

272
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TRABAJO EN
BASE A UN MODELO DE PSICOCOMUNIDAD PARA
EL PSICOLOGO CLINICO EN UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO (I.M.P.)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA DE LOS ANGELES VELARDE AGUIRRE**

**DIRECTORA Y ASESORA
LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ**

**REVISORA:
LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**

MEXICO, D.F.

257820

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

María de los Angeles Velarde Aguirre

A la Facultad de Psicología y Maestros

Por todos los conocimientos y múltiples favores que me brindaron en mi formación profesional.

A Blanca Elena Mancilla Gómez

Por su apoyo, orientación y dirección, para la culminación de esta tesis.

A los Profesores:

Néstor Fernández, Araceli Mendoza, Guadalupe Santaella y Leticia Bustos.

Por sus valiosos comentarios y aportaciones recibidas para la corrección y elaboración del presente trabajo.

A MI HIJA ALEJANDRA

Quien ha representado para mí el
más alto objeto de mi motivación.

A MIS PADRES: ANGEL E IRENE

Porque siempre han sido un modelo de
lucha y perseverancia y por enseñarme
el valor de la vida.

A MIS HERMANOS: JUAN, ILIANA, ANABEL, ARMANDO Y ARIEL

Por esos maravillosos recuerdos de esa infancia
inolvidable de juegos, aventuras y por haber
compartido juntos un mismo espacio.

A MI ABUELITA ROSARIO

Por su apoyo y cariño siempre
constante.

A PEDRO

Por su amor, comprensión y ayuda
y por ser esa luz en mi vida que ha
logrado conducirme por el mejor
de los caminos.

A BINISE

Por su amistad, ayuda desinteresada
y sobre todo por transmitirme su gran
entusiasmo y motivación.

A MIS AMIGAS

Con quienes he compartido
momentos de alegría y tristeza a lo
largo de nuestras vidas: Angeles
Saigar, Lupita Huerta, Laura Pérez
e Isabel Fernández.

A quienes contribuyeron con un
granito de arena para la realización
de esta tesis:

Magally, Sara, Alejandro, Enrique,
Gaby y Roxana.

INDICE

	Pág.
PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO 1 HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN MEXICO	6
1.1 La asistencia de los enfermos mentales en el interior de la República (1860-1909)	10
1.2 Hospitales granja (1947-1964)	13
1.3 Psiquiatría privada (1950)	15
1.4 Operación Castañeda	16
1.5 Situación actual de los hospitales psiquiátricos en México	23
CAPITULO 2 FUNCIONES Y CAMPO DE ACCION DEL PSICOLOGO CLINICO	33
2.1 Psicología clínica	38
2.2 Algunas actividades del psicólogo clínico	41
CAPITULO 3 LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO	63
3.1 La carrera de psicología en la U.N.A.M.	77
CAPITULO 4 DIAGNOSTICO Y DESCRIPCION DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA (I.M.P.)	86
4.1 Funciones y programas generales	90
4.2 Instalaciones y equipo	91
4.3 Investigación	94
4.4 Líneas de investigación clínica	96
4.5 Enseñanza, capacitación y prevención	99
4.6 Consulta externa	101
4.7 Hospitalización y urgencias	101

CAPITULO 5	EL MODELO PSICOCOMUNITARIO	106
5.1	Psicocomunidad	106
CAPITULO 6	PROPUESTA DE UN MODELO DE TRABAJO PARA EL PSICOLOGO CLINICO EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO (I.M.P.)	123
CONCLUSIONES	133
BIBLIOGRAFIA	138

PROLOGO

Con base en la información obtenida durante mi asistencia al Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.), en donde estuve colaborando en el Area de Terapia Ocupacional, que hace énfasis en la importancia del contacto personal con los pacientes, a través de terapias recreativas, expresión corporal, trabajos manuales, etc.; surgió el cuestionamiento de cual podría ser una aportación más amplia y satisfactoria como psicólogos en esta comunidad de pacientes psiquiátricos.

Tomando en consideración que el psicólogo clínico tiene un gran campo de acción, pero que su función no está debidamente estructurada en esa Institución; observándose también que la mejor herramienta con que cuenta el psicólogo es el contacto personal y vivencial con los pacientes, ya que se considera que de esta manera se obtienen mejores resultados para la rehabilitación del paciente, y además de que el aprendizaje que logra el psicólogo es más efectivo que el teórico tradicional.

Todo esto motivó el interés en realizar esta tesis, para fundamentar las observaciones anteriores y proponer un programa de trabajo, en base a un modelo de psicocomunidad donde se definan sus funciones en un escenario psiquiátrico.

Esta tesis se organizó en seis capítulos:

El primero, es un resumen histórico de los hospitales psiquiátricos en México, además una descripción de estos centros hospitalarios, de la que se puede recabar el tipo de atención que han recibido los pacientes psiquiátricos hasta la fecha.

En el segundo capítulo, después de una explicación de la psicología clínica, se pretendió ubicar la actividad del psicólogo clínico y su campo de acción como profesionista.

El tercer capítulo, estuvo enfocado a la labor del psicólogo clínico en México y se integró un breve resumen de su formación, tomando en consideración que las actividades realizadas como profesionistas, representan un reflejo de su formación y preparación.

En el cuarto capítulo, se hizo un diagnóstico y descripción del Instituto Mexicano de Psiquiatría, con el objeto de concluir que las funciones del psicólogo clínico no están debidamente estructuradas en esta Institución.

En el quinto capítulo, se explicó todo lo referente al modelo de psicocomunidad, con el propósito que resultara más fácil entender la propuesta en base a este modelo.

En el sexto capítulo, se incluyó la propuesta de un programa de trabajo, en base a un modelo de psicocomunidad para el psicólogo clínico en un hospital psiquiátrico (I.M.P.). Siendo éste el resultado de la presente investigación.

Por último, se presentaron las conclusiones a las que se llegó en la propuesta del presente trabajo.

INTRODUCCION

La presente investigación se realizó considerando la importancia que tiene la labor del psicólogo clínico dentro del campo de la salud mental y en base a la experiencia vivida durante mi asistencia al Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.), donde tuve la oportunidad de participar en el Programa de Técnicas de Tratamiento para la Rehabilitación de Pacientes Psiquiátricos que consiste principalmente en un modelo de terapia ocupacional.

En la atención del paciente psiquiátrico, es importante la búsqueda específica de signos y síntomas, la interpretación de éstos en un marco individual ajustado a las condiciones especiales, así como la necesidad de instauración de tratamientos específicos dirigidos al problema de cada paciente, condiciones que no existen en la actualidad para la mayoría de los enfermos psiquiátricos hospitalizados. Existe una tendencia a generalizar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del paciente. Esto último, no sería tan grave si no se pretendiera con esto curar al paciente; y rescatar ese otro factor común que tienen estas personas como lo son sus capacidades residuales.

Tomar en cuenta este factor, si bien no termina con su enfermedad, sí le ofrece al individuo una posibilidad más de mejoría. Desafortunadamente este aspecto se ha descuidado al caer en un enfoque unifactorial del padecimiento.

Partiendo del hecho de que la función del psicólogo clínico no está totalmente delineada y estructurada en este Instituto; encontrando que se dedica a actividades tales como realizar historias clínicas, pruebas

psicológicas, programas terapéuticos de tipo recreativo y ocupacional y en ocasiones tratamientos esporádicos.

Se hace evidente la necesidad de proponer actividades que estén enfocadas realmente a solucionar los aspectos deficientes anteriormente descritos, y de concretar las actividades de estos profesionistas para obtener un beneficio óptimo de su labor.

La creación de modelos generales que se prueben y perfeccionen para abarcar a grandes poblaciones y que estén regidos por las características ya mencionadas, es una de las formas para resolver dos problemas, a saber, el de explotar las capacidades residuales de los pacientes, y el de utilizar óptimamente el trabajo de los psicólogos clínicos.

El crear este tipo de modelos, resolvería además un tercer problema: el de la formación de psicólogos, pues es conocido que la preparación que éstos reciben en las diferentes instituciones educativas es básicamente informativa, teórica y referencial. Hace falta integrar y facilitar el logro de una identidad personal-profesional de los elementos que laboran en el área de la salud mental. Experimentar y participar en los programas prácticos existentes y en aquellos que realmente estén enfocados a la solución de problemas.

Por lo anterior, consideré conveniente hacer una propuesta de un programa de trabajo, en base a un modelo de psicocomunidad, donde se definan las funciones del psicólogo clínico en un escenario psiquiátrico. Además se pretende que el modelo propuesto busque la mejoría social, penetrando en el campo de lo colectivo; y así obtener un mayor provecho de las habilidades profesionales del psicólogo en el campo de la psiquiatría.

Además que el psicólogo clínico cuenta con diversas características como su interés y su preparación, que le permitan favorecer el desarrollo tanto de las capacidades residuales de los pacientes, como el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad psiquiátrica.

Este trabajo puede servir como orientación para que en un futuro, el psicólogo que esté realizando su servicio social, desempeñe adecuadamente sus funciones en ese Instituto; y que además despierte inquietudes entre los compañeros de profesión e investigadores para que emprendan otros estudios, con el fin de obtener una base sólida sobre la cual se siga desarrollando el campo de la salud mental y la psicología comunitaria en México.

CAPITULO 1

HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN MEXICO

A continuación se presenta un resumen de los antecedentes históricos de los hospitales psiquiátricos en México, lo cual nos permitirá comprender la evolución que ha sufrido el concepto de enfermedad mental, y en consecuencia los cambios en la terapéutica a través del tiempo.

La historia de los hospitales psiquiátricos en México, se inicia con la fundación del hospital San Hipólito en 1567.

La fundación de este primer hospital, se debe a la labor de Bernardino Alvarez, quien compadecido por el desamparo en el que se encontraban los enfermos mentales y considerando que necesitaban de un cuidado específico, lo estableció en la Ciudad de México el 2 de noviembre de 1566; y no fue sino hasta el 28 de enero de 1567, cuando se concedió el permiso oficial para que dicho hospital empezara a funcionar.

Bernardino Alvarez, dedica el resto de su vida al cuidado y protección de los enfermos; funda otros hospitales tales como el de Santa Cruz de Oaxtepec, San Roque en Puebla, de la Concepción en Jalapa y otros en Guadalajara y la Habana. Además crea una hermandad religiosa. Muere el 13 de agosto de 1584.

Fernández del Castillo (1956), menciona que el Hospital de San Hipólito en un principio, no se dedicó exclusivamente a la atención de enfermos

mentales, pero el número de éstos fue aumentando, obligando a que solamente se aceptaran a esta clase de pacientes. La información obtenida, revela que el hospital seguía funcionando a fines del siglo XVIII, aunque en mala situación económica y con poco interés por parte de las personas que lo atendían.

El hospital se encontraba en pésimas condiciones, pues no contaba con los medios suficientes para su mantenimiento. Consistía en celdas estrechas, sin ventilación y sin luz; las construcciones estaban en peligro de caer, los enfermos se encontraban desnudos y no había medicinas suficientes.

En 1847, durante el tiempo de la invasión norteamericana, se procedió a utilizar algunos hospitales para la atención de los enfermos de la guerra, entre ellos, el hospital de San Hipólito fue adaptado para ese fin.

En 1848 se hicieron reparaciones al Hospital San Hipólito, en esa época el número de pacientes ascendía a 90.

El 1º de septiembre de 1851, el edificio de San Hipólito se otorgó a la Escuela de Medicina de México, y los pacientes del hospital fueron trasladados al Hospital de San Pablo.

Dos años más tarde, en 1953 Santa Ana se apoderó del edificio, convirtiéndolo de nuevo en cuartel.

El hospital propiamente dicho, entre miserias, quedó destinado a manicomio, hasta la construcción del Manicomio General de la Castañeda.

Actualmente, quedan solamente la iglesia y el antiguo hogar de Bernardino Alvarez, en el centro de Tlalpan, D.F. como monumentos históricos.

HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR

Este hospital se fundó, gracias a la iniciativa de José Sáyago, carpintero humilde que a fines del siglo XVII (1687), consciente del desamparo de las mujeres "locas y desprotegidas", les ofrece estancia en su casa; esto sucede como consecuencia de la convivencia que José Sáyago tuvo con un familiar, que padecía de alteraciones mentales.

Después de un tiempo el lugar no fue suficiente para albergar a tantas enfermas y los jesuitas se interesaron en la obra de Sáyago. El arzobispo Aguilar y Seijas, se responsabiliza por completo por dicha institución y la mantiene hasta su muerte, ante lo cual la congregación del Divino Salvador se encarga del mantenimiento del hospital, que se encontraba en una casa en la calle de Canoa, lugar en que se construyó en 1700, el hospital que se denominó Hospital del Divino Salvador o Manicomio de la Canoa.

Una de las personas que más contribuyó al mantenimiento de este hospital fue el Dr. Miguel Alvarado, quien se consagró al estudio de los enfermos mentales y fue por lo tanto, uno de los primeros que cultivaron esa especialidad en México. En 1860, cuando el Dr. Alvarado tenía a su cargo la dirección del hospital, se dieron los pasos formales para la creación de la "Medicina Mental". Se implantó un sistema que incluía el registro de cada enferma, el cual contenía, además de la historia, las causas probables del padecimiento y el pronóstico del mismo, así como el tratamiento empleado con cada paciente. También se instalaron por primera vez cuartos de colores,

con luz azul para los enfermos excitados y con luz roja, para los enfermos deprimidos.

Tiempo después, el hospital cayó en un lamentable abandono hasta el 9 de febrero de 1905, en que fue nombrado Director el Dr. Juan Peón del Valle, quien se encargó de arreglarlo y remodelarlo. Durante este tiempo, se tuvo predilección por el estudio de ciertas enfermedades, como retraso mental, epilepsia, clasificación de las psicosis, etc.

En 1910, se clausuró el Hospital del Divino Salvador y los enfermos fueron trasladados al Manicomio General de la Castañeda.

HOSPITAL DE LA SANTISIMA TRINIDAD

Desde fines del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX, existió esta Institución de alienados provenientes del clero, creada por una cofradía que ofrecía hospedaje a los sacerdotes seculares en sus viajes a la capital y también asilo durante la vejez, por lo cual se encontraban algunos casos de demencia senil.

A fines del siglo XVIII, fue dedicándose exclusivamente a sacerdotes dementes; en tal estado se encontraba después de la guerra de independencia, pero a mediados del siglo XIX, el hospital estaba prácticamente fuera de servicio.

HOSPITAL LAVISTA "QUINTA DE LA SALUD DE TLALPAN"

El ilustre Médico Don Rafael Lavista, quien fuera notable cirujano y precursor en muchos aspectos de la cirugía moderna en México, fue el

fundador del primer sanatorio particular para enfermos mentales en México, establecido en la población de Tlalpan. Su importancia debe subrayarse por el hecho de haber impulsado el desarrollo de la psiquiatría en el país.

En el año de 1894, estableció un sanatorio quirúrgico en Bucareli, mismo que más tarde se trasladó a Tlalpan. A petición de algunos clientes y amigos, ya que el lugar era muy grande, aceptó que se recibieran algunos enfermos mentales, creando con éste el primer manicomio particular. Posteriormente fueron sustituyendo los pacientes quirúrgicos por pacientes mentales. Durante muchos años, dado que era el único hospital particular para este tipo de pacientes, sirvió de albergue principalmente a miembros de familias acomodadas.

Durante la revolución, la Quinta de la salud se enfrentó a innumerables problemas, pues en esta época fue necesario trasladar a los enfermos a otro edificio en el centro de la ciudad, debido a la carencia de alimentos, la escasez de personal y a los peligros a los que estaban expuestos.

En el Sanatorio Lavista se formaron muchos psiquiatras, que han sido impulsores de esta especialidad en nuestro país.

1.1 LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA (1860-1909)

La información que a continuación se menciona, tiene por objeto resaltar la importancia que la preocupación por el enfermo mental, se generalizó en todo el país. Inicialmente sólo se manifestó en las ciudades más desarrolladas, tales como Monterrey y Guadalajara.

El 1º de mayo de 1860, el Dr. José Eleuterio González fundó el Hospital Civil de la Ciudad de Monterrey, y estableció un departamento para enfermos mentales.

Desde que se fundó el Hospital Civil en la Ciudad de Guadalajara, en el año de 1793, se admitieron algunos enfermos mentales. Pero no fue sino hasta 1860, en que se establecieron dos pabellones psiquiátricos, uno para hombres y otro para mujeres en el mismo sitio.

También se tiene noticia de la existencia del Hospital de Belén en Guadalajara para enfermos mentales a fines del siglo XVIII. Otro hospital importante fue el Manicomio Estatal de Orizaba creado en el año de 1898, que albergaba a 45 hombres y 36 mujeres.

El Sanatorio de Zapopan en el Estado de Jalisco, fue creado por una familia económicamente poderosa, que deseaba atender a un enfermo mental. Para ello, trajo de España en el año de 1905, a los hermanos de la orden de San Juan de Dios y les proporcionaron los medios necesarios para admitir y atender a un número mayor de enfermos.

La casa de salud Josefina, anexa al Hospital del Refugio en San Pedro Tlaquepaque, es otra Institución digna de mención. Hospital particular dedicado a enfermos mentales, que fue fundado en el año de 1909.

MANICOMIO GENERAL. "LA CASTAÑEDA"

Con la llegada del siglo XX, principia una nueva época en la historia de la atención de la salud mental en México.

Se puede considerar, que los hospitales psiquiátricos en México se caracterizaron, hasta principios del siglo XX, por una gran inestabilidad en su proceso de institucionalización; es decir, que no habían logrado adquirir un estatus de importancia como institución pública, ya que sus servicios no eran lo suficientemente respetados y valorados como para permitir su estabilidad. Esto revela que aún cuando de una u otra manera existía la preocupación por el enfermo mental, no se le daba valor como ser humano, capaz de recuperarse e integrarse a la sociedad; y por el contrario, la preocupación estaba más en función, del perjuicio que el enfermo pudiese causar a la sociedad y por lo tanto se le aislaba de ella.

En 1919, con la creación del Manicomio General "La Castañeda", se pone fin a esa inestabilidad de los hospitales psiquiátricos y por primera vez se logra que la institucionalización del enfermo mental adquiera importancia a nivel político y social. Por medio del establecimiento de esta institución, se logró el reconocimiento oficial de que el enfermo mental requiere de atención y cuidados específicos, como cualquier otro tipo de enfermo.

Como se observará a continuación, el valor como institución que adquirieron los hospitales psiquiátricos, se manifestó principalmente en el hecho de que la administración y organización de los hospitales estaría bajo la dirección de órganos gubernamentales, destinados específicamente a este fin. Además, el lugar físico que les fuera asignado, no sería utilizado para otros fines, como había sucedido en épocas anteriores.

Dado que este nuevo manicomio se había construido en los terrenos de la Antigua Hacienda de la Castañeda en Mixcoac, se le comenzó a denominar

Manicomio de la Castañeda, siendo el más grande de México y uno de los más grandes de América Latina.

El cupo del hospital, se calculó para 800 a 1000 enfermos; y años después llegó a alojar 3,500; jamás se rechazó a un enfermo, incluyendo a los que provenían de los diferentes Estados de la República Mexicana. La idea original que persistió, fue la de atender a las clases económicamente débiles.

Sin embargo, en la atención médica dejó mucho que desear, pues se carecía de suficientes médicos psiquiatras y de personal preparado, haciendo que los objetivos planeados originalmente no se pudieran alcanzar totalmente.

Hay que tomar en cuenta que poco después de inaugurado el hospital, se inicia la Revolución Mexicana y esto provocó altas y bajas en su funcionamiento.

Después de la inauguración del Manicomio General en 1910, no se aumentó el número de camas para atender a los enfermos mentales y tampoco se llevó a cabo ninguna ampliación importante de las instalaciones durante 50 años. El Manicomio de Mixcoac constituyó durante este tiempo, el único y más grande establecimiento, dedicado a dar atención a los enfermos psiquiátricos, con la única excepción de la Granja de León fundada en 1947.

1.2 HOSPITALES GRANJA (1947-1964)

En el año de 1947 en León, Gto., se instituye un nuevo sistema hospitalario psiquiátrico en México, el cual fue de gran importancia, ya que con él comienza a desaparecer el sistema carcelario.

El nuevo sistema era llamado plan Hospital-Granja, que habiendo sido instituido en Francia, fue adoptado en México con la idea de que los pacientes tuvieran una ocupación productiva, que les permitiera recuperarse de su padecimiento.

Con base en estas ideas, se crea la granja de recuperación para enfermos mentales en León, Gto., que consiste en un establecimiento localizado en el campo; funciona con un sistema de puertas abiertas y en donde gracias al trabajo realizado por los pacientes, tanto en la huerta, como en los talleres especiales de terapia ocupacional, se ha logrado una notable mejoría con este nuevo sistema hospitalario. El enfermo mental encontró una remotivación para su vida. Se logró que se adaptaran a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo y a la responsabilidad personal.

Los lineamientos eran dotar a un centro hospitalario con:

- a) Campo de cultivo: A fin de llevar a cabo labores agrícolas que mantuvieran ocupados a los enfermos. Estas labores incluirían riego, plantación y cosecha.
- b) Ganado: En esta actividad los enfermos cuidarían del ganado bovino y porcino.
- c) Se proyectarían actividades ocupacionales de acuerdo a la historia clínica de cada paciente, con el fin de decidir el tipo de trabajo que más le convendría. Estas actividades básicamente manuales, consistirían en labores de carpintería, herrería, aseo, jardinería, etc.

Según Ramírez Moreno en 1950, el éxito obtenido en la Granja de León, Gto., motivó la construcción de nuevos establecimientos del mismo tipo, que a continuación se mencionan cronológicamente.

1. Hospital Granja "La Esperanza " en Guadalajara (1958).
2. Hospital Granja en Morelia (1958).
3. Casa de Salud Mental en Monterrey (1958).
4. Hospital Granja Bernardino Alvarez en Tlalpan, D.F. (1960).
5. Hospital Granja "La Salud" en Zoquiapan, Edo. de México (1961).
6. Hospital Granja para enfermos mentales en Villa Hermosa, Tab. (1962).
7. Hospital Campestre José Sáyago en Tepexpan, Edo. de México (1962).
8. Hospital Granja "Cruz del Sur" en Oaxaca, Oax. (1963),
9. Hospital Granja "Cruz del Norte" en Hermosillo, Son. (1964),

Desde la mitad de la década de los 60's, se han seguido creando algunos hospitales granja, tanto en los estados como en lugares aledaños a las ciudades.

Entre ellos, podemos mencionar el hospital granja de Guadalajara y el hospital granja en Morelia.

1.3 PSIQUIATRIA PRIVADA (1950)

El interés en los hospitales psiquiátricos, también se manifestó en la creación de sanatorios psiquiátricos particulares.

El primero de ellos, como se mencionó anteriormente, fue el hospital Lavista (Quinta de Salud en Tlalpan) fundado en 1894. El segundo hospital particular, fue el del Dr. Miguel Lasso de la Vega (psiquiatra legista).

En 1950 existían ya varios sanatorios en la capital, además de los dos mencionados: Los hospitales Falcón, Alfonso Millán, Floresta y Ramírez Moreno y el servicio de psiquiatría del sanatorio Español.

