

PSICOPATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y TERAPIA OCUPACIONAL¹

Paula Soto Reyes.
Laura Rueda Castro

INTRODUCCIÓN

El quehacer del Terapeuta Ocupacional, en el área de Psiquiatría y Salud Mental, requiere de una sólida formación especialmente en temas relacionados, tradicionalmente, con el ámbito humanista, ya que necesita, ante todo, valorar al ser humano, la multidimensionalidad de su existencia, la relación que establece con su entorno físico y social y desde esta mirada ser capaz de identificar ciertas características psíquicas, muchas veces psicopatológicas, y calibrar la interferencia de estas en su desempeño cotidiano. Esta interferencia afectará muchas veces su desempeño personal y otras su desempeño social, incluso en muchas ocasiones, será la familia quien se sentirá interferida por las características de la persona, sin que esta tenga conciencia de ello.

El terapeuta ocupacional, como ya se ha mencionado, tiene que estar capacitado para identificar estas características, y así colaborar en el proceso diagnóstico y también valorar la trascendencia de estas características, en el desempeño ocupacional de la persona para diseñar y ejecutar planes de intervención coherentes con las necesidades de estas.

Este apunte docente, tiene como principal propósito, facilitar la comprensión del estudiante en el estudio de la psicopatología psiquiátrica con el fin último de, a través del establecimiento de una relación horizontal con las personas afectadas, valore la presencia de sintomatología, no sólo con fines diagnósticos, sino como forma de ser y estar en el mundo, y por lo tanto, facilitando que el paciente logre su máximo desempeño, tomando control sobre esta sintomatología.

Para ello nos basaremos en el texto "Psicopatología y Semiología Psiquiátrica" de Ricardo Capponi M., consideramos que la organización del texto, facilita este aprendizaje, además que se toma libertades en la postura epistemológica, con el fin de privilegiar lo ético, por sobre lo teórico, en la relación terapeuta-paciente. Con "libertades", se refiere a la utilización de dos métodos diferentes para aproximarse a la realidad: fenomenológico descriptivo categorial y fenomenológico descriptivo dimensional. El primero facilita la descripción de los elementos e instrumentos del vivenciar y el segundo facilita la descripción de las dimensiones del yo, ambas desde la psicología (normalidad) y de la psicopatología (desviaciones de la normalidad)

La relación entre los elementos, instrumentos y dimensiones yoicas se esquematizan en la Fig. 1. (Al final del texto)

¹ Resumen elaborado por T.O. Paula Soto R./ Laura Rueda C., a partir del texto "Psicopatología y Semiología Psiquiátrica" de Ricardo Capponi M. Ed. Universitaria 2ª edición 1987.
Apunte docente para la asignatura Modelos de Intervención de Terapia Ocupacional en Psiquiatría y Salud Mental, de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile.

ELEMENTOS DEL VIVENCIAR

Llamaremos así a los elementos básicos constitutivos del aparato psíquico, entre los que se distinguen: (1) Sensación, percepción y representación (2) Pensamiento (3) Afectividad y (4) Psicomotricidad

Sensación, percepción y representación

Sensación y percepción son dos niveles de un mismo fenómeno. El primero ocurre a un nivel más neurofisiológico que el segundo.

La sensación se inicia en los órganos sensoriales, a partir de un estímulo, y se transmite hasta el cerebro donde es registrado. Las sensaciones que el ser humano es capaz de registrar son: luz y colores, sonidos y ruidos, temperatura, tacto, gusto, olfato, presión y tensión, dolor.

La percepción ocurre con una serie de elaboraciones psíquicas a partir del registro instalado en nuestro cerebro. Estas elaboraciones dan "conciencia de objeto" a la sensación, transformándose en una percepción. Este proceso se automatiza con las innumerables percepciones que vivenciamos a lo largo de nuestra vida, razón por la cual estos conceptos se confunden y consideran como sinónimos, sin serlo.

