



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA QUE INICIAN SU SERVICIO SOCIAL EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO.

REPORTE LABORAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARTHA LETICIA ROSAS LAURRABAQUIO

DIRECTORA : LIC. MA. DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA

REVISORA: LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS

A los dos más grandes amores de mi vida, mis hijos Alan y Christian por compartir la maravillosa experiencia de aprender a vivir.

A mis padres, por su valiosas enseñanzas, esfuerzos y amor.

A mis hermanos y demás familiares, por su lucha constante y tenaz.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I CONTEXTO LABORAL.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO.

1. Visión Prehispánica de la Psiquiatría.
2. Asistencia Psiquiátrica en la Colonia.
3. Construcción del Manicomio General la Castañeda.
4. Operación Castañeda.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

1. Subdirección de Hospitalización.
2. Subdirección de Servicios Ambulatorios.
3. Subdirección Administrativa.
4. Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
 - 4.1. Departamento de Investigación.
 - 4.2. Departamento de Capacitación.
 - 4.3. Departamento de Enseñanza.
 - 4.4. Coordinación de Servicio Social, Prácticas y Visitas Académicas al hospital.
 - a) Objetivo General.
 - b) Objetivos específicos.
 - c) Funciones
 - d) Actividades.
 - e) Areas de Servicio Social y Prácticas para estudiantes de Psicología.
 - f) Recursos.

CAPITULO II MARCO TEORICO.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

1. Modelo Sociocultural.
2. Modelo legal.
3. Modelo Ideal.
4. Modelo Estadístico.
5. Modelo Clínico.
6. Modelo Médico.
7. Modelo Psicoanalítico.

8. Modelo Conductual.
9. Modelo Humanista.
10. Modelo Sistémico.

DOS PERSPECTIVAS SOCIOCULTURALES

1. Perspectiva de Erick Fromm.
2. Perspectiva de Thomas Szasz.

REFLEXIONES SOBRE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

ACTITUD.

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

INVESTIGACIONES SOBRE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

CAPITULO III PROCEDIMIENTO.

1. Recepción de los aspirantes a realizar su Servicio Social.
2. Evaluación.
3. Aplicación de instrumentos y entrega de documentación.
4. Aceptación de Servicio Social.
5. Curso Propedéutico.
6. Distribución y asignación de área de acuerdo al Programa de Servicio Social seleccionado.
7. Seguimiento.
8. Terminación de Servicio Social.

CAPITULO IV RESULTADOS

CAPITULO V DISCUSIÓN Y CONCLUSION.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

REFERENCIAS.

ANEXOS.

INTRODUCCIÓN.

Los inicios de este trabajo se remontan a un interés que surge de la experiencia profesional y personal cotidiana con pacientes psiquiátricos y sus familias, al observar la dificultad que representa para muchas personas el acercamiento y entendimiento de las enfermedades mentales y las instituciones psiquiátricas.

El desarrollo profesional en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", me ha permitido estar en contacto con numerosas personas: pacientes, familiares, amigos de pacientes, estudiantes de diferentes carreras, personal del hospital, invitados profesionales de otras instituciones, que aún muestran mitos, fantasías e incluso actitudes de un cierto rechazo hacia lo que representa para ellos la enfermedad mental. Sin embargo, también he observado como cambia su percepción al tener un mayor contacto y conocimiento del Hospital.

Las actividades que se describen en el presente trabajo, se circunscriben en la Coordinación de Servicio Social y Prácticas Profesionales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y como una función importante de la misma, se encuentra la evaluación de las expectativas y actitudes hacia la enfermedad mental de los estudiantes de Psicología que inician su servicio social.

Por lo anterior, la presentación del Reporte Laboral tiene como objetivo fundamental mostrar las expectativas y las actitudes hacia la enfermedad mental que presentan los estudiantes de Psicología de diferentes instituciones educativas de la Ciudad de México, tanto públicas como privadas que se inscribieron de enero a agosto del 2003 para realizar su servicio social en el Hospital.

En este periodo, ingresaron 55 estudiantes, a los cuales se les aplicaron dos instrumentos antes de iniciar su Servicio Social: La Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental de Taylor y un Cuestionario de Expectativas sobre el Servicio Social, con la finalidad de obtener un panorama general de la población estudiantil que realiza su Servicio Social y establecer estrategias de acuerdo a sus necesidades.

Encontramos algunas diferencias de actitud hacia la enfermedad mental en las variables: edad, sexo, escuela pública y escuela privada, que se detallan con más precisión en el apartado de resultados.

El servicio social surge con dos propósitos fundamentales: vincular al estudiante con su entorno y devolver en forma de acción social, los beneficios que recibió durante su preparación. Los planteamientos iniciales en México, fueron realizados por estudiantes que luchaban por la autonomía universitaria en 1929 y por maestros como Antonio Caso y el Lic. Enrique Gómez Morín.

En el área de la salud y principalmente en la carrera de Medicina y Enfermería, los antecedentes se remontan a casi desde el inicio de los cursos en las primeras instituciones educativas que los impartieron cuando el Estado facilita el uso de las instalaciones hospitalarias y los edificios para la enseñanza. Con estos antecedentes se gestiona la formalización del servicio social de Medicina en 1936, mediante la firma del convenio en el que participaron el entonces Departamento de Salubridad y el Rector de la Universidad Nacional. En dicho documento se estableció como requisito previo a la titulación.