En el interior de la República, el número de sanatorios particulares en 1950 era de diez; cuatro en Guadalajara; uno en León; dos en Cholula; dos en Monterrey y uno en Gómez Palacio.

La mayoría de estas instituciones tienen una capacidad máxima, entre 50 y 200 enfermos.

1.4 OPERACION CASTAÑEDA

A pesar de que el establecimiento de nuevos hospitales psiquiátricos, tales como los hospitales granja, representaban un gran adelanto en el campo de la psiquiatría en México, pues tuvieron mucho éxito, persistía el grave problema del alojamiento adecuado para el gran número de enfermos reclusos en el viejo manicomio; ya que se carecía de establecimientos suficientes para atenderlos.

Según un reporte privado presentado al Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Rafael Moreno Valle en abril de 1965, "la situación actual del hospital psiquiátrico nacional (Manicomio de la Castañeda)", el número de pacientes internados era de 2,767, siendo el número de camas 2,701; muchas de las cuales estaban en pésimas condiciones. Además que la distribución de

los pacientes dentro de los pabellones, con respecto al número de camas era inadecuado, pues por ejemplo: en el pabellón denominado de agitados era mayor el número de pacientes que de camas, mientras que en el de pensionistas existían 24 camas vacías.

El número total de pabellones era de 23, en general los servicios de atención individual y los servicios sanitarios eran inadecuados; por otro lado, la cantidad de instrumentos de trabajo médicos eran insuficientes.

En cuanto al personal médico, existían sólo 78 médicos para todos los pacientes entre los que se incluían dentistas, cirujanos, médicos de base, residentes; y en general el salario de todos ellos era muy bajo.

Los 23 pabellones contaban con 103 enfermeros, de los cuales 84 trabajaban en el turno matutino y sólo 19 en los turnos vespertinos y nocturnos; por lo que la atención de los enfermos por la noche era sumamente deficiente.

Por otro lado, las necesidades primarias de comida y vestido se satisfacían de una manera muy deficiente.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico que se les daba a los pacientes; 10 de los 23 pabellones de esta institución, contaban con alguna forma de terapia ocupacional y recreativa, llevada a cabo en forma irregular e inadecuada.

Debido a lo anterior, a principios de 1965, el entonces Presidente de la República Lic. Gustavo Díaz Ordaz, dio instrucciones al Secretario de Salubridad y Asistencia, de suprimir definitivamente La Castañeda y

substituiría con instalaciones modernas, de acuerdo con los adelantos de la psiquiatría.

Este movimiento que fue llamado "Operación Castañeda", tuvo importancia nacional ya que por una parte, intentó resolver la asistencia psiquiátrica en México de una manera moderna y eficaz; y por la otra, permitió que a través de las experiencias anteriores, (granjas) debidamente aprovechadas, se pudiera extender el beneficio a la población nacional.

A la Comisión Constructora de Ingeniería Sanitaria, le fueron encomendados los estudios, análisis y proyectos; tendientes a determinar la construcción y organización de los nuevos servicios.

Contaban con asesores, especialistas en diversas ramas de la medicina, psiquiatría, trabajo social y salud pública. La Dirección de Salud Mental, proporcionó la información relativa a los enfermos que había entonces en la Castañeda.

El primer paso, consistió en clasificar a los enfermos del Manicomio General y se obtuvieron los siguientes resultados:

1. El número total de enfermos era de 2,800. El 45 por ciento de sexo masculino y el 55 por ciento de sexo femenino; se incluían 200 niños alojados en un pabellón especial.
2. Se consideró que 400 pacientes podían ser externados de inmediato, a reserva de que fuera posible proporcionarles un buen servicio de consulta externa.

3. 550 pacientes, debían ser atendidos en hospitales de enfermedades de tipo agudo.
4. De 1,000 a 1,300 enfermos, fueron considerados candidatos para hospitales granja.
5. Se detectó la necesidad de crear plazas, para alojar en los centros de atención pediátrica a 200 niños.
6. De 400 a 500 enfermos requerían instituciones de tipo hospital-hogar, para enfermos crónicos con pocas posibilidades de rehabilitación; de estancia prolongada o definitiva.

Después de realizar un estudio, se propusieron diferentes alternativas:

1. Un hospital para enfermedades mentales, de naturaleza aguda de 600 camas.
2. Un hospital pediátrico para rehabilitación psiconeurológica, de 200 camas.
3. Tres hospitales campestres, de 500 camas cada uno.
4. Dos hospitales hogar para enfermos de difícil recuperación, de 250 camas cada uno.

El promedio de estancia calculado, fue de dos meses para el hospital de pacientes agudos y de ocho para los hospitales campestres.

En este proyecto, se incluyó la capacitación del personal que trabajaba en el Manicomio General, la preparación de personal especializado a través de la docencia para los médicos residentes, y un curso de posgrado en enfermería psiquiátrica de la U.N.A.M.; también se tomó en cuenta, otorgar becas para entrenamiento de terapeutas educacionales; y finalmente se vio la

necesidad de programar cursos intensivos de psicología clínica para psicólogos graduados, así como de trabajo social psiquiátrico para profesionistas de esta rama,

El resultado de todas las investigaciones y proyectos anteriores, culminó en la creación de las siguientes instituciones:

1º Hospital de internamiento completo para "enfermos agudos" de corta estancia: se construyó el Hospital Fray Bernardino Alvarez, para la atención de "enfermos agudos", con la posibilidad de atender 600 enfermos que requieran tratamiento intensivo, físico, farmacológico, o psicológico, de acuerdo con las necesidades de cada caso. Se procuró evitar el aspecto carcelario.

Se establecieron áreas de terapia ocupacional, y recreativa. Se consideró que el promedio de estancia en esta institución, debía ser aproximadamente de dos a tres meses, durante este tiempo se debían definir o clasificar dos tipos de enfermos:

- A).- Aquéllos, que a través del tratamiento alcanzaran una recuperación satisfactoria, permitiendo que el caso se siguiera controlando a través del "hospital de día", o bien mediante la consulta externa.
- B).- Aquéllos, a quienes se les diagnosticara como "crónicos", o que simplemente no hubieran alcanzado una remisión satisfactoria después del tratamiento. En ambas situaciones, al paciente se le

trasladaría a hospitales de estancia prolongada, para lograr su rehabilitación en forma más lenta.

Este hospital cuenta con elementos de diagnóstico indispensables, tales como laboratorio clínico, departamento de radiología, servicio de electroencefalografía, departamento de anatomía patológica, consultorios de oftalmología, otoneurología, ginecología, odontología y medicina interna, así como departamentos de psicología y de trabajo social.

Además este hospital cuenta con seis aulas, con cupo para 75 alumnos y un auditorio con capacidad para 240 personas. Tiene además salas de juntas, cámaras de Gesell, una biblioteca y habitaciones para 38 médicos residentes.

La sección de consulta externa, consta de ocho consultorios para médicos, cuatro para psicólogos y cuatro para trabajo social, haciendo un total de 16 consultorios; una cámara de Gesell, dos cuartos para terapia de grupos, un archivo clínico y un departamento de admisión.

Este frenocomio está distribuido en seis niveles de hospitalización, con dos secciones para 50 enfermos cada una.

Para llevar a cabo la terapia ocupacional y recreativa, cuenta con diez talleres, un área de psicoterapia y sus múltiples jardines para juegos al aire libre.

- 2° **Hospital para internamiento de enfermos recuperables a largo plazo:** El éxito alcanzado por el primer hospital granja de León, hizo que se construyeran nuevos establecimientos del mismo tipo, los que se abrieron hasta 1964 y que ya se mencionaron anteriormente.

En el sexenio del Lic. Díaz Ordaz, se construyeron las siguientes instituciones:

Hospital Granja Dr. Rafael Serrano, ubicado en el Batán, Puebla.
Hospital Granja Dr. Adolfo M. Nieto en Tepexpan, Edo. de México.

Cada granja está destinada a alojar a 500 enfermos, con una estancia promedio de ocho meses.

Cada unidad cuenta con un pequeño departamento de consulta externa, áreas de hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, oficinas de gobierno, servicios generales de terapia ocupacional, granja-huerto, teatro y juegos al cubierto y al aire libre.

Se estableció que uno de esos hospitales-granja tuviera una sección para reos, enfermos mentales; y otra para enfermos tuberculosos, debidamente aislados del resto de los servicios.

- 3° **Hospitales para alojar en forma permanente a pacientes no recuperables:** Se contaba de antemano con el hospital de San Miguel Eyecalco, para custodiar a los enfermos crónicos no recuperables. En este hospital se busca un trato humanitario a estos enfermos, a pesar de la necesidad de aislarlos del resto de la sociedad.

4° **Hospital psiquiátrico para niños:** México cuenta con el Hospital Dr. Juan N. Navarro que tiene tres funciones:

- a) Dar alojamiento permanente a los niños profundamente alterados, y que deben ser internados en forma custodial.
- b) Sección para internamiento de "enfermos agudos", con estancias breves, basado en los lineamientos modernos de tratamiento psiquiátrico para niños; se aconseja hasta donde sea posible que se limite a un mínimo la estancia de los niños en los hospitales.
- c) Servicios externos de atención psiquiátrica y una guardería para preescolares, que no ameritan hospitalización, pero que requieren asistir durante un periodo relativamente largo al hospital para su tratamiento de rehabilitación.

5° **Hospitales de día:** funcionan integrados a los hospitales Fray Bernardino Alvarez, Instituto Nacional de Neurología y hospital psiquiátrico para niños Dr. Juan N. Navarro, para atención de tipo ambulatorio.

1.5 SITUACION ACTUAL DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN MEXICO

Actualmente, el país intenta responder a la demanda con una red de 28 hospitales psiquiátricos públicos, algunos de orientación moderna y otros que aún conservan características asilares, por la insuficiencia de sus recursos. Se cuenta también con 5 servicios de psiquiatría en hospitales generales, que

operan satisfactoriamente. Veinte hospitales generales tienen servicios de psiquiatría para enfermos externos.

También están representados, los centros exclusivamente dedicados a la salud mental. En 1982, dos de estos centros ofrecieron buenos servicios a la comunidad y uno de ellos, perteneciente al Seguro Social, cesó de funcionar al cabo de 6 años; y otro, dependiente de la Secretaría de Salud, inicialmente dedicado al tratamiento de enfermos alcohólicos. Se convirtió posteriormente en un centro de salud mental general.

"Uno de los problemas más difíciles de resolver en el país, en el área de la salud mental, es el de los enfermos mentales delincuentes, que se encuentran en áreas especiales en los reclusorios y en los pabellones de los hospitales psiquiátricos, como el hospital-granja "Samuel Ramírez Moreno". La ley establece la inimputabilidad, para las personas que delinquen estando mentalmente perturbadas, que enferman durante un juicio o en el cumplimiento de una pena con reclusión". (Pérez Rincón, H., 1995)

En 1988 se reformó la Ley penal y se estableció, que ningún enfermo mental ha de permanecer recluido por un tiempo mayor que el correspondiente a su condena, ya que para algunos de estos enfermos, la inimputabilidad resultó ser una condena por tiempo indefinido. En todo el país, muchos enfermos mentales delincuentes se encuentran en los hospitales psiquiátricos, o permanecen en las cárceles y su atención es muy precaria.

En México, el número de enfermos mentales hospitalizados en instituciones públicas es comparativamente reducido. En el país hay 38

hospitales psiquiátricos, algunos, los menos son modernos, otros pueden considerarse de tipo asilar.

En la mayor parte, las carencias son notorias, si bien en todos ellos se usan los recursos farmacológicos modernos y alguna forma de terapia ocupacional y rehabilitación.

La Secretaría de Salud, cuenta con programas diseñados para atender la salud mental de la población abierta, es decir, la que carece de los beneficios de la seguridad social. Estos programas que están en marcha, incluyen el mejoramiento de los hospitales psiquiátricos existentes, la construcción de otros en regiones del país que carecen de ellos, y el establecimiento de servicios de salud mental en hospitales generales y en centros de salud.

La legislación mexicana, en sus vertientes civil y penal, considera la protección de los enfermos mentales y el respeto a sus derechos.

La ley de salud de 1985, se refiere extensamente a la salud mental; y en 1988, el Gobierno Federal estableció normas técnicas precisas que rigen el funcionamiento de las instituciones para enfermos mentales, tanto públicas como privadas, y toma en cuenta los servicios psiquiátricos en los hospitales generales. Estas leyes confieren a los profesionales de la psiquiatría, autoridad técnica en las decisiones, los enfermos cuentan con mecanismos jurídicos para expresar su voluntad y la defensa de sus derechos.

En nuestro país, la Secretaría de Salud, tiene programas para el mejoramiento de los hospitales psiquiátricos y para el establecimiento de

alternativas de tratamiento: servicios de psiquiatría en hospitales y centros de salud, y un programa de educación para la salud mental de la población y de grupos específicos.

El destino de algunos servicios psiquiátricos, que hace dos décadas eran expresión de un pensamiento avanzado en el campo, ha sido poco afortunado. Por ejemplo, el servicio de psiquiatría en el Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS, después de funcionar satisfactoriamente por algunos años, fue cerrado para poner sus instalaciones y sus camas a disposición de otros servicios.

El sanatorio "Dr. Rafael Lavista", dedicado al tratamiento hospitalario de enfermos agudos y al adiestramiento de personal, fue suprimido y el personal dispersado.

Los hospitales psiquiátricos en nuestro país, además de contar con los recursos técnicos que la ciencia provee y que la pobreza no anula, cuentan con comités internos de ética y vigilancia, cuya función es velar por el respeto a los derechos de los enfermos, están bajo la normatividad y supervisión de una Dirección de Salud Mental, instancia a la que le corresponde vigilar el cumplimiento de las normas específicas, que prescribe la Ley General de Salud.

La información que se presenta a continuación, corresponde a los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, prestados a través de la Dirección General de Salud Mental.

Desafortunadamente, la información obtenida acerca de la organización y funcionamiento de estos organismos, y concretamente del área de psicología, la cual podría revelar la función real del psicólogo clínico en los hospitales psiquiátricos en México, es sumamente escasa.

Los datos que a continuación aparecen, tienen por objeto señalar las funciones de la Dirección General de Salud Mental y concretamente en relación a los hospitales psiquiátricos.

Las principales funciones de esta Dirección son las siguientes:

1. Determinar las causas, incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales en el país, a efecto de desarrollar programas para su prevención, atención y rehabilitación.
2. Emitir e integrar normas, lineamientos y procedimientos para la investigación y aplicación de técnicas terapéuticas, en las diferentes unidades hospitalarias y centros de salud mental.
3. Estudiar las necesidades de la población en materia de atención psiquiátrica, a efecto de diseñar los programas necesarios para el funcionamiento de las unidades hospitalarias y centros de salud.
4. Formular estándares que permitan evaluar periódicamente el desarrollo de los programas ya establecidos, con el fin de aplicar las medidas correctivas en caso de que los programas lo requirieran, así como reafirmar aquéllos que tengan éxito.

Las unidades hospitalarias, son las que directamente tienen a su cargo el cuidado y atención de los pacientes, sus dos principales funciones son:

- Proporcionar los servicios de orientación, consulta externa, hospitalización y rehabilitación a los pacientes con manifestaciones psicopatológicas.
- Diseñar e impartir en coordinación con instituciones de educación superior, cursos de pre y posgrado, y programas de capacitación, desarrollo a profesionales y personal técnico que labora en esta área.

Para llevar a cabo las funciones de los hospitales psiquiátricos, se cuenta con personal médico, paramédico y administrativo; y para que su labor resulte más eficiente, es necesario que se delimite su campo de trabajo a nivel de hospitalización.

Un aspecto importante que debe existir en los hospitales psiquiátricos, para la mejor asistencia de los pacientes, es la manera como éstos estarán organizados y distribuidos dentro de la institución; y para esto, la Dirección General de Salud Mental ha creado un manual de procedimientos, en el cual se considera que:

"El trabajo asistencial en las unidades hospitalarias puede ser más fructífero, cuando el profesional de la salud tiene por un lado, los instrumentos y las técnicas específicas para otorgar adecuadamente la asistencia, y por el otro, si los pacientes hospitalizados que atienden tengan características comunes entre sí. Mientras más homogéneo sea el grupo de pacientes

asignados a un pabellón, más efectiva será la labor terapéutica. Es necesario que se establezcan normas operativas, para distribuir a los pacientes que requieren hospitalización según el tipo de conductas y el grado de deterioro que presenten.

Dichas normas incluyen: El delimitar el espacio físico (pabellones), asignar a un psicólogo por pabellón (con un mínimo de 50 pacientes y un máximo de 100) y elaborar programas de acuerdo con el tipo de pacientes de cada pabellón." (Manual de procedimientos de la Dirección General de Salud Mental, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1980).

La asignación de los pacientes a cada pabellón, depende del psiquiatra, del psicólogo y de la enfermera psiquiátrica.

Otro aspecto muy importante dentro del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, es el referente a la admisión de los pacientes, y para ello la Dirección General de Salud Mental, ha establecido normas de evaluación del estado del paciente. En primer lugar, se debe elaborar un expediente clínico que comprende: La investigación del desarrollo psicomotor, el examen psiquiátrico directo y el examen neurológico. El psiquiatra encargado del servicio de consulta externa, debe indicar el resultado de estos tres aspectos en un informe oficial que dirige el departamento de psicología. En ese momento, el psicólogo debe practicar la evaluación psicológica correspondiente e indicar el pabellón al cual será asignado el paciente.

Esta evaluación del paciente se rige por las siguientes normas:

1. La evaluación detectará el grado de porcentaje de deterioro del paciente, con la finalidad de que el psicólogo determine a qué pabellón debe ir, y que actividades terapéuticas son las convenientes para recuperar las deficientes.

2. Las áreas a evaluar deben ser conductas elementales de la vida cotidiana, consideradas como normales para la convivencia, y éstas son las siguientes:
 - a) Hábitos de aseo.
 - b) Hábitos de alimentación.
 - c) Coordinación motora.
 - d) Comunicación.
 - e) Atención.

3. El psicólogo que evalúa, debe hacer un reporte especial de hospitalización, donde explique el por qué el paciente debe ser asignado a tal o cual pabellón.

La asignación del paciente a un área específica, dependerá del tipo de pacientes con los cuales convivirá; los que tendrán en común, tanto el grado de porcentaje de deterioro, como los programas de recuperación de su salud.

En cuanto a las técnicas de evaluación, éstas se basarán en el interrogatorio directo, en la observación, registro de conductas, grado de atención y seguimiento de las instrucciones que tenga el paciente.

Como se puede observar, esta información ofrece una visión muy limitada, acerca del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, pues de la investigación obtenida a este respecto, se procedió a elegir los datos referentes a la labor del psicólogo clínico. Esta información resultó ser escasa e imprecisa; sin embargo, es la única que existe en la Dirección General de Salud Mental.

Existen diversos puntos de vista, para considerar estas características tan importantes; uno de ellos sería, el de basarse en el diagnóstico e implementar el tratamiento específico; otro, el partir de características básicas del ser humano, independientemente del cuadro diagnóstico que presente el paciente.

Esta última posición, obviamente no tiene como objetivo el curar la enfermedad o el disminuir sus síntomas, sino más bien, optimizar las condiciones de vida de los pacientes. De esta base, parten algunos tipos de tratamientos, tales como la terapia ocupacional y/o recreativa y el modelo que se propone en el presente trabajo.

Como comentario final de la información contenida en este capítulo, se puede afirmar, que la preocupación por la asistencia psiquiátrica en hospitales en México empieza desde el Virreinato, en donde destacaron muchos personajes y órdenes religiosas, que trataron de resolver los problemas de acuerdo con los conocimientos de la época.

La historia en épocas posteriores, demuestra altibajos en la creación y mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, destacando nuevamente el esfuerzo personal de gran número de individuos, hasta llegar a nuestra época,

en que físicamente estas instituciones en los tres últimos sexenios, han mejorado notablemente; pero los planteamientos teóricos no se han reflejado como era de esperarse en la práctica, aunque muy lejos se encuentran ya las instituciones de tipo carcelario que sobrevivieron hasta hace muy pocos años.

Las perspectivas para el futuro son alentadoras, pues existe conciencia individual y de parte del Estado, acerca de la importancia de los problemas, así como la voluntad y la preocupación por resolverlos, que se reflejan en las constantes revisiones de los programas, que tienen por objeto el funcionamiento de esta clase de instituciones.

CAPITULO II

FUNCIONES Y CAMPO DE ACCION DEL PSICOLOGO CLINICO

Aunque la psicología clínica puede vindicarse el haber existido desde hace más de 70 años. Su crecimiento más rápido y más importante se ha verificado durante los últimos 25 años. En forma paralela al crecimiento general de la psicología; la especialidad clínica fue evolucionando lentamente, hasta llegar a jugar un papel cada vez más importante, en el área de la adaptación humana.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Históricamente puede considerarse, que han existido cuatro generaciones de psicólogos clínicos, estando cada generación más o menos delimitada por algún suceso importante, en particular por las dos guerras mundiales.

1. La primera generación de psicólogos clínicos, es aquélla que sufre las grandes influencias históricas, sociales y científicas que tuvieron lugar a finales del siglo XIX; así, al lado de las bases experimentales sentadas por Wundt, a propósito de la sensación y de la percepción, en su laboratorio de Leipzig hacia 1879; la influencia de la teoría de Darwin sobre individuos como Galton y Freud, crea una situación prácticamente irreversible, a través de la cual se tratará de fundamentar la existencia de diferencias individuales, que pueden ser objeto de estudios de carácter científico; por lo demás, el desarrollo de la medicina impulsa el

desarrollo de la psiquiatría, y las proposiciones médicas acerca de las explicaciones de los desórdenes mentales, no pueden dejar indiferentes a aquéllos que se preocupan por el estudio del comportamiento "normal".

En fin, el surgimiento del "movimiento humanitario" encabezado por personajes como Pinel, Dorothea Dix y Tuke, a través del cual se buscó proporcionar una asistencia digna de ese nombre, a las personas afectadas de alguna perturbación psicológica grave, creó en la sociedad una conciencia de la necesidad de buscar explicaciones racionales y estrategias de intervención, que no dependieran de conceptos mágicos o de supersticiones populares.

En este periodo, que va de 1890 hasta la época de la primera guerra mundial, aparecen nombres como los de Williams James, Galton, James Mckeen Catell, Alfred Binet, Stanley Hall y Lightner Witmer. Sin entrar a detallar aspectos biográficos, es importante señalar que Stanely Hall fue el fundador de la American Psychological Association (A.P.A.), en 1922; que Catell trataba de determinar las habilidades de estudiantes de la Universidad de Columbia antes de que se inventaran los tests; y que el famoso libro de James "Principles of Psychology", se encuentra lleno de ideas y de hipótesis relevantes en el campo clínico

Lightner Witmer estudió con Wundt, y obtuvo su doctorado en psicología hacia 1892; fue el creador y propulsor del nombre de psicología clínica, el primero en dar un curso sobre este tema y el primero en fundar una clínica psicológica.