Una característica muy relevante de la percepción es que adquiere un contenido significativo para quien la vive, esta significación puede estar determinada por múltiples elementos, sin embargo los más relevantes son la afectividad y la biografía de la persona.

La representación en cambio son imágenes que surgen en la conciencia reconocidas como un producto de sí mismo, carecen de vivacidad y nitidez, son íntimas, dependen totalmente de la actividad psíquica y se modifican por la voluntad. Se diferencian claramente de la percepción ya que pueden ser basadas en algo percibido anteriormente (representación mnésica) o en algo percibido previamente con variaciones o totalmente inventado (representación de la fantasía), estas últimas son claramente identificadas por quien las vive como objetos irreales.

Las alteraciones en este primer elemento (agrupado) del vivenciar, que son significativas para el terapeuta ocupacional son.

Sensación: pueden alterarse por lesiones orgánicas y/o funcionales. Ambas son confirmadas o descartadas a través de un examen neurológico, por lo tanto requiere de trabajo en equipo, cuando se tenga sospecha de un trastorno a este nivel.

Percepción: Las alteraciones se agrupan inicialmente en cuantitativas y cualitativas. Las cuantitativas pueden ser por aceleración, intensificación, retardo y debilitamiento de la percepción, generalmente estos se dan en trastornos bipolares, los primeros en fase maniaca y los segundos en fase depresiva.

Los trastornos cualitativos se aprecian en dos grandes grupos:

Las ilusiones no necesariamente están asociadas a un cuadro psiquiátrico, se explican relacionadas con el grado de atención, la influencia afectiva y el estado de conciencia.

Las alucinaciones en cambio, se podrían relacionar con mayor frecuencia a cuadros psiquiátricos que las ilusiones. El juicio de realidad sobre la alucinación es variable (desde la certeza absoluta, hasta considerarlas irreales (alucinosis)), la actitud que toma quien las vive, también es relativa (desde la pasividad hasta la acción concordante), pueden

relacionarse con el estado afectivo que vive el paciente, lo que la hace más o menos comprensible, pueden experimentarse desde fuera o dentro del cuerpo.

Representación: La única forma en que se altera la representación es la pseudoalucinación. Esta se diferencia de la alucinación de la misma forma en que se distinguen las características de la representación y percepción normales. Este tipo de trastorno, la pseudoalucinación, es definitivamente más frecuente en los cuadros clínicos psiquiátricos que las alucinaciones verdaderas, así mismo, hacer la distinción entre ellas es extremadamente difícil y requiere de observaciones, entrevistas y conversaciones sistemáticas con los pacientes.

En definitiva, cualquier fenómeno alucinatorio o pseudoalucinatorio descrito por el paciente, merece atención, comprensión y descripción detallada, especialmente de cuanto interfiere este fenómeno en el desempeño cotidiano del paciente, tanto personal como social. Esta distinción es tan relevante como la que se requiere para facilitar el proceso diagnóstico, ya que nos entrega orientaciones a considerar en el proceso terapéutico.

Pensamiento

Entendemos por pensamiento, desde la perspectiva fenomenológica, como un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico). Este flujo ha sido iniciado por un problema e intenta conducir a conclusiones eficaces en relación a tal problema.

Podemos, entonces, entender como pensamiento normal aquel en que el observador puede seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, que respeta las reglas fundamentales de la lógica, que tiene una cierta velocidad con contenidos que reflejan una adecuada conciencia de realidad, y con sensación de que el sujeto maneja sus ideas egosintónicamente.

Se desprenden de esta descripción distintos niveles para analizar el pensamiento: a. Estructura b. Velocidad c. Contenido d. Control y e. Lenguaje. Este último, más que un nivel de análisis, tiene como principal función expresar pensamientos, y es a través de él que el observador puede acceder al análisis de los otros niveles. Se considera también al lenguaje, ocupando un lugar intermedio entre el pensamiento y la psicomotricidad. Arbitrariamente ha sido clasificado como un subgrupo dentro del pensamiento, ya que la psicomotricidad se relaciona estrechamente con sentimientos, emociones y voliciones.

