránsito complicado y difícil que normalmente debe superar para llegar a la edad adulta. Se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años promedio, en las mujeres y a los 13 años en los varones. Este es el momento en que aparece el periodo de la pubertad, que cambia al individuo con respecto a lo que hasta entonces era su niñez.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o adolescencia temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual

ADOLESCENCIA TEMPRANA-PUBERTAD

Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.

A) CRECIMIENTO Y MADURACIÓN SOMÁTICA:

- Incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas.

- El llamado estirón puberal muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada.

- Especialmente importante la alimentación.

ADOLESCENCIA TEMPRANA-PUBERTAD

B) CAMBIOS PSICOSOCIALES:

Los cambios que registra el/la adolescente significan *rupturas* más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano.

Estas *rupturas* movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de *duelo*.

C) IMÁGEN Y CUERPO:

Preocupación por los cambios corporales y del propio yo.

Comparación con los del mismo sexo.

Conciencia de sensaciones eróticas.

Necesidad de intimidad.

D) INDEPENDENCIA:

Ambivalencia. Necesidad de independencia, nostalgia de la dependencia.

Desacuerdo y enfrentamiento con los padres.

Genera comportamiento inestable, humos variable.

ADOLESCENCIA TEMPRANA-PUBERTAD

E) SOCIALIZACIÓN E IDENTIDAD:

Mayor contacto con el grupo del mismo sexo.

Necesidad de afirmación a través del grupo de iguales.

Evolución del pensamiento abstracto.

Mayores fantasías.

Idealización de las vocaciones.

Menor control de los impulsos.

Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.

Necesidad de mayor intimidad

ADOLESCENCIA MEDIA

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.

A) CRECIMIENTO Y MADURACIÓN SOMÁTICA:

Se adquiere la talla final

Proceso de remodelación morfológica.

B) CAMBIOS PSICOSOCIALES:

Profundización en las relaciones sentimentales y amorosas.

Inicio de relaciones sexuales.

C) IMAGEN Y CUERPO:

Menor preocupación por el cuerpo.

Sin embargo le dedican mucho tiempo a estar más atractivos.

ADOLESCENCIA MEDIA

D) INDEPENDENCIA:

Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.

Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.

Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio "yo" y la independencia.

E) SOCIALIZACIÓN E IDENTIDAD:

Vital importancia del grupo de amigos.

Conformidad con los valores de los amigos

Aumento de la capacidad cognoscitiva.

Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia.

Comportamientos arriesgados.

Aumento de la creatividad.

Conformación de la identidad sexual.

ADOLESCENCIA TARDÍA

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Maduración del desarrollo cognitivo y conciencia racional.

Concreción de valores y objetivos personales.

Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez.

FUNCIONES PSIQUICAS. ALTERACIONES

SEGUNDA PARTE

- TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA Y DE LA ATENCIÓN.
- TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA Y DE LA MEMORIA.
- TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN.
- TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO.
- TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Trastornos de la Conciencia y de la Atención.

Concepto, características y síntomas.

CONCIENCIA.

• Concepto:

o Función que integra los datos psíquicos de tipo objetivo, intelectual y emocional en una totalidad, relacionando el pasado y el futuro, y dándoles, en otra integración sujeto-tiempo-espacio, de forma real y significativa.

o Capacidad (del cerebro) para autorrepresentar el conocimiento y el pensamiento propio.

o Según Cabaleiro Goas, todo aquello que nos permite darnos cuenta de nuestro alrededor, de nuestro propio cuerpo y de nuestro psiquismo.

• ALTERACIONES:

o Cuantitativas o del nivel de conciencia:

1. HIPERVIGILIA o AMPLIACIÓN: exaltación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y la alerta, exaltación de los sentimientos o vivencias. Más que un estado específico sensorial, es una mezcla de síntomas provenientes de la esfera sensorial, motora, cognitiva y afectiva. Llamada también por algunos autores, cuando es en grado máximo, "hiperfrenia".
2. LETARGIA o SOPOR: somnolencia o dificultad para mantener la atención y la alerta a pesar del esfuerzo del sujeto.

