ALTERACIONES EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AUTORA: BEGOÑA BEATRIZ MIGUEL PEREZ
FEBRERO 2022

DATOS

LOS TRASTORNOS MENTALES EN MENORES SE TRIPLICAN CON LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA

Un 58% de las personas entre 15 y 24 años manifiestan sentirse en muchas ocasiones "ansiosos, nerviosos, preocupados". Asimismo, se estima que **uno de cada siete jóvenes** pasa por un problema de salud mental, cifras que reflejan la importancia de tomar conciencia sobre esta problemática.

GRUPOS DE RIESGO

¿QUIÉNES SON?

¿Qué papel hacen los centros educativos?

Tema **BIOPSICOSOCIAL** con implicaciones educativas.

Modelo humanista

Ofrecer un entorno lo más protector posible.

Identificar señales de alerta

Derivar

Sensibilizar

Cuestionar (reflexión crítica)

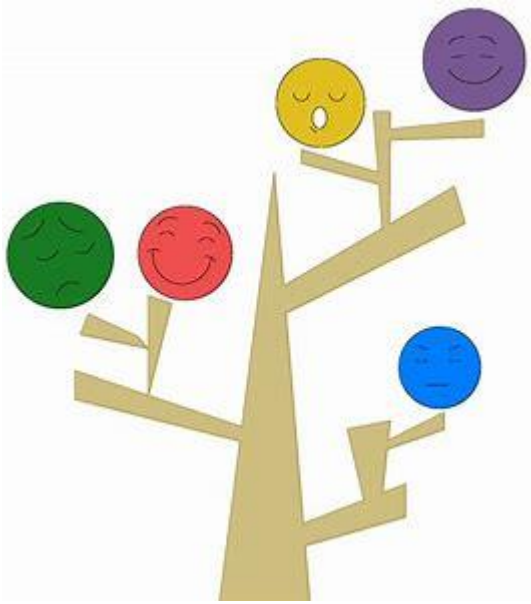
Escuchar

Ofrecer seguridad y confianza.

COMPETENCIA SOCIOEMOCIONAL

DIMENSIONES

- AUTOCONCIENCIA
- AUTORREGULACIÓN
- CONCIENCIA SOCIAL
- COMUNICACIÓN
- TOMA DE DECISIONES



METAS

- BIENESTAR

- BIENSER

ALGUNOS MOTIVOS QUE FAVORECEN EL INCREMENTO DE ALTERACIONES Y TRASTORNOS MENTALES EN LOS MENORES

FACTORES DE RIESGO

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA

LOS NIÑOS TIENEN LO QUE QUIEREN PERO NO LO QUE NECESITAN

Los niños viven en una abundancia de aspectos materiales que les deja a merced de sus impulsos y deseos, muchas veces, sin cubrir las verdaderas necesidades humanas: seguridad, protección, reconocimiento, etc.

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
CADA VEZ SE JUEGA MENOS

La importancia del juego libre que está siendo sustituido por actividades extraescolares regladas y nuevas tecnologías.

El juego supone una descarga, sensaciones placenteras, creatividad, regulación conductual, etc.

Los adolescentes tienen pocos HOBBIES

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
SIN MODELOS JERÁRQUICOS

Los adultos se colocan muchas veces, al mismo nivel que el menor, cuando éste necesita la seguridad de sentirse apoyado por un adulto que está en una posición jerárquica superior.

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
CON REFERENTES DEVALUADOS

Los adultos, entre los que están los docentes, son devaluados socialmente, lo que dificulta confiar y respetar la autoridad que representan.

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
CAMBIOS RÁPIDOS

Cada vez son más los menores que han de adaptarse a separaciones de sus progenitores y a buscar su lugar en nuevas familias reconstituidas. Cambios rápidos y duelos sin elaborar.
El niño aprende a sobrevivir a los vaivenes generados por las decisiones de los adultos.

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
LA VIOLENCIA QUE NOS RODEA

Al menor le bombardean diariamente multitud de imágenes violentas que normaliza

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
LAS TIC COMO FUENTES "FIABLES" Y SU ABUSO

Los niños y jóvenes son especialmente vulnerables a quedar enganchados en mundos virtuales que les den sensación de control y seguridad, que "narcotice" miedos y otras sensaciones incómodas, dejando deberes y responsabilidades reales a un lado.

Los jóvenes consultan informaciones de todo tipo en la red creyendo verdaderas informaciones sesgadas. (ven información sobre cómo autolesionarse, cómo suicidarse, etc.)

YOUTUBERS

INFLUENCERS

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
MUNDO VIRTUAL ARTIFICIAL

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA

SITUACIONES DE DUELOS Y PÉRDIDAS NO RESUELTAS

Los duelos no resueltos, a veces, por la gestión inadecuada de los mismos por parte de los adultos que tratan de sobreproteger a los niños tratando de evitarles que se enfrenten a situaciones dolorosas que tarde o temprano se van a encontrar.

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA
VIVIR EN PANDEMIA

¿Irresponsables o incomprendidos?

Cambios de hábitos

Desesperanza en el futuro

INFANCIA/JUVENTUD DAÑADA

DIFICULTAD PARA MANEJAR LA FRUSTRACIÓN Y EL MALESTAR

ACEPTAR EL NO

VOLUNTAD DE PERSEVERAR

MANEJO DE LA RABIA Y TRISTEZA

CULPABILIZACIÓN DENTRO/FUERA

TOLERANCIA AL DOLOR

INFANCIA/JUVENTUD GRAVEMENTE DAÑADA

LA NEGLIGENCIA Y EL MALTRATO

Un número significativo de menores viven en entornos familiares negligentes y violentos que dañan su identidad y la neurología cerebral.

No podemos olvidar los casos de violencia de género donde el menor es espectador y victima.

INFANCIA/JUVENTUD GRAVEMENTE DAÑADA

MALTRATO ENTRE IGUALES

Experimentar un acoso entre iguales supone tener que elaborar un trauma ya que el impacto de este acoso en la persona va a suponer una amenaza para su desarrollo a todos los niveles.

INFANCIA/JUVENTUD GRAVEMENTE DAÑADA
FAMILIARES CON ENFERMEDAD MENTAL

ESTIGMA

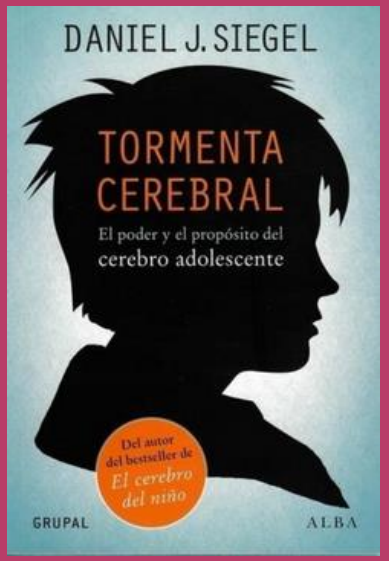
INFANCIA/JUVENTUD GRAVEMENTE DAÑADA

CONSUMO DE SUSTANCIAS

OCASIONA QUE JÓVENES DEBUTEN ANTES CON TRASOTRNOS PSICÓTICOS Y OTROS PROBLEMAS MENTALES

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

FACTOR DE RIESGO EN SI



SALUD MENTAL DE POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN RIESGO

INSATISFACCIÓN
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN
DIFICULTAD PARA MARCARSE OBJETIVOS
A MERCED DE DESEOS
CON ANSIA DE PROTAGONISMO
CON LUCHA POR EL PODER
CON IDEAS IRRACIONALES DE LA VIDA
CON FALTA DE VALORES QUE SUSTENTEN
RADICAL EN LOS PENSAMIENTOS Y FORMAS
CONFUDIDOS EN SU IDENTIDAD
EVITANDO INCOMODIDADES (EJEMPLO: EL ESFUERZO)
CONFUNDIDOS EN LO QUE SE ESPERA DE ELLOS
INMADUROS PARA ASUMIR COMPROMISOS
CON MIEDO HACIA UN FUTURO INCIERTO

FUENTE DE MALESTAR

CONDUCTAS ALTERADAS

BAJA RESILIENCIA

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

SE ESTÁN DANDO SITUACIONES EN LAS QUE SE VULNERAN LOS DERECHOS DEL MENOR

LOMLOE (2020)

DERECHOS DE LA INFANCIA

IGUALDAD

1. Quiero que me respeten, sin importar mi religión, color de piel, condición física o lugar donde vivo.

IDENTIDAD

2. Necesito un nombre y apellidos para distinguirme de los demás niños y niñas.

AMOR

3. Quiero vivir con mi familia, que me cuide, me alimente y sobre todo que me quiera.

EDUCACIÓN

4. Tengo derecho a recibir educación y a tener lo necesario para estudiar.

PROTECCIÓN

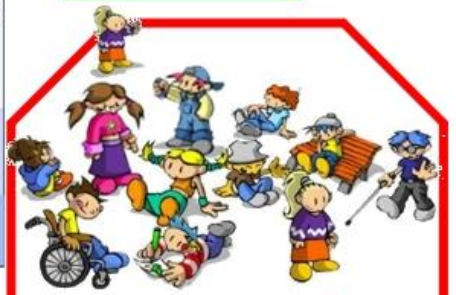
5. Tengo derecho a descansar, jugar y divertirme en un ambiente sano y feliz.

CALIDAD DE VIDA

6. Necesito atención médica y que me cuiden cuando estoy enfermo.

7. Tengo derecho a decir lo que pienso y lo que siento.

SOLIDARIDAD



INTEGRACIÓN

8. Quiero poder reunirme con otros niños y niñas.

9. Tengo derecho a ser protegido contra la crueldad, el abandono y la explotación.

10. Necesito ser educado en la paz, tolerancia y la comprensión.

AUXILIO

Artículo 3. Fines

Establecer los protocolos, mecanismos y cualquier otra medida necesaria para la **creación de entornos seguros, de buen trato e inclusivos** para toda la infancia en todos los ámbitos desarrollados en esta ley en los que la persona menor de edad desarrolla su vida. **Se entenderá como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital**.

Proteger la imagen del menor desde su nacimiento hasta después de su fallecimiento.

Ámbitos: familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, del ámbito judicial, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio, de la Administración de Justicia y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Capítulo IV desarrolla diversas medidas de protección y detección precoz de la violencia en los **centros educativos** que se consideren imprescindibles en este entorno de socialización.