En 1944 se inició formalmente el servicio social en el Instituto Politécnico Nacional, incorporándose a esta actividad la carrera de Enfermería y en cumplimiento a la Ley Reglamentaria del artículo 5º. Constitucional publicada en el Diario Oficial en 1945, se fueron agregando Odontología y posteriormente los estudiantes de otras disciplinas.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" pertenece a la Secretaría de Salud, es una institución de tercer nivel de atención, con la mayor capacidad hospitalaria de su tipo en el país. Se ha caracterizado por ser un "hospital-escuela", ya que desde su inauguración en 1967, ha sido formadora de recursos humanos especializados en el área de la salud mental. Recibe un promedio anual de 3000 estudiantes, para realizar visitas académicas, prácticas clínicas, clases, talleres, residencia médica para la especialidad en Psiquiatría y prestadores de servicio social de las carreras de Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Dietología, Laboratorio Clínico, Odontología, Pedagogía, Computación, Administración, Contaduría y otras.

El servicio social en el hospital se ha ido incrementando gradualmente desde el inicio de la actividad clínica hospitalaria, se formalizó con mayor precisión en 1990, estableciendo convenios con instituciones académicas de nivel superior y medio superior. A partir de 1998, se reestructuran los programas de servicio social y se inician los cursos propedéuticos para los estudiantes en donde ellos tienen una visión contextual y general de los objetivos y actividades del hospital y específicamente del área en la cual desarrollarán sus funciones.

Es importante crear espacios específicos en donde los estudiantes en servicio social tengan la oportunidad de externar sus opiniones, fantasías, temores acerca de la enfermedad mental y los hospitales psiquiátricos.

Diversas investigaciones reportan la influencia del comportamiento de los profesionales de la salud en los pacientes y familiares, a tal grado que este trato afecta la rehabilitación del paciente psiquiátrico.

Así mismo, se ha encontrado que no existe mucha diferencia entre las opiniones, mitos, fantasías y actitudes de los profesionales, de las que tienen los familiares de los pacientes y la población abierta. Esto no solo afecta a los pacientes sino también a los profesionales de la salud mental que muestran demasiada ansiedad

y actitudes defensivas en su relación profesional con los pacientes psiquiátricos y sus familiares.

De lo anterior se desprende la importancia de trabajar con los estudiantes de Psicología que están por terminar su carrera e iniciar un desarrollo profesional, de tal manera que realicen su servicio social con mayores recursos teórico-prácticos y sobre todo afectivos que les permitan contender con sus propios miedos y ansiedad.

El presente trabajo, contiene en el capítulo primero el contexto laboral que incluye la Historia de la Psiquiatría en México y el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". El Capítulo segundo se refiere al marco teórico, se revisan los diferentes modelos que explican los conceptos de salud y enfermedad mental, además de dos perspectivas contemporáneas. Asimismo, se exponen los conceptos de actitud, actitud hacia la enfermedad mental y una revisión de investigaciones al respecto.

En el capítulo tercero, se encontrará el procedimiento de las actividades realizadas en la Coordinación de Servicio Social y Prácticas Profesionales. En el capítulo cuarto se presentan los resultados. El capítulo quinto contiene la discusión y conclusiones. Finalmente se presentan las limitaciones y sugerencias.

CAPITULO I CONTEXTO LABORAL.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO

1. Visión Prehispánica de la Psiquiatría.

Los pueblos primitivos de México, como los del resto del mundo, contaron entre sus problemas patológicos con cuadros clínicos que hoy encajarían por completo dentro de lo que abarca la especialidad psiquiátrica entendida a nuestro modo moderno de clasificar y enfermedades. Desde la más remota antigüedad el hombre padeció, en forma global, las mismas entidades patológicas que le siguen aquejando, hubo infecciones, parasitosis, procesos tumorales, accidentes quirúrgicos y naturalmente, sufrió también padecimientos capaces de alterar el comportamiento y la conducta. Su equilibrio emocional estuvo sometido a las mismas pruebas que siempre afectaron lo que para nosotros es la **PSIQUIS** o alma y sus reacciones ante estas situaciones fueron similares por su propia esencia humana a las que podemos encontrar hoy con independencia de conceptos o estados ideológicos. Somolinos (1976).

Esta no es una característica propia del pueblo mexicano. Todas las civilizaciones, incluyendo a la griega en períodos presocráticos y hasta hipocráticos, pasaron por etapas culturales en las que el componente mágico de su actividad social sobrepasó a la acción lógica y razonada.

No debe sorprendernos que el pueblo mexicano, cuando tenía que enfrentarse a un problema de grupo o persona, actuara en forma parecida. Todas las viejas crónicas señalan la consulta a los dioses, la práctica de sacrificios y las interpretaciones de augurios como elementos fundamentales para establecer el comportamiento a seguir.

Esta actividad, conocida extensamente a nivel de grupos enteros, tenemos también que buscarla al nivel individual, y aquí es donde podemos descubrir la acción terapéutica que ciertos hombres de la comunidad ejercitaron, bajo formas que hoy llamaríamos Psiquiátricas, sobre individuos cuya situación anímica estaba alterada por hechos o acontecimientos capaces de trastornar su equilibrio emocional.

Al parecer no se cuenta con ningún escrito de tipo médico anterior a la conquista. Sin embargo, existen dos documentos posteriores importantes que contienen información sobre los tratamientos médicos. Uno es el Códice de la Cruz-Badiano cuyo verdadero título es: Libellus de medicinalibus indorum hervís, redactado en

latín y trata de los diferentes conocimientos terapéuticos indígenas de México para las más diversas enfermedades.

El otro escrito, más extenso son los famosos Textos de los Informantes de Sahagún, redactados en náhuatl por indios plurilingües, que recolectaban en su escrito los datos proporcionados por los ancianos que habían sido testigos de la grandeza náhuatl anterior a la conquista.