Para observar la estructura del pensamiento, es necesario poner atención al uso que el paciente da a las palabras, su concordancia con usos gramaticales, y los principios lógicos inherentes al discurso como son el orientarse a una meta y respetar el principio de no contradicción.

La velocidad del pensamiento, se aprecia fácilmente como observador ya que el discurso requiere de un tiempo suficiente para hilar las ideas y llegar a un objetivo, configurando la idea global con los detalles que sean necesarios, además la velocidad en la comunicación del pensamiento es eficaz en la medida que es concordante con el entorno.

El contenido del pensamiento, se expresa a través de las ideas y éstas son configuradas a partir de las experiencias y el conocimiento que adquirimos del mundo que nos rodea. Por lo tanto las ideas se constituyen desde una vivencia de la realidad que se traduce en un juicio de la realidad.

Esta vivencia de la realidad es percibida corporalmente, y está en la conciencia del ser, y a la vez le damos significado a través de la experiencia práctica del mundo que nos rodea y que nos contiene, a partir de ella ejercemos nuestro juicio de la realidad desde donde se construyen las ideas que conforman nuestro capital ideativo. Esta estrecha relación secuencial determina la normalidad o anormalidad en el contenido del pensamiento, ya que si nuestra vivencia de la realidad es correcta, nuestro juicio será adecuado y nuestras ideas normales, en cambio una vivencia distorsionada, altera el juicio y se construyen ideas delirantes.

Entre las ideas que constituyen nuestro capital ideativo están las ideas concretas, mágicas, símbolos, abstractas, intuitivas, creencias, sobre valoradas y supersticiosas. Las cuatro primeras, si bien coexisten libremente en nuestro aparato psíquico, siguen una línea evolutiva en el desarrollo del pensamiento. Las tres últimas, son difíciles de evaluar en su rango de normalidad o de significación psicopatológica.

El control del pensamiento se aprecia a partir de que la persona explicita o manifieste angustia por la persistencia de alguna idea que si bien reconoce como propia, sabe que es absurda y no puede deshacerse de ella. Esta característica la distingue de otros trastornos en que también hay problemas en el control, pero secundario a otro nivel como sería la estructura y/o el contenido.

El lenguaje se aprecia directamente y se relaciona con funciones netamente neurológicas, si estas se alteran, se evidencian trastornos a nivel exclusivo de lenguaje que son tratados principalmente por otra especialidad. Sin embargo, no olvidemos que será a través del lenguaje que se expresarán e identificarán los otros niveles de análisis del pensamiento.

Los trastornos del pensamiento son un capítulo extenso y complejo, que requiere de un estudio riguroso. Para el Terapeuta Ocupacional, es muy relevante distinguir la naturaleza del trastorno, el grado de compromiso y su influencia en el desempeño global del paciente, para ello debe recurrir a estrategias de evaluación que no se limitan a entrevistas frías que impiden establecer confianza entre el paciente y el terapeuta, sino que incluyen por sobre todo la conversación y la observación a través de diversas actividades.

Afectividad:

Este elemento del vivenciar, de suma relevancia, presenta un problema de precisión en el uso de los términos que se relacionan con él. En un intento de aclarar el concepto podemos recurrir a dos puntos de vista: el primero en función de "quién" forma parte de "qué", así tenemos que las emociones, los afectos y los sentimientos forman parte de la afectividad, la que se manifiesta a través de un estado de ánimo. El segundo, en función de cuáles están más cercanos al estrato fisiológico y cuáles al psíquico, así es como las emociones implican mayor componentes fisiológicos que los sentimientos, también a los afectos se les considera con cierta independencia e intensidad mayor que el ánimo, este último es un estado más sostenido y menos flexible, quien es, finalmente, a través del cual podemos observar e interpretar la afectividad de un sujeto.