Se enfatiza la existencia de protocolos de actuación frente a indicios de acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, suicidio, autolesión y cualquier otra forma de violencia (artículo 34).

Capítulo VIII, regula las actuaciones que deben realizar y promover las administraciones públicas para garantizar el **uso seguro y responsable de Internet** por parte de los niños, niñas y adolescentes, familias, personal educador y profesionales que trabajen con personas menores de edad.

- **Artículo 15. Deber de comunicación de la ciudadanía**. Toda persona que advierta indicios de una situación de violencia ejercida sobre una persona menor de edad, está obligada a comunicarlo de forma inmediata a la autoridad competente y, si los hechos pudieran ser constitutivos de delito, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, al Ministerio Fiscal o a la autoridad judicial, sin perjuicio de prestar la atención inmediata que la víctima precise.
- **Artículo 16**. **Deber de comunicación cualificado**. El deber de comunicación previsto en el artículo anterior es especialmente exigible a aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de niños, niñas o adolescentes y, en el ejercicio de las mismas, hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre los mismos.

CAPÍTULO IV Del ámbito educativo

Artículo 30. Principios. El sistema educativo debe regirse por el respeto mutuo de todos los miembros de la comunidad educativa y debe fomentar una educación accesible, igualitaria, inclusiva y de calidad que permita el desarrollo pleno de los niños, niñas y adolescentes y su participación en una escuela segura y libre de violencia, en la que se garantice el respeto, la igualdad y la promoción de todos sus derechos fundamentales y libertades públicas, empleando métodos pacíficos de comunicación, negociación y resolución de conflictos. Los niños, niñas y adolescentes en todas las etapas educativas e independientemente de la titularidad del centro, recibirán, de forma transversal, una educación que incluya su participación, el respeto a los demás, a su dignidad y sus derechos, especialmente de aquellos menores que sufran especial vulnerabilidad por su condición de discapacidad o de algún trastorno del neurodesarrollo, la igualdad de género, la diversidad familiar, la adquisición de habilidades para la elección de estilos de vida saludables, incluyendo educación alimentaria y nutricional, y una educación afectivo sexual, adaptada a su nivel madurativo y, en su caso, discapacidad, orientada al aprendizaje de la prevención y evitación de toda forma de violencia y discriminación, con el fin de ayudarles a reconocerla y reaccionar frente a la misma.

Artículo 31. De la organización educativa.

1. Todos los centros educativos elaborarán un **plan de convivencia**, de conformidad con el artículo 124 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, entre cuyas actividades se incluirá la adquisición de habilidades, sensibilización y formación de la comunidad educativa, promoción del buen trato y resolución pacífica de conflictos por el personal del centro, el alumnado y la comunidad educativa sobre la resolución pacífica de conflictos.

2. Asimismo, dicho plan recogerá los **códigos de conducta** consensuados entre el profesorado que ejerce funciones de tutor/a, los equipos docentes y el alumnado ante situaciones de acoso escolar o ante cualquier otra situación que afecte a la convivencia en el centro educativo, con independencia de si estas se producen en el propio centro educativo o si se producen, o continúan, a través de las tecnologías de la información y de la comunicación. El Claustro del profesorado y el Consejo Escolar tendrán entre sus competencias el impulso de la adopción y seguimiento de medidas educativas que fomenten el reconocimiento y protección de los derechos de las personas menores de edad ante cualquier forma de violencia.

3. Las administraciones educativas velarán por el cumplimiento y aplicación de los principios recogidos en este capítulo. Asimismo, establecerán las pautas y medidas necesarias para el establecimiento de los **centros como entornos seguros** y supervisarán que todos los centros, independientemente de su titularidad, apliquen los protocolos preceptivos de actuación en casos de violencia.

Artículo 34. Protocolos de actuación.

Las administraciones educativas regularán los protocolos de actuación **contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión,** así como cualquier otra manifestación de violencia comprendida en el ámbito de aplicación de esta ley. Para la redacción de estos protocolos se contará con la participación de niños, niñas y adolescentes, otras administraciones públicas, instituciones y profesionales de los diferentes sectores implicados en la prevención, detección precoz, protección y reparación de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, deberán contemplar **actuaciones específicas cuando el acoso tenga como motivación** la discapacidad, problemas graves del neurodesarrollo, **problemas de salud mental**, la edad, prejuicios racistas o por lugar de origen, la orientación sexual, la identidad o expresión de género. De igual modo, dichos protocolos deberán contemplar actuaciones específicas cuando el acoso se lleve a cabo a través de las nuevas tecnologías o dispositivos móviles y se haya menoscabado la intimidad, reputación o el derecho a la protección de datos personales de las personas menores de edad.

Se llevarán a cabo actuaciones de difusión de los protocolos elaborados y formación especializada de los profesionales que intervengan, a fin de que cuenten con la formación adecuada para detectar situaciones de esta naturaleza.

COORDINADOR DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN

Artículo 35. Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección. Todos los centros educativos donde cursen estudios personas menores de edad, independientemente de su titularidad, deberán tener un Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección del alumnado, que actuará bajo la supervisión de la persona que ostente la dirección o titularidad del centro.

Las administraciones educativas competentes determinarán los requisitos y funciones que debe desempeñar el Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección. Asimismo, determinarán si estas **funciones han de ser desempeñadas por personal ya existente en el centro escolar o por nuevo personal.**

FUNCIONES:

a) Promover **planes de formación sobre prevención, detección precoz y protección de los niños, niñas y adolescentes**, dirigidos tanto al personal que trabaja en los centros como al alumnado. Se priorizarán los planes de formación dirigidos al personal del centro que ejercen de tutores, así como aquellos dirigidos al alumnado destinados a la adquisición por estos de habilidades para detectar y responder a situaciones de violencia. Asimismo, en coordinación con las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos, deberá **promover dicha formación entre los progenitores, y quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento**.

b) **Coordinar**, de acuerdo con los protocolos que aprueben las administraciones educativas, los **casos que requieran de intervención por parte de los servicios sociales competentes**, debiendo informar a las autoridades correspondientes, si se valora necesario, y sin perjuicio del deber de comunicación en los casos legalmente previstos.

c) Identificarse ante los alumnos y alumnas, ante el personal del centro educativo y, en general, ante la comunidad educativa, como **referente principal** para las comunicaciones relacionadas con **posibles casos de violencia en el propio centro o en su entorno**.

d) Promover **medidas** que aseguren el máximo bienestar para los niños, niñas y adolescentes, así como la **cultura del buen trato** a los mismos.

e) Fomentar entre el personal del centro y el alumnado la utilización de **métodos alternativos de resolución pacífica de conflictos**.

f) Informar al personal del centro sobre los **protocolos en materia de prevención y protección de cualquier forma de violencia** existentes en su localidad o comunidad autónoma.

g) Fomentar el **respeto a los alumnos y alumnas** con discapacidad o cualquier otra circunstancia de especial vulnerabilidad o diversidad.

h) al que se refiere el artículo 31.

i) Promover, en aquellas situaciones que supongan un riesgo para la seguridad de las personas menores de edad, la **comunicación inmediata** por parte del centro educativo a las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**.

j) Promover, en aquellas situaciones que puedan implicar un **tratamiento ilícito** de datos de carácter personal de las personas menores de edad, la comunicación inmediata por parte del centro educativo a las Agencias de Protección de **Datos**.

k) Fomentar que en el centro educativo se lleva a cabo una alimentación saludable y nutritiva que permita a los niños, niñas y adolescentes, en especial a los más vulnerables, llevar una **dieta equilibrada**.

3. El Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección actuará, en todo caso, con respeto a lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos.

Las administraciones públicas competentes establecerán planes y **programas de prevención** para la erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. Estos planes y programas comprenderán medidas específicas en los ámbitos familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en el marco de la estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia, y deberán ser evaluados en los términos que establezcan las administraciones públicas competentes.

Se trata de actuaciones preventivas dirigidas a la promoción del buen trato en todos los ámbitos de la vida de los niños, niñas y adolescentes, así como todas las orientadas a la formación en **parentalidad positiva**.

Las dirigidas a **detectar, reducir o evitar las situaciones que provocan los procesos de exclusión o inadaptación social, que dificultan el bienestar y pleno desarrollo de los niños, niñas y adolescentes**.

Las que tienen por objeto **mitigar o compensar los factores que favorecen el deterioro del entorno familiar y social de las personas menores de edad**.

Las enfocadas a fomentar tanto en las personas adultas como en las menores de edad el conocimiento de los principios y disposiciones de la **Convención sobre los Derechos del Niño**.

Las dirigidas a concienciar a la sociedad de todas **las barreras** que sitúan a los niños, niñas y adolescentes en situaciones de desventaja social y riesgo de sufrir violencia, así como las dirigidas a reducir o eliminar dichas barreras.

Las destinadas a fomentar la **seguridad** en todos los ámbitos de la infancia y la adolescencia.

Las dirigidas al **fomento de relaciones igualitarias** entre los niños y niñas, en las que se identifiquen las distintas formas de violencia contra niñas, adolescentes y mujeres.

Las dirigidas a **formar** de manera continua y especializada a los profesionales que intervienen habitualmente con niños, niñas y adolescentes, en cuestiones relacionadas con la atención a la infancia y adolescencia, con **particular atención a los colectivos en situación de especial vulnerabilidad.**

Las encaminadas **a evitar** que niñas, niños y adolescentes **abandonen sus estudios** para asumir compromisos laborales y familiares, no acordes con su edad, con especial atención al matrimonio infantil, que afecta a las niñas en razón de sexo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Por último, se crean **nuevos tipos delictivos** para evitar la impunidad de conductas realizadas a través de medios tecnológicos y de la comunicación, que producen graves riesgos para la vida y la integridad de las personas menores edad, así como una gran alarma social. Se castiga a quienes, a través de estos medios, **promuevan el suicidio, la autolesión o los trastornos alimenticios** entre personas menores de edad, así como la comisión de **delitos de naturaleza sexual** contra estas.

Se promoverá la comunicación de líneas telefónicas gratuitas de ayuda a los menores. Los citados centros y establecimientos mantendrán permanentemente actualizada esta información en un lugar visible y accesible.