El investigador Alfredo López Agustín (1969), realizó la traducción al castellano, lo que ha facilitado su estudio. Una vez con el texto indígena vertido al castellano, se descubre que en el contenido de dicho libro, aparecen una serie de situaciones presentes en la mentalidad indígena prehispánica, provocadas por creencias mágicas tradicionales, convertidas en augurios, más o menos similares a los presentes en otras culturas, pero cuya existencia, mantenida por una fe inalterable sobre su realidad, da lugar, en ocasiones, a que el ser afectado por dicha situación caiga en cuadros claramente psicóticos, que aparecen descritos en el texto, junto con la técnica empleada para hacerle salir de ese estado.

Naturalmente no todas las supersticiones recogidas en el libro son capaces de crear estados patológicos de la mente, ni hay que suponer que todos aquellos afectados por un augurio desfavorable habían de trastornarse.

El fondo activo de estos augurios es puramente mágico, basado en creencias empíricas y tradicionales, pero su efecto sobre las mentes que los sufrían, es indudable; los llevaba a enfermar de esa alma, cuyo concepto no había alcanzado, pero cuya realidad estuvo presente en todos los seres humanos desde su origen. Somolinos (1976)

La misma fuente informativa nos relata como el hombre afectado por una augurio-siempre amenazador o desagradable- acudía para consolarse, para recuperar su tranquilidad, para conjurarlo, a los servicios del intérprete de los destinos, el tonalpouhqui, que mediante palabras suaves, le explicaba los motivos del augurio, indicaba lo que era necesario reunir como remedio, le ofrecía su ayuda para ofrendar al Dios que había enviado aquella señal de su enojo y en conjunto brindaba sus buenos servicios para hacer cambiar la voluntad divina y liberar al paciente.

En una sociedad comunal, sometida a influjos mágicos y divinos –aparentes en todos los actos de su vida-, la presencia del enfermo indica, por el mismo hecho de su situación patológica, la infracción de preceptos que rigen la sociedad, por alguno o algunos de los actos producidos en el seno de la comunidad. Este quebrantamiento de las normas se refleja en el buen curso de las cosechas, en los resultados de la guerra, en los fenómenos atmosféricos y en general, en todas las manifestaciones vitales del grupo, por lo cual, el enfermo perjudica al grupo y su salud debe ser recuperada lo antes posible.

Una parte importante de estos ejemplos es la curación verbal, el influjo que sobre la víctima de esta situación tenía por la simple acción de la palabra el curandero, o la persona con autoridad moral a la que se debía acudir para obtener su recuperación. Este hecho de la curación por medios psicoterapéuticos, en los que se emplea como única terapéutica la palabra expresada con autoridad suficiente para modificar el pensamiento y la acción del enfermo, podríamos englobarlo dentro de actividades que se realizan en la Psiquiatría y la Psicología. Esto es un descubrimiento reciente dentro de los estudios de la medicina prehispánica, es decir, utilizaban la palabra como métodos terapéuticos para personas con trastornos psíquicos o emocionales.

Los datos anteriores ponen de manifiesto la importancia que en el medio cultural prehispánico tuvieron los métodos de tratamiento en los que por encima de fármacos o manipulaciones se buscaba la fuerza psicológica del encargado de curar como el método más eficaz para conseguir la curación. No es algo exclusivo de los pueblos prehispánicos este aspecto terapéutico, fundado en métodos psicoterapéuticos. Casi todos los pueblos de la antigüedad tenían sistemas muy similares, incluso en civilizaciones tan avanzadas como la Grecia clásica. Laín (1958).

Algunos autores señalan que no es posible equiparar las prácticas mágicas de los médicos indígenas a las modernas técnicas psiquiátricas, debido a que el fondo y el concepto de ambos quehaceres médicos son radicalmente distintos, sin embargo el médico prehispánico tuvo que enfrentarse a situaciones similares a las que se enfrentan los psiquiatras actuales y supo manejarlas con técnicas y métodos de acuerdo a su ideología, cosmovisión y sus circunstancias.

2. Asistencia Psiquiátrica en la Colonia

Los españoles impusieron al pueblo mexicano su idioma, su religión sus instituciones políticas, su organización social y económica, sus fundaciones culturales, su arte e incluso su manera de vestir. Sin embargo la fuerte personalidad del pueblo conquistado y la rápida fusión física de ambas razas impidió la destrucción del elemento autóctono, vemos que surge una amalgama cultural en la que los elementos indígenas se infiltran en la mentalidad dominadora, modificándola en muchos aspectos.

Todo aquel mundo esotérico, mágico presidido por un multiforme pensamiento con influencias omnipotentes, regido por una minoría teocrática y sacerdotal, inmerso en el miedo al más allá, cae para ser sustituido por el pensamiento cristiano, impuesto de manera inobjetable y presente con absoluta firmeza, fe y unidad de criterio, hasta en la más mínima acción.

Durante los años en que México está administrado por la corona española mediante funcionarios e instituciones de España, tiene como fondo emotivo y de acción, la práctica de los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo. Bajo estos lineamientos se pueden agrupar los hechos relacionados con la asistencia de enfermos psiquiátricos en la época colonial.

La medicina no alcanza en esos siglos a deslindar con claridad las manifestaciones psiquiátricas de otras en las que la obnubilación mental, los trastornos de conducta y las alteraciones de la personalidad, están ocasionadas por procesos diferentes a los que hoy consideramos eminentemente psiquiátricos.

El comportamiento irregular de los pacientes y la ausencia de una terapéutica eficaz hacen que el médico suela desentenderse de estos casos no solo en México sino en el mundo entero, de tal manera que son abandonados a su suerte o encuentran asistencia o cuidados gracias al interés de personas caritativas o instituciones cristianas de gran fe religiosa.