Es muy relevante señalar que esta asociación con estratos fisiológicos, determina en cierta medida la afectividad en su conjunto, esto se refiere a que, la satisfacción o insatisfacción de las necesidades e impulsos instintivo-tendenciales genera estados afectivos placenteros o displacenteros, interrelación que se mantendrá bajo formas e intensidades diferentes, como constante vital predominante.

Podemos entender esto en el sentido de que los sentimientos están muy relacionados con el instinto, y que es esto lo que condiciona en gran parte la vida afectiva, ya que la satisfacción o insatisfacción de los impulsos instintivos generará sentimientos positivos o negativos, placenteros o displacenteros, agradables o desagradables.

Se sugiere revisar la clasificación propuesta por Schneider, que se señala en el texto, ya que a partir de ella se elaboró la clasificación psicopatológica, que debe ser estudiada en forma metódica para cumplir con el objetivo de aplicar las observaciones y realizar las interpretaciones de la afectividad en los pacientes, y cómo esta influencia su cotidianeidad.

Psicomotricidad

Este último elemento del vivenciar nos remite a la acción que realiza el individuo, y aunque este hecho es muy claro para todos, al referirse a la psicopatología de la psicomotricidad, diferentes autores no se han puesto de acuerdo sobre qué incluir dentro de dicha clasificación. Esta falta de acuerdo es debida, principalmente, a la complejidad que trasciende a la realización de un acto, ya que naturalmente, la acción está ligada a la voluntad y a los instintos.

Como la descripción y clasificación de nuestro texto de estudio es esencialmente fenomenológica, no lo hace en función de lo que subyace a la psicomotricidad, sino que de acuerdo a lo que el observador ve y siente frente a los actos del sujeto.

Por ello la clasificación se realizó de la siguiente forma:

1. Trastornos de la psicomotricidad que aparecen como conductas y actitudes básicas del paciente.
2. Trastorno de la psicomotricidad que se manifiestan en relación con los demás
3. Trastornos de la psicomotricidad que se configuran como grupos clínicos específicos.
 - a. Serie catatónica
 - b. Trastornos de la psicomotricidad por alteración del impulso de tipo compulsivo
 - c. Trastorno de la psicomotricidad en relación al impulso sexual
 - d. Trastorno de la psicomotricidad en relación al impulso a alimentarse o apetencia

Es importante enfatizar el valor especial que tiene la psicomotricidad en el estudio de la psicopatología del paciente, especialmente para los Terapeutas Ocupacionales, ya que esta es la expresión final de una serie de instancias psicológicas que nos hablan del sujeto en profundidad. Desde la psicomotricidad se hace posible inferir la instintividad, las pulsiones o tendencias, los afectos y las direcciones de la voluntad. Además se expresan rasgos de la personalidad, de su percepción del mundo y hasta las características de su pensamiento. Aparte de darnos una información general de la funcionalidad del sistema nervioso, tanto central como periférico. Todo esto determina la forma de ser de un sujeto y su estilo de vida, por lo tanto es de suma importancia para el estudiante, no limitar este elemento a un mero sinónimo de la expresión corporal del paciente, en sus descripciones.

INSTRUMENTOS DEL VIVENCIAR

Son factores generales que permiten la construcción de la vivencia, de ellos depende la calidad de la vivencia de un individuo. Estos son: (1) Conciencia (2) Inteligencia (3) Atención (4) Memoria y (5) Orientación.