OTRAS NORMATIVAS ALUSIVAS

- **ORDEN EDU/1071/2017, de 1 de diciembre, por la que se establece el «Protocolo específico de actuación en supuestos de posible acoso en centros docentes, sostenidos con fondos públicos que impartan enseñanzas no universitarias de la Comunidad de Castilla y León».**
- **Resolución del 20 de enero de 2022, por la que se determina la organización y funcionamiento de las unidades de acompañamiento y orientación personal y familiar del alumnado educativamente vulnerable en centros docentes sostenidos con fondos públicos de CyL.**

OTRAS NORMATIVAS ALUSIVAS

- **Decreto 1/2021, de 14 de enero, por el que se modifica el Decreto 131, 2003, de 13 de noviembre, por el que se regula la acción de protección de los menores de edad en situación de riesgo o de desamparo y los procedimientos para la adopción y ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo (PROTOCOLO ANTE POSIBLES SITUACIONES DE NEGLIGENCIA O MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR).**
- **ORDEN EYH/1546/2021, de 15 de diciembre, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos no universitarios de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias o socio sanitarias.**
- **DECRETO 51/2007, de 17 de mayo, por el que se regulan los derechos y deberes de los alumnos y la participación y los compromisos de las familias en el proceso educativo, y se establecen las normas de convivencia y disciplina en los Centros Educativos de Castilla y León.**

PSICOPATOLOGÍA

MITOS

Los enfermos mentales son personas de carácter débil.

Los enfermos psicóticos son violentos y tienen personalidad criminal.

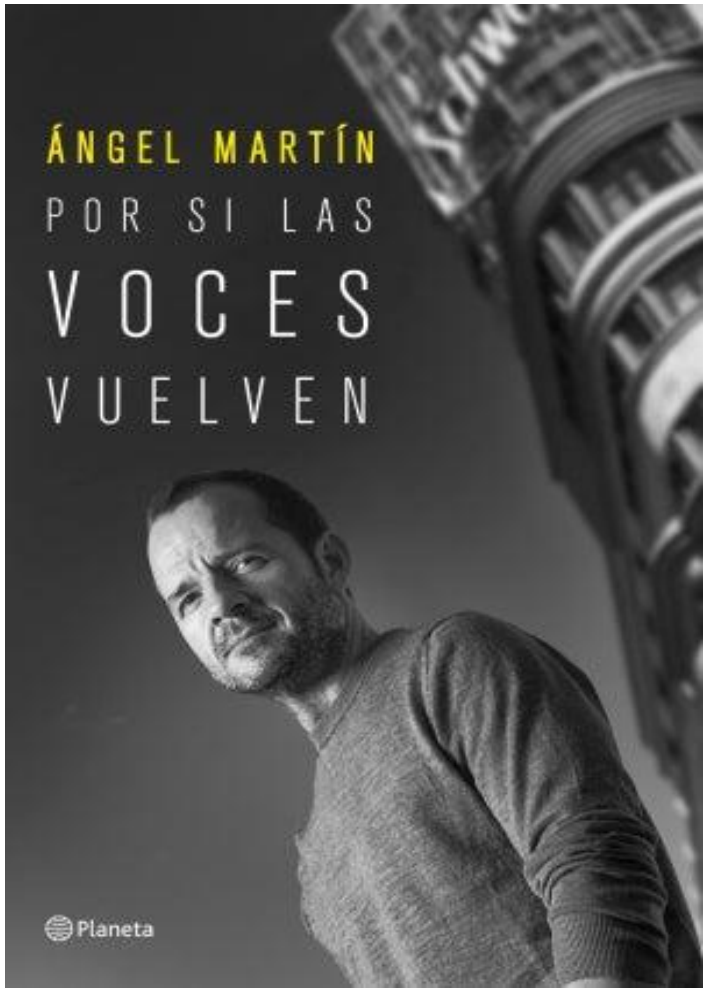
Los que tienen trastornos mentales tienen un bajo CI

Los niños no se deprimen

Se les nota en sus rasgos físicos

Se lo han producido ellos con su estilo de vida

La mayoría se acaban suicidando

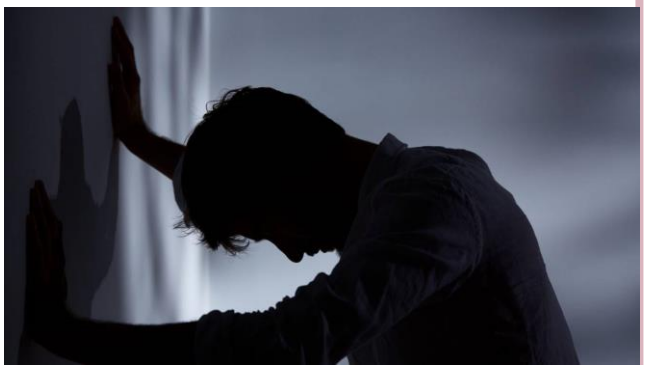


SERIE DOCUMENTAL
NO ES DEPRE, ES DEPRESIÓN

ENFERMEDAD O TRASTORNO

Hablar de "enfermedades mentales" es considerado incorrecto desde un punto de vista semántico, al preferirse la focalización de la palabra "enfermedad" en lo estrictamente médico.

El concepto más utilizado en la psicología clínica es el de "trastornos mentales", si bien muchas personas consideran que también se trata de un término estigmatizante; lo mismo podemos decir de "psicopatología". Conceptos más amplios como "**problemas psicológicos**" se usan con frecuencia para hablar de los trastornos mentales sin poner el foco en la acepción de enfermedad.



Trastorno mental

Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, ...

Todo ello compone nuestro “yo soy yo y mis circunstancias”, que dijera Ortega y Gasset, donde nuestra conducta es creada y condicionada, y donde sus alteraciones dan lugar a trastornos del comportamiento y no a enfermedades mentales.

Si lo consideramos enfermedad, el problema del paciente sólo queda **reducido a una lista de síntomas**, por lo común, aquéllos que son sensibles a la medicación, recortado de su vida, de su contexto biográfico y circunstancias personales.

CONCEPTO DE LOCURA

El concepto de la locura no es una categoría clínica con validez científica, sino un término usado para referirse a **conductas** extravagantes o **que no encajan con los patrones de comportamiento socialmente aceptados**.

Por otro lado, tampoco estaríamos en lo cierto si dijéramos que la terapia psicológica es para pacientes con trastornos mentales: hay muchas necesidades y formas de malestar que escapan a los criterios diagnósticos que hay que cumplir para tener un trastorno mental. Y, por supuesto, es posible ir al psicólogo solo para mejorar en algún aspecto, sin creer que haya algo en nuestras vidas que vaya mal.

CONDUCTAS EXCENTRICAS Y CREATIVIDAD

ESTUDIOS

La revisión de los estudios y metanálisis sobre **Arte y Psicopatología** (25) manifiestan las siguientes conclusiones:

1) Los estudios biográficos reflejan **mayor patología en personas artistas** que en el resto de la población.

2) Se ha encontrado una mayor incidencia de trastornos afectivos y conductas adictivas.

3) Existe una asociación positiva entre la aparición de los síntomas **hipomaniacos** y el incremento de la actividad creativa y productiva.

Los escritores serían los más afectados según los estudios.
20 veces más posibilidades de desarrollar una enfermedad mental
Franz Kafka, Virginia Woolf, Ernest Hemingway

LA OBRA COMO ELEMENTO DIAGNOSTICO

En el caso de Goya, podemos observar el carácter depresivo, cuando plasma el mundo de lo irracional en su época creativa conocida como "etapa negra" (afectado por la guerra, y una sordera que le llevó al aislamiento y la soledad). Por el contrario, en otras épocas, pinta con colores cálidos y vivos, con una temática alegre y agradable. El profesor Alonso-Fernández (29) refiere que "resulta perfectamente inteligible la existencia de un amplio contingente de enfermos depresivos en los que la depresión no se traduce en una supresión de la actividad creadora, sino en una transformación de su arte, dando lugar a la producción de obras que se encuentran inundadas de vivencias mortificantes, negras y desoladas, cualidades de la llamada tristemanía".

Sobre Van Gogh, paradigma del genio y la locura, se ha escrito mucho sobre el tipo de enfermedad que padeció a través del análisis y evolución de su obra. Se habla de esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, tendencia a la automutilación, agresividad, trastornos relacionados con la epilepsia y alcoholismo.

ESTIGMA

Estigma a cualquier condición, atributo, rasgo o comportamiento del portador como algo culturalmente inaceptable e inferior, que conlleva a sentimientos de vergüenza, culpa y humillación (Edwin Goffman, 1986).

10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental

El estigma social sobre las personas con TMG se sujeta en tres pilares:

•Nuestro **desconocimiento**: hablamos de “locura”, “idas de olla”, “pasadas de rosca”… porque no sabemos en qué consiste la enfermedad, qué la causa y cuál es su tratamiento, y tampoco tenemos interés en informarnos.
•Nuestra **actitud** negativa hacia la enfermedad: ponemos mala cara ante estas personas, por miedo o rechazo debido a las ideas injustificadas que sobre ellas sostenemos.
•Nuestra **conducta** discriminatoria hacia ellas: preferimos no compartir trabajo, tiempo de ocio o vida familiar, les quitamos la capacidad para tomar sus propias decisiones y realizarse en su vida diaria, les restamos capacidad intelectual y vetamos su presencia en diferentes escenarios sociales.

Nuestro comportamiento es un arma de doble filo: primero, porque marginamos a esta población tachándolas/os de diferentes y peligrosas/os; segundo, porque agravamos su sintomatología psicológica (ansiedad, depresión, aislamiento, baja autoestima, baja confianza en las competencias propias…) dado que no cuentan con el apoyo psicosocial necesario para desarrollar una vida normalizada, y no buscan ayuda especializada por miedo a esa etiqueta de “locura”.