En los pocos estudios publicados sobre aspectos psiquiátricos en los años virreinales, se consideran como eje y base de todos ellos, dos acontecimientos de tipo asistencial que son: la fundación en 1560 del Hospital de San Hipólito por Bernardino Álvarez y el insólito caso del carpintero José Sayazo, al convertir su propia casa en asilo de enfermos, transformándose en el hospital de la Canoa o del Divino Salvador en 1680.

El de San Hipólito es la primera institución para el cuidado de enfermos mentales que se crea en América. Bernardino Álvarez trabaja incansablemente en su obra, la amplía, busca colaboradores, rechaza toda clase de ayuda interesada y decide tener como único guía su fe religiosa. Nunca alcanzó Bernardino Álvarez su deseo de ver convertida su congregación en orden religiosa, sin embargo ese retraso no impidió la continuidad de la obra, su extensión y desarrollo por todo el territorio de la Nueva España e incluso en la isla de Cuba.

Alrededor de estos dos hechos se mueve toda la asistencia psiquiátrica colonial, casi siempre ausente de figuras médicas y atendida por la compasión y la caridad de particulares y de instituciones religiosas.

Cabe mencionar, que la figura de Bernardino Álvarez, representa una de las psicologías más características del pueblo español en esos siglos. Somolinos (1976), menciona que durante los primeros años de la dominación española, llegan a México cuatro tipos de españoles: el conquistador, el idealista, los místicos y el "pícaro". Este último, es tal vez la figura más popular y al mismo tiempo la más literariamente española.

El "pícaro" cristaliza en obras como El Lazarillo, El escudero de Marcos Obregón o Guzmán de Alfarache, los criados de Calixto en La Celestina, e incluso el mismo

Sancho, con su realidad práctica frente al idealismo de don Quijote, es un ejemplo de "pícaro".

Pues bien, lo que sabemos de la vida de Bernardino Álvarez, es suficiente para identificar que era un típico ejemplo de esa casta de españoles que con los otros tres mencionados vino a poblar América. Era aventurero, osado, como militar fue más heroico en mancebías y apuestas de juego que en la lucha con los chichimecas. Aunque aparentemente era poco religioso, tenía un profundo fondo místico, que se hace evidente en sus crisis de arrepentimiento y expiación. Probablemente no podría explicarse la abnegación, la fuerza, ni la trascendencia que supo imprimir a su obra si no conociéramos el antecedente de su vida mundana, andariega, entre pendencias y burdeles, cuando decide cambiar su vida anterior y entregarse a los necesitados.

La obra de Bernardino Álvarez es tan importante, que condensa el quehacer psiquiátrico de su época y permitió que desde entonces hasta hoy, se le reconozca como el introductor o más bien el fundador de la atención psiquiátrica en México.

3. Construcción del Manicomio General la Castañeda.

Otro antecedente importante para la construcción de la Castañeda, se relaciona con la administración de los servicios asistenciales por parte de una entidad gubernamental. En este caso la Dirección General de la Beneficencia Pública, dependiente de la Secretaría de Gobernación, a partir de las Leyes de Amortización de los Bienes Eclesiásticos, como resultado del triunfo de los liberales sobre los conservadores y de la nueva Constitución de 1867, prohibía la prestación de este tipo de servicios a los particulares en general y asociaciones religiosas. Rodríguez (1996).

Por lo tanto, las administraciones de la orden de los Hipólitos y de la Beneficencia Privada que administraba el Hospital de la Canoa pasaron a la administración pública a partir de 1867.

Desde 1884 se empiezan a realizar estudios para edificar un Manicomio en la Ciudad de México. El Dr. Román Ramírez, al parecer se basó en las experiencias norteamericanas, inglesas, francesas y especialmente en lo que ocurría en Bélgica en aquellos años.

Asimismo, el entonces Secretario de Gobernación Gral. Manuel González Cosío nombra una junta para proyectar el Manicomio para la Ciudad de México.

La tesis central del equipo que proyectó esta creación, gira en torno al dilema de aislar vs liberar a los enfermos mentales, esto último en dos modalidades: colocándolos a vivir con familias o ubicándolos en colonias de enfermos mentales.

Los comisionados reconocen que en Europa y América “ todas las escuelas profesan las mismas doctrinas en Psiquiatría y el aislamiento se juzga como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados”. Rodríguez (1996).

Es así que en 1910, Porfirio Díaz inaugura el Manicomio General la Castañeda, el cual logró albergar alrededor de tres mil pacientes. Principalmente se dedicó un espacio social específico para vigilar, aislar, observar y clasificar a la locura y adoptó una propuesta terapéutica de tipo moral.

Con el paso del tiempo esta propuesta se convirtió en insuficiente e inadecuada para la atención de enfermos mentales. En los años 60s, se lleva a cabo lo que se conoce como Operación Castañeda, un dispositivo hospitalario para redistribuir a los pacientes.

4. Operación Castañeda

El Manicomio fue diseñado para atender a 1000 enfermos como máximo, pero por falta de otros centros de atención llegó a albergar a cerca de 3500 ya que siempre cumplió su función asistencial y nunca rechazar a ningún enfermo, sin embargo el tiempo, la falta de mantenimiento y cuidados lo convirtieron en algo obsoleto.

Al superarse el concepto del asilo y surgir nuevas terapias se inicia la búsqueda de opciones para atacar las problemáticas que la Castañeda significaba, durante 1944 se abre la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales de León, Gto.

Entre 1960 y 1964, el éxito que representó la Granja de León origina el establecimiento de seis hospitales granja nuevos en diferentes regiones del país, sin embargo estos hospitales pronto mostraron sus limitaciones.