3. **OBNUBILACIÓN:** lucidez incompleta con trastorno de la percepción y actitudes y con desorientación temporo-espacial. Características: el paciente mantiene cierta cooperación cuando se le estimula repetidamente, pero presenta distraibilidad, distorsión de la percepción, alteración de las funciones intelectuales (el sujeto se siente incapaz de reflexionar, concentrarse...).
4. **ESTUPOR:** estado de disminución de la reactividad a los estímulos que puede acompañarse de cierta disminución de la conciencia del entorno o estado precomatoso (el 90% de los casos es secundario a un trastorno orgánico).
5. **COMA:** ausencia de respuesta a estímulos internos o externos, nivel de vigilia nulo y ausencia de reflejos pupilares, midriasis: pupilas dilatadas sin respuesta a fotoestímulos (excepto en la intoxicación por drogas depresivas).
6. **ESTRECHAMIENTO DEL CAMPO DE LA CONCIENCIA:** reducción cuantitativa y cualitativa del nivel de conciencia consecuencia de un trastorno orgánico. **Estados crepusculares:** se caracteriza sobre todo por la pérdida de la orientación espacial, aparecen de forma brusca (varios tipos de epilepsias, histerias, psicosis sintomática).

o **Cualitativas o del grado de organización mental:**

1. **ESTADOS CONFUSIONALES:** La "confusión" es la incapacidad del paciente para distinguir lo real de lo imaginario o la pérdida del control voluntario sobre las facultades intelectuales. Se le caracteriza como estado confusional cuando perdura en el tiempo.
2. **SÍNDROME CONFUSO ONÍRICO:** estado confusional en el que la atención está mucho más centrada a nivel subjetivo y en los estados anímicos. Intermedio entre la confusión y la "eclosión de delirio" (desintegración de la conciencia caracterizada por delirios caóticos, alucinaciones y agitación psicomotriz).

o **Del YO:**

A. YO CORPORAL:

1. **ANOSOGNOSIA:** ausencia de conciencia o incapacidad de identificar la situación de un segmento corporal, que puede ir desde la simple indiferencia hasta la ausencia de la conciencia del cuerpo (hemiplejía). Mayoritariamente es consecuencia de una lesión cerebral.
2. **MIEMBRO FANTASMA:** persistencia de la sensación de un miembro amputado. El fenómeno se asocia con la integración previa del miembro al esquema corporal y con la rapidez de la amputación.
3. **AGNOSIA:** es la interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o de aprender nuevos estímulos sin haber deficiencia en la alteración de la percepción, lenguaje o intelecto.
4. **PROSOPAGNOSIA:** incapacidad para reconocer caras familiares y estímulos visuales que debería evocar o dificultad para el recuerdo de personas conocidas o experiencias vividas.

• **YO PSÍQUICO:**

1. **DESPERSONALIZACIÓN:** alteración de la identidad del yo manifestada por una nueva forma de estar y ser en el mundo (signo del espejo, persona que se mira al espejo y no se reconoce), es decir, una ruptura psicobiográfica de la persona a través del tiempo. Vivencia de cambio del YO. Existen 3 tipos:

- Autopsíquica: alteración de la conciencia del YO psíquico. (Desorientación, sin conciencia del propio yo).
- Somatopsíquica: alteración de la conciencia del propio cuerpo.
- Alopsíquico o desrealización: desorientación en el espacio y tiempo.

2. **DESREALIZACIÓN:** vivencia de cambio en el ambiente externo, tanto físico como las relaciones con las personas más cercanas, que puede llevarlo al aislamiento.

ATENCIÓN.

• **Concepto:**

o Focalización, es decir, es el foco que dirige la conciencia. Cuando reabrimos un estímulo, el foco se va desplazando hasta que coincide con el estímulo. La capacidad de atención puede aumentar o disminuir, y desplazarse, variando el grado de atención.

o Cantidad de esfuerzo ejercido para centrarse en ciertas porciones de una experiencia. Prestar atención: Orientar diversos sentidos hacia un foco de información selectivo, conciencia y atención están íntimamente unidas.

La **atención adquiere su principal aplicación** en la vida cotidiana a nivel de la memoria, sobre todo la **memoria a largo plazo**, pues a mayor atención prestada a un hecho mejor recuerdo y más duradero.

• **Alteraciones:**

1. **DISTRAIBILIDAD o LABILIDAD ATENTIVA:** cambios bruscos o sincopados de la atención acompañados de inquietud, hipercinesia o agitación (hipercinesia infantil, maníacos). Tipos: a. De origen orgánico. b. De origen psiquiátrico.
2. **HIPERPROXESIA:** aumento de la atención.
3. **HIPOPROXESIA:** disminución o incapacidad para mantener la atención (trastornos del estado del humor y de los sentimientos).
4. **APROXESIA:** abolición de la atención. Puede darse:
 - a. Voluntaria: sueño.
 - b. Consecuencia de trastornos: estado depresivo profundo, ensimismamiento.
5. **INATENCIÓN:** incapacidad para movilizar la atención o cambiar el foco.
6. **PERPLEJIDAD:** incapacidad para comprender lo que ocurre a su alrededor (primeros momentos de la irrupción de las psicosis esquizofrénicas y en la depresión).

**TRASTORNO DE LA
INTELIGENCIA Y DE LA MEMORIA.
Conceptos, características y síntomas.**

INTELIGENCIA. Concepto:

• **Inteligencia** (Del lat. *intelligentia*) se la entiende comúnmente como la capacidad de un sistema (ya sea humano o no) de aportar soluciones de supervivencia a su entorno, y de resolver problemas.