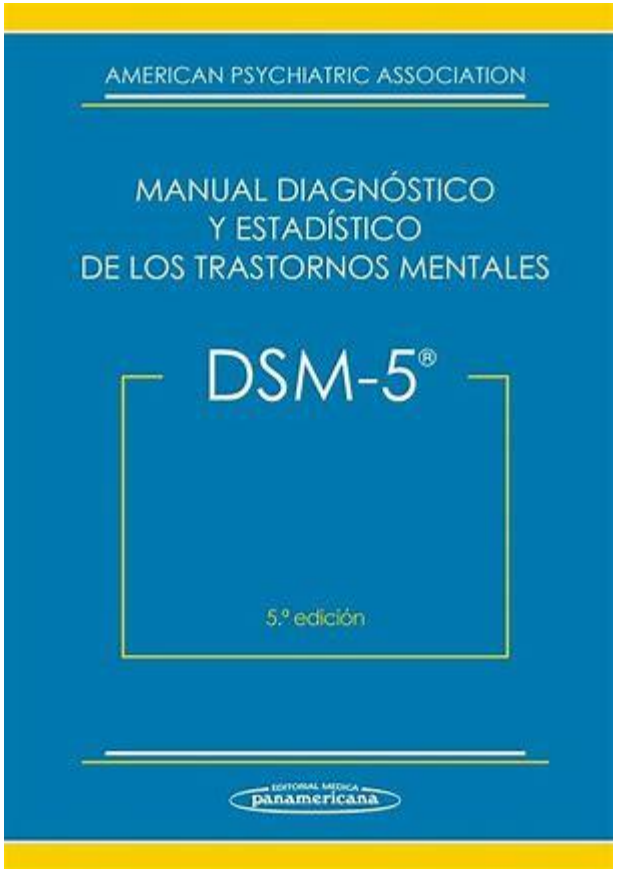
EL ORGULLO LO CURA
20
MAYO
DÍA DEL ORGULLO LOCO
edding 300

DECALOGO DE DERECHOS

1. Plenitud. Disfrutar de todas las facetas de nuestra existencia.
2.. Ser los protagonistas de nuestras propias vivencias.
3. Superación. Potenciar nuestras habilidades.
4. Responsabilidad. Madurez sin paternalismos.
5. Autonomía. Tanto en el trabajo como en la afectividad.
6. Bienestar social e individual. Queremos ser felices.
7. Autoconocimiento. Aceptar nuestras limitaciones.
8. Confianza. Fuera los complejos.
9. Autoestima.
10. Participación.

“Que cada cual disfrute de sus taras”

DSM V Y CIE-11


AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES
DSM-5®
5.ª edición
panamericana

CIE -11

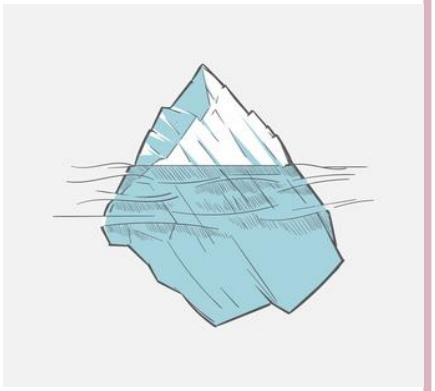
MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

- EXTERNALIZANTES: agresividad física y/o verbal, falta de autocontrol, etc.
- INTERNALIZANTES: ansiedad y depresión.

Es frecuente observar en niños y jóvenes, síntomas externalizantes como manifestación de cuadros de ansiedad y depresión (síntomas internalizantes).

Lo que vemos fuera del iceberg (conducta observable)

puede ser consecuencia de la parte no visible (parte sumergida)



TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA

DSMV

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

DSMV

TRASTORNO GENERAL DE LA PERSONALIDAD

Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).

2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad)

.

3. Funcionamiento interpersonal.

4. Control de los impulsos.

El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

Trastorno de la personalidad paranoide

Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.

2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.

4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.

5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad de la pareja.

Trastorno de la personalidad esquizoide

Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.

2.Casi siempre elige actividades solitarias.

3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

4.Disfruta con pocas o con ninguna actividad.

5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.

7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Trastornos de la personalidad relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones).

3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.

4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).

5. Suspicacia o ideas paranoides.

6. Afecto inapropiado o limitado.

7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.

8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo

Trastorno de la personalidad antisocial

Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad. Llamado sociopatía.

1.Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.

2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas y estafa para provecho o placer personal.

3. Impulsividad que le puede llevar al consumo de sustancias.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.

5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de cumplir con las obligaciones laborales, familiares o estudios.

7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

8. Crueldad.

Trastorno de la personalidad límite

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.

7. Sensación crónica de vacío.

8. Dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos.

Trastorno de la personalidad histriónica

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.

2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.

3. Presenta cambios emocionales rápidos. Labilidad emocional.

4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.

5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.

6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.

7. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

8. Es sugestionable.

Trastorno de la personalidad narcisista

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).

2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.

3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.

4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.

5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).

7. Carece de empatía, mostrando comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Trastorno de la personalidad evasiva

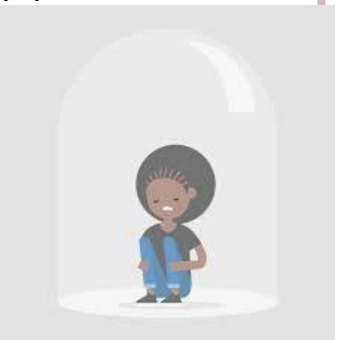
Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. Evita las actividades que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado

3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen. Intolerancia al fracaso.

En algunos casos, los sentimientos que terminan desencadenando la evitación surgen debido a la experimentación de abusos y/o desprecio hacia su persona en momentos clave del desarrollo, de **experiencias en que se hayan visto avergonzados o en inferioridad ante los demás**. De este modo puede desarrollarse un miedo a volver a vivir dicha situación y puede nacer con el paso del tiempo la evitación.



Trastorno de la personalidad dependiente

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.

2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.

3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación.

4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo.

5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.

7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra.

8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad. Comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.

2. Muestra un perfeccionismo extremo.

3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).

4. Es demasiado escrupuloso e inflexible.

5. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

6. Muestra rigidez y obstinación.

TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

DSMV

Ψ **Trastorno de Ansiedad por Separación**. Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego.

Ψ **Fobia Específica**. Trastorno de ansiedad caracterizada por la presencia de miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica: Miedo a volar, a las alturas, ver sangre, etc.

Ψ **Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social).** Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras come o bebe, dar una charla delante de varias personas, etc.

Ψ **Trastorno de Pánico**. Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos y caracterizada entre otros criterios, por cuatro o más de los siguientes síntomas:
Palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, nauseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo de "volverse loco", miedo a morir.

Ψ Agorafobia. Trastorno de ansiedad caracterizado por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones donde sería difícil escapar.

Ψ Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

DSMV

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6.Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

9. Pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida recurrente.

DIFERENCIARLO DE LA DISTIMIA

TRASTORNO BIPOLAR

Las personas con trastorno bipolar tienen cambios inusuales en el estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y “animados” y son mucho más enérgicos y activos de lo habitual. Esto se llama un **episodio maníaco**. Otras veces, las personas con trastorno bipolar se sienten muy tristes y “deprimidos”, tienen poca energía y son mucho menos activos de lo normal. Esto se conoce como depresión o un **episodio depresivo.**

Los “altibajos” del trastorno bipolar no son iguales que los altibajos normales que todos tenemos. Los cambios en el estado de ánimo son más extremos y vienen acompañados de cambios en el sueño, el nivel de energía y la capacidad de pensar con claridad. Los síntomas bipolares son tan fuertes que pueden perjudicar las relaciones y dificultar asistir a la escuela o universidad o mantener un trabajo. Esta enfermedad también puede ser peligrosa. Algunas personas con trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS

DSMV

TRASTORNO DE APEGO REACTIVO
TASTORNO SOCIAL DESINHIBIDO
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTTRAUMÁTICO
TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) DSMV

PICA
T. DE RUMIACIÓN
T. DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS
ANOREXIA NERVIOSA
BULIMIA NERVIOSA
T. DE ATRACONES
OTRO T. ALIMENTARIO ESPECIFICADO (ORTOREXIA)

TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN (DSMV)

ENEURESIS
ENCOPRESIS

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

PROBLEMAS CONDUCTUALES Y TRASTORNOS DE CONDUCTA

De lo no patológico a lo patológico

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Estaríamos ante un trastorno de conducta cuando éste:

1. No se explica desde las condiciones propias de la etapa evolutiva (edad de desarrollo) de la persona.

2. Presenta una frecuencia que está determinada por los criterios del DSM-V.

3. Persiste en el tiempo de una manera estable.

4. Afecta negativamente a la persona que lo muestra interfiriendo en su desenvolvimiento personal, social, curricular…

5. Repercute negativamente en el entorno (familiar, escolar y social).

6. Esté definido con criterios de valoración objetivos (que no esté minusvalorado ni sobredimensionado por criterios permisivos, restrictivos o intolerantes).

*__Aquellas conductas de poca intensidad y frecuencia, son alteraciones no significativas mientras que los trastornos nos sitúan en un marco de significatividad__.

TRASTORNO DE CONDUCTA

Los trastornos de conducta son evaluados por un profesional sanitario clínico siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición R (DSM-5) (APA, 2014). Se encuadran dentro de los **Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta**. Posibles diagnósticos:

- **Trastorno Negativista Desafiante (TND).**
- **Trastorno explosivo intermitente.**
- **Trastorno de la Conducta** (referido al **trastorno disocial**).

Los trastornos de conducta conllevan un limitado **control de los impulsos** - **impulso** es el deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin valorar las consecuencias y tomar decisiones de forma reflexiva -.

Es necesario detectar **población de riesgo** que puede desarrollar un trastorno de conducta en comorbilidad con otros diagnósticos principales: Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos del Espectro Autista, trastornos de apego, etc.

TIPOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

- **DISOCIAL O TRASTORNO DE CONDUCTA** caracterizado por un patrón de comportamientos persistentes y repetitivos en el que se violan los derechos fundamentales de los demás. También pueden violar las normas sociales básicas para su edad y contexto cultural.

- **EXPLOSIVO-INTERMITENTE.** Supone episodios repentinos y repetidos de conductas impulsivas, agresivas y violentas a modo de arrebatos.

- **NEGATIVISTA-DESAFIANTE.** Los niños que presentan esta conducta se muestran impulsivos, hostiles, provocadores y entran fácilmente en confrontación con cualquier tipo de autoridad, tanto con adultos como con compañeros.

Los estudiantes que presentan conductas perjudiciales para ellos o para los demás, son niños o jóvenes que necesitan ser ayudados. Ellos tienen problemas que resolver y no son conscientes o no saben cómo hacerlo. Son en todo caso, alumnos con **necesidades educativas especiales-según ATDI*-cuando su cuadro conductual es compatible con un trastorno de los que acabamos de ver anteriormente**. Agredirlos, rechazarlos o sancionarlos severamente con expulsiones, lejos de ayudarlos les refuerza el problema.