En 1907 fundó una revista, *The Psychological Clinic*, que apareció hasta 1935, y a lo largo de su vida se preocupó por estudiar el retardo mental, los problemas de lenguaje, las dificultades sensoriales, las dificultades en el aprendizaje y las estrategias de tratamiento para niños psicóticos. Indudablemente Witmer se encontraba adelantado para su tiempo, pues su influencia sobre la evolución subsecuente de la psicología clínica fue mínima, y durante mucho tiempo su nombre y sus trabajos fueron casi completamente ignorados.

Alfred Binet ejerció una influencia mucho más notable; al crear los prototipos de los tests de inteligencia, con el fin de facilitarle al gobierno francés la discriminación de los casos de retardo mental y el pronóstico de fracasos escolares. Binet proporciona a los psicólogos un instrumento de trabajo fundamental, que otorga seriedad y exactitud a sus apreciaciones; más adelante el método se generalizó y el principio se aplicó a la creación de nuevos instrumentos.

2. A partir de la primera guerra mundial, se agudizan los conflictos entre los médicos y los psicólogos, a causa de las definiciones de los roles y los estatus respectivos; pero, más importante que esto, es la aparición de diversos enfoques psicológicos, que se confrontan abiertamente, gestaltismo, behaviorismo, funcionalismo y que sientan las bases para la aparición de una psicología más sólidamente estructurada.

En el campo clínico propiamente dicho, la influencia freudiana se hace decisiva y sus ideas acerca del origen psicológico de muchas anormalidades comportamentales, se imponen a través de todo el mundo occidental, por otra parte, y como resultado de una amalgama de

hipótesis provenientes de diversas corrientes, aparecen otros instrumentos que van a marcar la historia de la psicología clínica: las pruebas de personalidad proyectivas, como el Rorschach y el T.A.T. (Test de Apercepción Temática).

3. Por la época de la segunda guerra mundial, la necesidad de seleccionar a las personas más adecuadas para las tareas militares, así como la imposibilidad del cuerpo médico para atender los innumerables casos de "neurosis de combate", reacciones histéricas producidas por el miedo, traumatismos psicológicos y simulaciones, llevaron a que provisionalmente los psicólogos entraran a trabajar en un campo que hasta ese momento les estaba vedado: el de la psicoterapia.

Dicho paso tuvo un carácter irreversible, pues, a partir del momento en que oficialmente los psicólogos recibieron el reconocimiento de su aptitud para intervenir a este nivel, no solamente pudieron percatarse de que podían hacerlo adecuadamente, sino también que frecuentemente, estaban mejor preparados que los psiquiatras, para manejar ciertas situaciones, ya que su formación en teorías de la personalidad, en psicología del desarrollo y en diversas explicaciones acerca del comportamiento normal y anormal, les proporcionaba una visión más amplia y detallada de la problemática de los sujetos a quienes debían asistir.

Evidentemente, las reacciones de independencia nunca han sido bien recibidas por aquéllos que ejercen una dominación.

De las tres funciones que se consideraban características del trabajo del psicólogo clínico -diagnóstico y evaluación, psicoterapia e investigación- el diagnóstico se mantuvo en primer lugar hasta comienzos de los años setenta; a partir de esa época, el interés por las actividades psicoterapéuticas no ha cesado de crecer, y paradójicamente, el área en la que se supone que los psicólogos reciben una preparación más adecuada la investigación, fue durante mucho tiempo objeto de un interés distraído y superficial: parecía que una vez cumplidos los requisitos para la obtención de un título -lo cual casi siempre implicaba la realización de un trabajo investigativo- los psicólogos clínicos decidían olvidar su formación y sus ambiciones metodológicas, para consagrarse a una práctica carente de sistematización y fundada sobre frágiles intuiciones personales.

4. La cuarta generación de psicólogos clínicos, es aquella que se ha formado durante la última década. Quizá la característica más sobresaliente en este grupo, es el deseo de liberarse definitivamente de los viejos esquemas médicos, que sitúan al psicólogo en una posición subalterna y completamente inadecuada, sugiriéndole que se conforme con proponer diagnósticos que se lleven a cabo de una forma más o menos mecánica. No es que se rechace la función evaluativa, la cual, evidentemente, es absolutamente indispensable, sino que se involucra dentro de un contexto más amplio, se la realiza de una manera más dinámica y se le asigna un objetivo diferente.

Además se insiste permanentemente en la necesidad de realizar investigaciones, o por lo menos, de distinguir claramente las

afirmaciones que son producto de especulaciones, de aquéllas que son el resultado de observaciones, manipulaciones y análisis sistemáticos.

Así las funciones del psicólogo clínico, se han multiplicado notablemente y se le puede encontrar en múltiples trabajos y en distintos niveles jerárquicos, dentro de una gran variedad de instituciones.

- Como profesor e investigador a nivel universitario.
- Como profesional y como investigador en clínicas y hospitales, tanto generales como especializados.
- En centros comunitarios de salud mental, prestando asistencia directa o planificando formas de intervención.
- En centros de salud universitarios.
- En centros de orientación infantil.
- En la práctica privada, asistiendo a individuos o a grupos.
- En escuelas públicas y privadas.
- En reformatorios y prisiones.
- En centros de asistencia para menores.
- En escuelas médicas.
- En cortes de conciliación.
- En la industria, como consultor de administración.

2.1 PSICOLOGIA CLINICA

A continuación se presenta brevemente, una de las definiciones que se han dado sobre la psicología clínica.

Con base en la concepción de Bohoslavsky en 1979, se puede afirmar que la psicología clínica se caracteriza por una estrategia de abordaje al objeto de estudio, que es la conducta de los seres humanos. El autor define a su vez el término estrategia como "las acciones planificadas o previstas que tienen como fin modificar una situación determinada de acuerdo a ciertos propósitos". (Bohoslavsky R. 1979). De esta manera quien emplea una estrategia debe saber por qué y para qué la emplea.

Por lo anterior se puede afirmar, que la estrategia clínica tiene un carácter racional, científico y autoconsciente. Esto descarta aquella opinión que considera que la psicología clínica es puramente intuitiva, irreflexiva y artística, y en este sentido la estrategia clínica no se diferencia de la estrategia experimental.

La psicología clínica, permite la elaboración de teorías constituidas por datos observados e hipótesis a través del manejo de la estrategia clínica. Se puede considerar que el psicoanálisis está basado fundamentalmente en la estrategia clínica.

Bohoslavsky en 1979, establece que la estrategia clínica puede emplearse para estudiar cualquier tipo de conducta (sana o enferma), en cualquier ámbito de trabajo (psicosocial, socio-dinámico, institucional o comunitario). Dentro de cualquier campo de trabajo (familiar, penal, educacional, recreativo, laboral) y según la finalidad de quien emplea esta estrategia respecto de una situación humana, cualquiera que sea su modificación, su comprensión y explicación, o bien la prevención de dificultades.

Hasta principios de este siglo, la psicología sólo tenía por objeto descubrir leyes generales de los procesos psíquicos. Es en esta época en que a raíz de la preocupación por la conducta humana considerada ésta, desde el punto de vista individual, surge la psicología clínica, teniendo como base la psicología de la personalidad que intenta comprender lo que el ser humano tiene de singular.

El carácter individual de la psicología clínica, está determinado por su enfoque particular y no por el hecho de que el psicólogo clínico desarrolle sus funciones con individuos solamente. El carácter individual se refiere por lo tanto, al hecho de enfrentar una situación de cualquier ser humano como única y singular.

"El psicólogo clínico debe ser primero y ante todo un psicólogo, en el sentido, de que debe tener un punto de vista, un cuerpo de conocimientos y entrenamientos iguales a los de todos los psicólogos. Esto supone un conocimiento básico y fundamental de la teoría psicológica; de la investigación y de los métodos, sobre los que se puedan construir después un entrenamiento sólido y todas las relaciones interdisciplinarias". (Garfield, S. 1979).

Garfield establece también, que es muy importante examinar las características de personalidad del individuo junto con su habilidad académica, para así, determinar si es apto o no para el trabajo clínico en psicología.

Aún cuando no existen criterios validados y objetivos para la selección de la personalidad adecuada, el comité para el entrenamiento en psicología clínica establecido por la A.P.A., enumeró las siguientes características de personalidad como típicas y necesarias para el trabajo clínico:

(1).- Habilidad superior, (2).- Originalidad e ingeniosidad, (3).- Curiosidad, (4).- Interés por las personas como individuos, (5).- Autocrítica de las características de la propia personalidad, (6).- Sensibilidad con respecto a las complejidades de motivación, (7).- Tolerancia, (8).- Habilidad para entablar relaciones cariñosas y eficaces con los demás. (9).- Recursos y habilidades para tolerar presiones, (10).- Aceptación de responsabilidad, (11).- Tacto, (12).- Integridad y control de sí mismo, (13).- Sentido de valores éticos, (14).- Amplios antecedentes culturales y (15).- Profundo interés en la psicología, especialmente en sus aspectos clínicos.

2.2 ALGUNAS ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO CLINICO

A continuación se describen tres de las actividades principales que desarrolla el psicólogo clínico: Diagnóstico, Psicoterapia e Investigación.

DIAGNOSTICO

Una de las principales actividades del psicólogo clínico, es la labor diagnóstica.

El primer paso del proceso, para lograr un ajuste adecuado del individuo a su medio, es el hacer un diagnóstico. Este debe ser considerado como una labor de investigación que se apega al método científico.

La labor diagnóstica, se considera sólo como un medio para llegar a un fin: el diagnóstico debe llevarse a cabo con el objeto de lograr la adaptación psicológica del individuo, determinando y valorando las capacidades y

características relacionadas con esa adaptación. Así, resulta intrascendente pensar en hacer un diagnóstico como fin último, ya que lo importante no es, como muchas veces se entiende, una clasificación que resulta irrelevante, mientras no exista un acuerdo acerca de lo que ello significa.

El psicólogo clínico es un investigador, que por medio de diversas técnicas observa y registra datos y los analiza, de acuerdo a marcos de referencia teóricos. Con esto tiene la posibilidad de emitir conclusiones, que tienen por objeto describir el estado psíquico del individuo, enunciando las variables que lo hayan influido en ese momento, o lo puedan influir posteriormente. Esta información debe ser clasificada en un sistema lógico que tiene por objeto, por un lado establecer la necesidad o conveniencia de aplicar tratamientos psicológicos y por el otro, pronosticar o predecir el desarrollo ulterior de la consulta y estado psíquico del individuo.

La validez y la confiabilidad en el diagnóstico, son probablemente las mayores dificultades que se presentan cuando éste se lleva a cabo. Dada la gran diversidad de técnicas existentes, de la personalidad de los observadores, de formulaciones teóricas, y asimismo la inestabilidad de la conducta humana; el psicólogo se enfrenta constantemente con fracasos y frustraciones en sus esfuerzos por obtener diagnósticos conscientes. Una posible solución a estos problemas, es obtener un mejor entrenamiento en habilidades diagnósticas, el uso de procedimientos clínicos más uniformes y el seguir desarrollando investigaciones formales en aquellas técnicas de entrevista, que llevan a resultados inconsistentes.

El diagnóstico, es una parte del método clínico, que busca la adquisición de conocimientos acerca de la naturaleza y el origen de las dificultades del

paciente. También es la evaluación de las características de personalidad del paciente, que pueden ayudar a la comprensión de sus dificultades. El diagnóstico implica la organización y asimilación de todo aquello que descubrimos del paciente.

Se pueden concebir dos aspectos en el diagnóstico: uno que es llamado descriptivo o formal, constituido por la información que se tiene del paciente. El segundo aspecto consiste en la interpretación de esa información, para lo cual se formula una hipótesis a comprobar. El resultado de estos dos aspectos, lleva a un diagnóstico integral de la persona. A este tipo de diagnóstico que: a) sirve de guía en cuanto a la aplicación del tratamiento, b) que lleva a la comprensión del padecimiento, y c) que habilita para poder adscribir la queja del paciente a la dinámica de su personalidad, se le llama psicodiagnóstico.

El esquema principal de exploración del psicólogo clínico para llegar a un psicodiagnóstico comprende dos fases principales. La primera de ellas es la observación, que incluye la entrevista y la historia clínica. La entrevista se define como técnica de comunicación, en la que se registra una serie de datos a través de la interacción verbal, emocional y cinética para deducir la problemática del sujeto.

La segunda fase de la exploración psicoclínica, se refiere al empleo de las pruebas psicológicas a diferentes niveles: pruebas psicométricas que representan la información objetiva; y pruebas proyectivas que proporcionan información subjetiva. El objetivo final del empleo de tests, es el de establecer un cuadro psicológico unificado del paciente individual. Para esto se utiliza una batería de tests, cuya selección y administración se realiza con base en cuatro principios generales:

1. Abarcar diferentes áreas: cognoscitiva, afectiva y volitiva.
2. Abarcar tanto el punto de vista de contenido, como los aspectos formales o estructurales de la personalidad.
3. Valorar la personalidad, empleando una serie de tests y no uno solo.
4. Realizar los tests en condiciones de extrema tensión, como en condiciones normales de examen. Se busca que se manifiesten aspectos diferentes de la persona.

"El principio que fundamenta el uso de los tests, es el que el sujeto aporta a la situación de prueba un segmento de su conducta, que en cierta forma es representativo de la totalidad de la personalidad. De este segmento de la conducta, el psicólogo clínico al evaluar pruebas emite conclusiones suficientes a partir de premisas insuficientes". (Marcín, C. 1980).

El uso ideal de los tests, consiste en administrarlos y evaluarlos independientemente de cualquier otra información, para comparar posteriormente sus resultados con la información obtenida por medio de la entrevista. Cuando se emplean varios tests y se consideran diversos aspectos del funcionamiento del sujeto, se dispone de una base mucho más segura para efectuar el diagnóstico.

Estas dos fases de la exploración diagnóstica deben ser usadas complementariamente, lo que proporciona un diagnóstico integral de la personalidad del individuo, contando por un lado, con el enfoque por medio de la entrevista y la historia clínica; y por el otro con el enfoque a través de las pruebas psicológicas.

PSICOTERAPIA

Los psicólogos clínicos se han interesado no solamente en la identificación y diagnóstico de los patrones anormales de la personalidad, sino también en tratar de elaborar técnicas para el tratamiento de esos problemas. En esta parte se discutirán algunas de las psicoterapias que han sido desarrolladas.

Existen diversas explicaciones acerca del proceso psicoterapéutico. A pesar de las diferentes definiciones que distintos autores dan acerca de la psicoterapia, todas ellas concuerdan, de alguna manera, en que ésta, es un proceso donde se tratan los problemas y trastornos emocionales de la personalidad.

Wolberg define la psicoterapia como: "el tratamiento por medios psicológicos, de los problemas de naturaleza emocional, en donde una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: (1) quitar, modificar o retardar los síntomas existentes, (2) equilibrar los patrones de conducta perturbados y (3) promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad". (Wolberg, L. 1977).

TIPOS DE PSICOTERAPIA

Wolberg, considera que describir las combinaciones de psicoterapia que existen hoy en día, es una tarea casi imposible, pues cada psicoterapeuta la practica de manera única, influido por su educación y experiencia y además por la estructura de su carácter. Sin embargo, existen marcos de referencia generales en los que se pueden ubicar los diferentes tipos de psicoterapia.

Resulta útil clasificar las variedades de psicoterapia, en relación a los objetivos que se persiguen.

Esta clasificación se encuentra en la siguiente tabla. (Tabla 1).

TABLA 1 TIPOS DE PSICOTERAPIA		
TIPO DE TRATAMIENTO	OBJETIVOS	APROXIMACIONES
Terapia de apoyo	Fortalecimiento de defensas existentes. Elaboración de nuevos y mejores mecanismos de mantenimiento de control. Lograr un equilibrio adaptativo.	Guía, manipulación ambiental, externalización de los intereses, reaseguramiento, persuasión, catarsis emocional, hipnosis sugestiva, adjuntos de apoyo como: terapia somática, relajación muscular, hidroterapia.
Terapia Reeducativa	Esfuerzos deliberados en reajuste, modificación de metas y permitir que las potencialidades creativas existentes, manejen los conflictos conscientes con o sin insight.	Terapia conductual y de condicionamiento, terapia de relajación, terapia de actitud, psicoterapia de entrevista, terapia centrada en el paciente, terapia racional emotiva, terapia grupal reeducativa, terapia matrimonial, terapia familiar, psicodrama, y terapia semántica.
Terapia Reconstructiva	Insight hacia los conflictos inconscientes, con esfuerzos para alcanzar alteraciones extensivas de la estructura del carácter. Expansión del crecimiento de la personalidad, con el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas.	Psicoanálisis freudiano, análisis del ego, psicoanálisis neofreudiano (Adler, Jung, Reich, Fromm, Sullivan, Horney, Rado). Psicoterapia Psicoanalíticamente, orientada, análisis existencial, terapia analítica de grupo, terapia de juego y del arte.

FUENTE: Wolberg, Lewis R. *The Technique of Psychotherapy*. Partones, pp. 15. 1977.

A continuación se explicarán los tres tipos de tratamiento que este autor señala.

PSICOTERAPIA DE APOYO

El objetivo de la psicoterapia de apoyo, es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, con una disminución de los síntomas, de tal forma que pueda funcionar dentro de la normalidad. En esta se intenta reforzar las defensas existentes, así como elaborar mejores "mecanismos de control". Al mismo tiempo se busca reducir o remover factores externos perjudiciales que actúan como fuentes de stress. No se intenta cambiar la estructura de la personalidad, aunque se pueden desarrollar a través de esta psicoterapia, alteraciones caracterológicas constructivas dadas al azar.

En algunas ocasiones, lo único que se necesita para llevar al paciente a funcionar adecuadamente, es la terapia de apoyo, especialmente cuando la estructura básica del ego es firme, habiendo sido perturbada bajo el impacto de una tensión severa.

La eliminación de síntomas, contribuye a mejorar la adaptación del individuo. Cualquier psicoterapia que provoque un mayor autoentendimiento, pero que no disminuya los síntomas puede ser entonces considerada como un fracaso o un éxito mediocre.

En todos los pacientes que reciben psicoterapia de apoyo, debe hacerse un esfuerzo para motivarlos, hacia algún tipo de psicoterapia reeducativa o reconstructiva para asegurar mejores resultados. Se puede decir que las

medidas de apoyo pueden ser utilizadas como el tratamiento base, o como un adjunto de la psicoterapia reeducativa o reconstructiva.

La psicoterapia de apoyo no funciona en los casos en que los individuos presenten problemas con la autoridad, tan severos como para que no se acepte la figura autoritaria, que en cierto modo representa el psicoterapeuta.

Tampoco funciona con aquellos individuos, que presentan una resistencia insuperable para la aceptación de la ayuda terapéutica. Estos síntomas serían indicativos de la necesidad de otro tipo de psicoterapia.

PSICOTERAPIA REEDUCATIVA

Este tipo de psicoterapia, busca promover nuevas y mejores formas de conducta, mas que buscar las causas de la patología. Se sabe que un individuo con ayuda psicoterapéutica, tiene y puede reorganizar sus valores y patrones conductuales. La relación paciente-terapeuta es más o menos reeducativa y por lo tanto, se le puede designar como psicoterapia reeducativa.

El objetivo de la psicoterapia reeducativa, es la modificación del comportamiento, el promover el auto-crecimiento, el liberar las potencialidades creativas existentes y modificar las metas inadecuadas para el individuo. Logrando esto, el individuo puede alcanzar suficiente control sobre sus problemas para permitirse verificar las tendencias al acting-out, rectificar distorsiones del ambiente posibles de remediar, o en su defecto adaptarse a las irremediables. El individuo logrará organizar sus metas de manera más racional y llevarlas a cabo de una forma más adecuada.

Una proposición fundamental de la psicoterapia reeducativa, es que se tiene éxito en alterar un patrón significativo en la vida, el sentido de superioridad que emerge a partir de esta experiencia se generalizará y esto tendrá influencia en otras fases del comportamiento; es decir, que se obtiene una mejoría importante en alguna dimensión del funcionamiento y esto puede influir de manera significativa en otras funciones de la personalidad.

Wolberg afirma que la psicoterapia reeducativa, se debe llevar a cabo a través de la implementación de técnicas orientadas al reacondicionamiento de la conducta sintomática y a través del examen por parte del paciente y del terapeuta, acerca de la forma en que el paciente se relaciona con la gente y consigo mismo. Se pretende explorar las manifestaciones de tensión y ansiedad del individuo, posteriormente se reorganizarán algunos aspectos de su funcionamiento que resultan destructivos para su adaptación.

La psicoterapia reeducativa requiere de un terapeuta, con un entrenamiento especializado, que le dé la posibilidad de aprender a reconocer los aspectos del comportamiento, que pueden ser los responsables de la alteración en el funcionamiento del paciente y asimismo que le permita reconocer los aspectos transferenciales y la resistencia que puede interferir con el proceso terapéutico.

PSICOTERAPIA RECONSTRUCTIVA

Este tipo de psicoterapia está tradicionalmente basada en el modelo genético-dinámico de la personalidad. Parte de la base de que las experiencias del pasado, perjudiciales o dañinas, que han retardado el proceso normal del desarrollo psicosexual y que provocan al individuo emociones que

entran en conflictos con la realidad, deben ser analizadas y comprendidas para lograr que el paciente tenga una mayor adaptación en su vida actual.

Partiendo de la hipótesis genética-dinámica, el tratamiento está dirigido hacia la corrección de impulsos desorganizadores que son destructivos para la adaptación global del individuo. El objetivo de la psicoterapia reconstructiva, será el de lograr un desarrollo de la personalidad del paciente, buscando una mayor madurez, una mayor autoestima, así como el logro de relaciones interpersonales más armónicas. Con base en estos objetivos, se buscará el fortalecimiento del yo del paciente, que hasta entonces ha estado al servicio de las defensas neuróticas y por tanto ha sido incapaz de atender las necesidades esenciales del individuo.

La psicoterapia reconstructiva se distingue de la reeducativa y de la de apoyo, por el grado y calidez del insight promovido. En la psicoterapia de apoyo, los esfuerzos hacia el logro del insight son mínimos; en la reeducativa son mayores, pero están dirigidos hacia problemas relativamente conscientes; mientras que en la psicoterapia reconstructiva, se busca que el individuo logre tener una conciencia de sus conflictos cruciales e inconscientes.

Los cambios reconstructivos de la personalidad, ocurren en ocasiones espontáneamente durante el curso de psicoterapias de apoyo o reeducativas, de una manera más o menos fortuita. En la psicoterapia reconstructiva la situación es deliberadamente planeada para provocar un cambio a través de vivencias, que impliquen el experimentar el insight de los miedos y conflictos profundos.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Cappon señala, que los orígenes de la psicoterapia de grupo "se remontan a épocas muy antiguas, pues a lo largo de la historia de la humanidad se encuentran hechos, a partir de los cuales se pueden interferir las propiedades y el funcionamiento de un grupo, así como su aplicación en diversas áreas y con diferentes propósitos". (Cappon, J. 1978) Sin embargo, como menciona el mismo autor, se puede decir que la historia "formal" de la psicoterapia de grupo, comienza en 1905 con las intervenciones de Joseph Hersey Pratt.

Este investigador fundó una clínica para el tratamiento de pacientes tuberculosos, pues pensaba que los miembros de un grupo con problemática similar, podrían ayudarse entre sí, ya que su padecimiento los unía, y consideraba que tratándolos en grupo se aceleraría su recuperación.