Hacia 1965 la cobertura para la atención psiquiátrica era insuficiente y su proyección como especialidad científica era muy reducida a pesar que ya se habían abierto seis hospitales granja.

Para solventar esta situación, en 1965 se diseñó un proyecto denominado Operación Castañeda que tenía como objeto modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía el D. F. y sus alrededores.

El proyecto arquitectónico fue encomendado a la Comisión Constructora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La propuesta señalada como óptima por el grupo de evaluación incluía las siguientes instalaciones que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda.

- ❖ Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con 600 camas para enfermos mentales agudos. México, D.F.
- ❖ Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con 200 camas. México, D.F.
- ❖ Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" con 519 camas. México D.F.
- ❖ Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" con 495 camas. Estado de Puebla.
- ❖ Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nieto" con 524 camas. Estado de México.
- ❖ Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza" con 620 camas para enfermos crónicos. Estado de Hidalgo.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

El Hospital Psiquiátrico "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" es una institución de tercer nivel que pertenece a la Secretaría de Salud, dedicada a brindar atención especializada a la población abierta en edad adulta de ambos sexos que demanda servicios de salud mental de alta calidad en un ambiente de respeto. Cuenta con la infraestructura física, técnica y humana para atender padecimientos psiquiátricos agudos o crónicos agudizados, ofreciendo alternativas de manejo en hospitalización continua, consulta externa, hospital parcial de día, rehabilitación y servicios comunitarios. Tiene una capacidad hospitalaria de 600 camas.

Objetivos Generales:

Realizar prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que sufren diversas enfermedades mentales.

Promover y preservar la salud mental de la población.

Proporcionar enseñanza y capacitación de vanguardia.

Realizar investigación científica en el campo de la salud mental.

Dentro del Sector Salud en México, la Secretaría de Salud es la que cuenta con más hospitales psiquiátricos en el país (25); el más grande de ellos por su capacidad de atención y vanguardia es el HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", ubicado en la zona de hospitales en Tlalpan, D.F.

Las enfermedades mentales con mayor frecuencia que se atienden en esta institución son: diferentes tipos de esquizofrenia, síndromes cerebrales secundarios a fármacodependencia, trastornos afectivos, trastornos bipolares, trastornos graves de la personalidad, epilepsias, etc.

El abordaje es integral, incluyendo acciones preventivas, diagnósticas, de tratamiento y rehabilitación, con la finalidad de lograr la reinserción social del paciente psiquiátrico a su medio familiar, social y laboral con una mejor y más permanente calidad de vida.

El hospital se inauguró el 9 de mayo de 1967, como una institución dedicada a la atención psiquiátrica, de enseñanza e investigación y desde entonces ha habido modificaciones y avances en el quehacer cotidiano. Tiene alrededor de 900 empleados, en el área técnica se cuenta con Médicos Psiquiatras, Psicólogos, personal de Enfermería y Trabajo Social que conforman el equipo de salud mental,

asimismo se cuenta con especialidades en Neurología, Medicina Interna, Ginecología, Estomatología Psiquiátrica, Cirugía, Dietología, Electroencefalografía y Mapeo Cerebral, Laboratorio Clínico y Rayos x. En el área administrativa, trabajan Contadores Públicos, Licenciados en Administración, Abogados, Ingenieros, Secretarias y personal Administrativo, de Mantenimiento e Intendencia.

Este hospital labora en forma ininterrumpida, las 24 horas los 365 días del año teniendo como normas:

Respetar la dignidad del enfermo proporcionando una atención cálida a él y su familia.

Incrementar la calidad de los servicios impartidos.

Promover la participación de la familia en la atención y rehabilitación de sus enfermos.

Actualmente cuenta con cuatro subdirecciones, las cuales se dividen en departamentos y servicios para cumplir con su funcionamiento. Describiremos brevemente las funciones de todas las subdirecciones y detallaremos con mayor precisión las actividades de la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación por ser el área de la que depende la Coordinación de Servicio Social y Prácticas Profesionales.

1. Subdirección de Hospitalización.

Su función es supervisar y coordinar las actividades de los servicios de atención médica integral de las áreas de Hospitalización Continua, Urgencias, Unidad de Psicogeriatría, Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos, Medicina Preventiva y el Servicio de Especialidades.

Hospitalización Continua.

Realiza la atención Médico Psiquiátrica y psicosocial a pacientes que requieren internamiento continuo, abordando los aspectos psicofarmacológicos, psicoterapia individual y grupal, orientación a familiares, manejo grupal de actividades terapéuticas y rehabilitación integral, con la finalidad de reintegrar lo más pronto posible al paciente a su medio familiar y comunitario. La hospitalización es una fase en la estrategia del tratamiento del paciente, ya que al reintegrarse recibe atención en otros servicios.

Urgencias.

Es el primer contacto del paciente con el hospital. Ofrece la atención oportuna e inmediata a las urgencias psiquiátricas las 24 horas de los 365 días del año. La valoración de urgencias es importante para la canalización y referencia de los pacientes a otros servicios del hospital o instituciones.

Unidad de Psicogeriatría.

Atiende en forma integral a los pacientes mayores de 55 años en la modalidad de internamiento y ambulatoria, reintegrándolos a su vida familiar y social.

Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos.

Se encuentra en el primer piso del hospital y cuenta con 20 camas censables para atención de intercurrencias médicas y psiquiátricas, así como brindar cuidados especiales a los pacientes que lo requieran.

Servicio de Especialidades.

Brinda atención médica de diversas especialidades a los pacientes enviados por los diferentes áreas del hospital para lograr un manejo integral. Se cuenta con los servicios de: Odontología, Dietología, Neurología, Psicología, Ginecología, Oftalmología, Electroencefalografía y Mapeo Cerebral, Rayos X, Laboratorio Clínico y Medicina Interna.