• Según Stern, es la "la aptitud personal para enfrentarse con requerimientos nuevos, haciendo uso adecuado del pensamiento como medio".

El test de inteligencia más usado en la actualidad es la escala Weschler en sus versiones de adulto (WAIS) y niño (WISC). **Cociente intelectual:** según Stern, $EM / EC \times 100$.

RETRASO MENTAL (ANTES OLIGOFRENIAS)

Podemos definirlo como "el funcionamiento intelectual general inferior al normal debido a causas congénitas o precoces". Desde el punto de vista psicométrico se considera que existe retraso mental cuando el CI es inferior a 69, pudiendo ser leve, moderado, grave o profundo.

- **Clasificación:**
 - o Límite: CI= 70-85.
 - o Leve: CI= 50-69.
 - o Moderado: CI= 35- 49.
 - o Grave: CI= 20-34.
 - o Profundo: CI= <20.

MEMORIA.

• **Concepto:** impresión, retención y reproducción de las huellas de la experiencia anterior, que da al hombre la posibilidad de acumular información y contar con los indicios de la experiencia anterior tras desaparecer los fenómenos que la motivaron (LURIA).

Características: la memoria comprende:

- o Entrada de la información ambiental o del propio organismo.
- o Registro y mantenimiento de la información.
- o Salida de la información o conducta relacionada de forma consistente con la inicialmente revisada.
- o Registro y codificación de la información a través de mecanismos activos que transforman el contenido para ser almacenados que pueden sufrir modificaciones sustanciales en la reproducción.
- o El material es reorganizado para ser reproducido.
- o La memoria se produce en el contexto de estructuras nerviosas que vehiculizan el proceso y cuyas alteraciones redundarán en trastornos de aquella.
- o La memoria forma parte del conjunto de la vida psíquica y biográfica del sujeto siendo influenciada e influyente en ella.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU DURACIÓN

•Memoria sensorial:

Visual: de escasa duración, menos de medio segundo.

Auditiva: también breve, entre uno y dos segundos de duración.

•Memoria inmediata (memoria a corto plazo): Duración de menos de un minuto, y limitada a unos pocos objetos.

•Memoria reciente: Su duración oscila entre unos minutos y varias semanas, y su capacidad de almacenamiento es mayor que la de la memoria inmediata.

•Memoria remota: Mantiene la información desde semanas hasta toda la vida.

CLASIFICACIÓN POR CONTENIDO O UTILIZACIÓN

•Memoria de referencia: Contiene la información reciente y remota obtenida por experiencias previas.

•Memoria de trabajo: Se aplica a un proceso activo que está siendo actualizado de manera continua por la experiencia de un momento determinado.

•Memoria episódica: Contiene la información relativa a sucesos acontecidos en un momento y lugar determinados.

•Memoria semántica: Contiene información que no varía, como por ejemplo el número de horas que tiene el día o las capitales de provincia de Andalucía.

•Memoria declarativa (o explícita): Contiene los hechos del mundo y los acontecimientos personales del pasado que es necesario recuperar de manera consciente para recordarlos.

•Memoria de procedimiento (o implícita): Aprendizaje y conservación de destrezas y habilidades, como peinarse o montar en bicicleta. Estos procedimientos se automatizan y no precisan de una ejecución consciente.

TRASTORNOS:

1. **AMNESIA:** incapacidad total o parcial de memorizar (registro, retención y evocación de una información o un periodo de la vida del sujeto), es decir, la pérdida global o parcial de la función mnésica. Puede ser:

• **Retrógrada o de conservación:** pérdida de la memoria que abarca el periodo de tiempo previo a la aparición del trastorno que dio lugar a la amnesia.

En sujetos alcohólicos pueden producirse episodios de pérdida de memoria, con amnesia de los acontecimientos ocurridos durante la embriaguez --> **blackout**.

• **Anterógrada o de fijación:** pérdida de la memoria que abarca el periodo de tiempo posterior a la aparición del trastorno (de tipo orgánico), por lo que no se fijan los nuevos recuerdos. Cuando se acompaña de confabulación se trata del **Síndrome de Korsakoff** (por lesión de las estructuras diencefálicas y temporales). Es un síndrome amnésico persistente asociado al consumo prolongado de alcohol y debido a un déficit de tiamina.

• **De evocación o afasia amnésica:** incapacidad para nombrar objetos. El sujeto reconoce y señala el objeto, incluso rechaza el nombre equivocado.

2. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA MEMORIA o DISMNESIAS:

• **Confabulación:** relleno de lagunas de la memoria de fijación con acontecimientos físicos de forma inconsciente y sin intención de mentir. Los hechos irreales tienen un carácter fugaz y desaparecen al ser constatados por la realidad.