El método que utilizó Pratt es conocido como el "método de clase"; como se verá a continuación, éste fue ampliamente utilizado por diversos autores y durante mucho tiempo, constituyendo así una gran aportación en el campo de la psicoterapia de grupo.

En el " método de clase" el terapeuta daba una conferencia a un grupo de pacientes, acerca de su padecimiento y las medidas higiénicas necesarias para su recuperación. Al final de esta conferencia se suscitaba una discusión entre los pacientes sobre su padecimiento, con lo cual pretendía acelerar la recuperación de los pacientes, utilizando la competencia entre los miembros del grupo. La discusión era aprovechada para dar a los pacientes recomendaciones médicas, que deberían seguir; además en cada clase se les

calificaba dependiendo de su comportamiento en la discusión. Con esto ideó un sistema de preguntas, en el cual los pacientes que tenían las calificaciones más altas ocupaban los primeros lugares de la clase.

Pratt empleó el "método de clase" primero, con pacientes tuberculosos, pero más tarde lo llevó a cabo con pacientes diabéticos y cardíacos. Posteriormente, en 1930, utilizó su método para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

El "método de clase" continuó siendo fundamental en el trabajo con grupos y a través del tiempo se llevaron a cabo variaciones que buscaban mejores resultados. Así Low, en 1941 y Kaplan en 1946, utilizaron el método de clase en sus grupos, pero empezaron a hacer mayor énfasis en las interacciones de los pacientes, dándole mayor importancia a la plática y discusión posteriores que a la conferencia misma; es decir, daban mayor importancia al grupo como tal. El terapeuta continuó siendo el que controlaba la interacción del grupo, buscando que los pacientes comprendieran y asimilaran los procesos de su enfermedad y que colaboraran en su propio tratamiento.

Por otro lado, las aportaciones de Freud, que fueron paralelas en tiempo a las que se iniciaron con Pratt sobre la psicología grupal, abrieron un nuevo camino dentro de la psicoterapia de grupo. Siendo que el psicoanálisis es una de las creaciones fundamentales dentro del campo de la psicología y la psicoterapia de grupo.

Kaplan y Sadock en 1971, afirman que Freud planteó tres preguntas que fueron cruciales para la comprensión de la práctica de la psicoterapia de

grupo, éstas fueron: ¿qué es un grupo?, ¿cómo es que el grupo llega a ejercer una gran influencia sobre la vida mental del individuo?, ¿qué cambios surgen en el individuo motivados por el grupo?. Para Freud un conjunto de individuos, no necesariamente constituye un grupo, sino que éste para catalogarse como tal debe reunir ciertas características, como por ejemplo de liderazgo, intereses comunes, etc.

Una de las aportaciones principales de Freud en este campo, fue el de afirmar que el mecanismo de identificación es la formación de grupos. Los miembros de un grupo se identifican con el líder, pues lo ven como su padre y asimismo se identifican unos con otros a través del lazo común que es el líder. Otro concepto importante para Freud, es el de empatía, por medio de la cual los miembros pueden experimentar la vida grupal a través del mismo grupo.

Kaplan y Sadock en 1971 señalan, por otro lado, que Alfred Adler pensaba que la privación del paciente con el Doctor no era fundamental y creía que la sociedad y sus problemas eran de vital importancia en el surgimiento de las mentales y que por lo tanto para aliviarlas, era recomendable usar situaciones sociales.

Adler es considerado pionero, tanto en la psicoterapia grupal como de la familiar.

Cappon, señala que la segunda guerra mundial impulsó grandemente el trabajo con grupos. Psicoanalistas de diferentes orientaciones empezaron a utilizar métodos de grupo con los soldados heridos.

Bion y Foulkes pueden ser considerados como representantes de la psicoterapia de grupo en Inglaterra.

Foulkes fundó en Londres la sociedad analítica de grupo y diseñó un "programa psicoterapéutico de grupo". Creó el concepto de "Red-Multipersonal de Interacción", refiriéndose al conjunto de relaciones que los pacientes establecen con su grupo natural. Este concepto es actualmente una de las bases de la psiquiatría comunitaria.

La técnica de Foulkes es también llamada "psicoterapia de grupo", en donde se considera al grupo, no como la simple suma de sus miembros. Hizo énfasis en que el grupo es el agente terapéutico principal, aunque el individuo es el objeto de tratamiento y no el grupo.

Este autor insistió en el control de ciertas variables en el método psicoterapéutico, para poder entender los resultados que se obtienen. Las variables principales son: El número de personas en el grupo, el tiempo de las sesiones, la participación activa de todos, etc.

Bion consideraba al grupo como un todo al igual que Foulkes, y proponía que el grupo funciona en dos niveles: uno basado en la realidad y llamado "grupo de trabajo", en donde se dirigía a la realización de una tarea en la cual los miembros, generalmente cooperan de manera racional. En el segundo nivel, existe otro tipo de funcionamiento, cuya relación con la realidad es mínima y su comportamiento tiene características regresivas. Bion se refirió a este segundo nivel como "grupo de supuestos básicos", que son creencias emocionales a todos los miembros del grupo compartir determinado tipo de fantasías y deseos inconscientes.

Otro representante de la psicoterapia psicoanalítica es Wolf, quien empezó a desarrollar el psicoanálisis en grupo como una medida "económica", ya que resultaba muy cara la psicoterapia individual.

Además Wolf consideraba que la situación en grupo, en ocasiones permite una exploración analítica más profunda de la que se logra en psicoanálisis individual y que esto es posible ya que el ego grupal, con el que cada miembro se identifica, ofrece el apoyo necesario para una honestidad más radical.

Otra de las contribuciones de Wolf, es el concepto de "sesión alterna", que consiste en una reunión a la que asisten todos los miembros del grupo sin el terapeuta, dando la oportunidad a los pacientes de expresar sus sentimientos hacia el terapeuta. Dio el nombre de "psicoanálisis en grupo" a su método, afirmando que las técnicas psicoanalíticas son perfectamente utilizables en grupo.

Otros dos autores que dieron un gran impulso a los estudios sobre grupos son Levin y Moreno: cada uno de ellos logrando grandes avances en diferentes aspectos.

Levin pensaba que un grupo se puede caracterizar por un "todo dinámico", en el cual cualquier cambio que se presente en alguna de sus partes, modifica el estado de las demás.

Moreno por su parte, es considerado un pionero en la psicoterapia de grupo; es el creador del psicodrama y la sociometría.

Moreno y Elefthery señalan, que el desarrollo de la psicoterapia de grupo, psicodrama, sociometría, etc., simbolizan de alguna manera un tipo de revolución psiquiátrica que tiene como meta una "sociedad terapéutica".

El psicodrama es parte de una triada: psicoterapia grupal, sociometría y psicodrama. El psicodrama puede ser definido como la ciencia que explora la "verdad", a través del uso de métodos dramáticos, es una extensión de la psicoterapia de grupo en la que no solamente se verbaliza, sino que además se actúa en una forma lo más realista posible.

Después de esta breve histórica de la psicoterapia de grupo, a continuación se expone una de las definiciones que se han dado acerca de ella.

"La psicoterapia grupal puede definirse como un procedimiento en el cual tres o más personas se reúnen a una hora y en un lugar determinados, con el objeto de influirse benéficamente en términos psicológicos en la salud mental y el funcionamiento conductual". (Kaplan y Sadock, 1971).

Como vemos la práctica de la psicoterapia grupal se basa en el supuesto que la enfermedad mental, así como la disfunción conductual pueden ser mejoradas o disminuidas a través de los efectos o cambios psicológicos, que surja en cada individuo como resultado de su interacción con varias personas.

A continuación se exponen las terapias de grupo, derivadas de cuatro corrientes psicológicas importantes a saber: psicoanálisis, conductismo, sistema centrado en la persona y gestalt.

Psicoanálisis de grupos. Alexander Wolf (1975) afirma que el psicoanálisis en grupo consiste en el uso de asociación libre analítica, el análisis de sueños, fantasías, la elaboración de resistencias y transferencias en el tratamiento de ocho a diez personas en un grupo.

El psicoanálisis de grupos busca la interacción y función del paciente en una forma tanto manifiesta como latente. La búsqueda de procesos inconscientes es alcanzada ante la libertad de expresar cualquier pensamiento, fantasía o sentimiento.

Psicoterapia conductual en grupo. Se ha demostrado que algunas técnicas de psicoterapia conductual, son clínicamente efectivas en grupo, como por ejemplo el uso de procedimientos de condicionamiento operante que han sido aplicados a diferentes situaciones. Estas aplicaciones se han denominado terapia conductual multimodal en grupo.

La terapia conductual multimodal en grupo, es un proceso sistemático de solución de problemas que examina y, si es necesario, intenta remediar respuestas maladaptativas a través de diferentes modalidades separadas, pero interrelacionadas. Estas modalidades son conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición y relaciones interpersonales.

Esta psicoterapia utiliza el término conductual refiriéndose a:

- Todo lo que sabemos, inducimos o interferimos de las transacciones o interacciones de claves conductuales verbal y no verbal.

- La teoría de aprendizaje social de Bandura, (1978) que ofrece un marco teórico que permite identificar los ingredientes activos bajo la adquisición o eliminación de patrones de respuesta simples y complejos.

La orientación multimodal, pretende que un grupo de gente trate de suprimir las emociones negativas (ansiedad, odio, depresión) y de aumentar sentimientos positivos (seguridad, pertenencia, afección genuina), creando un medio fértil para el desarrollo de un funcionamiento afectivo.

Los grupos conductuales multimodales ofrecen un terreno constructivo interpersonal, para analizar cogniciones irracionales, para cambios de valores y actitudes y para modificar aspectos específicos. La terapia multimodal predice que: A mayores patrones de reacción constructiva y no desviados, que la persona alcanza durante la terapia, menores posibilidades tiene de recaer posteriormente.

Sistema centrado en la persona para grupos. Este sistema confía en la fuerza de una relación peculiar para descargar las tendencias actuales del individuo.

La teoría exige que el terapeuta mantenga tres actitudes:

Primero que actúe genuinamente y real. Esto significa que los otros miembros del grupo sepan quién es el terapeuta y qué siente; llegarán así a confiar en lo que el terapeuta dice genuinamente de sí mismo, como una persona y no de técnicas aprendidas. Sabrán que el terapeuta expresará sus sentimientos persistentemente, incluso cuando sean riesgosos. El terapeuta es

conocido en el grupo al igual que los otros miembros. Su relación con los miembros individuales es de persona a persona, no de experto a paciente.

La segunda actitud que se pide del terapeuta es que oiga y entienda lo que los participantes dicen, es decir, probará los sentimientos que el miembro reporta y además de "ponerse en los zapatos del otro", explicará lo que serían para él estos sentimientos o situaciones. A través de su oír y escuchar a los individuos, éstos empiezan a oírse a sí mismos.

La tercera actitud importante del terapeuta es la de no juzgar a los miembros. Esta actitud hace que crezca en el individuo la confianza de su propia potencialidad y en su habilidad de conocerse a sí mismo y de dirigir algún cambio en él.

Si el terapeuta puede crear un clima genuino de cuidado y entendimiento, entonces los miembros del grupo comenzarán a cambiar en ciertas dimensiones y direcciones particulares. El individuo cambiará sus sentimientos inconscientes, de lo remoto de sus experiencias internas, hacia la confianza y uso de su experiencia interna en lo referente a su conducta.

Psicoterapia Gestalt en grupo. En este tipo de psicoterapia el énfasis se coloca en el presente, en la situación diaria que involucra la interacción de por lo menos dos personas en terapia individual: el paciente y el terapeuta. Esta interacción se expande a más de dos personas en la situación de grupo y puede involucrar la interacción entre varias personas, o puede originar procesos interactivos en cualquier momento entre dos personas con cada uno de los diversos participantes.

En la psicoterapia gestáltica, se enseña al paciente a usar su conciencia para el servicio de sí mismo, como un organismo en funcionamiento total. Aprende a centralizar su conciencia y descubrir qué es, en lugar de lo que debería ser, o que pudo haber sido, o el ideal de lo que debía haber sido, el paciente aprende a confiar en sí mismo.

Hasta aquí, se han expuesto brevemente algunas de las psicoterapias de grupo, derivadas de cuatro de las principales corrientes psicológicas.

Como se puede observar, los antecedentes más remotos de la psicoterapia grupal, revelan que su aplicación al trabajo con enfermos mentales ha sido realizada desde sus inicios. A través del tiempo su campo de acción fue ampliándose y en la actualidad sus alcances son cada vez mayores.

PSICOTERAPIA BREVE

La psicoterapia breve, juega actualmente un papel muy importante dentro del amplio campo de la salud mental.

Bellak y Small (1977), señalan que su importancia radica, por un lado, en que es capaz de proporcionar una psicoterapia rápida y benéfica a aquellas personas cuyos problemas son urgentes y que no puedan llevar a cabo un tratamiento más largo; tratando de que la persona que sufre el trastorno emocional pueda sobrellevarlo; por otro lado, la psicoterapia breve puede ser útil como medida preventiva, ya que en ocasiones un tratamiento inmediato, aunque corto, impide que el trastorno se desarrolle de tal forma que provoque en la persona una enfermedad seria y crónica.

Los procedimientos fundamentales de la psicoterapia breve, se basan en la comprensión psicoanalítica del comportamiento normal y anormal del individuo.

La psicoterapia breve es un tratamiento para "síntomas" o "desadaptaciones", que por su naturaleza destructora exigen un alivio rápido. Sus metas se limitan a quitar o reducir un síntoma determinado y no se propone la reconstrucción de la personalidad. Al mejorar el síntoma se intenta mejorar la situación psicodinámica del individuo, para permitirle que continúe funcionando y al mismo tiempo que su proceso de curación siga desarrollándose, y en los casos en que resulte necesario aumentar la capacidad de autoapoyo del individuo, para que pueda seguir una psicoterapia más prolongada.

En ciertos casos el haber logrado un cambio, aunque sólo sea por un periodo corto, hace que el individuo se dé cuenta de que puede mejorar y que, por lo tanto, tienda a buscar los medios para lograr una mayor estabilidad.

También existe la posibilidad en algunos pacientes, de que la psicoterapia breve sea suficiente, como para ayudarlos a que logren una mejoría autónoma.

INVESTIGACION CLINICA

Después de haber señalado dos de las principales actividades del psicólogo clínico, el diagnóstico y la psicoterapia; a continuación se menciona una más, ésta es, la investigación clínica.

La investigación que caracteriza al psicólogo clínico, se evidencia básicamente en la aplicación del método científico en el diagnóstico y el pronóstico del paciente. También se realizan investigaciones acerca de los instrumentos y situaciones de evaluación, que llevarán a conseguir este objetivo.

La evaluación de la psicoterapia, que ha sido del dominio absoluto del psicólogo clínico, ha permitido gracias a investigaciones recientes, eliminar la subjetividad del terapeuta en la evaluación de la terapia.

En los primeros tiempos de la investigación sobre la psicoterapia, el foco de atención era el paciente o cliente. Una fase posterior se concentró en la situación terapéutica y en el proceso de interacción, lo cual introdujo una tercera fase de estudio, en la que lo central era el terapeuta. En la actualidad la investigación en psicoterapia, parte de la entidad completa formada por el paciente, el terapeuta y las pautas de interacción entre ambos.

El psicólogo clínico, tiene por lo tanto una importante función como investigador tanto manifiesta como implícitamente en su trabajo diario.

Como comentario final a este capítulo, es importante señalar que el campo de acción del psicólogo clínico es muy amplio, no sólo por el tipo de actividades que puede desempeñar, sino también por el nivel en el cual éstas se desarrollan.

Las actividades del psicólogo clínico descritas no abarcan la totalidad, sin embargo, se partió de la base de que estas actividades son las más representativas de sus posibilidades de acción.

CAPITULO 3

LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO

En este capítulo, se muestra un panorama general acerca de las labores y actividades del psicólogo clínico en México.

Utilizando la información que se obtuvo, se concluyó que la labor del psicólogo clínico debe ser un reflejo de su preparación profesional, por lo cual se hace una breve reseña histórica de la instrucción académica que han recibido los psicólogos mexicanos.

Es importante subrayar que al buscar los antecedentes históricos de la psicología clínica, éstos se van a encontrar en los inicios de la psicología misma, ya que se puede decir que ésta surge con el interés que el hombre manifiesta por sí mismo y por conocer la motivación y efectos de su conducta, así como por la preocupación de su propio mejoramiento. Es por esto, que la psicología surge como una psicología clínica, que con su evolución ha ido ampliando su campo de aplicación en áreas más específicas como son el área social, industrial, educativa, etc. En las páginas siguientes se busca mencionar estos antecedentes, así como la evolución que ha tenido la psicología en México y su establecimiento como profesión.

Los antecedentes más antiguos de la psicología en México, se pueden encontrar en la época prehispánica, en la cual existió un profundo arraigo religioso. Este determinaba el estilo de vida que debía seguir el individuo y la comunidad.

La "enfermedad psicológica" no tenía una explicación que se pudiera comprobar en forma evidente; se basaba en considerar la enfermedad, ya sea como resultado de la cólera divina, o bien como una consecuencia del mal comportamiento del individuo (por ejemplo, conductas sexuales no aceptadas).

Varios códices de la época prehispánica, demuestran la existencia de deidades y actividades paramédicas, que nos hacen inferir la importancia que dieron los aborígenes al manejo y tratamiento de enfermos nerviosos y mentales.

A diferencia de los etnólogos del pasado, que trataron de describir las culturas primitivas en función de sus peculiaridades y diferencias con la cultura occidental, los antropólogos actuales han realizado un gran esfuerzo para entender las manifestaciones psicológicas de las culturas primitivas, en el contexto de una teoría general de la conducta humana.

Dentro del sistema mágico-religioso en que este hombre vivía, las enfermedades mentales deben haber representado una crisis, siendo seguramente atribuidas a la violación de un tabú, la omisión de determinadas actividades rituales o a posesiones demoniacas.

Amedrentado por fenómenos naturales, para él incomprensibles, como la tormenta, el rayo, el terremoto o la erupción de un volcán; y presionado, por otra parte, por la lucha constante para sobrevivir en el mundo hostil que lo rodeaba, debió haber sufrido sin lugar a dudas numerosos problemas psicopatológicos.

Entre los aztecas, el encargado de este tratamiento era el llamado Tonalpouhqui quien, como lo establecen Alvarez y otros (1979), era un anciano y sabio con gran autoridad moral; personaje muy importante de la comunidad, pues el individuo enfermo representaba un perjuicio para ésta, pues creían que él rompía el equilibrio social a través de manifestaciones tales como malas cosechas, fenómenos atmosféricos, guerras, etc.; en este contexto la importancia de la curación del enfermo radicaba en aminorar las consecuencias adversas a la sociedad.

El enfermo acudía al Tonalpouhqui para recuperar su tranquilidad. Este, mediante palabras suaves le explicaba su mal y la causa del mismo y le indicaba lo que debía hacer para curarse.

Los pueblos prehispánicos daban gran importancia a la curación, a través de la palabra expresada con autoridad suficiente para cambiar el modo de ser y el mal del enfermo. Esto se puede comparar con la psiquiatría y psicología actuales.

El hombre prehispánico consideraba muchos trastornos psíquicos como producidos por la intoxicación con las hojas de TLAPATLZ y de TOLOATZIN.

Describieron diferentes cuadros, que ahora consideramos psiquiátricos, que atendían con diversos remedios casi todos de origen vegetal.

La mayor parte de esta información fue recolectada por religiosos, que llegaron con los conquistadores a través de informantes indígenas.

Como se puede observar, estos primeros antecedentes de la psicología en México, señalan el interés que manifestaba el hombre prehispánico por su mejoramiento y bienestar psicológico y los medios que utilizaban para lograr estos objetivos, aún cuando la concepción de la enfermedad y sus causas era distinta, constituyen los antecedentes de la psicología clínica propiamente dicha, pues en este momento, y durante mucho tiempo, la psicología lo fue únicamente de tipo clínico.

La historia de la psicología en México, continúa durante la época virreinal y la influencia de la cultura española provoca un cambio radical en su desarrollo.

La psicología durante esta época es la llamada "filosofía natural", es decir, que de acuerdo con la tradición escolástica es un saber empírico racional de los seres animados. Quizá los representantes más grandes de la filosofía escolástica en la Nueva España son durante el siglo XVI: Fray Alfonso de la Vera Cruz y el padre Antonio Rubio.

Es importante señalar que las aportaciones tanto de Díaz Gamarra como de Bartolache son muy relevantes, en cuanto a los orígenes de la psicología en México, aún cuando estas provienen de campos de estudio muy diferentes, es decir, de la filosofía y de la medicina. Esto revela que la psicología en México, así como la psicología en general, deriva de estas dos ciencias fundamentales.

La evolución de la psicología en México, tuvo un rápido auge a nivel académico. En abril de 1910, se creó la Escuela de Altos Estudios, con el objeto de formar profesores y perfeccionar los estudios realizados en las

escuelas profesionales de la época. La psicología se empezó a estudiar a nivel superior en la sección de humanidades.

No fue sólo en el área de humanidades donde la psicología empezó a desarrollarse durante esta época. Según Alvarez y otros (1979) en 1916, surgió la psicología experimental en la Escuela de Altos Estudios en el edificio de Mascarones. Este laboratorio fue fundado por el Dr. Enrique O. Aragón, con el apoyo del Dr. Ezequiel A. Chávez, Alvarez y otros (1979), hacen alusión al hecho de que este laboratorio se encontraba muy bien equipado y con material adecuado para la investigación. En la década de los 20's, el laboratorio fue trasladado al edificio universitario de la calle de Lic. Verdad y permaneció ahí hasta su cambio a ciudad universitaria en 1953.

En 1924 se empieza a impartir la psicología como una asignatura, al igual que en la enseñanza preparatoria en la Escuela Normal Superior y en la Facultad de Filosofía y Letras, las cuales formaban parte de la Escuela de Altos Estudios.

Poco a poco la enseñanza de la psicología va adquiriendo mayor importancia; a partir de 1932 se crea una sección de psicología en el Plan de Estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México. La psicología se empieza a impartir como una especialidad en el doctorado en Filosofía y como una maestría en Ciencias de la Educación.

Robles (1952), menciona que la Psicología adquirió el carácter de carrera profesional en el año de 1937, como parte de la Facultad de Filosofía y Letras. Esta carrera consistía en una preparación académica para obtener el

título de maestría: su plan de estudios fue creado por el Dr. Ezequiel A. Chávez y tenía una duración de tres años.

Es a través de diferentes eventos, como la psicología va diferenciando su campo de estudio de la filosofía, su enseñanza empieza a ser más específica y esto a su vez, permite que las nuevas aportaciones y conocimientos se canalicen hacia un campo más estructurado, dando lugar a que se convierta en una carrera universitaria con carácter propio.

Un paso más en este proceso lo constituye la fundación en 1945, del primer departamento autónomo de psicología por el Dr. Fernando Ocaranza, quien elaboró un nuevo plan de estudios en la enseñanza de la psicología, el cual entró en vigor el mismo año. Este nuevo plan de estudios seguía teniendo una duración de tres años y se obtenía el título de maestría. En él se incluían las materias de biología y fisiología humana, psicología general, técnica psicológica de laboratorio, estadística y nomografía psicológica, psicología genética, psicología evolutiva, psicología social, psicología comparada, historia de la psicología, psicometría y pruebas proyectivas.