2. Subdirección de Servicios Ambulatorios.

Ofrece atención a todos los pacientes no hospitalizados y a sus familiares a través de los servicios de Consulta Externa, Hospital Parcial de Día, Hospital Parcial de fin de semana, Psiquiatría comunitaria y Rehabilitación en los turnos matutino, vespertino y fin de semana. Estos servicios son importantes, porque continúan con el tratamiento del paciente una vez que es dado de alta, aportando alternativas no tradicionales de atención psiquiátrica, psicoterapéutica, lúdica y ocupacional, acciones rehabilitatorias donde la participación de la familia es fundamental, lo que favorece la paulatina reinserción del paciente a una vida familiar, social y laboral de mejor calidad, aumentando la funcionalidad, evitando recaídas y disminuyendo el costo de estancia hospitalaria.

3. Subdirección Administrativa.

Esta área se encarga de supervisar y coordinar las oficinas de recursos humanos, recursos financieros, recursos materiales, control presupuestal, inventarios, el almacén general y servicio generales.

4. Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.

Esta área coordina, promueve y supervisa las actividades de formación de recursos humanos en salud mental, desarrollo de líneas de investigación en salud y la capacitación del personal del hospital. También coordina actividades académicas y científicas como congresos, jornadas de las diferentes áreas, cursos, talleres, diplomados y participación en eventos nacionales e internacionales. Asimismo, coordina y supervisa la edición de la Revista Psiquis, la cual es el órgano de difusión de artículos de investigación, es publicada bimestralmente y distribuida a nivel nacional e internacional. Asimismo, esta subdirección coordina y supervisa las actividades de la Biblioteca y la Unidad de Informática, enfocada a optimizar el gran volumen de información que maneja el hospital. La subdirección se divide en tres departamentos: enseñanza, investigación y capacitación.

4.1 Departamento de Investigación.

Es el servicio encargado de fomentar, coordinar, desarrollar y supervisar líneas de investigación en el área de la salud mental, para obtener resultados que permitan incrementar la calidad de la atención.

4.2 Departamento de Capacitación.

Es el servicio encargado de organizar, coordinar y desarrollar actividades para el adiestramiento que requiere el personal del hospital para optimizar el desempeño de sus labores. Organiza cursos, talleres, diplomados con temáticas relacionadas con la salud mental y de acuerdo a la detección de necesidades de capacitación del personal.

4.3 Departamento de Enseñanza.

Desde su inauguración, el hospital ha sido formador de recursos humanos (residencia para la especialidad en psiquiatría, servicio social y prácticas profesionales), dedicados a la atención integral del enfermo mental y su familia, por lo cual esta área tiene como función primordial coordinar y vincular las actividades de enseñanza con las actividades clínicas de los estudiantes de pregrado y posgrado en Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Laboratorio Clínico, Técnicos en Terapia Física y Terapia Ocupacional, Dietología, Técnicos en Administración y Computación, etc.

De este departamento depende la Coordinación de Servicio Social, Prácticas y Visitas Académicas, en la cual se desarrolla la intervención profesional que se presenta en el reporte laboral.

4.4. COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL, PRACTICAS PROFESIONALES Y VISITAS ACADEMICAS AL HOSPITAL.

a) Objetivo General:

Brindar campo clínico para realizar servicio social y prácticas de calidad que incremente los conocimientos teórico-prácticos de los estudiantes.

b) Objetivos específicos:

Coordinar tutelaje y supervisar a estudiantes en servicio social de nivel superior como Psicología, Contaduría y Administración.

Coordinar tutelaje y supervisar a estudiantes en servicio social de nivel medio superior como Técnicos en Enfermería, Trabajo Social, Rehabilitación, Dietología, Laboratorio Clínico, Informática y otros.

Coordinar tutelaje y supervisar a estudiantes en prácticas profesionales.

Evaluar los Programas de Servicio Social y Prácticas.

Detectar y evaluar las expectativas y actitudes hacia la enfermedad mental de los estudiantes de Psicología para implementar estrategias de intervención.

Coordinar visitas académicas de grupos de alumnos de las Carreras de Psicología, Trabajo Social y Enfermería de Instituciones Educativas del D.F. y del interior de la República.

c) Funciones de la Coordinación:

- Evaluación psicológica a los aspirantes a realizar servicio social.
- Seguimiento de los estudiantes durante el servicio social y prácticas.
- Desarrollo de programas de servicio social y prácticas.
- Fomento y difusión de los distintos programas.

- Valorar la distribución de los estudiantes en diferentes áreas del hospital.
- Trabajo grupal con los estudiantes para manejar miedos, fantasías y mitos acerca de la enfermedad mental y hospitales psiquiátricos.
- Ofrecer contención individual a los estudiantes que lo requieran.
- Distribuir y coordinar las actividades técnico- administrativas del personal a cargo.
- Ofrecer asesoría individual y grupal a los estudiantes.
- Promover y elaborar Convenios Académicos con Instituciones Educativas de nivel superior y medio superior.
- Fomentar la calidad del servicio social y prácticas.

d) Actividades.