Conciencia

Como instrumento del vivenciar, la conciencia posibilita la llegada de todos los modos del vivenciar: las sensaciones, las representaciones, la afectividad, la psicomotricidad y los pensamientos. O sea, se constituyen vivencias gracias a la conciencia, y esta se define a través de sus funciones:

1. La interioridad real de la vivencia, en oposición a la exterioridad, esta función le permite a la persona darse cuenta que una fantasía es una vivencia interna y por lo tanto no corresponde a una realidad objetiva exterior sino que proviene de su imaginación. Así también se da cuenta de que el mundo externo que percibe no es un sueño, sino absoluta realidad. Cuando esta función se pierde, se mezclan imaginaciones, sentimientos, percepciones reales e imaginarias, todo en un desorden confuso e ininteligible, que da lugar a la dislocación vivencial.

2. La escisión sujeto-objeto, o también llamada función de alerta, permite al sujeto dirigir su vivenciar con los objetos, con su mundo interno y externo: registrar, percibir, sentir e incluir las cosas a través de sensaciones, percepciones, representaciones y pensamientos.

3. La función de reflexividad permite el conocimiento de la conciencia en torno a sí misma. Esta función es la que habitualmente se maneja el término, y que se relaciona con su origen etimológico (cum scientia), darse cuenta y saber de sí mismo.

Los trastornos de la conciencia se agrupan en cuantitativos (función de alerta alterada) y cualitativos (función de interioridad alterada en el estado delirioso y la función de reflexividad en el crepuscular).

Inteligencia

Aunque el concepto de inteligencia ha sido controvertido en el campo de la psicopatología, la definición propuesta por Stern, identifica elementos constitutivos de este instrumento, que debieran orientarnos en su evaluación. Stern dice que. "La inteligencia es la facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente, las pautas del pensar de que disponga", por lo tanto los tres elementos son: 1. La facultad personal, 2. El uso adecuado de formas de pensar y 3. Nuevas exigencias.

Para el Terapeuta Ocupacional es importante clarificar el nivel de compromiso que puede presentar este instrumento, sin embargo, se sugiere privilegiar métodos cualitativos y descriptivos por sobre los cuantitativos, ya que lo interesante para nosotros es poder valorar el impacto de la inteligencia en el desempeño cotidiano, o sea, su interferencia y/o facilitación en el logro de objetivos, metas, ejecución de actividades, manejo instrumental, autonomía personal, relaciones interpersonales, entre otros.

El texto sugiere algunas pruebas para hacerse de una impresión clínica del funcionamiento intelectual del paciente a través de la entrevista. Sin embargo, se sugiere a los estudiantes de Terapia Ocupacional, adaptar estas pruebas dentro de actividades grupales socioterapéuticas para cumplir el mismo objetivo.

Psicopatológicamente, el compromiso de este instrumento se puede clasificar en retardo mental, en diversos grados, y en deterioro o demencia, relacionada con distintas causas.

Atención - Concentración

Podemos entender la atención como la orientación de nuestra actividad psíquica hacia algo que se experimenta, permitiendo así el vivenciar (instrumento del vivenciar). La

atención puede ser espontánea o voluntaria. La espontánea esta expuesta a los estímulos cambiantes del medio que la impresionan. Estos estímulos deben cumplir ciertos requisitos para atraer más fácilmente la atención como por ejemplo: mayor intensidad, repetitividad, desaparición, novedad, variedad y rareza. En la atención voluntaria, en cambio, es el sujeto quien dirige la atención voluntariamente (valga la redundancia), transformándose esta en concentración, cuando permanece orientada en forma persistente hacia una situación determinada.

Es a través de la concentración que el sujeto, logra mayor noción, exactitud y claridad de sus vivencias, y obtiene rendimientos más eficientes en el manejo de sí mismo y del mundo que lo rodea.

Se explicita entonces, la estrecha relación entre atención-concentración y el rendimiento intelectual. Para el Terapeuta Ocupacional evaluar este instrumento es relevante ya que el modo fundamental de aproximación al sujeto será a través de actividades y diálogos; por lo tanto el seguimiento de instrucciones simples, manejo de materiales y mantención en la actividad serán indicadores de la atención y concentración con que cuenta la persona.