El tipo de asignaturas de este plan de estudios, revela en cierto modo, que la enseñanza de la psicología en esta época (1945), seguía teniendo un enfoque clínico. Por otro lado, este nuevo plan de estudios era un reflejo de la estructuración, que fueron adquiriendo los nuevos avances y conocimientos.

En el año de 1949, se modificó este plan de estudios bajo la dirección del Sr. Raúl González Enríquez, según lo menciona Robles (1952), e incluía las siguientes asignaturas:

Primer año:

- 1.) Historia de la psicología.
- 2.) Fisiología humana.
- 3.) Psicología general.
- 4.) Estadística de la psicología.
- 5.) Primer curso de técnicas de la investigación psicológica.
- 6.) Asignatura optativa.
- 7.) Asignatura optativa.

Segundo año:

- 1.) Psicología del niño.
- 2.) Psicología de la educación.
- 3.) Psicología patológica (primer curso).
- 4.) Información psicoanalítica (un semestre).
- 5.) Psicometría (segundo curso de técnica de la investigación psicológica).
- 6.) Asignatura optativa.
- 7.) Asignatura optativa.

Tercer año:

- 1.) Psicología social.
- 2.) Higiene mental.
- 3.) Psicología de la adolescencia..
- 4.) Psicología experimental (tercer curso de técnica de la investigación psicológica).

- 5.) Psicología patológica (segundo curso).
- 6.) Pruebas de la personalidad: Rorschach, T.A.T., etc.
- 7.) Asignatura optativa.

Este plan de estudio incluía además 96 horas de prácticas.

Revisando esta modificación que se hizo al plan de estudios, se puede inferir, que tenía más el objeto de profundizar en los tópicos ya existentes, que el de promover asignaturas referentes a otros temas. Así por ejemplo, se incluían varios cursos de un solo tema, o bien cursos que se complementaban entre sí.

Otro aspecto importante de este plan de estudios, fue el hecho de incluir prácticas, ya que por medio de esta preparación, el psicólogo iba adquiriendo una formación más completa que en última instancia le permitiría un mayor desarrollo profesional.

Poco a poco los programas académicos de la psicología se fueron organizando y estructurando mejor, dando la posibilidad a los alumnos de tener una mejor preparación. Esto es evidente en el área de psicometría y en la de pruebas psicológicas. A este respecto existe un dato importante acerca de la naciente labor del psicólogo que menciona Robles (1952), quien nos dice que en esa época en la organización del Manicomio General, se hacía énfasis en la importancia de la psicología clínica. Este autor señala que en esa institución se consideraba que el psicólogo clínico era un auxiliar indispensable del psiquiatra, quien para precisar el diagnóstico y fijar las bases del tratamiento requería de las contribuciones del psicólogo. En este sentido, el

servicio de la psicología clínica, tenía por objeto llevar a cabo los estudios psicométricos y las pruebas proyectivas que solicitaba el médico psiquiatra.

Además en esta institución se practicaba la psicoterapia profunda, que estaba a cargo del psiquiatra, mientras que el psicólogo clínico, tenía como labor el vigilar y controlar la evolución del tratamiento.

Lo anterior nos revela que la importancia que iba adquiriendo la psicología, no sólo se reflejaba a nivel académico y universitario, sino también a nivel práctico ya que se reconocía la labor y actividades del psicólogo en la práctica profesional.

En el año de 1952, se transformó el departamento de psicología en colegio de psicología, debido al acelerado aumento de materias de estudio y de alumnos.

Un acontecimiento digno de subrayarse, es que en esa época, como lo menciona Díaz Guerrero (1980), se fundó la Sociedad Interamericana de psicología en la Ciudad de México. Esta sociedad fue creada en el año de 1952 gracias a la labor de Werner, Krapf, Robles, Falcón, Dávila y Díaz Guerrero. Simultáneamente se creó la Sociedad Mexicana de Psicología como una rama de la anterior.

En 1966 el Colegio de Psicología se organizó en los siguientes departamentos: psicología social, general, experimental y metodología, clínica, psicopatología, educativa y fisiología.

En el año de 1967 se elaboró un nuevo plan de estudios, en el cual se aumentaba un año al programa anterior para obtener el título de psicólogo, es decir, que tenía una duración de cinco años. Se otorgaba el título de Maestría con un año más de estudios y la elaboración de una tesis; y el doctorado con otros dos años y presentación de tesis también. La organización de estos programas de estudio, es por primera vez muy similar a la que existe actualmente. Díaz Guerrero (1980), señala que éstos no contaban con personal suficientemente preparado para las cátedras y por tanto su desarrollo fue difícil.

Fuera del contexto universitario (1967), se creó un departamento de psicología en el Hospital Fray Bernadino Alvarez, en el cual los psicólogos tenían como función llevar a cabo la evaluación psicométrica y de personalidad del paciente.

Ribes señala que en este mismo año, se crearon en diversas partes de la República otros departamentos de psicología, que funcionaban autónomamente, tanto en el aspecto administrativo como en el académico pero que seguían dependiendo de la Facultad de Filosofía y Letras. Estos fueron: el departamento de psicología de la Universidad de Veracruz en Jalapa; el de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí; el de la Universidad Autónoma de Nuevo León; el de la Universidad Autónoma de Querétaro, y otros. Esto refleja que por primera vez las decisiones fueron llevadas a cabo por psicólogos y no por profesionistas de otras áreas, con poco entendimiento de las necesidades de un Departamento de Psicología y también revela que la enseñanza de la psicología en México, dejó de centrarse en la capital y comenzó a impartirse en el interior de la República. La labor del psicólogo empezaba a ser reconocida a nivel nacional.

En el año de 1973 el consejo académico del colegio de psicología, solicitó al consejo técnico de la facultad de Filosofía y Letras, la creación de la facultad de Psicología. El 17 de febrero de ese mismo año, la gaceta U.N.A.M. publicó la aprobación de esa petición por parte del H. Consejo Universitario, se designó al Dr. Luis Lara Tapia como primer Director de la facultad de Psicología.

En el momento en que se aprueba la creación de la facultad de Psicología, ésta adquiere un carácter totalmente autónomo. Es relevante el que esta autonomía sea tan reciente, y esto habla de que la evolución de la psicología en México, así como en todo el mundo, aunque se puede ubicar en etapas muy tempranas, sólo llega a su máximo desarrollo después de un largo proceso.

A fines de 1973 el Congreso de la Unión modificó la Ley de Profesiones y Servicio Social, designando el grado de licenciatura para la carrera de Psicología a partir de 1974, que correspondía a lo que anteriormente era el grado de psicólogo.

Ribes (1975), señala que posteriormente, con la creación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP), la enseñanza de la psicología no se limitó a la facultad, sino que empezó a impartirse en los planteles de Iztacala y Zaragoza (en 1975), con un novedoso sistema de instrucción.

Los planes de estudios de estos planteles se adelantan a las recomendaciones que hizo el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (Jurica, marzo de 1978); proporcionando las

condiciones para que se desarrolle un profesional con las siguientes características:

- a) Cambiando el entrenamiento orientado a la conformación de un profesionalista liberal por el de un especialista en comportamiento humano, comprometido con atender los problemas de las mayorías.
- b) Potencializando al egresado de las carreras de psicología, como profesional estrechamente ligado al servicio y no al utilitarismo.
- c) Orientando la investigación en cuanto al desarrollo de una tecnología propia que sirva para resolver lo que son las necesidades prioritarias.

Estos aspectos corroboran las intenciones de la carrera de psicología de las escuelas Iztacala y Zaragoza, en cuanto a su responsabilidad como instituciones de ubicar su enseñanza en el marco de las necesidades sociales.

Hasta este momento, la información que se ha presentado en este capítulo referente a la evolución académica y profesional de la Psicología, se ha centrado en la trayectoria que ha seguido la enseñanza de la misma en la Universidad Nacional Autónoma de México. Esto se debe a que la preparación universitaria en nuestro país tiene sus orígenes en esta casa de estudios y es de ella de donde, de alguna manera, surgen otras instituciones en las cuales se empiezan a formar profesionistas en distintas áreas, como es el caso de las universidades privadas, las cuales en su mayoría siguen dependiendo de la U.N.A.M.

A continuación se presenta la información antes mencionada, de una manera sintética para su mayor comprensión.

ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA EN LA U.N.A.M.

- 1893: Asignatura de psicología experimental en la Escuela Nacional Preparatoria.
- 1906: Asignatura de psicología normal y patológica en la Facultad de Filosofía y Letras.
- 1910: Asignaturas en la Escuela de Altos Estudios (sección humanidades).
- 1916: Primer Laboratorio de Psicología Experimental.
- 1932: Sección de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras.
- 1945: Departamento Autónomo de psicología.
- 1952: Colegio de psicología.
- 1967: Licenciatura, Maestría y Doctorado en el Colegio de Psicología.
- 1973: Facultad de psicología.

Las universidades privadas desde sus inicios, no restaron importancia a la enseñanza de la psicología.

Ribes (1975), menciona que para el año de 1975 existían en la ciudad de México ocho departamentos de psicología, cuatro de ellos en las principales universidades: Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.), Iberoamericana, Anáhuac y Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y los otros cuatro en universidades y escuelas más pequeñas y privadas.

En ese mismo año, 16 universidades del interior de la República, contaban ya con departamentos de psicología, entre ellas las de Nuevo León, Jalapa, Estado de México, Jalisco, Morelos, San Luis Potosí, Yucatán, Puebla, principalmente en universidades públicas, pero también en privadas, como es el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) en Guadalajara. El mismo autor señala que estas universidades ofrecían en 1975, el grado de Licenciatura, teniendo los programas una duración de cuatro a cinco años. Los estudios de posgrado se ofrecían en: la U.N.A.M. con programas de Maestría y Doctorado en seis áreas (psicología general experimental, análisis experimental de la conducta, psicología social, psicología fisiológica, psicología educativa y psicología clínica); en la Universidad de las Américas, se ofrecía sólo un programa general de maestría y la Universidad Iberoamericana un programa de maestría en el campo de "counseling".

Según señala Velasco Hernández, en el año de 1977 funcionaban 34 escuelas y facultades de psicología en 14 estados de la República, de las cuales 16 eran públicas y 18 privadas. De las 34 escuelas y facultades, más de la mitad se concentraban en tres zonas principales de la República: en la zona metropolitana de la ciudad de México, en Monterrey y en Guadalajara.

Es importante hacer notar que en los últimos años, una de las carreras que más alumnos ha admitido la UNAM en México, es la de Psicología principalmente.

En cuanto a la orientación de la enseñanza, de estas 34 escuelas, el mismo autor, menciona que se realizó una investigación cuyos resultados revelaron, que la gran mayoría de ellas manifestaron tener orientación

ecléctica, muy poca orientación conductista y psicoanalítica, y solo una organicista.

La mayoría de las escuelas ofrecen, desde ese entonces, las distintas áreas de la psicología: clínica, social, industrial, evolutiva, educativa y experimental; siendo que la mayor parte de la población estudiantil se concentra en el área clínica.

El área clínica de la psicología es la que más atrae a los psicólogos. En este campo compiten psicólogos con una amplia gama de enfoques que varían desde los psicoanalistas hasta los conductistas, que se dedican tanto a la práctica individual como de grupo. De alguna manera la psicología clínica ha estado dirigida al sector privado de la población, convirtiéndose así en una práctica elitista. Sin embargo, es evidente la nueva tendencia de los psicólogos clínicos para llegar a grupos más amplios de la población.

3.1 LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA U.N.A.M.

Con el propósito de cumplir el objetivo de formar psicólogos adecuadamente preparados para su trabajo profesional, se estableció en 1985, en la facultad de psicología, el programa de actualización curricular.

Para el desarrollo del programa se plantearon las siguientes fases:

- 1) Diagnóstico del curriculum actual.
- 2) Definición de los objetivos curriculares y del perfil profesional de psicólogo.
- 3) Definición de la estructura del plan de estudios.

- 4) Elaboración de los programas de estudio.
- 5) Elaboración de un programa de actualización y perfeccionamiento del personal académico.
- 6) Implantación del nuevo curriculum.
- 7) Instrumentación de un programa de evaluación y actualización curricular permanente.

El actual curriculum fue establecido en el año de 1971, y es el que más tiempo ha durado. El plan de estudios vigente, tiene la particularidad de estar compuesto por un tronco básico, a cursarse dentro de los primeros seis semestres de la carrera, y seis áreas de semi-especialización, que se cubren en los últimos tres semestres.

El Consejo Técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM, formó en 1993 la Comisión para el cambio curricular (C.C.C), con el propósito fundamental de promover la participación amplia, plural e irrestricta de la comunidad en los procesos de diagnóstico, análisis y propuesta curricular.

En un segundo momento, se formó una subcomisión que estableció una propuesta que refería las etapas y acciones conducentes para la elaboración de un curriculum para la Licenciatura en Psicología, basado en la normatividad vigente.

De los principios fundamentales en los cuales se insertan las reformas y cambios a planes de estudio, se destacan los siguientes: El propósito de los estudios técnicos y el de los profesionales es enriquecer y hacer aplicables los conocimientos adquiridos; dar al estudiante formación ética y cultural y capacitarlo científica y técnicamente dentro del campo de estudios

correspondientes, con el fin de que, pueda prestar servicios útiles a la sociedad. (Art. 2. Reglamento General de Estudios Técnicos y Profesionales).

Respecto a la creación o modificación sustancial de un plan de estudios, es importante señalar entre otros puntos, que en el caso de un nuevo plan de estudios, la fundamentación del proyecto debe presentar los argumentos socioeconómicos, técnicos y de avance de la disciplina que expliquen la necesidad, factibilidad y la pertinencia de preparar egresados en el nivel y en el área respectivo, debe incluir tanto el aspecto social como el institucional. (Art. 5 Reglamento General para la Presentación, Aprobación y Modificación de Planes de Estudio).

En los planes y programas de estudio, se concreta de manera formal el proceso docente organizado por la UNAM, en virtud de que los mismos deben definir los sistemas, métodos y técnicas que se emplearán en la aplicación y desarrollo de un currículum propuesto, al tiempo que deben contener los criterios didácticos, así como las características y responsabilidades a las que deben responder los egresados, constituyen la norma básica que sustenta el quehacer docente de la institución y son guía fundamental en el trabajo de maestros y alumnos. (Lineamientos Generales acerca de los Planes y Programas de Estudios. Marco Institucional de Docencia).

La iniciativa de crear nuevos planes y programas de estudios o de reorientar los ya existentes, debe partir de formas cada vez más sistemáticas, actualizadas y totalizadoras de entender el proceso enseñanza-aprendizaje y al mismo tiempo relacionar sus contenidos con las necesidades del país y de la institución. (Fundamentos, Marco Institucional de Docencia).

El currículum de la Licenciatura en Psicología está dirigido a proporcionar la formación e información básica que va a permitir al egresado desempeñarse en el campo profesional con los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes que le sirven para comprender, plantear, abordar, investigar y resolver los problemas de su disciplina a los que se va a enfrentar en el mercado laboral en el que tendrá que insertarse, con una gran responsabilidad, con sentido ético y disposición de servicio.

El currículum de la Licenciatura en Psicología se fundamentará en el respeto a la pluralidad teórica, ideológica y personal de la comunidad académica de la Facultad de Psicología.

La definición del perfil del egresado se regirá, asimismo, por:

- a) El respeto a la ética de la profesión.
- b) El compromiso con los problemas más apremiantes de la sociedad en la que el profesionista se encuentre inserto, al igual que con la disciplina y el gremio.
- c) La capacidad para definir y defender el campo laboral del psicólogo ante la emergencia de otras profesiones y pseudoprofesiones; y
- d) El equilibrio emocional y la madurez personal del profesional de la psicología.

Como referencia a este proceso, los resultados de varias investigaciones supervisadas por dicha comisión mencionan:

A mediados de los años setenta, los alumnos de la facultad de psicología de la UNAM representaban el 50% de todos los estudiantes del país (Caber, 1983). Ante este dato, resalta el hecho de que la facultad respondió adecuadamente, si se toma en cuenta que la planta docente creció, en 15 años un 294%. En la última década el número de alumnos de nuevo ingreso disminuyó bastante, quizá por la apertura de la ENEP's Iztacala y Zaragoza, o por la política de no permitir el ingreso de un alumno proveniente del interior del país, donde hubiera una escuela de psicología. Como fruto de lo anterior, los alumnos de la UNAM pasaron a constituir el 24% de todos los estudiantes de psicología del país (Caber, 1983).

Guerrero y colaboradores (1996) analizan los planes de desarrollo de los periodos 1982-1988, 1989, 1994 y 1995-2000, en lo tocante a la educación, salud y desarrollo comunitario, ecología y producción como áreas de la política social.

Entre las razones específicas de la carrera de Psicología se incluyen, los estereotipos alrededor de nuestra ciencia que despiertan la curiosidad de las personas por conocer las causas del comportamiento humano; tampoco debe descartarse la idea de que muchos alumnos estudien Psicología como un medio para resolver sus problemas emocionales, esto puede deberse a que lo más difundido de la disciplina es su aspecto clínico (Macotela y Espinoza, 1979). Resulta interesante que aún ahora, cuando otras áreas son más conocidas, la mitad de los alumnos de la facultad sigan eligiendo la clínica como especialidad.

Durante los años 70's no sólo creció la población, sino que los egresados aumentaron considerablemente. Esta tendencia indica que la

facultad cumplió con una de sus obligaciones como institución educativa. También cabe resaltar la gran cantidad de alumno que terminaron la Licenciatura, no sólo en la UNAM, sino en otras Instituciones; por ejemplo, se sabe que en 1981 existían 25,000 estudiantes de Psicología en México, 9000 de ellos ubicados en el D.F.

Entre las dificultades que encaran los egresados están: el que en algunas Instituciones no exista la plaza de psicólogo, el no estar titulado y el carecer de experiencia en el puesto solicitado; además el egresado busca y encuentra, el área de trabajo para la cual se siente capacitado, no abre nuevas opciones y no tiene una influencia hacia los sectores marginales de la sociedad, ni en lo tocante a la toma de decisiones de orden político y económico.

En cuanto a los titulados, la frecuencia es baja y con continuas fluctuaciones. García Jiménez (1996) obtiene una eficiencia terminal promedio del 44.63% considerando la trayectoria de las generaciones 87 a 91 en el sistema escolarizado y de 0.98% en el sistema abierto.

Asimismo, obtiene un promedio de titulación del 1% y de deserción del 45% debido principalmente a: necesidad de trabajar, problemas de salud, nuevas responsabilidades, conflictos emocionales y embarazo. La fase crítica de deserción se ubica en los 4 primeros semestres.

Hurtado y Medina (1996), presentan un estudio descriptivo sobre los recursos con que se cuenta en la Facultad de Psicología en el nivel de Licenciatura, entre los datos que muestran destacan los siguientes:

- a) La planta académica está compuesta por 551 elementos, de los cuales, el 41% (224) sólo cuenta con el nivel Licenciatura como formación; el 7% (38) con Maestría y el 4 % (23) con Doctorado.
- b) El 37% (252) son profesores de asignatura, 20% (135) son profesores asociados, 11% (73) son profesores titulares y un profesor es emérito.
- c) El 0.4% (3) son investigadores asociados, 0.7% (5) son titulares y uno es emérito.
- d) Los académicos que apoyan a la Licenciatura corresponden al 67% del total, de ellos el 52% (287) están asignados específicamente a la División de Estudios Profesionales. este 52% se distribuye en las áreas del siguiente modo: Clínica 25%, experimental 30%, social y ecología 8%, psicofisiología 11.5%, del trabajo 11.5% y educativa y desarrollo 14%.
- e) De un total de 3,293 alumnos inscritos en el semestre 96/1, el 65.8% corresponden a los semestres básicos (1º, 3º y 5º) y los restantes se distribuyen en las áreas de la siguiente forma: clínica 14.3%, experimental 1.7%, social 4.2%, psicofisiología 0.4%, del trabajo 8.25% y educativa 5%.
- f) La proporción entre docentes (372) y alumnos (3,293) es de 8.8 alumnos por docente.
- g) Los docentes de tiempo completo suman 133.

Escandón y colaboradores (1996), sobre una muestra de 125 profesores, encuentran que los docentes prefieren clases teóricas principalmente.

A la letra se ve que el currículum vigente en la Facultad de Psicología no responde a lo expresado en la legislación universitaria. No contiene, de manera global o completa, una definición de las características del egresado ni proporciona criterios de formación que garanticen aspectos éticos y culturales para el ejercicio de la posesión de manera responsable y con espíritu de servicio en beneficio de la sociedad.

Por todo lo anterior es claro que el currículum de la carrera de psicología no responde a la fecha ni a la normatividad respectiva dictada por la UNAM, ni a las necesidades sociales de desarrollo, ni al mercado laboral actual.

Carece de eficiencia terminal; adolece de serias fallas en su estructura y en la definición de sus programas de estudio, de prácticas laborales, criterios de evaluación, acreditación, certificación y promoción.

La necesidad de un cambio curricular es un hecho innegable y, día con día perentorio y apremiante.

En síntesis se considera conveniente que dentro del contexto universitario se promueva el aprendizaje mediante el modelo de psicocomunidad, ya que este modelo a diferencia de la enseñanza tradicional constantemente adquiere, transforma y evalúa información para de esta manera poder diferenciar lo interno de lo externo.

Actualmente preocupa que en el proceso de formación de profesionales en la disciplina de la psicología, no se esté tomando en cuenta aspectos prácticos, por lo que es importante rescatar el trabajo interdisciplinario y poder prestar un mejor servicio a la comunidad.

CAPITULO 4

DIAGNOSTICO Y DESCRIPCION DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA (I.M.P.)

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.), fue creado por decreto presidencial del C. Lic. José López Portillo con fecha 26 de diciembre de 1979, ampliando las funciones del ya existente Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM).

El I.M.P. es un organismo público descentralizado, con presupuesto y gobierno propios, al cual se le asignaron las siguientes funciones:

- Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental.
- Formar al personal capaz de llevarlas a cabo.
- Adiestrar a profesionales y técnicos.
- Hacer el estudio integral de los enfermos psiquiátricos.
- Fungir como asesor de otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia.

Las consideraciones que condujeron a su creación, son expresadas en el Decreto que le dio vida, en los términos siguientes:

"Que los problemas relacionados con la salud mental, se encuentran entre los más graves de nuestro tiempo y que los desórdenes, enfermedades mentales, así como el alcoholismo y la drogadicción, anulan o limitan en forma severa la capacidad productiva de los individuos y dañan a la sociedad;

"Que se ha observado una tendencia notable al aumento de dichos problemas, en tanto que la psiquiatría, rama de la medicina que se ocupa de ellos, está alcanzando un alto grado de desarrollo;

"Que es necesario abordar los problemas, ampliando el conocimiento sobre ellos a través de la investigación científica y contando con recursos adecuados para capacitar a las personas, que deberán llevar a cabo en el campo de la psiquiatría y la salud mental, tareas de investigación, prevención, curación y rehabilitación.