- 1.- Realizar y registrar todos los programas de servicio social del hospital ante las instituciones educativas de nivel superior y medio superior.
- 2.- Coordinar tutelaje y supervisar a los estudiantes en servicio social y prácticas.
- 3.- Coordinar visitas educativas a diversos grupos de alumnos (Psicología y Medicina).
- 4.- Entrevistar y orientar a los aspirantes a realizar su servicio social y prácticas.
- 5.- Aplicar cuestionario de expectativas del servicio social en un hospital psiquiátrico, el cuestionario sobre Actitud hacia la enfermedad mental (AMI) y el MMPI 2.
- 6.- Implementar y realizar cursos propedéuticos para los estudiantes que inician.
- 7.- Seguimiento y supervisión clínica del desempeño de los estudiantes.
- 8.- Asesoría personal y grupal a los estudiantes.
- 9.- Promover y elaborar convenios académicos con Instituciones Educativas a nivel Superior y Medio superior (UNAM, UAM, UDLA, UVM, UIC, UPN, etc.)
- 10.- Dar pláticas del contexto hospitalario y de Psicopatología a los estudiantes de Psicología.
- 11.- Participar en proyectos de investigación clínica.
- 12.- Lograr y tramitar estímulos económicos (BECAS) para los prestadores de servicio social de las diferentes áreas.

13.- Manejo administrativo de la Coordinación de Servicio Social, Prácticas y visitas académicas.

Desde mi experiencia profesional dentro de esta Institución en diferentes áreas, he observado la dificultad y las implicaciones del trabajo con pacientes psiquiátricos y sus familiares, y por otro lado el interés cada vez mayor de los estudiantes de Psicología que desean realizar su servicio social en el Hospital, por lo cual, de las anteriores actividades que se realizan, se presenta en este reporte laboral la evaluación de las expectativas y actitudes hacia la enfermedad mental de los estudiantes de Psicología que inician su servicio social en un Hospital Psiquiátrico.

e) Areas de Servicio Social para Estudiantes de Psicología.

La intervención del Psicólogo en el Hospital incluye una amplia variedad de actividades, principalmente determinadas por las diferentes áreas de adscripción, las cuales tienen sus propios objetivos, funciones y actividades.

Cuando el estudiante de Psicología se presenta en la Coordinación de Servicio Social y Prácticas, se le explica en que consiste cada una de las áreas. La asignación se realiza en función del perfil profesional del estudiante (clínica, laboral, social y educativa), por la disponibilidad de horario, por su interés y motivación personal y por el cupo.

Areas de Intervención del Psicólogo:

Capacitación y Desarrollo para Empleados.

Rehabilitación de Fin de Semana.

Hospitalización Continua.

Hospital Parcial de Día.

Hospital Parcial de Fin de Semana.

Psiquiatría Comunitaria.

Rehabilitación Integral del Paciente Psiquiátrico. (Turno matutino y vespertino).

Consulta Externa.

La Psicología en el área de Enseñanza.

Investigación.

Capacitación y Desarrollo para Empleados

Objetivo:

Capacitar al personal del Hospital, así como a externos de áreas afines para facilitar el desempeño laboral.

Actividades:

Participación en Cursos y talleres.

Coordinación, Elaboración y participación en la Impartición de Cursos

Detección de Necesidades de Capacitación.

Colaboración en el diseño de materiales de difusión.

Promoción y difusión de Cursos, Talleres, Diplomados, Congresos, etc.

Horario

Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00 hrs.

CATEGORÍAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G
Técnicas	Pedagógicas, Dinámicas Grupales.	❖	❖	❖					❖		
Instrumentos o test.	Cédulas D.D.N.		❖	❖					❖		
Intervención	Actividades de capacitación	❖	❖	❖					❖		
Cursos	Desarrollo Humano	❖	❖	❖					❖		
Conferencias	Psicología, Psiquiatría					❖					
Consejo o Asesoría											
Otros											

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

A = Diseño y/o elaboración
 B = Conducción y/o aplicación
 C = Evaluación y/o Interpretación
 D = Análisis
 E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

N = Niños
 A = Adolescentes
 AD = Adultos
 S = Senectos
 PG = Población general

Rehabilitación de Fin de Semana

Objetivo:

Ofrecer atención integral en actividades rehabilitatorias a los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico.

Actividades:

Revisión de Aspectos Psicopatológicos

Información sobre el uso de escalas y forma de aplicación

Actividades Clínicas Individuales y Grupales (entrevistas, dinámicas grupales)

Realizar notas al expediente, crónicas y reportes.

Actividades sociorecreativas.

Horario:

Sábados y Domingos de 8:00 a 18:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACION					
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.	
Técnicas	Psicoeducativas y psicoterapéuticas		❖	❖	❖					❖	❖	
Instrumentos o test.	Clinimétricos Intereses ocupacionales		❖	❖	❖					❖	❖	
Intervención	Asistencia terapéutica		❖	❖	❖					❖	❖	
Cursos												
Conferencias												
Consejo o Asesoría	Talleres		❖	❖						❖	❖	
Otros												

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

POBLACIÓN

A = Diseño y/o elaboración
 B = Conducción y/o aplicación
 C = Evaluación y/o Interpretación
 D = Análisis
 F = Otro ¿cuál?

N = Niños
 A = Adolescentes
 AD = Adultos
 S = Senectos
 PG = Población general

Hospitalización Continua

Objetivo:

Participación directa en la evaluación psicodiagnóstica, tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico y sus familiares, utilizando las técnicas y avances de la profesión.

Actividades:

- ❖ Entrevistas (Individuales, Familiares o de Pareja) y Notas al Expediente
- ❖ Aplicación, Calificación e Integración de Estudios Psicológicos en el expediente
- ❖ Terapia Grupal
- ❖ Terapia Individual
- ❖ Coordinación de:
 - Asambleas
 - Orientación a Pacientes
 - Orientación a Familiares y Visita de puertas abiertas
 - Exposición de temas

Horario:

Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.
Técnicas	Psicoeducativas. Pisiterapeutas.		❖						❖	❖	
Instrumentos o test.	Psicométricos. Proyectivos.		❖	❖					❖	❖	
Intervención	Clinica	❖	❖	❖					❖	❖	
Cursos	Psicopatología					❖					
Conferencias											
Consejo o Asesoría	Orientación		❖	❖					❖	❖	
Otros											

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Senectos
- PG = Población general

Hospital Parcial de Día

Objetivo:

Atención Integral del paciente ambulatorio y su familia para la prevención primaria de diagnóstico y tratamiento.