La psicopatología de este instrumento se manifiesta esencialmente en términos cuantitativos: falta de, disminución o aumento de.

Memoria

Permite a la vivencia, quedar retenida y conservada en la psique, quedando a disposición para ser evocada, por lo tanto permite también al sujeto, ampliar su referencia en el tiempo, tomando noción del tiempo transcurrido y por extrapolación, intuir la noción del tiempo futuro.

La retención, conservación y evocación son parte del proceso de memorización y junto al reconocimiento y ubicación temporal, se les reconoce también como tipos de memoria.

La memoria de fijación es la que permite captar la información a través de la sensación y percepción y se procede a fijarlos en la estructura y organización psicobiológica. En esta primera etapa influyen muchos factores como por ejemplo el interés, la motivación y el entusiasmo; la atención y concentración y también la intensidad del estímulo. La memoria de conservación depende de los mismos factores ya señalados, pero además en esta etapa aparece un factor natural : el olvido, que permite restar nitidez al recuerdo y así diferenciarse de las imágenes reales. En la conservación influye también la evocación periódica, fortaleciendo y acentuando la memoria y así reduciendo el olvido. La memoria de evocación actualiza los hechos pasados que están conservados, esta puede ser voluntaria, espontánea o automática. La memoria de reconocimiento y ubicación temporal permite al sujeto identificar el recuerdo evocado en el tiempo y espacio.

Psicopatológicamente la memoria puede alterarse en términos cuantitativos (mayor o menor fijación, conservación y evocación) y/o cualitativos (reconocimiento y ubicación temporal).

Orientación

La psicopatología suele ver el instrumento de orientación como parte de la conciencia, sin embargo es importante aclarar que: todo trastorno de conciencia implica en mayor o menor grado, un trastorno de la orientación. Sin embargo, esto no ocurre en sentido contrario, o sea, un trastorno de orientación, no siempre implica un trastorno de conciencia. La orientación permite al sujeto comprender cada uno de los instantes de su

vida en relación al pasado, al presente y al futuro, así como su ubicación en relación a los espacios que lo rodean. Así se desprenden las funciones de la orientación: alopsíquica temporal, que permite al hombre tener una noción del tiempo que transcurre sin necesidad de recurrir al reloj, o al calendario.; alopsíquica espacial, le permite dimensionar los objetos y espacios con que interactúa y reconocer el lugar en que se encuentra; autopsíquica se refiere a la percepción de uno mismo, dando continuidad a las cosas en que uno participa.

CUALIDADES FUNDAMENTALES DE LAS VIVENCIAS

Se refiere a ciertas cualidades que sólo surgen en la naturaleza humana y son el resultado de la funcionalidad yoica. Tienen un carácter dinámico, por lo tanto requieren una aproximación dimensional: (1) Dimensión realidad-irrealidad (2) Dimensión actividad-pasividad (3) Dimensión adhesión-evitación (4) Dimensión dependencia-independencia

Entendemos "el yo" como una estructura y organización emergentes, que definen su esencia a través del tiempo en un dinamismo determinando su constitución. El yo sería quien cualifica la vivencia y es el órgano de la personalidad encargado de mantener al sujeto adaptado a la realidad. El yo es el que comanda la vida psíquica y es la instancia psíquica fundamental que personaliza las vivencias y hace propios los actos psíquicos. Es una estructura y organización compleja, esencialmente dinámica que integra el vivenciar y mediante el cual éste adquiere pleno sentido.

El yo es la única realidad de la cual se tiene experiencia, ya sea como sujeto ("yo") o como objeto ("mi mismo"). Esta experiencia del yo como objeto alude a una actividad reflexiva frente a la experiencia interna, que se desarrolla en la medida en que el yo adquiere representación de sí mismo.