• **Pseudología o parafrenia fantástica:** relato incontrolado de historias inventadas o fantaseadas que el sujeto llega a creerse considerándolas reales.

• **Criptomnesias:** Deja vu (ya visto)/ Jamais vu (nunca visto): impresión de haber visto u oído una situación concreta o, al contrario, jamás haber visto u oído un hecho concreto.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN.

Concepto y alteraciones.

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS:

- Vallejo Ruiloba la define como: "Conocimiento de los objetos y relaciones que siguen a una estimulación de los órganos de los sentidos".
- El acto perceptivo constituye una forma superior de conocimiento, a través de la cual aprendemos el mundo circulante y nuestra propia corporalidad.
- Es un proceso activo entre la díada sujeto- objeto.
- Según Pinillos "la percepción es un proceso psicofísico en virtud del cual, la energía de los estímulos que nos llega por los sentidos se transforma en mundo".

QUÉ ENTENDEMOS POR:

ILUSIONES: Deformación de un objeto real externo ya sea por falta de atención o por determinados sentimientos que actúan característicamente deformando la realidad, o bien porque exista un deseo expreso de deformar esta realidad.

ALUCINACIONES:

Esquirol y Ball: percepción sin objeto. TIPOS: auditivas, visuales, táctiles, cenestésicas...

PSEUDOALUCINACIONES: se llaman también alucinaciones delirantes. Suceden en la mente del enfermo y el paciente no las relaciona con ninguna modalidad sensorial (visión, audición...). Tiene un carácter impositivo (vivencias impuestas).

ALUCINOSIS: alucinaciones intensas que carecen de juicio de realidad y son criticadas por el sujeto, pues reconoce que son debidas a algún trastorno.

PENSAMIENTO.

CONCEPTO, ALTERACIONES O TRASTORNOS.

El pensamiento es el exponente de mayor jerarquía del ser humano. A través del pensamiento expresamos nuestro conocimiento y su finalidad es la comprensión, entendimiento y facilitar las relaciones humanas.

En todo pensamiento hay un contenido, un tema, además de un curso o discurrir.

Estos son los 3 aspectos fundamentales del pensamiento.

Lo que mas interesa desde el punto de vista de las patologías es el *contenido y el curso*.

El pensamiento va evolucionando con el desarrollo del ser, desde el pensamiento primitivo o mágico de los niños, al pensamiento lógico.

El factor mas importante que propulsa la evolución es la inteligencia.

FASES PARA PRODUCIRSE EL PENSAMIENTO:

- **Ideación:** es el aporte de ideas a nuestra conciencia
- **Asociación ideativa:** es cuando las ideas se asocian, siguen un orden y una lógica.
- **Juicio:** actúa como un filtro, selecciona las ideas asociadas y así se emiten juicios.
- **Razonamiento:** actúa como un filtro de los juicios, selecciona determinados juicios para elaborar el pensamiento final del individuo

□ TRASTORNOS EN EL CURSO

(elaboración de las ideas):

Curso acelerado: el transcurrir del pensamiento es más rápido de lo normal, es la consecuencia de la aceleración del ritmo asociativo. TAQUIPSIQUÍA

FUGA DE IDEAS o PENSAMIENTO IDEO-FUGAZ o SALTÍGRADO: Máxima aceleración del pensamiento.

Curso lentificado: es opuesta al anterior, el pensamiento esta retardado, es consecuencia del retardo del ritmo asociativo. BRADIPSIQUÍA

BLOQUEO o INTERCEPTACIÓN DEL PENSAMIENTO: bloqueo del curso del pensamiento de duración variable, pudiendo deducir el individuo que el pensamiento le ha sido robado.

□ TRASTORNOS EN EL CONTENIDO O FORMA DEL PENSAMIENTO:

Ideas delirantes. Son ideas erróneas, falsas, que están generadas por alguna patología, cuyo error es irreductible a la argumentación lógica, así el paciente no sale de su error y condiciona el comportamiento de este. (DELIRIO)

Tipos de delirios:

- **Persecutorio**: aparece en los trastornos paranoicos --> desconfianza.
- De perjuicio: el paciente cree que alguien quiere hacerle daño.
- **Megalomaniaco o de grandeza**: propio de los trastornos afectivos del estado de humor como la psicosis megalomaniaca.
- **Celotípico**: percepción de un engaño por parte de la persona amada, aparece en la psicosis exotóxica (alcoholismo).
- **Hipocondríaco**: queja hipocondriaca (preocupación por su cuerpo) en forma de idea delirante. No confundir con la enfermedad.
- **De ruina**: manifestación de un delirio depresivo (carácter endógeno).
- **De culpa**: manifestación de un delirio depresivo (carácter endógeno).
- **De control**.
- **Místico**.
- **Eroticomaniaco**

□ ALTERACIÓN EN LA ESTRUCTURA DE LAS ASOCIACIONES:

PENSAMIENTO PROLIJO O CIRCUNSTANCIALIDAD: es la dificultad para establecer los límites precisos de lo fundamental y de lo que es superfluo, de los detalles sin importancia. Incapacidad del paciente para extraer de los contenidos mentales aquel material que es esencial e indispensable para llegar a una conclusión. El proceso mental se diluye en infinidad de detalles carentes de importancia que impiden llegar a una conclusión, al objetivo final del pensamiento.