Conocer al estudiante nos da muchas luces para entender su comportamiento, y aunque no podamos actuar eficazmente sobre todos los factores que lo determinan, al menos podemos tratar de neutralizarlos con una buena ayuda y tratamiento en la escuela, con o sin ayuda de otros profesionales dependiendo del caso.

*** ATDI: Aplicación informática donde se registran la población escolar acneae (alumnado con necesidades de apoyo específico). El niño con trastorno grave de conducta está dentro del grupo de ACNEES (necesidad educativa especial).**

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

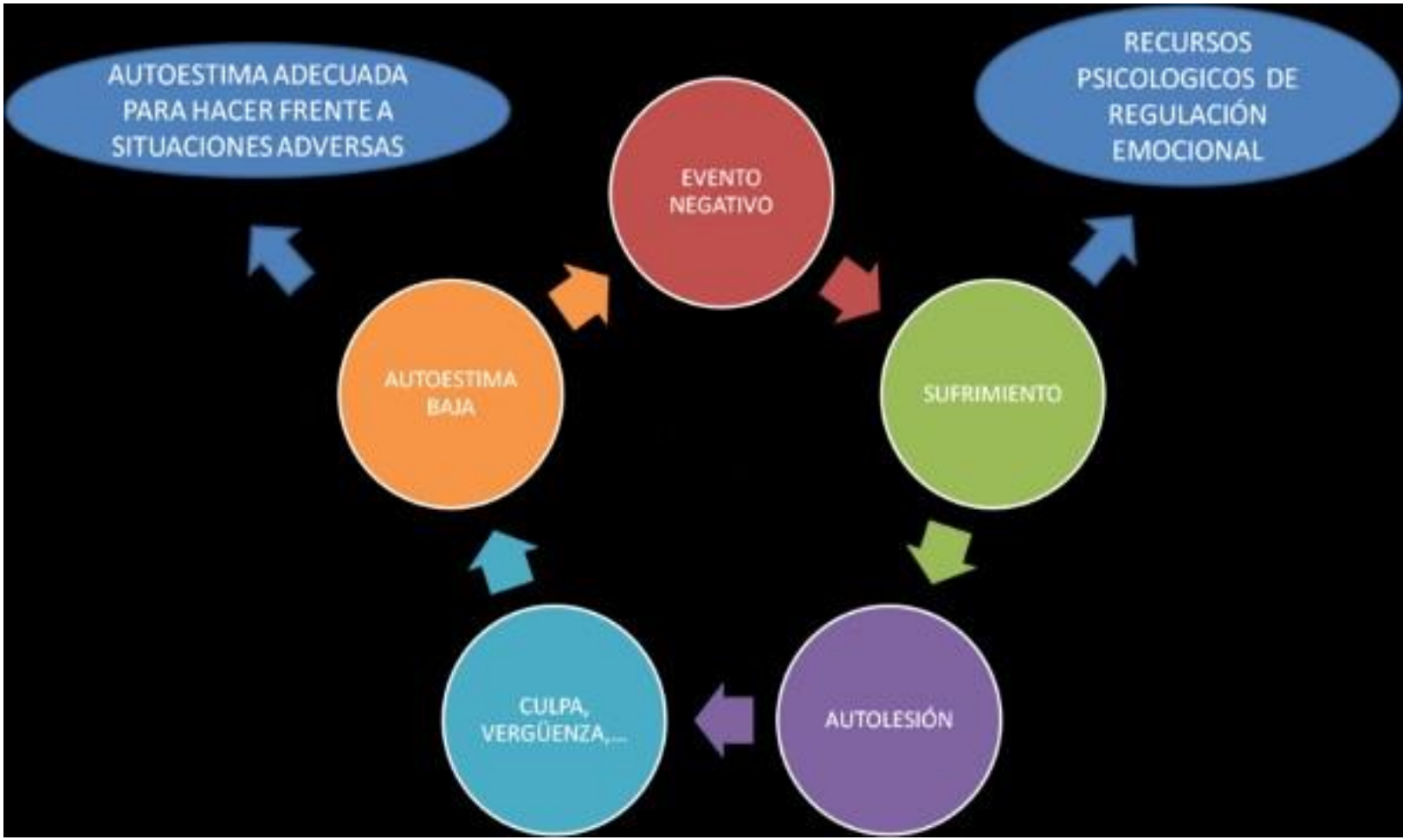
Hay dos grupos de trastornos relacionados con sustancias: trastornos por uso de sustancias y trastornos inducidos por sustancias.

Los **trastornos por uso de sustancias** son patrones de síntomas que resultan del uso de una sustancia que usted continúa tomando, a pesar de tener problemas como resultado.

Los **trastornos mentales inducidos por sustancias** / **medicamentos** son problemas mentales que se desarrollan en personas que no tenían problemas de salud mental antes de usar sustancias, e incluyen:

- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Sustancia bipolar inducida y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos inducidos por sustancias
- Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias
- Trastornos obsesivo-compulsivos inducidos por sustancias y afines.
- Trastornos del sueño inducidos por sustancias
- Disfunciones sexuales inducidas por sustancias
- Delirio inducido por sustancias
- Trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias.

AUTOLESIONES



LOS OPIÁCEOS VIA EXTERNA

RECURSOS CINEMATOGRAFICOS

Personalidad paranoide

- *Te doy mis ojos.*
- *Cisne negro.*

Personalidad esquizoide

- *Elling*

Personalidad esquizotípico

- *Elling*

Personalidad antisocial

- *La naranja mecánica*

Personalidad histriónica

- *Lo que el viento se llevó*

Personalidad trastorno limite de la personalidad

- *La Hérida.*
- *Prozac Nation.*
- *Inocencia interrumpida*

Personalidad narcisista

- *Patton*
- *American Psyco*

Personalidad evasiva

- *Léolo*
- *Lars y una chica de verdad*

Personalidad dependiente

- *Monster*

Trastorno obsesivo-compulsivo

- *El aviador.*
- *Mejor imposible.*

Trastorno de ansiedad: fobia específica

- *El discurso del rey.*

TRASTORNO DE ANSIEDAD: FOBIA SOCIAL

- *Amelie.*

TRASTORNO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR

- *Sylvia.*
- *Revolucionary Road.*
- *Cake.*
- *Melancolía.*

Trastorno por adicciones

- *28 días*
- *El castillo de cristal*

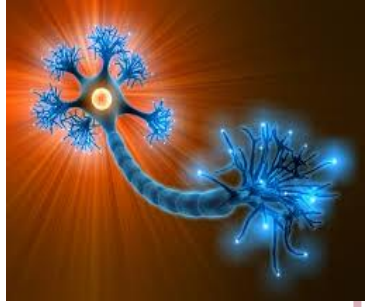
Conductas autolíticas

- *28 días*
- *13 razones*

Eso no se pregunta

EL APEGO Y LA AUTORREGULACIÓN

MALOS TRATOS/BUENOS TRATOS



- LOS **MALOS TRATOS** DESORGANIZAN LA CONFIGURACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DEL CEREBRO Y EN LOS CASOS MÁS GRAVES, ATROFÍA CEREBRAL, ALTERANDO LA POSIBILIDAD DE UNA VINCULACIÓN SANA. La intensidad del daño depende del tiempo de exposición a los estresores, intensidad y edad.

- LOS **BUENOS TRATOS** ORGANIZAN EL CEREBRO Y LO REPARAN YA QUE NO HAY DETERMINISMO ABSOLUTO, SINO QUE, SIEMPRE SE PUEDEN HACER NUEVAS REDES NEURONALES QUE VAN A MODIFICAR LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO CEREBRAL. LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE BUENOS TRATOS SON LA CLAVE PARA PRODUCIR ESTA NEUROPLASTICIDAD.

JUSTIFICACIÓN "NEURO"

El niño opera según modelos internos que ha construido en sus primeras relaciones en base a experiencias de:

- BUENOS TRATOS
- MALOS TRATOS

Cerebro organizado

Cerebro desorganizado

Conocer las circunstancias del alumno para ayudar a ver la relación entre:

AFECTOS ⇄ **EFECTOS**

Estas circunstancias están abiertas a lo largo del desarrollo, pudiendo entonces generar modificaciones en el patrón de apego y en el cerebro mediante interacciones interpersonales significativas.

La escuela como lugar privilegiado para proveer al niño de experiencias que le aporten afecto, seguridad y protección.