En el mismo decreto se concluye: "que es necesario sustituir al Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, por un organismo, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que se aboque en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de los desórdenes mentales y de la salud mental, a fin de sentar las bases para dar soluciones adecuadas a los problemas".

De acuerdo con estos principios, puede definirse al I.M.P. como un centro de alto nivel para hacer investigaciones en el campo de la psiquiatría y la salud mental, el estudio integral de los enfermos y el adiestramiento y perfeccionamiento de personal en el campo de la salud mental.

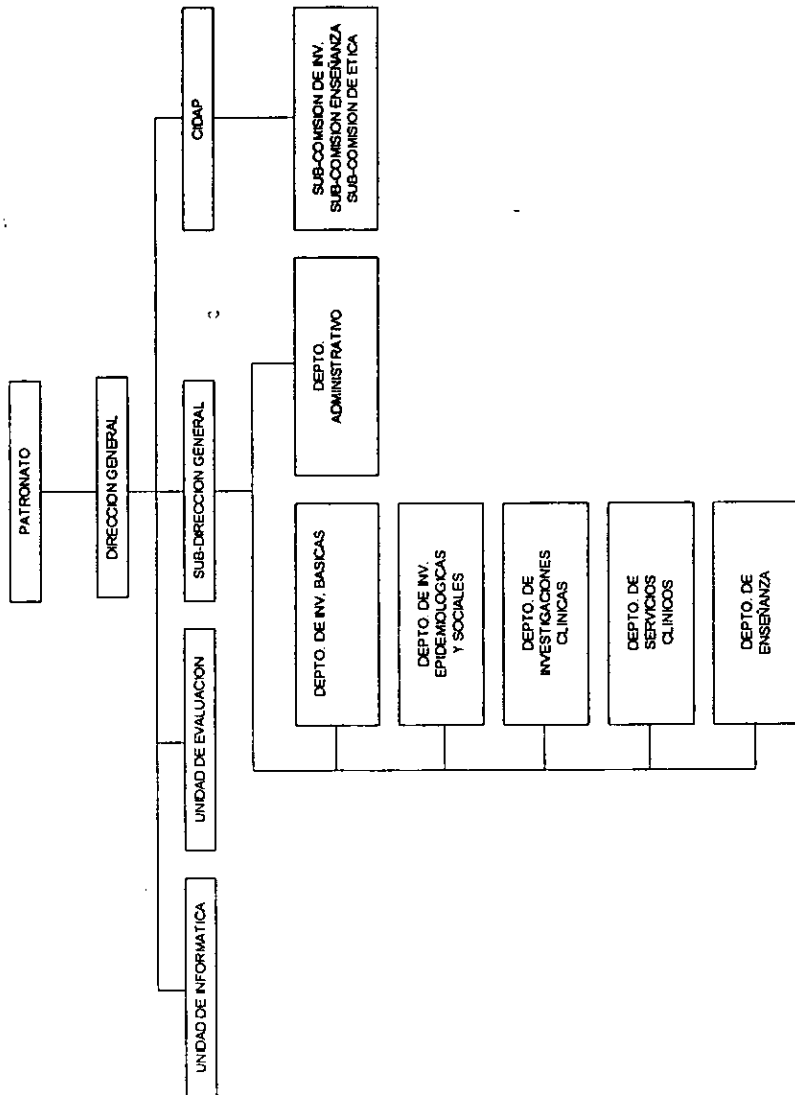
GOBIERNO DE LA INSTITUCION

El decreto, en su creación, establece que el I.M.P. sea un organismo público descentralizado, con presupuesto y gobierno propios. Se confía su gobierno a un patronato formado por cinco personas, que prestan sus servicios sin remuneración, cuyo Presidente es el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del cual forman parte un representante del Secretario de

Gobernación y dos personas destacadas en la vida pública del País, con interés en las tareas que cumple el Instituto. El patronato podrá contar con otros miembros con carácter de miembros honorarios. Este órgano de gobierno tiene como atribuciones nombrar al personal, votar el presupuesto, expedir los reglamentos y dictar las normas de la institución, apoyándose en los informes y los proyectos elaborados por la dirección. El instituto cuenta con una comisión interna de administración y programación, constituida por el director, el subdirector y los jefes de departamento.

El director del instituto, es el ejecutor de las decisiones del patronato y el responsable de la marcha de la institución, la que cuenta con la estructura administrativa y técnica apropiada para el desempeño de las tareas que le han sido encomendadas.

ORGANIGRAMA GENERAL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA



El 7 de septiembre de 1988, un nuevo decreto definió más específicamente su papel en el programa nacional de salud, amplió sus funciones y redefinió sus órganos de gobierno y administración.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, es uno de los diez institutos nacionales de salud, que junto con los institutos de cardiología, cancerología, neurología, pediatría, nutrición, perinatología, enfermedades respiratorias, salud pública y hospital infantil, son coordinados por la Secretaría de Salud.

Se localiza al sur de la ciudad de México, en la delegación Tlalpan. Cuenta con instalaciones destinadas a investigación, enseñanza y capacitación, servicios clínicos y administración.

Desde que inició sus actividades, se ha incorporado, mediante las investigaciones científicas que lleva a cabo, a las corrientes actuales de la psiquiatría, la salud mental y contribuye al avance del conocimiento.

Contribuye también a la divulgación de los avances en el campo, mediante programas para la educación de la población general y de grupos específicos, la publicación de revistas, boletines informativos, y su participación en foros y congresos nacionales e internacionales.

4.1 FUNCIONES Y PROGRAMAS GENERALES

Mediante la investigación científica, el instituto se incorpora a las corrientes más avanzadas, tanto en las ciencias básicas que nutren a la psiquiatría como en los aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales. Las investigaciones son orientadas por un criterio multidisciplinario, biológico,

psicológico y social; tienen como objeto el estudio de los problemas relacionados con la patología mental y la salud mental pública, que afectan en forma grave y extensa a la población del país: alcoholismo, farmacodependencia, desórdenes de la afectividad, desórdenes psicofuncionales y síndromes orgánicos cerebrales.

Se ocupa también de otros problemas de salud mental, que afectan al país en forma grave, como son los relacionados con la violencia y los efectos del ambiente sobre la salud mental.

En cuanto a la enseñanza y capacitación, el instituto ofrece a los médicos y al personal de salud mental, los medios para su óptima formación y perfeccionamiento profesional y científico, tomando en cuenta las necesidades más urgentes.

En el campo de la prevención, se llevan a cabo tareas de educación de la población y de grupos específicos. En el cumplimiento de estas tareas, el instituto se extiende al exterior para colaborar con otros organismos públicos y privados, relacionados en forma estrecha con problemas de psiquiatría y salud mental, haciendo uso de los recursos técnicos con que cuenta para asesorarlos en el desarrollo e implementación de sus programas y participar en ellos cuando así esté indicado.

4.2 INSTALACIONES Y EQUIPO

La planta física se asienta en un predio situado en San Pedro Mártir, Tlalpan, D.F.; consta de cuatro edificaciones en un terreno de 23,000 metros cuadrados. Uno de los edificios aloja las oficinas de gobierno y las

instalaciones que dan cabida a la división administrativa, a la división de investigaciones epidemiológicas, sociales y a la división de enseñanza.

Un segundo edificio alberga los laboratorios de investigación en neurociencias: Neurobiología, neurofisiología, cronobiología, bioelectrónica, psicobiología y etología. En este edificio se localiza también el bioterio.

Un tercer edificio alberga las instalaciones destinadas a la enseñanza y a la educación; cuenta con un auditorio con capacidad para 160 personas, dos aulas con capacidad para 80 personas y otras 3 aulas más con una capacidad para 30 personas cada una.

El edificio que aloja los servicios clínicos cuenta con 30 consultorios, destinados a la atención externa y tienen una capacidad para hospitalizar a 40 enfermos en cuatro sectores. En esta área se encuentran las instalaciones para la tomografía axial computarizada, la electroencefalografía, el mapeo cerebral, el laboratorio clínico y cuartos para médicos residentes. Se encuentra también la cocina y el comedor para el personal.

Para las investigaciones en neurociencias se dispone de equipo para la amplificación, grabación y análisis de señales eléctricas cerebrales, polígrafos, osciloscopios, promediadores de señales computacionales, etc. Se cuenta también con micromanipuladores, aparatos estereotáxicos, contadores de centelleo, centrifugas, cromatógrafos, etc.

En el área epidemiológica y social los investigadores disponen de equipo de cómputo, con capacidad para procesar los datos provenientes de estudios epidemiológicos, como son las encuestas del consumo de fármacos

adictivos y las de epidemiología psiquiátrica. Cuenta además con el apoyo de los recursos de cómputo de la Universidad Nacional y de la Secretaría de Educación Pública, mediante acuerdos de colaboración interinstitucional.

FINANCIAMIENTO

Los recursos financieros del Instituto provienen en su mayor parte de aportaciones del Gobierno Federal. Otras fuentes externas de financiamiento, contribuyen a la realización de proyectos de investigación y de enseñanza. Tal es el caso de Ciencia y Tecnología, que ha financiado una parte de las investigaciones y del equipo con el que actualmente operan los laboratorios de investigación.

Otra fuente auxiliar de financiamiento relevante para el Instituto ha sido el Programa Universitario para la Investigación en Salud, que ha aportado también recursos para adquirir materiales y equipo. La Fundación Mexicana para la Salud, ha aportado a la Institución en la repatriación de investigadores y la Fundación Manuel Camelo Martínez, becas para médicos residentes, premios, estímulos y también algunos proyectos de investigación. Cabe mencionar el apoyo recibido de la Lotería Nacional, destinado al equipamiento de las divisiones clínicas y neurociencias.

Algunos proyectos de investigación se llevan a cabo por convenio con otras instituciones como el Centro de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Colegio de México, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Secretaría de Educación Pública, el Departamento del Distrito Federal y el Consejo Asesor de Epidemiología.

Algunos proyectos han contado con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales, algunas firmas farmacéuticas contribuyen con becas destinadas a la formación de clínicos e investigadores.

4.3 INVESTIGACION

El Instituto lleva a cabo investigaciones en las áreas de: Neurociencias, Psiquiatría Clínica, Epidemiología y Ciencias Sociales.

Los proyectos en estas áreas, están sujetos a la aprobación de los comités de investigación y ética; y al dictamen de asesores calificados en las áreas correspondientes.

INVESTIGACIONES EN NEUROCIENCIAS

El creciente avance tecnológico ha propiciado que el aporte de las investigaciones cerebrales a la psiquiatría sea uno de los logros más notables de nuestro tiempo. En la división de investigaciones en neurociencias, se desarrollan protocolos de investigación en las áreas de neuroquímica, neurofarmacología, neurofisiología, neurobiología, cronobiología, bioelectrónica y etología.

El objetivo es profundizar en el conocimiento de los mecanismos cerebrales integrativos y moleculares de procesos mentales y conductuales, tanto en situaciones naturales como en presencia de fármacos o de trastornos anatomofuncionales del sistema nervioso central. Los conocimientos obtenidos son de utilidad a mediano plazo para determinar sus causas, contribuir en alguna medida al diagnóstico y terapéutica de los trastornos psiquiátricos.

> Una línea de investigación está dirigida al estudio de los mecanismos de habituación y sensibilización del sistema nervioso central. En dichos procesos participan los mecanismos de la atención y del aprendizaje.

Una segunda línea de investigación, se ocupa de la participación de sustancias cerebrales recientemente descubiertas.

La investigación del sueño ha sido una de las principales líneas de investigación en esta división.

Otra línea de investigación, tiene como objeto el estudio de los mecanismos que están involucrados en la conducción y en la supresión de los impulsos nerviosos, que contienen la información sobre la localización e intensidad del estímulo doloroso.

INVESTIGACIONES CLINICAS

Esta división tiene como objeto contribuir al conocimiento de las causas, el curso y el desenlace de las enfermedades y trastornos psiquiátricos; mejorar los procedimientos de diagnóstico, clasificación y tratamiento.

Se llevan a cabo investigaciones clínicas en las áreas de:

Psicofarmacología, psicobiología, neuropsicología, neuroquímica, genética, electroencefalografía, cartografía cerebral, sueño y neuroendocrinología.

Se han estudiado fármacos antidepresivos y antipsicóticos, relacionando su nivel de actividad en la sangre con efectos terapéuticos y colaterales.

5.4 LINEAS DE INVESTIGACION CLINICA

- **Genética.**
Genotipos moleculares en la psiquiatría.
- **Neuroendocrinología.**
Cambios hormonales en los trastornos afectivos.
- **Clinimetría**
Validación de instrumentos neuropsicológicos para la valoración psiquiátrica.

Desarrollo y validación de instrumentos para la valoración psiquiátrica.

- **Psicofarmacología**
Valoración de nuevos fármacos psicoactivos.
Acción de antidepresivos sobre los depresores Beta-Adrenergicos.
La melatonina en el tratamiento de la depresión.
- **Neuroquímica**
Sustancias neurotóxicas y liberación de neurotransmisores
- **Estudios especiales.**
 - Manejo integral de pacientes esquizofrénicos.
 - Manejo integral de pacientes con trastornos afectivos.
 - Los trastornos del ciclo sueño-vigilia.
 - Dinámica familiar del paciente psiquiátrico.

INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y SOCIALES

Los proyectos que se llevan a cabo en esta área, se han elegido por su importancia en la salud pública.

Un tema de investigación es el abuso de sustancias: Alcohol y drogas psicoactivas.

Líneas de investigación en esta área:

- **Epidemiología psiquiátrica.**
 - Validación de instrumentos de medición de la personalidad.
 - Morbilidad psiquiátrica.
 - Los pacientes psiquiátricos en la comunidad.

- **Investigaciones relacionadas con el alcohol:**
 - Uso y abuso de alcohol etílico en diversas poblaciones.
 - Dinámica de los grupos de Alcohólicos Anónimos y características de sus miembros.
 - Identificación precoz de personas que consumen alcohol en forma peligrosa.
 - Prevención del uso de alcohol.
 - Problemas familiares relacionados con el alcohol.

- **Investigaciones relacionadas con el abuso de drogas psicoactivas.**
 - Encuestas en la farmacodependencia en diversas poblaciones.
 - Encuesta nacional de adicciones.

- Consumo de drogas por la población estudiantil.
 - Consumo de cocaína.
 - Familia y adicciones.
 - Prevención del uso de drogas.
- Investigaciones en servicios de salud:
- Inventario de recursos de atención primaria en salud mental.
 - Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hospitales generales.
- Investigaciones psicosociales:
- Migración y salud mental.
 - Violencia y victimización.
 - Estudio psicosocial de niños marginados.
 - Actitudes hacia las enfermedades mentales.
 - Suicidio, parasuicidio e ideación suicida.

Se investiga el papel que el alcohol desempeña en la comisión de delitos, accidentes, suicidios, e intentos de suicidio.

INFORMATICA

El Instituto cuenta con departamento de informática que ofrece servicios de computación a clínicos, investigadores y administradores. Los investigadores tienen a su disposición, el apoyo del procesamiento matemático y estadístico que requieren en sus investigaciones. El equipo humano responde a las necesidades del Instituto y el trabajo está a cargo de un personal mínimo de base, complementado por asesores técnicos. En el área

se ha recibido ayuda sustancial de otras instituciones, que cuentan con recursos avanzados en este campo.

5.5 ENSEÑANZA, CAPACITACION Y PREVENCIÓN

Una función del Instituto, es la capacitación de personal en el campo de la psiquiatría y de la salud. En esta área se lleva a cabo:

- a).- La formación y el perfeccionamiento del personal profesional y técnico.
- b).- La prevención mediante la educación para la salud mental de grupos específicos.

Estas funciones se apoyan en el servicio de información científica, que proporciona la bibliohemeroteca; y en el material audiovisual con que se cuenta para los distintos niveles de la enseñanza.

- a).- Formación y perfeccionamiento de personal.
Además de la formación de investigadores, el Instituto se aboca a la tarea de proveer adiestramiento, para la investigación y el trabajo clínico en el campo de la psiquiatría y en las áreas relacionadas con la salud mental.
- b).- Prevención.
La prevención a través de la educación para la salud mental se hace mediante cursos, talleres, seminarios, conferencias, etc.,

dirigidos a grupos específicos de población: Médicos, maestros, padres de familia, adolescentes y jóvenes.

PREPARACION DE MATERIAL DE APOYO Y PUBLICACIONES

La preparación de material audiovisual y otros materiales para el apoyo de cursos, conferencias, sesiones clínicas, está a cargo de personal técnicamente capacitado. Se cuenta con un taller de dibujo y fotografía; instalaciones y equipo para grabación, filmación; y equipo para la impresión de folletos y programas. Se editan diversas publicaciones, de las cuales la más importante es el órgano oficial del Instituto, la revista salud mental que aparece cuatro veces al año.

BIBLIOHEMEROTECA

La biblioteca dispone de más de 3000 volúmenes, la hemeroteca recibe periódicamente 132 revistas especializadas. Cuenta con una sala apropiada para lectura. Se encuentra a disposición de los usuarios de los cuales, una proporción importante proviene de otras instituciones.

En la bibliohemeroteca se encuentran publicaciones muy especializadas, a disposición de los investigadores, así como publicaciones para los especialistas clínicos y para el resto del personal de salud mental.

SERVICIOS CLINICOS

En septiembre de 1989, el Instituto puso en operación servicios clínicos, cuya función es el estudio integral y el tratamiento de enfermos mayores de 15 años, que sufren enfermedades y trastornos psiquiátricos.

Esta unidad cuenta con departamentos de consulta externa, urgencias, laboratorio clínico, imágenes cerebrales, electroencefalografía, psicología clínica, rehabilitación y trabajo social psiquiátrico.

Actualmente los servicios clínicos del Instituto cuentan con 27 médicos residentes. En 1993, egresaron los primeros alumnos que realizaron la totalidad de su formación psiquiatra en la Institución.

4.6 CONSULTA EXTERNA

El departamento de consulta externa está formado por médicos psiquiatras adscritos, cuyas funciones son: Valoración del estado del paciente en una consulta previa, en la cual se determina su desarrollo psicomotor y examen psiquiátrico, basándose principalmente en un interrogatorio directo, observación de conductas y grado de atención del paciente; en base a esta evaluación el médico elabora un expediente clínico, en donde se decidirá si al enfermo le corresponde ser atendido en servicio externo u hospitalización.

Después de realizar el diagnóstico, se implementa el tratamiento dependiendo del tipo y grado de enfermedad del paciente.

4.7 HOSPITALIZACION Y URGENCIAS

Siempre que es posible, el manejo de los enfermos, se lleva a cabo en la consulta externa y sólo cuando sus condiciones lo requieren, son atendidos en el área de urgencias y de hospitalización; este servicio cuenta con 40 camas, la estancia promedio actual es de 17 días y se presta en un área física

de 4 módulos, de los cuales dos se destinan a pacientes femeninos y dos a pacientes masculinos.

Las características de la unidad no permiten la atención de personas que sufren daño severo o irreversible, que requieran medidas extremas de sujeción o aislamiento.

Esta área está integrada por médicos adscritos y personal de enfermería, capacitado en el cuidado de pacientes psiquiátricos.

Las funciones que realizan los médicos psiquiatras en el servicio de hospitalización son las siguientes:

Entrevistas dirigidas, para evaluar el grado de mejoría del paciente, administración de fármacos, disminuyendo, aumentando la dosis o cambiando el medicamento según la reacción del enfermo durante su estancia en el hospital.

Otra de las funciones, es llevar a cabo juntas de trabajo diarias después de entrevistar a los pacientes, con el objeto de hacer una valoración de su evolución y concretar conjuntamente el estado del enfermo, evaluar si ya está apto para darse de alta, o se requiere de un cambio en el tratamiento.

LABORATORIO CLINICO

En el laboratorio se practican, además de las pruebas ordinarias de la clínica médica, otras específicas como son la cuantificación de neurotransmisores, hormonas y psicofármacos en fluidos biológicos.

El laboratorio clínico cuenta con moderno equipo automatizado para realizar estudios, tanto de rutina como especializados en el área de la psiquiatría. Este servicio inició sus operaciones en junio de 1989.

ELECTROENCEFALOGRAFIA E IMAGENES CEREBRALES

La electroencefalografía, la transformación de su registro en imágenes y la tomografía axial computarizada, apoyan el trabajo de los clínicos.

El servicio de imagenología, dispone de un equipo para tomografía axial computarizada y un aparato móvil de rayos X.

El departamento de electroencefalografía cuenta con dos electrocardiógrafos de 16 y 15 canales. También se cuenta con un equipo para mapeo cerebral computarizado.

PSICOLOGIA CLINICA Y REHABILITACION

El servicio de psicología clínica, cuenta con personal y equipo para la aplicación de las diferentes pruebas psicológicas, que son complemento del diagnóstico en psiquiatría.

En el departamento de psicoterapia, se trata a grupos de pacientes, se da apoyo y consejo a familiares.

Otra función del psicólogo clínico es la terapia recreativa y ocupacional, en donde se evalúa su potencial de rehabilitación familiar y social.

TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

Los trabajadores sociales tienen como función principal, el estudio por medio de sus propias técnicas, de los problemas familiares, económicos y laborales de los enfermos, así como ayudar a su manejo y seguimiento.

Otra de sus funciones es el estudio económico-social de los enfermos, para eximir o aplicar cuotas de restitución según una tarifa escalonada.

Las cuotas de recuperación están ajustadas a la situación económica del usuario de los servicios y, la mayor parte de las veces son simbólicas.

VINCULACION CON OTRAS INSTITUCIONES

El Instituto mantiene estrechas relaciones de trabajo con la U.N.A.M., el Centro de Investigaciones del Instituto Politécnico Nacional y los otros Institutos Nacionales de Salud, mediante convenios que aseguran la continuidad de esta colaboración.

Da asesoría en su área a otras Instituciones Públicas y Privadas, ha contribuido a la elaboración de los programas nacionales para combatir el alcoholismo y la farmacodependencia.

Desde su fundación, el Instituto es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, ha participado con esta Institución en diversos programas de investigación y capacitación.

Con el desempeño de las actividades mencionadas, el Instituto cuyas funciones se enmarcan dentro del programa nacional de salud, contribuyó de

manera efectiva al desarrollo científico de la psiquiatría, a la integración con el resto de la medicina, a elevar el nivel de atención de los enfermos y a mejorar la salud mental de la población.

En conclusión, como puede apreciarse las funciones del psicólogo clínico, en esta institución no están completamente estructuradas, de tal manera que se hace necesario realizar un programa de actividades, para que en un futuro el psicólogo clínico que llegue a esa institución le quede claro la forma de participar a nivel profesional con los pacientes, sin que este trabajo interfiera con la creatividad del psicólogo, por lo que a continuación se explicará el modelo psicocomunitario para justificar la propuesta de un programa de trabajo en base a este modelo.

CAPITULO 5

EL MODELO PSICOCOMUNITARIO

En el presente capítulo, se presentará un modelo teórico para la institución (I.M.P.), que permita insertar al psicólogo clínico en la realización de otras funciones, derivado de los procesos históricos de la psicología clínica, los hospitales psiquiátricos, y de las actividades que desempeñan el psicólogo clínico.