TANGENCIALIDAD: Incapacidad para hacer asociaciones de ideas que van a llevarnos a una finalidad concreta (algo que queremos decir)

PENSAMIENTO INCOHERENTE: Muy frecuente. Ausencia de la idea directriz global acompañada de un flujo de ideas sin una conexión lógica --> pensamiento muy desorganizado. Tiene todas las características del pensamiento disgregado más la total incomprendibilidad, tanto global del discurso como parcial de frases constitutivas.

CONDENSACIÓN DEL PENSAMIENTO o NEOLOGISMO: Fusión de fragmentos de varias palabras en 1, de forma incomprensible. La persona no verbaliza o manifiesta ningún contenido lógico.

PERSEVERACIÓN DEL PENSAMIENTO: Incapacidad del paciente para pasar de un tema a otro --> Falta de dinámica del discurso. El sujeto repite las mismas ideas, palabras o temas (discurso pegajoso).

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL TERCERA PARTE

- VALORACIÓN DEL PACIENTE.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.
- PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN.
- EVALUACIÓN.

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
PROTOCOLO DE VALORACIÓN
PSIQUIÁTRICA .
ENFOQUE M. GORDON.
Patrones funcionales de salud**

I. VALORACION GENERAL

Nombre.....H.C.L.....Fecha.....

Frecuencia cardíaca.....T.A.....

Frecuencia respiratoria.....Temperatura.....

- **Piel y mucosas:**

Color y aspecto.....Drenajes/lesiones.....

- **Sentidos corporales:**

Vista.....Oído.....Tacto.....

Olfato.....Gusto.....

- **Función motora:**

Buena.....Limitaciones(especificar).....

- **Otras alteraciones o datos de interés**.....

.....

II.1. Patrón percepción- Control de la salud

- **Describe la percepción que tiene el cliente de su estado de salud y las influencias sobre este de los conocimientos y prácticas realizadas al respecto.**

II ASPECTO POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

II.1. Patrón percepción-control de la salud

- -Aspecto general (vestido/arreglo personal):

Adecuado.....Descuidado.....
Extravagante.....Meticuloso.....

- -Actitud frente a su enfermedad:

Aceptación.....Rechazo.....Indiferencia.....
Sobrevaloración.....Revindicativa.....Otras.....

- -Otras alteraciones o datos de interés:.....

.....

II.2. Patrón nutricional metabólico

- Describe los hábitos(cantidad/ tipos) de comida y el consumo de líquidos, relativos a sus necesidades metabólicas , así como preferencias alimenticias y uso de nutrientes o vitaminas suplementarias.
- Desde un punto de vista psicopatológico pueden contribuir a la Disfunción de este patrón:
 - * Anorexia.
 - * Bulimia.
 - * Depresión.
 - * Alteraciones cognitivas.

II.2. Patrón nutricional-metabólico

Peso.....Talla.....Constitución.....

- **Apetito:**Normal.....Aumentado.....Disminuido.....
Apetencias.....
Desapetencias.....
Restricciones (tipo/motivo).....
- **Relación consumo (c) gasto (g)de energía:**
Superior al requerido.....Inferior al requerido.....
Hábitos y opiniones destacables respecto a la comida.....
- **Historia familiar** y cultural respecto a ello.....
Historia y exigencias laborales.....
- **Alteraciones cualitativas de la ingesta** (especificar).....
- **Otras alteraciones o datos de interés**.....

II.3 Patrón de eliminación

- Describe el patrón de la función excretora (intestinal, vesical, Cutánea) también la percepción del individuo respecto a la Regularidad de la función, uso de laxantes o cambio de hábitos.
- Muchos psicofármacos alteran este patrón.

II.3 Patrón de Eliminación

- **Eliminación intestinal:**
Frecuencia.....Características.....Malestar.....
Control.....Motivos posibles.....
- **Eliminación Vesical:**
Frecuencia.....Características.....Malestar.....
Control.....Motivos posibles.....
- **Eliminación cutánea:**
Sudoración Cutánea.....Sudoración profusa.....
- **Otras alteraciones o datos de interés.....**
.....