Video *Cómo se construye y se desarrolla el cerebro*

LA MADURACIÓN DE NUESTRO CEREBRO DEPENDE DE LA CALIDAD DE LAS EXPERIENCIAS RELACIONALES

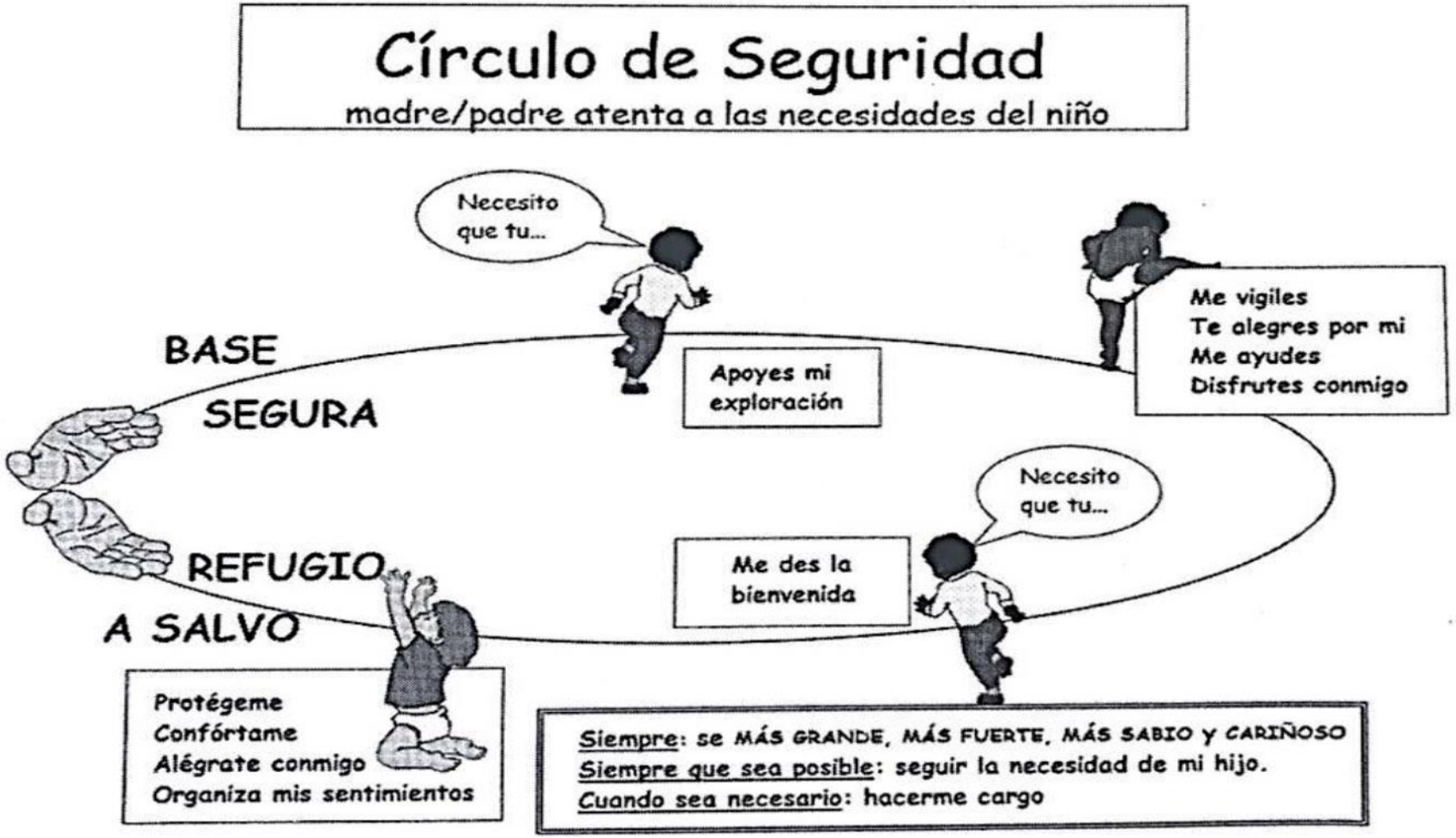
PUEDO CALMARME A MÍ MISMO Y AUTORREGULARME SI EN EL PRIMER AÑO DE VIDA PUDIERON CUIDARME DE FORMA CALMADA Y MENTALIZARME.

MEMORIA IMPLICITA: SOMÁTICA Y SENSORIAL. HIPERACTIVACIÓN DE LA AMÍGDALA.

MEMORIA EXPLICITA: EPISÓDICA Y AUTOBIOGRÁFICA. LO QUE SOMOS CONSCIENTES, RECORDAMOS Y NOS CONTAMOS DE CÓMO FUIMOS TRATADOS. MEDIADA POR EL HIPOCAMPO.

La relación de APEGO no es la mera satisfacción de unas necesidades biológicas del niño sino un proceso de MOLDEADO del FUNCIONAMIENTO NEUROBIOLÓGICO Y FISIOLÓGICO del niño/a a través de la relación con la FIGURA SIGNIFICATIVA

Sensibilidad, disponibilidad, aceptación y valoración del niño: Palabras clave para establecer apego seguro.



© Círculo de Seguridad.

Powell, Cooper, Hoffman y Marvin, Washington, 1990

BASE Y REFUGIO

La base es el **trampolín** para que el niño explore. Explorar es facilitar un **entorno seguro y estimulante** donde el niño practique nuevas competencias.

El refugio es el lugar donde sentirse a **salvo y ser bien recibido**

© Can Stock Photo - csp30705369

PREGUNTAS

- ¿EL MUNDO Y LAS PERSONAS SON UN LUGAR SEGURO PARA MÍ?
- ¿MEREZCO LA PENA?
- ¿PUEDO OBTENER LO QUE NECESITO?

DEVOLVER AL MUNDO LO QUE LE HAN DADO

APEGO NO ES ESTAR PEGADOS SINO DAR RESPUESTA A SUS NECESIDADES.

PARA PODER "DESAPEGARSE" PRIMERO HA TENIDO QUE APEGARSE.

APEGO SEGURO

- **BASE**
- **REFUGIO**

3 PILARES

- EXPLORACIÓN
- CONEXIÓN
- REGULACIÓN

EL PESO DEL APEGO TEMPRANO

LA CALIDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN CON LA FIGURA DE APEGO PRIMARIA, VA A INFLUIR EN LA CALIDAD DE LAS RELACIONES A LO LARGO DE LA VIDA.

RUPTURAS DEL APEGO

Depresión postparto

Duelos

Situaciones estresantes:

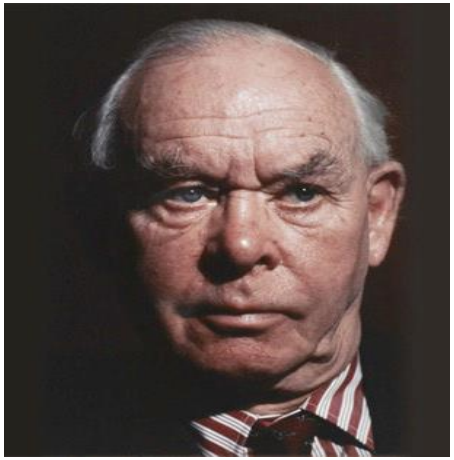
- Violencia doméstica
- Graves problemas económicos
- Situaciones de enfermedad en la familia
- Adicciones.
- Etc.

HISTORIA

- Inicialmente el comportamiento de los niños durante sus primeros meses de vida es valorada negativamente como dependencia o egoísmo.
- Durante los años 40 **Konrad Lorenz** publica sus trabajos sobre la "impronta".
- En esa misma década **René Spitz** observa la depresión de los niños hospitalizados separados de sus madres.
- El origen formal de la teoría comenzó, en 1958, con la publicación de dos artículos:

  «La naturaleza del vínculo de los niños con su madre» de **John Bowlby**.

  «La naturaleza del Amor», de **Harry Harlow**.



HISTORIA

- Entre 1969 y 1982 **Bowlby** publica en tres volúmenes *Apego, separación y pérdida.*
- En las décadas de los 60 y los 70 se desarrolla el trabajo de **Mary**

Ainsworth que elabora el concepto de "base segura" y comienza a distinguir los diversos tipos de apego a partir de *la situación extraña* (1978):

. SEGURO.

. INSEGURO:

Evitativo.

Ambivalente.

- . Posteriormente se describirá un tercer tipo de apego inseguro: el subtipo DESORGANIZADO (**Main y Salomon, 1986**).

Los patrones de apego representan la forma de lidiar con el estrés

Ciclo desequilibrio-equilibrio

Necesidades del niño (generan desequilibrio)

Expresión de las necesidades: llanto, risa…

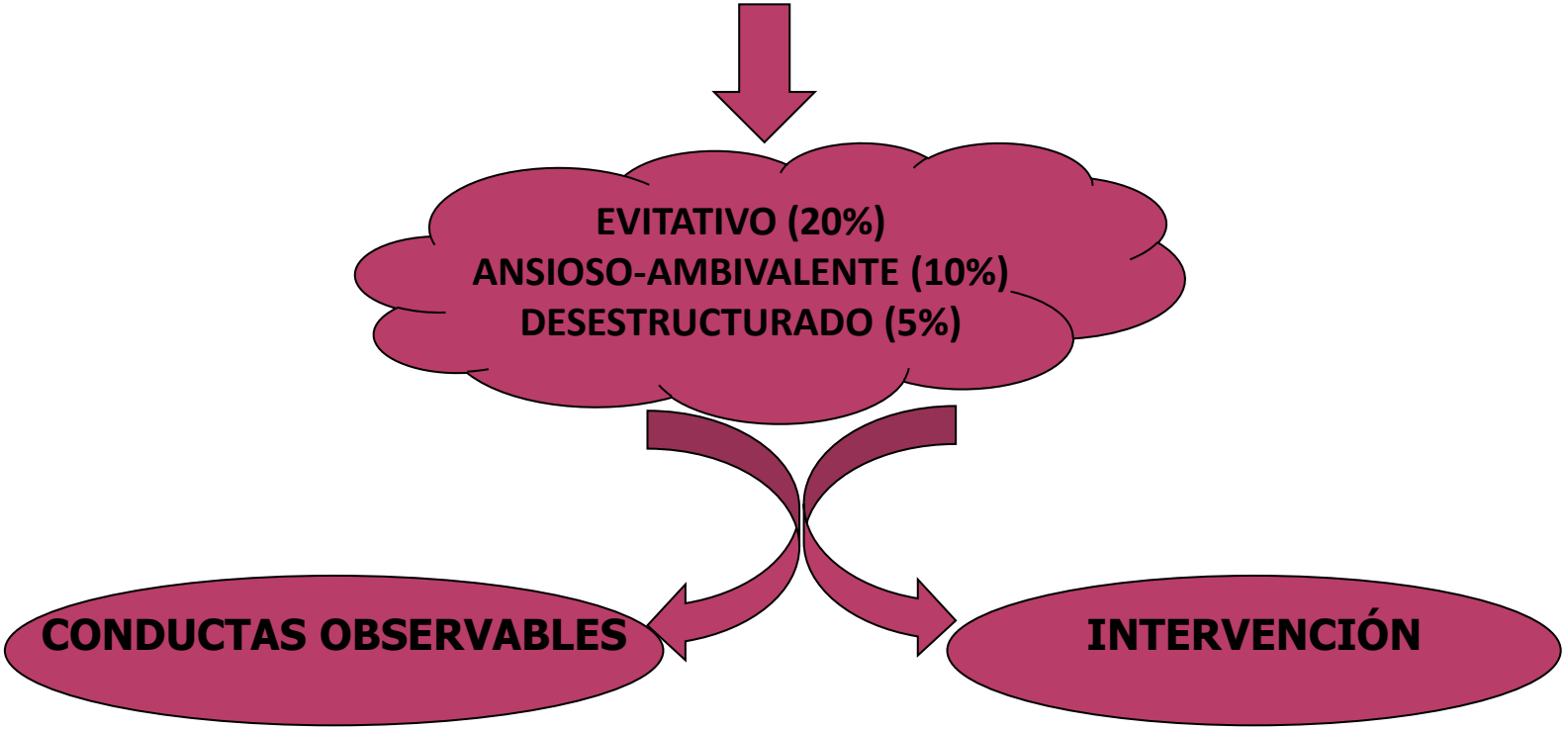
Respuesta sensible del cuidador

Alivio, satisfacción, equilibrio,..