La estructura del yo se constituye de elementos cuya característica fundamental es su oposición dialéctica. Su organización y estructura van tomando forma a través de la integración de estos elementos que interactúan dialécticamente, así tenemos las dimensiones: activo-pasivo, dependiente-independiente, acercamiento-evitación, realidad-irrealidad. Cada una de estas cuatro dimensiones que se van perfilando a lo largo del desarrollo del sujeto, adquieren una fisonomía más definida después de la adolescencia.

Dimensiones del yo

Realidad - Irrealidad: Llamaremos "principio de realidad", a la función yoica que se expresa a través de esta dimensión. Todo trastorno del principio de realidad, puede llevar a un trastorno del pensamiento y por lo tanto del juicio de realidad y no necesariamente esto ocurre en sentido contrario. O sea, juicio de realidad implica pensamiento, que es un elemento del vivenciar, y principio de realidad, es una función yoica que se altera en grados.

- Apreciación de la realidad: en relación al entorno, se refiere a las percepciones, desde las necesidades y motivaciones, es subjetiva y flexible frente a las distorsiones; en relación a sí mismo, influye en la autoestima y la identidad lograda. La alteración a este nivel es siempre leve, propia del neurótico.

- Sentido de realidad: en relación al entorno, se refiere a extraer información sobre posibilidades de proyección futura, construir planes coherentes; en relación a sí mismo

influye en la proyección que el individuo tiene de sí en el tiempo y sobre su sentido de existencia. Su alteración es severa, propia del fronterizo.

- Juicio de realidad: en relación al entorno se refiere a lo que nos permite registrar el significado de lo percibido, es como una metapercepción, se relaciona con el pensamiento; en relación a sí mismo, influye sobre las vivencias. Su alteración siempre es grave y es propia del psicótico.

Además el principio de realidad en relación a sí mismo (self) tiene las siguientes características:

- Conciencia de pertenencia del propio yo: yo soy quien actúa en el mundo.
- Conciencia de la unidad del yo. Siempre soy uno.
- Conciencia de identidad: continuidad en el tiempo.
- Conciencia del yo en oposición a lo externo o límites del yo: sabemos lo que no somos.
- Conciencia de existir del yo: sabemos que existimos.
- Conciencia de salud y enfermedad: nos damos cuenta de nuestra situación (la energía con que funcionamos, el malestar y/o bienestar).
- Conciencia corporal: el cuerpo es nuestro instrumento de expresión.

Actividad - Pasividad:

Activo: manipula situaciones, eventos, personas. Supera obstáculos. Controla circunstancias y medio ambiente. Se plantea objetivos.

Pasivo: no hay intento de manipular, no se plantean metas. Se deja llevar por las circunstancias. Vive el aquí y el ahora.

La funcionalidad yoica es llevar con armonía, soltura y flexibilidad, ambos polos.

Adhesividad - Evitación: se refiere a la atracción o rechazo, con respecto a la relación afectiva con los demás.

La funcionalidad yoica vive con soltura ambas emociones. Es capaz de distanciarse al sentir que una relación es de alto riesgo.

Dependencia - Independencia: La funcionalidad yoica se manifiesta en la capacidad de darse cuenta de que en determinadas circunstancias existen otras personas a las que puede recurrir, como fuente de afecto y apoyo. Además de conservar su individualidad, que puede arreglárselas solo, gratificándose consigo mismo, confiando en su criterio.

El desarrollo normal del yo, se vivencia como una integración de las polaridades de cada dimensión.

La psicopatología radica en la dificultad para integrar ambas polaridades, el sujeto las vive como antinómicas lo que conduce a adscribirse sólo a un extremo de la dimensión o conjugar ambos sin integración posible, anula un extremo desapareciendo su poder dinámico. Mientras más grave sea su limitación funcional, más puros serán los polos dimensionales, en cuanto a expresión conductual patológica.