II. Patrón de actividad-ejercicio

- Describe el patrón de ejercicio, actividad. Estas habilidades pueden estar influidas por el desarrollo de coordinación, fuerza y destreza.
- Desde una perspectiva psicopatológica puede contribuir a alterar Este patrón :
 - * Las crisis de ansiedad (pánico)
 - * Depresión.
 - * Manía.
 - * Trastornos psicomotores (demencia, esquiz)

II.4. Patrón de actividad-ejercicio

- Expresión facial (especificar).....
- Características del habla:
Velocidad..... Tono de voz.....
- **Comportamiento Motriz:**
Inhibición.....Agitación..... Temblores.....
Esterotipias.....Incoordinación.....Rigidez.....
- **Regularidad del comportamiento anterior:**
Frecuencia.....Intensidad.....
Condiciones que lo aumentan o reducen.....
- **Características del comportamiento motor:**
Controlable.....Limitante.....Incapacitante.....
- **Seguimiento respecto a ello:**
Indiferente.....Alegre.....Preocupado.....

II.5 Patrón sueño-descanso

- Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación. Incluye La percepción sobre la cantidad y calidad de sueño y descanso
- Además de la edad, la preocupación por la hospitalización y el Temor a ambientes desconocidos , entre los factores psicopat. Que pueden alterar este patrón están:
 - * Ansiedad.
 - * Estrés.
 - * Alteraciones cognitivas.
 - * Depresión/ manía.

II.5. Patrón de sueño-descanso

- Horas de sueño nocturno.....Otros descansos.....
- Problemas de sueño:
 - Al inicio.....Interrumpido.....
 - Despertar temprano.....Pesadillas (tipo).....
 - Somnolencia excesiva.....Otros (especificar).....
 - Historia anterior de insomnio.....
 - Ayudas para favorecer el sueño (especificar).....
- Otras alteraciones o datos de interés.....

II.6 Patrón cognitivo-perceptivo

- Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:
 - Somnoliento.....Confuso.....Apático.....
 - Sólo sigue instrucciones.....No responde a EE.....
 - Hipervigilante.....Distraído.....Fluctuante.....
- Orientación espacio/tiempo-personas:
 - Reconoce: lugar donde se encuentra.....
 - Domicilio.....Ciudad.....País.....
 - Reconoce: Día y mes.....año.....Estación.....
 - Reconoce: personas significativas.....
 - Grado de relación.....
 - Función Personal.....
 - Reconoce: Quién es.....Nombre completo.....Edad.....
 - Fecha de Nacimiento.....

II.6 Patrón cognitivo-perceptivo

- **Alteraciones perceptivas:**
 - Auditivas (tipo).....Visuales (tipo).....
 - Táctiles (tipo).....Olfativas (tipo).....
 - Otras:.....
- **Localización de la Percepción:**
 - Interna (tipo)..... Externa.....
- **Cualidades de la memoria:**
 - Inmediata /Reciente.....
 - Remota.....
 - Características de la alteración.....

II.6 Patrón cognitivo-perceptivo

- **Inteligencia general:**
 - Adaptado al entorno.....
 - Retrasos específicos del desarrollo.....
 - Retrasos generalizados.....
 - Tipo de ayuda requerida.....
- **Organización pensamiento-lenguaje:**
 - Contenido:**
 - Coherente y organizado.....Distorsionado.....
 - Descripción breve de la alteración (temas).....
 - Comportamiento adoptado frente al tema (ritualista, defensivo, destructivo violento, etc.).....

II.6 Patrón cognitivo-perceptivo

- **Curso:**
Inhibición.....Aceleración.....
Perseverancia.....Disgregación.....
Incoherencia.....Otros (especificar).....
- **Expresión del lenguaje:**
Velocidad (rápido, lento, paroxístico).....
Cantidad / abundante, escaso).....
Volumen (alto/bajo).....
Tono y modulación (alterado, tranquilo, hostil).....
- **Otras alteraciones o datos de interés**.....

II.7 Patrón autopercepción-autoconcepto

- Describe la percepción que tiene el pcte. De sí mismo según 4 variables:

-Imagen corporal .
-Autoestima.
-Competencia (cumplimiento del cometido)
-Identidad Personal.

- Este patrón puede verse alterado por:
 - Situaciones de estrés incontrolable.
 - Amenazas reales o percibidas.
 - Pérdida de parte del cuerpo o función.
 - Depresión.
 - Manía.

II.7 Patrón autopercepción-autoconcepto

- **Reactividad emocional:**
Adecuada al contexto.....
Pobreza de sentimientos.....
- **Tonalidad afectiva:**
Agradable.....Desagradable.....
Posibles síntomas afectivos de Interés (especificar).....
- **Percepción de la imagen corporal:**
Ajustada a la realidad.....
Confusa.....
Equivocada.....
- **Actitud frente a su cuerpo:**
Aceptación.....
Rechazo.....
Ira.....Otros.....