PATRONES DE APEGO

PATRÓN DE **APEGO SEGURO** (65%)

PATRONES DE **APEGO INSEGUROS** (35%)



Liberaciones crónicas de hormonas del estrés

- Dejar de llorar al niño/a desconsoladamente.
- No alimentar al bebé cuando está hambriento.
- No reconfortar al bebé cuando está perturbado.
- Limitar el contacto físico.
- Bajos niveles de atención, estimulación, "conversación" y juego.

Un nivel alto de estrés experimentado en la infancia, condiciona la respuesta al estrés en el cerebro en años sucesivos. Afecta a la **memoria, atención y control emocional (hipocampo, amígdala y giro cingulado)**.

Los **cuidados y un ambiente seguro**: potente regulador cerebral

Problemas de salud, no solo somatización

- **Eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HPA)**

Uno de los sistemas importantes de control del cuerpo. El eje HPA utiliza bucles reguladores de retroalimentación hormonal para ayudar a **mantener la homeostasis del cuerpo**. Resultado de su afectación: diabetes, fatiga crónica, depresión, etc.

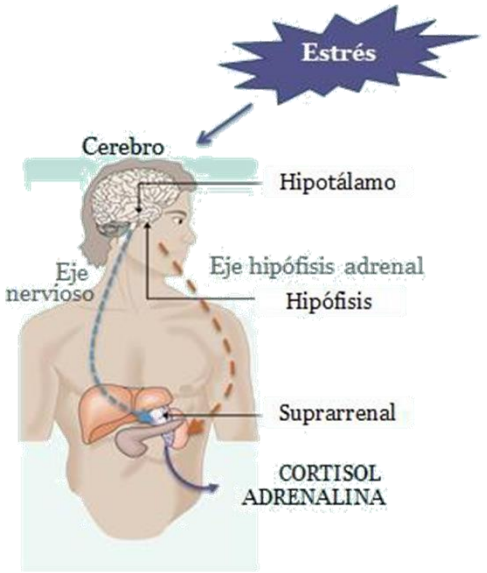


Figura. Eje hipotálamo- hipófisis -adrenal

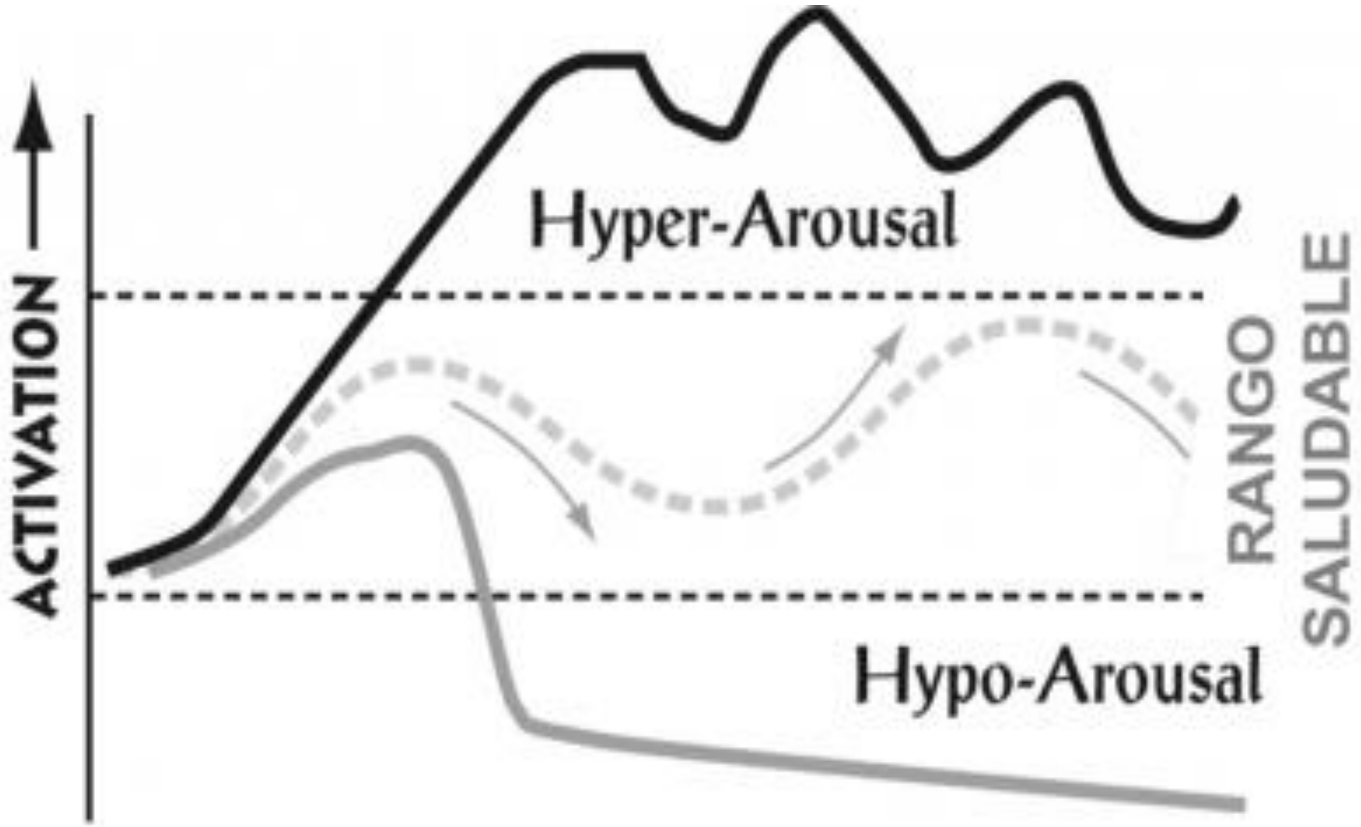
Hormona CORTISOL

- **Afectación al sistema inmune.**

Ejemplo: fibromialgia, afectaciones tiroides, lupus, etc.

VENTANA DE TOLERANCIA AL ESTRÉS

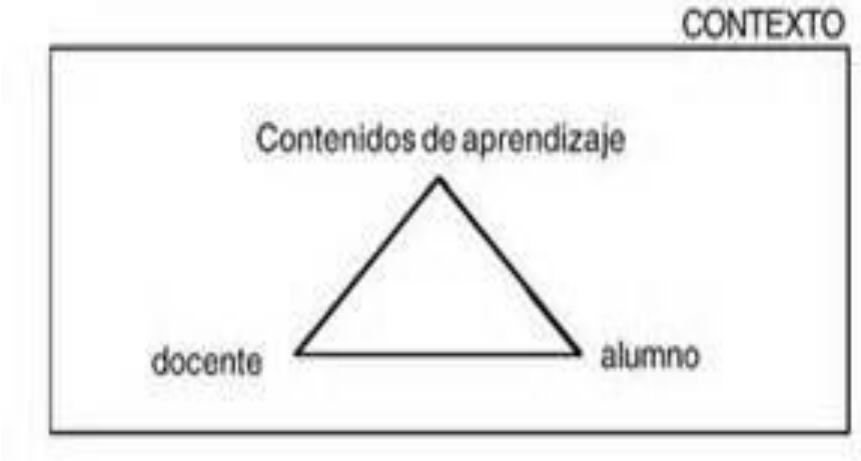
OGDEN, MINTON Y PAIN (2009)



REGULANDO EL TERMOSTADO CONDUCTUAL

DE LA CORREGULACIÓN A LA AUTORREGULACIÓN

TRIANGULO DE APRENDIZAJE



NO DISPONER DE UNA AUTOREGULACIÓN ADECUADA, SUPONE UN **OBSTÁCULO** EN:

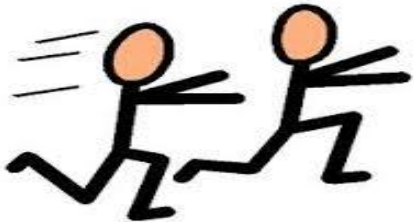
- LA DISPOSICIÓN HACIA LOS APRENDIZAJES
- EN LA CAPACIDAD PARA TOLERAR LA INCERTIDUMBRE Y LA FRUSTRACION
- EN LA CONFIANZA HACIA LAS PERSONAS Y HACIA UNO MISMO

ESTRATEGIAS DE CADA PATRÓN

SEGURO: AUTORREGULACIÓN

EVITATIVO: SEPARACIÓN

ANSIOSO-AMBIVALENTE: APROXIMACIÓN



DESORGANIZADO: SIN ESTRATEGIAS

REGULACIÓN ES VOLVER A LA VENTANA DE TOLERANCIA

MIS NECESIDADES Y LAS NECESIDADES DEL NIÑO

ESTAR REGULADO NO ES ESTAR BIEN TODO EL TIEMPO SINO RESPONDER DE MANERA ACORDE: EMOCIÓN Y SITUACIÓN

CADA VEZ QUE EL ADULTO MENTALIZA

EL CUIDADOR HACE TOLERABLE LO QUE PARA EL NIÑO ES INTOLERABLE. SEGURIDAD Y CALMA.

LE TRADUCE LA EXPERIENCIA Y LA DA SENTIDO.

LE ETIQUETA EMOCIONES Y SENSACIONES.

LE TRADUCE SUS NECESIDADES Y LAS LEGITIMA.

TEJE UNA RED DE APOYO INTERNA

CREA CONEXIONES ENTRE CEREBRO LIMBICO Y NEOCORTEX.

Evitativo-distanciante
Más carga en HI

Ansioso-ambivalente
Más carga en HD

Desorganizado o reactivo
Más carga en HD

MENTALIZAR SUPONE EQUILIBRAR

EL ADULTO DE REFERENCIA

CLAVES

PRESENCIA
PERMANENCIA
COHERENCIA

MÁS FUERTE

CAPAZ DE SOSTENER AL NIÑO Y SUS REACCIONES

MÁS SABIO

CAPAZ DE VER MÁS ALLÁ DE LA CONDUCTA OBSERVABE

MÁS AMABLE

CAPAZ DE MANTENERSE CERCANO

EL SUICIDIO

SUICIDIO: LA MUERTE IGNORADA

AOKIGAHARA: EL BOSQUE DEL SUICIDIO

Está ubicado en la base noroccidental del emblemático Monte Fuji, a unos 100 kilómetros al oeste de Tokio, y en él anualmente **se suicidan entre 50 y 100 personas.**

Unas 800.000 personas cometen suicidio cada año en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud, y Japón se encuentra entre los cinco países con más casos.