De las tres funciones que el psicólogo lleva a cabo -diagnóstico, psicoterapia e investigación- el modelo consiste en una aplicación de la función psicoterapéutica.

La fundamentación de esta propuesta, se sustenta por un lado en los aspectos teórico-prácticos del modelo de psicocomunidad y por el otro en la experiencia vivida en el IMP, en un programa de trabajo en el Area de Terapia Ocupacional.

El capítulo consta de dos partes: En la primera de ellas se mencionan los principales aspectos teóricos y prácticos del modelo de psicocomunidad; y por último se presenta el modelo.

5.1 PSICOCOMUNIDAD

Se ha podido comprobar la amplia gama de posibilidades de acción que tiene el psicólogo clínico; si bien es cierto, que el profesionista en este campo

lleva a cabo una labor importante, su alcance ha sido limitado a sectores muy reducidos de la población.

El siglo XX trajo consigo una serie de cambios en el modo de vida del hombre; los nuevos adelantos de los medios de comunicación, en el ámbito científico y en la tecnología en general, tuvieron repercusiones de gran magnitud para el ser humano. Paralelamente a los beneficios que estos cambios generaban, crecía la necesidad cada vez más imperiosa, de que las profesiones dedicadas al hombre y a sus relaciones tuvieran un mayor alcance.

De esta manera la psicología requirió nuevas alternativas, que permitieran la posibilidad de su aplicación, ya no a nivel individual sino a nivel comunitario, ampliando enormemente su campo de trabajo. Esto se reflejó mundialmente en la realización de programas comunitarios a nivel universitario e institucional.

En México surgió, a iniciativa de José Cueli, Carlos E. Biro y otros, en la década de los setentas, un nuevo modelo comunitario llamado psicocomunidad, que ha sido objeto de grandes controversias en diversos círculos de la psicología, medicina, sociología y antropología.

El modelo de psicocomunidad surgió del contacto con grupos marginados. Dichos grupos, en su estructura, presentan problemas que abarcan aspectos económicos, sociales, psicológicos, educativos, y muchos otros. Ante la imposibilidad de abarcar el problema de manera global, los autores "orientados por nuestra propia experiencia y capacitación profesional,

decidimos ensayar un enfoque psicológico para conocer y tratar de influir el complejo problema" (Cueli, 1989).

Una de las ideas iniciales de los autores de este método, fue el de crear un modelo de trabajo, en el cual la labor en la comunidad se realizara partiendo de lo interno hacia lo externo, es decir, trabajando directamente con las necesidades psicológicas del hombre, con el fin de lograr la modificación de sus relaciones interpersonales.

En tal forma, el concepto de psicocomunidad da como resultado un método que une el enfoque social con los parámetros del psicoanálisis, que generalmente han sido utilizados en forma individual.

El método de psicocomunidad consiste en trabajar con una comunidad, teniendo como objetivo el que se desarrolle un contacto interno entre un grupo de trabajo y la comunidad, de la misma manera que es importante en el psicoanálisis ortodoxo la relación médico-paciente.

El intento de traspolar un modelo de trabajo individual a una comunidad, implica la existencia de problemas básicamente de tipo metodológico, ya que si bien son innatos a cualquier estudio de la conducta humana, se agudizan en estudios de campo a nivel colectivo.

La investigación en la psicología social y la sociología, han proporcionado métodos diversos de trabajo, que desafortunadamente son restringidos debido en gran parte, a limitaciones metodológicas.

Los autores de psicocomunidad, al enfrentarse a este problema, tratan de resolverlo a través de la "aplicación sistemática de elementos nuevos a la psicología social" (Cueli y Biro, 1975), creando un método psicosocial más apropiado. Siguiendo el método científico buscan observar y describir sistemáticamente los fenómenos sociales tal como se dan. Esta tarea se ve dificultada por la complejidad esencial de los fenómenos psicosociales. Además el investigador social influye de manera necesaria, desde el momento en que cumple el papel de observador participante.

La relación interpersonal es la piedra angular de las profesiones al servicio del hombre; psicocomunidad no olvida este aspecto y lo utiliza como un punto básico. Toda relación interpersonal, en términos terapéuticos, implica un despertar de emociones en el terapeuta. Psicocomunidad pretende que este tipo de emociones sean manejadas al servicio de los objetivos que se buscan, es decir, del desarrollo de la comunidad.

El diseño seguido en psicocomunidad es el cuasi-experimental, en donde existen variables no controladas, sin embargo, las variables relevantes al estudio sí se controlan.

En este método "se introduce una variable independiente: un grupo (que actúa con un método para alcanzar uno o varios objetivos) en una comunidad, ésta da una respuesta, la variable dependiente. Esta respuesta de dicha comunidad a su vez estimula al grupo, quien se ve afectado por ella y modifica los estímulos que envía a la misma, cerrándose así un proceso de retroalimentación" (Cueli, 1989).

Los autores conciben psicocomunidad, como un modelo en el sentido de que "Es una analogía construida experimentalmente, en la cual se reproducen biunivocamente las variables relevantes del fenómeno a estudiar. En nuestro caso son tres las variables: Las fantasías previas de los investigadores a la visita comunitaria, la visita misma delimitada dentro de parámetros de espacio y tiempo; y la integración de las experiencias vividas en estas situaciones dentro de una sesión de grupo" (Cueli y Biro, 1975).

En estas últimas aplicaciones los parámetros son: La visita comunitaria, la devolución de información, las sesiones de supervisión.

Como se mencionó anteriormente, psicocomunidad es el intento de utilizar los parámetros del psicoanálisis individual en una comunidad. En el primer paso, el psicoanálisis utiliza como instrumento de investigación las fantasías que tiene ante la próxima sesión con su paciente. Si dichas fantasías están a nivel consciente, las puede poner al servicio del tratamiento; sin embargo, si son inconscientes, no les es posible manejarlas de manera que puedan intervenir en el proceso terapéutico.

Psicocomunidad pretende utilizar los mismos parámetros, sin embargo, es necesario tener en consideración dos diferencias importantes: por un lado, un solo observador únicamente puede estar en contacto con una muestra muy pequeña de la comunidad, lo que trae consigo que exista un error estándar muy grande en las medidas de observación. Por otro lado, no se puede hacer una analogía de la relación terapeuta-paciente en una comunidad con un solo observador, siendo por ello necesario hacerla de grupo a grupo.

Psicocomunidad, de la misma manera que el psicoanálisis, parte de la base de que el ser humano aprende a través de relaciones interpersonales, que funcionan como modelos de identificaciones, introyecciones, etc., que se reflejan posteriormente en su comportamiento.

Por esto se requiere de la intervención de un grupo y no de un individuo, puesto que éste sería insuficiente para funcionar como modelo para toda una comunidad.

Con base en lo anterior, psicocomunidad utiliza el siguiente método exploratorio, de acuerdo como lo señala (Cueli, 1989).

1. Se utiliza un grupo como instrumento explorador frente al grupo que constituye la comunidad.
2. Se manejan continuamente las fantasías previas del grupo explorador y se cotejan éstas frente a las experiencias concretas del trabajo de comunidad, en una sesión de manejo de grupo posterior a la experiencia de comunidad.
3. Para la interpretación de los datos obtenidos, al igual que para el análisis individual se utiliza un método de frecuencia. El material que aparece repetido de muchos observadores, se considera como el que más cercanamente corresponde a la realidad. De hecho el que haya dispersión no importa; sólo se debe interpretar cuando haya agrupamientos marginales o adicionales fuera de un agrupamiento medio de fantasías o de experiencias. Estos tendrían que interpretarse en función de la dinámica misma del grupo de observadores exploradores.

Cueli y Biro, al crear el modelo de psicocomunidad se basaron en los modelos teóricos de Rapaport, quien trató de esquematizar el complejo fenómeno del yo, su desarrollo y funcionamiento. "Partiendo de una conceptualización psicoanalítica, que constituye también un marco referencial para el manejo técnico e interpretación teórica de la relación entre el sistema paciente-terapeuta en una situación analítica individual; psicocomunidad es un modelo que extrapola esa relación a otra de un sistema investigadores-comunidad a nivel colectivo" (Cueli, 1976).

Con base en los modelos de Rapaport, se considera que una comunidad (C) reflejará cambios o respuestas (R) dependiendo de la estimulación (E) dada por un grupo de investigadores (I) (Cueli, 1975), el que a su vez se ve influido por las respuestas dadas por la comunidad, creándose un circuito de retroalimentación como se esquematiza en la figura "A" que a continuación se presenta:

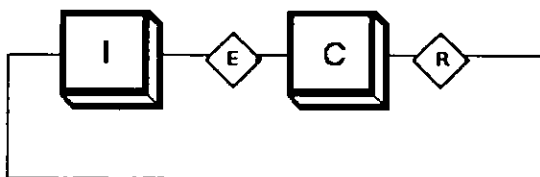


Figura "A"

I = Investigadores

E = Estimulación

C = Comunidad

R = Respuestas

La analogía entre la situación analítica individual y la propuesta por el modelo de psicocomunidad, radica en el hecho de que el terapeuta se ve influido por la conducta de los miembros de la comunidad.

Contrariamente al psicoanálisis individual, en donde el paciente acude al terapeuta en busca de ayuda, en psicocomunidad es el grupo de investigadores el que acude a la comunidad.

Volviendo al modelo de la figura "A", en el momento en que los investigadores se enfrentan a la comunidad, provocan una serie de respuestas. Estas respuestas representan el intento inconsciente por parte de la comunidad de ser gratificada por los investigadores. Al mismo tiempo, estas respuestas remueven las carencias de los investigadores (que se manifiestan a nivel de fantasías, ideación y sueños) y éstas deben ser manejadas a través de fantasías previas a cada sesión. Si no se lleva a cabo la técnica de exploración (fantasía), puede originar por un lado, que los investigadores traten de disminuir inconscientemente la tensión que provoca el enfrentamiento, y por otro lado, el no preparar o escribir la fantasía puede provocar que el investigador perciba como realidad, su necesidad de disminuir estados carenciales de la comunidad.

La técnica de exploración permite conocer los afectos que se despiertan en los individuos, pudiendo así distinguir entre sus carencias propias y las externas.

En el modelo de psicocomunidad, el investigador regresa afectivamente al nivel en que se encuentra la comunidad, y es en este momento en el que

debe ejercer su función de observador-participante, con el objeto de ver lo que sucede en él y en la comunidad.

Los investigadores conscientizan los afectos que aparecen en ellos en una sesión de grupo que se llama supervisión. Con esto se espera que modifiquen su conducta en la siguiente visita a la comunidad y a su vez esto afectará la conducta de la misma comunidad, produciendo respuestas que confrontan a los investigadores con sus propias carencias. Este círculo se cierra una y otra vez en forma retroalimentativa como se explicó anteriormente (figura A).

De esta manera, las variables principales consideradas en psicocomunidad son las fantasías previas del investigador, la visita comunitaria, las sesiones de supervisión y tutoría; así como la devolución de la información, como la regla de abstinencia y los parámetros de tiempo y de lugar.

En cuanto al aspecto de enseñanza que cubre el modelo de psicocomunidad, Cueli señala que es un modelo para la enseñanza superior que implica la realización del compromiso universitario con la sociedad, desde el momento en que el estudiante comienza su carrera.

El proceso educativo se lleva a cabo en una comunidad, en la cual el estudiante puede dar un servicio desde los primeros semestres de la carrera. La actitud de este servicio, se forma a través de un contacto afectivo guiado con una comunidad, el cual permitirá al estudiante adquirir una serie de insights acerca de las carencias de dicha comunidad, evitando que las maneje por negación.

El futuro profesionista aprende a detectar las necesidades reales de la comunidad y resolverlas mediante un proceso de desarrollo individual y social. Esto lo logra a través de un contacto afectivo personal.

Cuando el estudiante se enfrenta con carencias tan grandes como las de las comunidades marginadas, se angustia, pues las confronta con sus propias carencias; de ahí que se requiere de las sesiones de supervisión para manifestar abiertamente sus procesos internos y aprender a manejarlos. Así, aprende a servir a la comunidad para satisfacer las necesidades de ella y no a servirse de la comunidad para resolver las propias necesidades.

En el modelo de psicocomunidad, el aprendizaje se realiza inversamente al método tradicional, en el cual el alumno primero recibe la información teórica, con el objeto de posteriormente aplicarla a la realidad, mientras que en psicocomunidad, el alumno se enfrenta primero a la realidad y esto lo motiva a buscar y estudiar una teoría, que le permita la comparación de dicha realidad. Este método logra que la actitud del alumno sea la de aceptar, que no es un "omnipotente" y esta aceptación lo motiva a aprender.

Existen dos elementos afectivos básicos en el modelo de psicocomunidad que motivan al estudiante a aprender. El primero de ellos, se refiere a la formación de vínculos afectivos genuinos con un tutor, quien no se limita a proporcionar información, como es el caso del profesor de enseñanza tradicional, sino que además sirve de modelo, ya que él mismo tiene un compromiso de servicio con la comunidad. El segundo elemento afectivo es la afiliación a un grupo no competitivo que trabaja con la comunidad.

La relación es de grupo a grupo. El grupo de alumnos necesita permitir el establecimiento de relaciones afectivas entre todos sus miembros. Esto no sólo da cohesión interna al grupo, sino que además permite el establecer relaciones afectivas con la comunidad tanto a nivel grupal como individual. Esto se logra a través de las sesiones de supervisión.

Lartigue, agrega que el aprendizaje en psicocomunidad es básico, pues no sólo se aprende una profesión, sino que también el alumno aprende acerca de sí mismo, de cuáles son sus carencias, de cómo se comporta en un grupo, si es aceptado o rechazado por él, por qué razón, qué mecanismos de defensa utiliza, cómo influyen sus fantasías en su actuación, etc.

Asimismo Lartigue señala que Meneses, concibe tres procesos simultáneos de aprendizaje: adquirir nueva información, transformarla (en el sentido de manipular el conocimiento para acomodarlo a nuevas tareas, mediante formas que permitan proceder internamente como por ejemplo extrapolación o conversión) y evaluarla (comprobando si la información se manipuló en forma adecuada). Estos tres procesos están presentes en psicocomunidad en donde semana a semana se adquiere, transforma y evalúa la información con el fin de poder diferenciar lo interno de lo externo y poder prestar un mejor servicio de comunidad.

El modelo de psicocomunidad incluye en su implementación, como lo indican Cueli y Biro; parámetros, sesiones de tutoría, sesiones de supervisión y reunión del tutor y del supervisor.

PARAMETROS

Es importante precisar, que en una situación de interrelación como la que plantea el modelo, es básico contar con marcos referenciales fijos, que

protejan la marcha del sistema y que además permitan obtener y clasificar la información. En el caso especial de la técnica presente, los parámetros son una garantía básica para el investigador y para el sujeto.

Parámetros de tiempo y de lugar. Las visitas siempre se llevan a cabo en el mismo lugar. En función de las características peculiares de la comunidad, donde la poca tolerancia a la demora se hace evidente, el atenerse a un horario fijo de trabajo es muy importante. Respetando el parámetro de tiempo, se evita la creación de expectativas que producen sentimientos de frustración y coraje. Además el tiempo limitado protege al visitador de la posibilidad de una demanda exagerada.

Parámetros de los Investigadores. Estos parámetros incluyen por un lado:

a) académicos: ser psicólogo o médico cirujano, con entrenamiento en psicología profunda, en psicología social, teorías del aprendizaje, o manejo de grupos operativos, y por el otro, b) personales: tener conocimientos acerca de las propias necesidades internas, de manera que no interfieran en el trabajo operativo.

Parámetro de abstinencia. Este criterio exige que los investigadores no proporcionen información personal intra y extra-grupo, para evitar la contaminación. La regla de abstinencia tiene por objeto dos cosas fundamentales:

a) producir una regresión en la conducta de los investigadores, que surja de la actuación de sus carencias o por lo menos su verbalización, y b) esta

regresión de los investigadores, será una especie de proyección de las carencias de los investigadores.

Parámetro de la actividad de los participantes. A los investigadores se les pide una tarea doble, difícil de llevar a la práctica. En un nivel, deben ser capaces de llevar a cabo su trabajo, en términos de su subjetividad y así poder comunicarlo en forma de fantasías durante las sesiones de supervisión. En otro nivel, en el trabajo de campo, y debido a la peculiaridad de la técnica, deben de estar en la posibilidad de actuar sin responder con sus necesidades internas ante el contacto con los sujetos. Es claro que mientras mayor nivel de movilidad mantenga el investigador, facilitará el nivel de comunicación con los sujetos. Dicho en otras palabras, el investigador tiene que poder "entrar y salir para conceptualizar". Esto marca una innovación respecto a las técnicas tradicionales en donde el investigador siempre está por fuera.

Otro nivel importante es el de la información. Estar constantemente involucrado con los sujetos, facilita que el investigador proporcione información sobre sí mismo; esto deberá ser evitado, manejándose exclusivamente la de los sujetos para reflejarlas operativamente en busca de más información.

Las actividades que se realizan en psicocomunidad son: Sesiones de tutoría y sesiones de supervisión.

SESIONES DE TUTORIA

Se lleva a cabo una primera reunión con el tutor, que es previa a la visita a la comunidad, con el objeto de recabar información necesaria para la visita y

para que cada uno de los miembros del grupo, describa por escrito la fantasía de su estancia en la comunidad.

El tutor, que conoce la zona, asigna al azar a cada miembro del grupo de ocho a doce familias que viven contiguas en área geográfica delimitada. Dependerá del número de miembros del grupo, el número de familias que se visite.

En las sesiones de tutoría, se asigna el tema del frente blanco (un tema neutro para entrar a la comunidad como por ejemplo, planificación familiar). Asimismo se fija el tiempo de permanencia y se exige a los miembros que avisen a las familias que visitan desde un principio, el tiempo que van a permanecer en la comunidad y la fecha última de encuentro.

El tutor hace énfasis en la necesidad de respetar los parámetros y aclara las dudas que se presenten. Si alguna familia no acepta ser visitada, el horario seguirá reservado y de ella dependerá la utilización o no de esa oportunidad.

En la primera reunión de tutoría, se marca la diferencia entre las sesiones de tutoría y las de supervisión.

Los miembros del grupo, presentan un informe de su experiencia en la comunidad después de cada visita.

Las reuniones con el tutor posteriores a cada visita, incluyen el que cada semana recoja las fantasías por escrito de los miembros del grupo, así como los reportes de las visitas. De acuerdo con el tema del frente blanco, se transmiten los conocimientos necesarios para el buen funcionamiento del

grupo en la comunidad. Se revisa un tema específico cada semana y se señalan las indicaciones de lo que se realizará en la siguiente visita.

SESIONES DE SUPERVISION

En la primera sesión, se invita a los miembros del grupo a expresar sus fantasías en relación con la próxima visita a la comunidad, acerca de lo que se imaginan que sucederá en su enfrentamiento con ella, y acerca de lo que se imaginan que cambiará en la comunidad como resultado de su estancia.

En cuanto a la supervisión del grupo, posterior a cada visita, se invita a los alumnos o investigadores a presentar experiencias concretas y actitudes relevantes de cada visita a la comunidad, así como sus fantasías en relación con las próximas visitas. Se trata de averiguar qué efectos son los que despiertan entre los miembros del grupo, para que conociéndolos puedan distinguir entre lo que sucede en la comunidad y lo que sucede dentro de sí mismos. Al tener consciencia de los efectos provocados en ellos, descubren los efectos que éstos pudieron tener en su conducta, al relacionarse con la comunidad y cómo modificarlas en su próxima visita. Esta modificación de conducta provocará a su vez una respuesta en la comunidad, que posteriormente confrontará a los miembros del grupo con sus propias carencias, cerrándose así un círculo retroalimentativo que se repetirá en el transcurso de toda la experiencia.

Otra de las funciones de la supervisión es la de ayudar a los miembros del grupo a manejar adecuadamente la separación y la despedida con la comunidad.

REUNION DEL TUTOR Y DEL SUPERVISOR

El tutor y el supervisor se reúnen cada semana, para intercambiar impresiones acerca del grupo, con el fin de analizar las fantasías y determinar los efectos provocados tanto en la comunidad como en el grupo, a partir del enfrentamiento.

Por todo lo anterior se considera psicocomunidad, como una herramienta versátil y teóricamente sustentada capaz de ser aplicada en diversos terrenos.

Un aspecto importante, es el hecho de que psicocomunidad es un intento de aplicar las técnicas psicoanalíticas a un gran número de individuos al mismo tiempo, lo que está más de acuerdo con la realidad de nuestro país.

La superación de conflictos internos que pretende lograr el modelo de psicocomunidad, permite que los miembros de la comunidad liberen energía que puede ser utilizada en forma productiva para su propio desarrollo.

El principio de consistencia implícito en psicocomunidad permite, de alguna manera reparar las pérdidas, carencias y abandonos en las personas de la comunidad. Obviamente los conflictos que se presentan en estos individuos llegan a estar profundamente arraigados, que aún cuando no se logren cambios estructurales completos, es un hecho que ciertos conflictos llegarán a ser separados.

El trabajo a corto plazo y con grupos reducidos, posibilita un mayor compromiso que permite lograr metas concretas.

Por otro lado, el método de psicocomunidad está propuesto para llevarse a cabo a través de instituciones universitarias, lo cual da la posibilidad de que grupos comunitarios reciban atención profesional, que de otro modo no tendrían, y además logra un objetivo didáctico para aquellos alumnos que vivan la experiencia.

Es un método que permite a través de la tutoría ser el vehículo de un proceso educativo, en el que los alumnos se enfrentan a un problema concreto que tiene posibilidades de solución. Además hace posible que los investigadores hagan consciente algún aspecto de su propia personalidad, promoviendo de esta manera su propio desarrollo.

Desde el punto de vista de las perspectivas, que surgen a raíz de los trabajos sobre psicocomunidad, y de acuerdo con Cueli, surgen diversos cuestionamientos que aún quedan por resolverse en trabajos futuros: ¿en qué medida puede contribuir este enfoque a la teoría de los grupos? ¿cómo puede explicarse, que simultáneamente con el proceso de cambio en la comunidad, se reproduzcan los mismos elementos en el grupo visitador? ¿cuál es el tiempo ideal de trabajo? ¿cuál el número ideal de participantes, o la comunidad ideal? ¿cuándo está indicado aplicar un programa de psicocomunidad? ¿cuándo contraindicado? Los cambios que se promueven en la comunidad ¿tienen un sustrato adaptativo, económico o dinámico?.

CAPITULO 6

PROPUESTA DE UN MODELO DE TRABAJO PARA EL PSICOLOGO CLINICO EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO. (I.M.P.)

Durante mucho tiempo, el enfermo mental ha sido discriminado y apartado de la "sociedad normal", por ser considerado como alguien amenazante e inaceptable. Además, un paciente mental es visto, en general, con pocas posibilidades de desarrollo y mejoría a quien, sólo se le trata de quitar o disminuir los síntomas de la patología que presenta.

Por otro lado, el psicólogo clínico, a pesar de contar un gran campo de acción dentro de los hospitales psiquiátricos, se ha limitado a realizar funciones de psicodiagnóstico y algunas terapias esporádicas para los pacientes. Gran parte de la labor que desempeña como profesional, está determinada por su preparación académica dentro de la universidad.