II.7 Patrón autopercepción-autoconcepto

- **Autodescripción de sí mismo:**
Sobrevaloración de capacidades y logros.....
Exageración de errores y desgracias.....
Infravaloración de éxitos.....
Otros (especificar).....
- **Autoevaluación general y competencia personal:**
Positiva.....Negativa.....
Sentimientos respecto a ello y frecuencia:
Inferioridad.....Superioridad.....Culpabilidad.....
Inutilidad.....Impotencia.....Tristeza.....
Ansiedad.....Miedo.....Rabia.....
Otros.....
Comportamientos realizados para compensarlos.....

II.7 Patrón autopercepción-autoconcepto

- **Percepción de exigencias o presiones:**
Origen (personas).....Tipo (ámbito).....
- **Interés/Desinterés por actividades recreativas.....**
- **Cambio notable de habilidades o funciones físicas/corporales.....**
- **Ideas de suicidio.....**
- **Otras alteraciones o datos de interés.....**

II.8. Patrón de rol-relaciones

- Describe la percepción de los principales roles y responsabilidades personales
En situaciones normales de la vida.
- Desde un punto vista psicopatológico pueden actuar como factores
Contribuyentes en la disfunción de este patrón:
 - La enfermedad física o mental.
 - El estrés.
 - El miedo, la ira, la agresividad.

II.8. Patrón de rol-relaciones

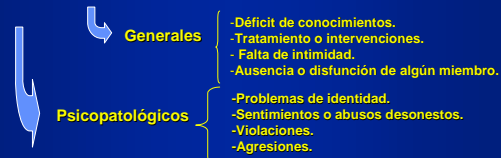
- **Estructura y roles familiares:**
Vive solo.....Vive acompañado.....
Lugar que ocupa en la familia y rol desempeñado.....
Forma de adoptar las decisiones de su familia.....
- **Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización:**
Preocupación.....Desinterés.....Tranquilidad.....
Culpa.....Apoyo.....Ansiedad.....
Otros.....
- **Personas más significativas**.....
Principal confidente.....
- **Personas con las que se relaciona a diario**.....
- **Su relación es:**
Satisfactoria.....Insatisfactoria.....Indiferente.....

II.8. Patrón de rol-relaciones

- **Tiempo que pasa sólo y por qué**.....
- **Tiempo que pasa con amigos o compañeros**.....
- **la percepción de la relación escolar/ laboral es:**
Satisfactoria.....Insatisfactoria.....Indiferente.....
- **Otras alteraciones o datos de interés**.....

II.9. Patrón de sexualidad-reproducción

- Incluye la percepción de satisfacción o disfunción que tiene el individuo En su patrón sexual o de reproducción.
- Está estrechamente relacionado con el patrón Rol-relaciones.
- Factores que pueden alterar este patrón:



II.9. Patrón de sexualidad-reproducción

- En una escala de 0 a 10 su actividad sexual es:
Insatisfactoria.....Satisfactoria.....
- cambios (reales/percibidos) en las relaciones sexuales.....
Motivos o causas.....
- Sentimientos frente a ellos:
Ansiedad.....Miedo.....Culpabilidad.....
- Conductas parafilicas (tipos).....
- Otras alteraciones o datos de interés.....
.....

II.10 Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

- Incluye:

- La capacidad de resistencia a los cambios.
- Formas de controlar el estrés.
- Soporte familiar o de otros sistemas.
- Percepción de las habilidades que tiene el individuo para controlar situaciones estresantes.

- Factores que provocan disfunción:

- Todos los susceptibles de desencadenar un estado de ansiedad puntual o permanente ya sea por motivos personales o por estilos de pensamiento o por motivos culturales-laborales etc.

1

II.10 Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

- Estado de tensión/ansiedad:

Generalizado.....Temporal.....

- Posibles desencadenantes:

Ideas pensamientos (especificar).....

Traumatismos previos (especificar).....

Miedos/fobias (especificar).....

Problemas laborales.....

Otros acontecimientos (especificar).....

- Sentimientos aparecidos:

Rabia.....Tristeza.....frustración.....

Impotencia.....Desesperanza.....Depresión.....

Otros (especificar).....

II.10 Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

- Grado de incapacitación personal atribuida.....
- Percepción de soporte:
Familiar.....Amigos.....Otros (especificar).....
- Estrategias de adaptación/control:
Somatizaciones.....Inhibición.....Hiperactiviad.....
Drogas/alcohol/tabaco (especificar).....
Ingesta de alimentos.....
Análisis del problema.....Compartirlo/comentario.....
Otras (especificar).....
- Otras alteraciones o datos de interés:.....

II.11. Patrón de valores y creencias

- Incluye la percepción de lo que una persona considera importante
En la vida y cualquier conflicto en los valores /creencias o
Expectativas relacionadas con la salud

II.11. Patrón de valores y creencias

- Valoración de creencias que desee sean considerados.....
- Deseos de realizar prácticas religiosas.....
- Otros datos de interés.....