Al evaluar la funcionalidad yoica, hay que tener presente cuatro variables:

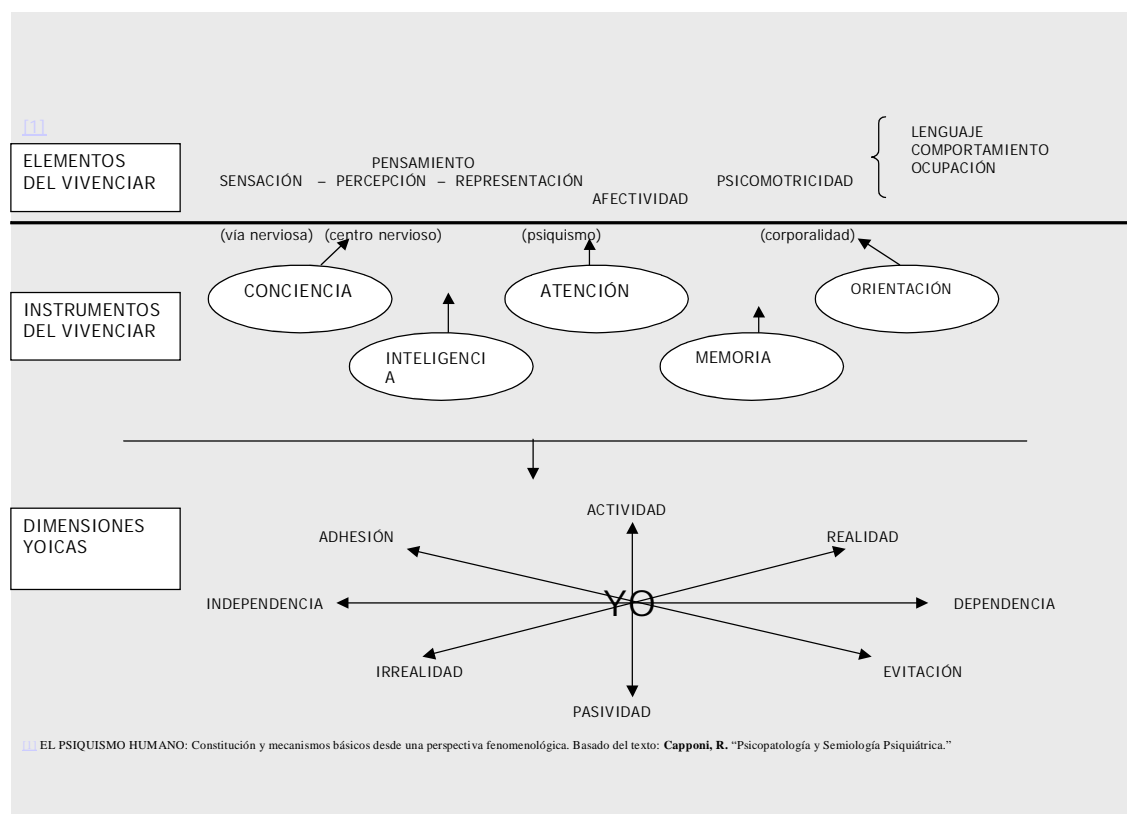
- a) Flexibilidad Adaptativa: capacidad de elaborar estrategias dependiendo de la situación.
- B) Capacidad de romper círculos viciosos: tomar conciencia de lo vivido para modificar conductas. Requiere elaborar insight.

C) Fortaleza: capacidad de resistir frustraciones, pérdidas, amenazas, exigencias y agresiones, sin desestructurarse de manera grave.

D) Estabilidad: mantiene relaciones con los demás y consigo mismo, con sus proyectos, de manera perseverante, continua, a pesar de los altibajos.

Para el terapeuta ocupacional, es relevante considerar estos aspectos al enfrentarse no solo a los pacientes, sino también a sus familiares y/o tutores, ya que así puede elevar criterios para seleccionar aquellas personas que están en mejores condiciones para cuidar y acompañar a las personas que presentan discapacidad psíquica.

Figura 1



* * * *