FACTORES DE RIESGO

- ENFERMEDAD MENTAL
- ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA O DEGENERATIVA
- CONSUMO DE SUSTANCIAS
- TRAUMAS NO RESUELTOS
- CRISIS VITALES
- AISLAMIENTO Y SOLEDAD

Factores de riesgo familiares

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Abuso de alcohol o drogas en la familia.
- Psicopatología de los padres.
- Peleas frecuentes o violencia dentro del entorno familiar.
- Carencia de cuidados y atención al niño o adolescente.
- Falta de tiempo para escuchar y tratar problemas emocionales en
- el seno familiar.
- Rigidez familiar. Ningún miembro puede apartarse de lo estrictamente
- admitido como normal dentro del grupo familiar. (p.ej.
- heterosexualidad).
- Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo.
- Excesivas demandas por parte de los padres, tanto académicas
- como de comportamiento.
- La lealtad, mal entendida, a sus padres para no revelar secretos
- familiares puede hacer que no busquen ayuda fuera de la familia.
- Subestimar el malestar emocional de los adolescentes.

Factores de riesgo sociales

- Ausencia/ Pérdida de una red social de apoyo.
- Aislamiento social.
- Rechazo o marginación por parte de iguales.
- Presencia de acontecimientos vitales negativos. Ante la presencia de acontecimientos altamente
- Estresantes, se puede reactivar el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono.
- Muerte o pérdida de una persona querida.
- Ruptura de pareja.
- Problemas familiares, con los iguales y/o con la pareja.

Factores de riesgo específicos del entorno académico

- Sentirse rechazado por ser diferente (físicamente, por identidad sexual, por raza...).
- Sufrir acoso escolar, *Bullying* y/o *Ciberbullying*.
- Altos niveles de exigencia académica.
- La estigmatización del alumno después de un intento de suicidio, por desconocimiento de cómo actuar.
- Confusión por parte del adulto debido a la ambivalencia del joven entre aceptar o rechazar la ayuda que se le ofrece.
- Rechazo, debido a la incomodidad y angustia que puede llegar a generar en el adulto la conducta suicida del joven.
- Silencio y consiguiente aumento de la tensión, por miedo irreal a impulsar una nueva conducta suicida, por parte de alumnos y educadores.

MITOS

- ***"La persona que cuenta que se va a suicidar es la que no lo va a hacer".***
- ***"Hablar de suicidio en los medios incrementa la tasas de suicidio".***
- ***" Es fácil suponer quién tiene riesgo de atentar contra su vida".***
- ***"El suicidio es un acto de libertad".***

MOTIVOS QUE CONDUCEN AL SUICIDIO EN JÓVENES

- RUPTURAS DE PAREJA
- ADICCIONES
- CULPABILIDAD
- BULLYNG Y RECHAZO SOCIAL
- LA FALTA DE RED FAMILIAR Y AMISTADES
- TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
- SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD Y FRACASO
- ABUSO SEXUAL Y OTROS TRAUMAS NO RESUELTOS
- CONFLICTOS DE LEALTAD FAMILIAR
- JUEGOS: LA BALLEZA AZUL

FACTORES DE PROTECCIÓN EN ADOLESCENTES

Factores de protección personales

- Habilidades de comunicación.
- Habilidades para encarar y resolver los problemas.
- Habilidades sociales.
- Extroversión (en el sentido de búsqueda de consejo y ayuda en el exterior cuando surgen dificultades).
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas con problemas similares.
- Alta autoestima. Tener confianza en uno mismo.
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.
- Sentirse querido.

Factores de protección familiar

- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.

Factores de Protección Social

- Apoyo social de calidad y consistencia.
- Buenas relaciones con profesores, compañeros y personas relevantes de su entorno.
- Buena comunicación con familiares, profesores, iguales o con alguna persona específica de su confianza.
- Confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona (familiar, profesor, tutor, amigo) al menos por alguna persona significativa.
- Los amigos son los recursos más efectivos en la prevención de la conducta suicida.
- Sentirse escuchado, con respeto y sensibilidad, sin ser juzgado.

SEÑALES SIGNIFICATIVAS

- Habla de suicidarse, verbalizando: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”, “dejaré de ser un problema”, “si me pasa algo..”
- Comunica sentimientos de soledad y abatimiento.
- Manifiesta conductas de evitación y aislamiento.
- Expresa sentimientos de desesperanza y se referencian como personas inútiles, sin valor.
- No responde a los refuerzos sociales o de otro tipo.
- Tiene dificultades para seguir sus rutinas diarias.
- Pierde el interés por aquellas actividades que hacía y por su apariencia personal.
- Regala sus posesiones más apreciadas.
- Adopta conductas de riesgo.
- Se despide de personas.
- Piensa constantemente en morir (ideas intrusivas), incluso dice cómo.
- No pueden imaginar un futuro sin sufrimiento.

Señales de alerta

- Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en dos sentidos:

  • *Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad; aumento de agresividad; no respetar límites; insomnio o problemas para dormir.*

  • *Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Esa aparente tranquilidad puede ser debida a que ya ha tomado una decisión para acabar con su sufrimiento.*

- Falta de interés en las actividades escolares con las que antes disfrutaba. No implicarse en ninguna actividad o grupo.
- Actitud pasiva en clase, apatía, tristeza.
- Aislamiento, se le puede ver solo en los recreos. Puede volverse retraído y distante.
- Consumo inusual de alcohol u otras drogas. Se puede utilizar como medio desinhibidor para realizar la conducta suicida.
- Descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, ausencias injustificadas, comportamiento inadecuado en clase, cuando no es habitual en el alumno.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Despedidas inusuales (p.ej. siempre te querré) mediante cualquier medio de comunicación: whatsapp, mail, redes sociales... o bien en persona (p.ej. un abrazo inesperado e intenso, no habitual).
- Cerrar cuentas de Facebook, Twitter, etc…
- Resolver asuntos pendientes.

PAUTAS ANTE UN POSIBLE SUICIDA

- Valora la situación con seriedad pero sin dramatismos o pavor.
- Habla clara y abiertamente sobre el suicidio.
- Expresa tu preocupación.
- Muéstrate dispuesto/a a escuchar y permite que la persona se exprese.
- Acepta lo que dice sin juzgar. No cuestiones si el suicidio es o no correcto y evita sermones sobre el valor de la vida.
- Ofrece tu apoyo y tranquiliza a la persona.
- No desafíes a que lo haga.
- **No prometas confidencialidad**. En estos casos, el deber es comunicar ya que la persona está en riesgo.
- Explica que hay alternativas disponibles pero no des consejos fáciles.
- Evita situaciones de excesivo control pero estar atentos también supone cuidar a la persona.
- Anima a la búsqueda de ayuda profesional. **Si es menor, indiscutiblemente se avisa a la familia.**
- Involucra a otras personas significativas que puedan constituir una red de apoyo.

ESTRATEGIAS DENTRO DEL ENTORNO ESCOLAR

- Es primordial no dejar solo al alumno, intentar calmarle, reducir su ansiedad.
- Informar inmediatamente a sus padres o tutores legales de la situación de riesgo y de la necesidad de que sea llevado a un Servicio de Urgencias Médicas hospitalarias.
- Llamar a los Servicios de Emergencias Médicas a través del 112.
- Protección Civil dispone de psicólogos de emergencias para el apoyo psicológico de las víctimas y entorno, durante la intervención sanitaria.
- Si la conducta suicida está relacionada con acoso o *bullying*, además de la preceptiva comunicación a la policía, explicar a los alumnos que la inducción al suicidio es un delito penal que investigaría en su caso la policía judicial. La policía siempre acude en cuanto tiene conocimiento.
- Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida. Tener cuidado con instalaciones en pisos altos.
- Aunque una persona haya sido dada de alta de una hospitalización por riesgo de suicidio, el riesgo puede persistir. Mantener el seguimiento por los profesionales, sanitarios y otras personas de su entorno es muy importante. Muchos suicidios se producen, precisamente, en una fase de aparente mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por que estar necesariamente siempre en riesgo. Los pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse.

¿CÓMO DEBE TRATAR UN PROFESOR, EN EL AULA, EL INTENTO DE SUICIDIO HECHO PÚBLICO?

- No silenciar el acto. No obstante, es muy importante tener en cuenta que en el caso general de un alumno que ha hecho una tentativa de suicidio, ANTES de comunicarlo a sus compañeros hay que pedir el consentimiento tanto a sus padres o tutores legales como al propio adolescente, puesto que es una información confidencial, un acto de su vida privada.
- Si no se ha podido recibir este consentimiento por la imposibilidad de contactar con la familia, se hablará con el grupo desde el punto de partida de lo que saben, piensan y sienten al respecto pero sin ser los cauces que confirmen si lo que le ha pasado al compañero ha sido un intento de suicidio. ¿Y si lo fuera? ¿Y si fuera un accidente? ¿Qué necesitaría, en un caso y otro?, ¿Qué harás cuándo regrese al aula?, etc. Se trata de hablar del tema porque está sobre la mesa sin morbosidad ni juicios de valor, al tiempo que se potencie una red de apoyo afectiva donde los bulos y comentarios ofensivos no tengan presencia.
- Cuando el alumno se incorpore al aula- tratarle con normalidad, mantener una actitud de escucha respetuosa, respetar sus silencios, dejar que cuente lo que quiera, sin interrupciones.
- Si el intento de suicidio es el de un profesor, los puntos comentados arriba se aplicarían de la misma manera. Los compañeros del profesor así como sus alumnos deben recibirle con el mayor respeto.

DIA INTERNACIONAL

Como medida preventiva el Centro puede celebrar el **Día Internacional de la Prevención del Suicidio (10 de Septiembre)**.

Desde el año 2003, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, en colaboración con la OMS, ha promovido cada 10 de septiembre el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

10 octubre: Día de la Salud Mental.

Muchas gracias !!!