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

I. Patrón de Percepción y Control de la Salud

Mantenimiento de la salud alterado
Protección alterada
Manejo ineficaz del régimen terapéutico
Alto riesgo de lesión
Infección
Alto riesgo de traumatismo
Alto riesgo de intoxicación
Alto riesgo de asfixia

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

2.- Patrón Nutricional y Metabólico :

- _ Alto riesgo de nutrición alterada : ingesta superior a las necesidades corporales .
- _ Nutrición alterada : ingesta superior a las necesidades corporales
- _ Nutrición alterada : ingesta inferior a las necesidades corporales .
- _ Lactancia natural eficaz
- _ Lactancia natural ineficaz .
- _ Lactancia natural interrumpida .
- _ Patrón de alimentación infantil ineficaz .
- _ Alto riesgo de aspiración
- _ Trastorno de la deglución .
- _ Mucosa oral alterada .
- _ Alto riesgo de déficits de volumen de líquidos .
- _ Déficits de volumen de líquidos .

- _ Exceso de volumen de líquidos .
- _ Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea .
- _ Alteración de la integridad cutánea .
- _ Alteración de la integridad tisular .
- _ Alto riesgo de alteración de temperatura corporal .
- _ Termorregulación ineficaz .
- _ Hipertermia .
- _ Hipotermia .

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

3.- Patrón de Eliminación :

- _ Estreñimiento
- _ Diarrea .
- _ Incontinencia intestinal .
- _ Alteración de la excreción urinaria
- _ Incontinencia funcional
- _ Incontinencia de esfuerzo
- _ Incontinencia de urgencia
- _ Incontinencia total
- _ Incontinencia refleja
- _ Retención urinaria

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

4.- Patrón de Actividad y Ejercicio :

- Intolerancia a la actividad .
- Incapacidad para mantener una respiración espontánea .
- Alto riesgo de intolerancia a la actividad .
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica .
- Movilidad física alterada .
- Alto riesgo de síndrome de desuso .
- Fatiga .
- Olvido Unilateral
- Déficit de autocuidado : baño / higiene .
- Déficit de autocuidado : vestido /arreglo
- Déficit de autocuidado : alimentación .
- Déficit de autocuidado : evacuación .
- Déficit de actividades recreativas
- Mantenimiento del hogar alterado .
- Limpieza ineficaz de vía aérea .
- Patrón de respiración ineficaz .
- Intercambio gaseoso alterado .
- Gasto cardíaco disminuido .
- Perfusión tisular alterada : (renal , cerebral , cardíaca , gastrointestinal , periférica)
- Alto riesgo de Traumatismo.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

5.- Patrón de Reposo y Sueño :

- Alteración del patrón del sueño .

6.- Patrón Cognoscitivo y Perceptual:

- Dolor .
- Dolor crónico
- Alteraciones sensoriales / perceptuales (visual , auditiva , cinestésica , gustatoria , táctil , olfatoria) .
- Olvido unilateral .
- Déficits de conocimientos sobre .
- Procesos alterados del pensamiento .
- Dificultad de decisión
- creativas
- Mantenimiento del hogar alterado .
- Limpieza ineficaz de vía aérea .
- Patrón de respiración ineficaz .
- Intercambio gaseoso alterado .
- Gasto cardíaco disminuido .
- Perfusión tisular alterada : (renal , cerebral , cardíaca , gastrointestinal , periférica)
- Alto riesgo de Traumatismo.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

7.- Patrón de Autopercepción y Autoconcepto :

- _ Miedo
- _ Ansiedad
- _ Desesperación
- _ Sensación de impotencia .
- _ Trastorno de la imagen corporal
- _ Alto riesgo de automutilación .
- _ Trastorno de la identidad personal .
- _ Trastorno de la autoestima .
- _ Autoestima baja crónica
- _ Autoestima baja circunstancial

8.- Patrón de Función y Relación :

- _ Duelo anticipado
- _ Duelo disfuncional
- _ Alteración del rendimiento de la función .
- _ Tensión en el rol del cuidador
- _ Alto riesgo de tensión en el rol del cuidador .
- _ Aislamiento social .
- _ Deterioro de la comunicación verbal .
- _ Alto riesgo de violencia .

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

9.- Patrón de Sexualidad y Reproducción :

- _ Disfunción sexual .
- _ Patrones alterados de la sexualidad .
- _ Síndrome de trauma por violación .

10.- Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés :

- _ Afrontamiento individual ineficaz .
- _ Afrontamiento defensivo .

11.- Patrón de Valores y Creencias :

- _ Sufrimiento espiritual

http://www.terra.es/personal/duenas/home_.htm