En la realización del presente trabajo, apoyado en la revisión bibliográfica efectuada, se llegó a los siguientes resultados:

- Los pacientes psiquiátricos hospitalizados, a pesar de que tienen ciertos síntomas patológicos, que en mayor o menor grado alteran su funcionamiento, poseen potencialidades intactas, posibles de desarrollar con el fin de mejorar sus condiciones de vida.
- La labor del psicólogo clínico dentro de las instituciones psiquiátricas, puede llegar a ser más productiva, si amplía sus

actividades terapéuticas y no se limita a realizar psicodiagnósticos y algunos tratamientos esporádicos.

- Partiendo de la base, de que la preparación del psicólogo clínico determina sus actividades como profesional, se llegó a la convicción de que su formación universitaria debe ser una formación integral, para llevar a la práctica su aprendizaje teórico; esto implica un "aprendizaje vivencial" en donde el alumno aprenda a asimilar, de modo que sea capaz de dar lo que de él se requiera como psicólogo clínico, en el contexto en el que desempeñe su labor.

El psicólogo clínico, dentro de este modelo, tendrá como función el promover el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los pacientes, partiendo de la base de que en última instancia lo importante no es el cuadro clínico que presenta el paciente, sino el considerar que los parámetros de mejoría deben surgir de ellos mismos y no de lo que el psicólogo considere como signo de mejoría, satisfaciendo así las necesidades del psicólogo y no las del paciente.

Tomando en cuenta lo anterior, el psicólogo cuenta con mayor posibilidad de acción en su labor dentro del hospital psiquiátrico. Igualmente se pretende que a través de este modelo, el psicólogo reciba un aprendizaje tal que le permita adquirir una conciencia y posición crítica que lo llevarán a interesarse en la comunidad y ver a los pacientes como personas, en lugar de fenómenos patológicos del laboratorio.

En la práctica el modelo consistirá a grandes rasgos, en que un grupo de alumnos de la carrera de psicología, supervisados por un psicólogo clínico, se relacione de una manera específica con un grupo de pacientes, para lograr un beneficio al mayor número de pacientes del mismo hospital.

La relación entre el grupo de pacientes y el de alumnos es de suma importancia, ya que es a través de ésta, que los alumnos perciben tanto las necesidades manifiestas como latentes del grupo de pacientes.

Esto es posible de lograr, mediante sesiones grupales, donde se verbalizan y se manejan las sensaciones internas provocadas por el contacto con las carencias.

El modelo propone parámetros estructurados, que son por sí mismos benéficos y terapéuticos para los pacientes; el trabajo se fundamenta en el siguiente postulado. "Lo que una persona se permite explorar de sí misma es lo que se permitirá explorar en los demás". Se hace una analogía del grupo con la comunidad: en la medida en que el grupo se desarrolle, se desarrollará la comunidad y viceversa.

Este modelo está constituido en tres partes: recursos, metodología y evaluación.

RECURSOS: Humanos y materiales.

RECURSOS HUMANOS

1. Un grupo interesado en trabajar con pacientes psiquiátricos hospitalizados, compuesto por estudiantes de la Licenciatura en Psicología, que tengan el interés de realizar su servicio social en el campo de la psicoterapia.

Es recomendable que los integrantes de este grupo tengan conocimiento teórico-práctico en manejo de grupos.

2. Un supervisor encargado del manejo de los aspectos afectivos, cognoscitivos, sociales y axiológicos que surjan en las sesiones de supervisión, después de la interacción de los alumnos con los pacientes hospitalizados. Asimismo, el supervisor tendrá como función el promover la reflexión, la toma de consciencia, el compromiso y la acción de los alumnos y funcionar como terapeuta del grupo que trabaja con la comunidad y constituirse en un modelo de error para los miembros del grupo de trabajo.

Necesariamente el supervisor deberá ser un psicólogo clínico, con una preparación amplia que le permita llevar a cabo todas estas funciones.

3. Los pacientes psiquiátricos internados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. (I.M.P.).

RECURSOS MATERIALES

1. Un local para las sesiones de supervisión. El lugar de reunión deberá ser fuera del I.M.P. y será seleccionado por los alumnos y el supervisor.

2. Un lugar específico dentro del I.M.P., donde se lleven a cabo las reuniones entre los alumnos y los pacientes. (Este lugar puede ser el área donde se lleva a cabo la terapia ocupacional).
3. Disponibilidad de tiempo para la experiencia: tres horas por semana, dos para la visita en el I.M.P. y una para la supervisión. Esto se llevará a cabo durante un semestre. El número de sesiones deberá de ser de 12 sesiones como mínimo.
4. Tema de trabajo: Es el tema herramienta de trabajo con los pacientes psiquiátricos. Este tema será la detección de necesidades, pues se parte de la base, de que los parámetros de mejoría para los pacientes deberán surgir de ellos mismos, y no de lo que alguien externo considere que es un signo de mejoría. Este tema, además, debe ser suficientemente concreto como para que los pacientes no lo vivan como persecutorio.

METODO DE INTERVENCION

Esta incluye: Parámetros, mecánica de las visitas, mecánica de las sesiones de supervisión y devolución de la información.

Parámetros.

1. Tiempo: Las visitas deberán llevarse a cabo en un día y una hora fijos. No se permitirán cambios por ningún motivo. Este es un parámetro fijo que posibilita el trabajo en un contexto terapéutico, tanto desde el punto de vista analítico como educativo. Cada visita

deberá durar entre 45 y 60 minutos. En caso de que algún miembro del grupo de pacientes no asista a la reunión, se proseguirá normalmente. Si ningún integrante del grupo de pacientes asiste; el alumno procederá a investigar los motivos por los cuales no lo hicieron y se les instará a que lo hagan de una manera amable y sin coerción.

2. **Persona:** el modelo pretende abarcar, de alguna manera, a la mayor parte de pacientes hospitalizados. Se espera que los pacientes, a través del modelo, queden divididos en dos grupos; el primero estará formado, por aquellos que por su propia voluntad participen en las sesiones que los alumnos llevarán a cabo en el hospital y se les llamará "pacientes terapeutas". (Cada grupo puede estar formado por hombres y mujeres, siempre y cuando reúnan el requisito establecido).

El segundo grupo será el resto de los pacientes, es decir, aquéllos que no participen activamente dentro de las sesiones con los alumnos; su participación será a través de los pacientes que trabajan con los alumnos. Para llevar a cabo este modelo, se dividirá al grupo de alumnos entre los dos pabellones que existen en el I.M.P. El mayor número de pacientes con los que un alumno debe trabajar será entre ocho y diez.

MECANICA DE LAS VISITAS

1. **Primera visita:** Los alumnos se presentarán en cada pabellón y reunirán a los pacientes, es de esperarse que no asistirán todos.

Se les explicará que se reunirán durante un semestre una vez por semana con el objeto de "platicar" acerca de las necesidades que tienen. Se hará énfasis en la importancia de acudir a estas visitas. A los "pacientes-terapeutas", se les explicará que su función será la de motivar a los demás pacientes de su propio pabellón, con el fin de descubrir las necesidades que les aquejan a ellos. La forma de llevar esto a cabo se decidirá en esta primera visita.

2. Despedida: Cuando falte el 25 por ciento de las visitas para el final del programa, se les recordará a los miembros del grupo de "pacientes-terapeutas", que el trabajo está por terminar y esto se repetirá en cada visita hasta la última de ellas.
3. Se procurará no aceptar objetos que rompan con los parámetros establecidos en el modelo, como por ejemplo, platicar más tiempo de lo debido, regalos etc.
4. Abstinencia: el estudiante procurará permitir que los miembros del grupo de pacientes-terapeutas, hablen una vez que se introdujo el tema con la amplitud y profundidad que lo deseen, escuchándolos atentamente y evitando emitir un juicio personal, moral o de otra índole que pudiera ser entendido como una crítica al paciente. El alumno intentará constituirse en objeto de afecto previsible, no demandante y no juzgante para el paciente.

En todo caso frente a la manifestación de un impulso, se procurará devolver su contenido (por ejemplo, si alguien agrade, no devolver la agresión, sino explicar que se está haciendo objeto de la

misma) lo que se logra gracias a la supervisión, que intenta descifrar los mensajes de la visita retransmitidos por el grupo de alumnos.

MECANICA DE LAS SESIONES DE SUPERVISION

Una vez realizadas las visitas semanales en el I.M.P., los alumnos tendrán una sesión de supervisión por semana. Esta deberá ser igualmente establecida en un día, lugar y tiempo fijos, será manejada por el supervisor y versará sobre el tema que el grupo elija, primordialmente sobre los acontecimientos de la visita, sus consecuencias individuales o de grupo u otro tema colateral. De hecho cualquier material que aparezca será importante para la experiencia. Se busca que el supervisor pueda apreciar tanto los cambios grupales significativos, como las desviaciones individuales (en relación con el grupo).

Otro de los objetivos de estas sesiones, es la detección de problemas en el hospital y la capacitación puesta en marcha de medios para resolver los mismos, siempre de acuerdo con las necesidades reales del grupo o de cada individuo en particular.

1. Fantasías: Los alumnos elaborarán una fantasía antes de cada visita al hospital y la entregarán en las sesiones de supervisión; éstas servirán de material de reflexión en dichas sesiones.

Esta fantasía previa grupal permite establecer un proceso de identificación y confrontación entre lo que el investigador supone que va a encontrar y lo que encuentra. Esto puede hacerse

escribiendo en una hoja de papel en blanco cómo se imagina que le va ir en la visita a la comunidad.

2. Informe: Se entregará mensualmente un informe de lo observado en el hospital psiquiátrico. El informe deberá contener tanto las observaciones y detecciones hechas por los pacientes como las conclusiones a las que llegaron los alumnos.

DEVOLUCION DE LA INFORMACION

El grupo de estudiantes junto con el supervisor, hará un resumen de la información acerca del hospital durante las visitas a la misma. Este informe se entregará al responsable del hospital, que tenga la posibilidad de utilizarlo en beneficio de los pacientes psiquiátricos.

EVALUACION

La evaluación se plantea como la acción co-responsable, para vindicar la consecución de los objetivos propuestos y el cumplimiento de los compromisos contraídos al principio del curso. Se trata de realizar un análisis crítico, tanto de los beneficios que el modelo produjo en los pacientes, como del efecto que la experiencia tuvo en los alumnos, en su búsqueda de identidad como psicólogos.

Se propone que la forma de llevar a cabo la evaluación sea a través de un estudio doble ciego. El evaluador deberá ser una persona que no participe de ningún modo en las actividades propuestas por el modelo. Esta persona visitará el hospital antes de que el programa se inicie, con el objeto de realizar historias clínicas. Terminado el programa el evaluador volverá al hospital a

realizar otra serie de historias clínicas. Ya teniendo las dos formas de historias clínicas, las comparará de modo que tenga la posibilidad de concluir si hubo o no mejorías. El marco de referencia será el criterio de salud mental basado en las teorías de la personalidad.

En cuanto al efecto que la experiencia tuvo en los alumnos, éstos la evaluarán junto con el supervisor en la última sesión de supervisión.

CONCLUSIONES

Como ya mencioné con anterioridad, el interés en realizar el presente trabajo, surgió durante mi participación en el Area de Terapia Ocupacional del Instituto Mexicano de Psiquiatría, (I.M.P.) donde tuve la oportunidad de establecer un contacto vivencial con los pacientes psiquiátricos.

A través de esta experiencia, observé que existen, tanto pacientes que poseen capacidades residuales que les permiten establecer relaciones interpersonales, con otros pacientes sin estas características. A partir de esto llegué a la conclusión de que es posible promover la relación interpersonal entre los pacientes a través de la primera opción.

Además de que la relación interpersonal es un elemento psicoterapéutico fundamental por lo que surgió la necesidad de promoverla. En este sentido, el proceso psicoterapéutico resulta ser de tipo educativo (o reeducativo) en donde no son los métodos, o las técnicas usadas por el terapeuta lo que facilita el cambio en términos de desarrollo personal, sino que lo esencial son ciertas características que algunos pacientes poseen (Blanco, 1980-81).

En base a esto surgió el interés de estructurar esta alternativa de tratamiento para los pacientes psiquiátricos hospitalizados fundamentado en un modelo de trabajo para el psicólogo clínico, sustentado en la convicción de que un acercamiento personal con los pacientes y el contacto interpersonal con ellos es más creativo y de mayor provecho para ambas partes que la tradicional relación impersonal.

Las principales actividades que el psicólogo clínico realiza: son el diagnóstico, la psicoterapia y la investigación clínica. El modelo propuesto abarca principalmente la función psicoterapéutica y, de alguna manera, la investigación.

Al plantear el presente modelo, por ningún motivo se pretende restarle importancia a la labor diagnóstica o a otro tipo de terapias en el campo de la psicología clínica dentro de un hospital psiquiátrico; sino por el contrario, se busca que la implementación del modelo se lleve a cabo, como un complemento a la labor del psicólogo en estas instituciones.

La labor diagnóstica que se realiza dentro de un hospital psiquiátrico es fundamental como primer paso en la asistencia del enfermo, pues en muchos casos de ésta dependerá el internar o no al paciente en la institución. Asimismo, el diagnóstico, proporciona elementos para tomar una decisión adecuada acerca del tipo de tratamiento que se le dará al paciente, tanto farmacológico como psiquiátrico y psicológico.

Es importante destacar que la labor psicoterapéutica del modelo propuesto no excluye la psicoterapia individual, que el psicólogo normalmente debe realizar en el hospital psiquiátrico. Este tipo de tratamientos siguen siendo requeridos por aquellos pacientes, que de alguna manera necesitan de una atención mucho más individualizada.

Uno de los alcances del modelo, que en esta tesis se propone, es su enfoque teórico-práctico, es decir, que se considera que la formación del psicólogo no debe ser sólo en el terreno informativo o de habilidades, sino que además debe tener como objetivo la integración de su personalidad, logrando

una adecuada identidad personal profesional. Se parte de la base de que la identidad del psicólogo es su instrumento básico y por lo tanto, la formación universitaria no debe dejar este aspecto a un lado.

Dado los resultados favorables que el aprendizaje integral trae consigo dentro de la formación del psicólogo, se propone que el plan de estudio universitario experimente con modelos de desarrollo social que resulten más humanos y al mismo tiempo más viables, que correspondan a lo que somos y se vinculen a la realidad nacional.

Asimismo, representa un esfuerzo por explorar nuevos métodos de enseñanza, sobre todo de la psicología en su calidad de ciencia social, métodos que permitan la integración del conocimiento teórico a una "praxis real y efectiva". Constituye también el intento de conformar un grupo de profesores capaces de promover desarrollo en sus educandos, por ser modelo tanto de calidad humana como profesional, como de afecto predecible y, lo que es más importante, de compromiso genuino con la comunidad.

La relevancia de este trabajo y una forma de cumplir con los objetivos propuestos es explorar en forma continua los métodos de enseñanza de la psicología y constituir un grupo de profesores en una comunidad promotora del desarrollo social, que trabaje en el equipo en base a una dinámica interdisciplinaria.

En lo que toca al modelo de desarrollo, se consideró la hipótesis formulada por Lartigue (1980), que considera las relaciones íntimas de afecto, y la vivenciación de las mismas, como el ingrediente más significativo para promover el desarrollo de los seres humanos, y afirma que una persona puede

promover el crecimiento de otras en la medida en que ella misma crezca; que el crecimiento que, paradójicamente, implica estar más diferenciado, individualizado e integrado y al mismo tiempo ser más capaz de entablar una comunicación profunda con otro.

Así también, este trabajo pretende ensayar alternativas para el mejor cumplimiento de las funciones de la Universidad, investigación, docencia y servicio, ya que mientras no se logre integrar la actividad científica, la conciencia humanista y la actitud de servicio, las respuestas de las ciencias, especialmente de las sociales, a los problemas humanos tanto individuales como comunitarios, seguirá siendo superficiales. La tarea ambiciosa pero no irrealizable, contempla la necesidad de desarrollo de tres comunidades: la de la población extra-universitaria, la de los universitarios mismos y la de los profesores.

Se considera que el modelo cumple con las características necesarias para poder responder adecuadamente a los problemas planteados anteriormente; así como el estar de acuerdo con la realidad de los hospitales psiquiátricos en México.

Este modelo responde a la necesidad de que la labor profesional abarque a una población mayor, desde el momento en que el psicólogo trabaja con un grupo de pacientes del hospital. El psicólogo clínico, desarrollando una actividad más, dentro de su campo de acción en un hospital psiquiátrico, al llevar a cabo el modelo, promueve el desarrollo de las potencialidades de los enfermos mentales hospitalizados.

Un aspecto importante a este respecto, es el hecho de que a través de este modelo se pretende trabajar con la parte sana de la personalidad del paciente; con aquella parte que ha quedado intacta y que es posible explotar. No se pretende curar los síntomas patológicos del paciente de manera directa, a pesar de que el desarrollo de las capacidades puede influir en este mejoramiento.

El modelo ha sido propuesto para ser llevado a cabo por el psicólogo clínico tanto a nivel estudiantil como a nivel profesional. Sin embargo, se pretende que este modelo, pueda ser llevado a cabo también por otros grupos de profesionales que estén capacitados e interesados en trabajar en el campo de la salud mental.

Por último, se espera que este trabajo sea objeto de otras investigaciones, que intenten probar prácticamente el modelo, y retroalimentarlo ya sea para comprobar su efectividad, para mejorarlo o incluso para establecer sus limitaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, G. Notas para la historia de la psicología en México. Material inédito, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1980.
- Amigo, C. Memorias del IV Congreso Mexicano. Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. México, Edit. Trillas, 1985.
- Bandura, Modificación de conducta, México, Edit. Trillas, 1978.
- Bellak & Small. Psicoterapia breve y de emergencia. México, Librería Carlos Cesarman, 1977.
- Biro, C. No todos los pobres son iguales. México, Diógenes, 1980.
- Biro, C., Lartigue María Teresa & Cueli, J. Comps. Tres comunidades en busca de su identidad. México, Alhambra, 1981.
- Blanco, R. & Moreno, S. Un enfoque humanista en la enseñanza de la Psicología. DIDAC, Boletín del centro de didáctica de la Universidad Iberoamericana, México, 1979.
- Bohoslavsky, R. Orientación Vocacional. La estrategia clínica. Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.

Calderón, G. Hospitales Psiquiátricos en México, desde la colonia hasta la actualidad. Revista Mexicana de Neurología y Psiquiatría, 1966, 7 No. 3.

Calderón, G. Las Instituciones Médicas en el problema de la Salud Mental en México. Psiquiatría. Organó oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., 1968, 1 No. 1.

Cappon, J. El movimiento de encuentro en la psicoterapia de grupo. México, Trillas, 1978.

Cueli, J. & Biro, C. Psicocomunidad. México, Prentice Hall. International, 1975.

Cueli, J. Psicoterapia Social, Trillas, 1989.

Cueli, J. Dinámica del marginado. 1, México, Alhambra, 1980.

Dana, R. Teoría y Práctica de la Psicoterapia Clínica. Buenos Aires, Paidós, 1966.

De la Fuente, R. El Instituto Mexicano de Psiquiatría. Funciones y programas generales. Revista sobre investigación y enseñanza, 1996.

Díaz Guerrero, R. Highlights in the history of psychology in México. Paper presented at the XXII International Congress of Psychology, Leipzig German Democratic Republic, 1980.

Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
Documento Interno. Material Inédito. México, 1980.

Fagan, J. & Lee Sh, Irma (Ed) Teoría y Técnica de Psicoterapia Guestáltica.
Buenos Aires, Amorrortu.

Fernández del Castillo, F. El Hospital de San Hipólito en la Historia General y
en la Historia de la Medicina en México. 1956.

Fernández del Castillo, F. Bernardino Alvarez, iniciador de la atención
Neuropsiquiátrica en México. Cuarto Centenario del Primer
Manicomio en América. (1566-1956). Gaceta Médica de México,
1966, XCVI.

Fernández del Castillo, F. Bernardino Alvarez, fundador del primer manicomio
en América (nov. de 1566). Reimpreso de semana médica de
México, 1966, año XIII, L, No. 639.

Foulkes, Psicoterapia Grupoanalítica, 1981.

Garfield, S. Psicología Clínica. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1979.

González Mariscal, J. & González Mariscal, G. Hospitales para enfermos
mentales en la colonia. Salud Pública Mexicana, Epoca V, 1966,
11, No. 3.

- Gutiérrez, E. Pozos, P. "Actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo". Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Licenciatura, 1983.
- Jiménez, E. Bernardino Alvarez: Su vida y su obra. Prensa Médica Mexicana. 1972. Año XXXVII, Nos. 11 & 12.
- Kaplan, H. & Sadock, B. Comprehensive Group Psychotherapy. Baltimpre, The Williams & Wilkins Company, 1971.
- Kaplan, H. & Sadock, B. Terapia de grupo, Editorial Médica Panamericana, 1996.
- Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. México, 1990.
- Marcín, C. Integración de casos clínicos. Apuntes. Material Inédito.
- Mensh, I. Psicología Clínica. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Moffatt, A. Psicoterapia del Oprimido. Buenos Aires: Librería ECRO S.R.L., 1974.
- Pardinas, F. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. México: Siglo XXI, 1977.
- Pérez Gómez, A. Psicología Clínica. Trillas, 1981.

Pérez Rincón, H. Breve Historia de la Psiquiatría en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.

Psicología UNAM (Ed) Hacia el cambio curricular. Diagnóstico del Curriculum Actual de la Facultad de Psicología. Edit. Cromo C. 1997.

Ramírez Moreno, S. Datos históricos sobre manicomios y psiquiatría en México. Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. 19834, 1, No. 1.

Ramírez Moreno, S. Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica. Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. 1935, 11, No. 7, Medicina Legal.

Ribes Iñesta, E. Psychology in Mexico. American Psychologists. 1965, 23, No. 8.

Ribes Iñesta, E. Some recent developments in psychology in Mexico. American Psychologists. 1975, 30, No. 7.

Robles, O. Panorama de la Psicología en México. Pasado y Presente. Filosofía y Letras. 1952, Nos. 45-46.

Rogers, C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires. Paidós, 1961.

Rotter, Laura, H. Escuela Bernardino Alvarez. Breve reseña de sus funciones con motivo de la conmemoración del IV centenario de la iniciación de la asistencia psiquiátrica en América. Reimpreso de semana Médica de México, 1966, año XIII, L, No. 639.

Schraml, W. Psicología Clínica, Barcelona, Herder, 1975.

Somolinos, G. Historia de la Psiquiatría en México. México. SEP. 1976.

Serra Padilla, C. El campo de trabajo del psicólogo clínico en México. Memorias del IV Congreso Mexicano, Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. Trillas, 1985.

Velasco, A. Actitudes Sociales y Legales ante el enfermo mental. Evolución Histórica. Psiquiatría, Organo Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. 1968. 1, No. 1.

Velasco, S. Ceremonia Conmemorativa del IV Centenario de la Fundación del Primer Hospital Psiquiátrico fundado por Bernardino Alvarez. Reimpreso de Semana Médica de México, 1966, año XIII, L, No. 639.

Watson, R. The clinical method in psychology. New York, Science Editions, 1963.

Wolberg, L. The Technique of psychotherapy. (Part One). USA. Grune & Stratton, 1977.