Actividades:

- ❖ Entrevistas
- ❖ Sesiones grupales como coterapeutas y observadores registrantes
- ❖ Participación en reuniones interdisciplinarias
- ❖ Seguimiento individual y grupal tanto a pacientes como familiares
- ❖ Aplicación, Calificación e Integración de Estudios Psicológicos

Horario:

Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00 hrs

CATEGORÍAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.
Técnicas	Psicoeducativas y Psicoterapéuticas		❖	❖					❖		
Instrumentos o test.	Clinimétricos Psicológicos.		❖	❖					❖		
Intervención	Asistencia terapéutica		❖						❖		
Cursos											
Conferencias											
Consejo o Asesoría	Talleres										
Otros											

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Senectos
- PG = Población general

Hospital Parcial de Fin de Semana

Objetivo:

Atención Integral del paciente ambulatorio y su familia, para la prevención primaria de diagnóstico y tratamiento.

Actividades:

- ❖ Revisión de Aspectos Psicopatológicos
- ❖ Información sobre el uso de escalas y forma de aplicación
- ❖ Actividades Clínicas Individuales y Grupales
- ❖ Seguimiento individual y grupal tanto a pacientes como familiares
- ❖ Psicodrama
- ❖ Participación directa en la elaboración de documentos que den cuenta de las actividades clínicas (crónicas, notas, reportes, etc.)

Horario:

Sábados y Domingos de 8:00 a 18:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN					
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.	
Técnicas	Psicoeducativas y Psicoterapéuticas		❖	❖	❖					❖	❖	
Instrumentos	Clinimétricos		❖	❖	❖					❖	❖	
O test.	Psicológicos.											
Intervención	Asistencia terapéutica		❖	❖	❖					❖	❖	
Cursos												
Conferencias												
Consejo o Asesoría	Talleres		❖	❖								
Otros												

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Senectos
- PG = Población general

Psiquiatría Comunitaria

Objetivo:

Atención comunitaria a través de un enfoque Bio-Psico-Social, que fortalezca la formación profesional adquirida.

Actividades:

- ❖ Conocimiento y realización de estudio comunitario
- ❖ Plan de intervención
- ❖ Formación de grupos a nivel comunitario
- ❖ Promoción de la Salud Mental
- ❖ Realización de diagnósticos y tratamientos oportunos y adecuados a la comunidad
- ❖ Aplicación de escalas y test para valoración por impacto del trabajo realizado
- ❖ Evaluación y Propuestas del trabajo

Horario:

Lunes a Viernes Matutino de 8:00 a 12:00

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.
Técnicas	Psicoeducativas		❖	❖			❖	❖	❖		
Instrumentos o test.	Clinimétricos y psicométricos	❖	❖	❖			❖	❖	❖		❖
Intervención	Individual y grupal		❖	❖			❖	❖	❖		
Cursos											
Conferencias											
Consejo o Asesoría	Talleres		❖	❖			❖	❖	❖		❖
Otros	Programa Fomento Salud		❖	❖			❖	❖	❖		❖

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Senectos
- PG = Población general

Rehabilitación

Objetivo:

Proporcionar rehabilitación Integral del paciente hospitalizado y ambulatorio.

Actividades:

- ❖ Entrevistas
- ❖ Aplicación, Calificación e Integración de Estudios Psicológicos
- ❖ Terapia Ocupacional
- ❖ Integración de pacientes Hospitalizados en Actividades deportivas y sociorecreativas
- ❖ Taller de entrenamiento de habilidades sociales y dinámicas grupales.
- ❖ Acompañamiento terapéutico.

Horario:

Lunes a Viernes Matutino 8:00 a 12:00 y Vespertino de 15:00 a 19:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.
Técnicas	Rehabilitación		❖	❖					❖	❖	
Instrumentos	Escala de intereses		❖	❖	❖				❖	❖	
O test.	Escala de aptitudes										
Intervención	Asistencia Terapéutica		❖	❖	❖				❖	❖	
Cursos	Psicopatología										
Conferencias											
Consejo o											
Asesoría											
Otros											

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Selectos
- PG = Población general

Psicogeriatría

Objetivo:

Conocer y aplicar actividades en la rehabilitación Psicosocial del paciente Geriátrico hospitalizado.

Actividades:

- ❖ Introducción e inducción a las distintas actividades asistenciales dirigidas a ancianos
- ❖ Aplicación, Calificación e Integración de Estudios Psicológicos
- ❖ Entrevistas y notas al expediente
- ❖ Participación en las terapias grupales como coterapeutas y observadores registrantes
- ❖ Coordinación de asambleas
- ❖ Seguimiento terapéutico

Horario:

Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACIÓN					
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.	
Técnicas	Psicoterapia y psicoeducativa		❖	❖	❖						❖	
Instrumentos O test.	Psicometría Psicológicos		❖	❖	❖						❖	
Intervención	Clinica		❖	❖	❖						❖	
Cursos	Diplomado en psicogeriatría											
Conferencias												
Consejo o Asesoría Otros												

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACIÓN

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Selectos
- PG = Población general

Enseñanza

Objetivo:

Aplicar e incrementar los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología, ofreciendo asesoría psicopedagógica, así como sensibilizar y al estudiante de la importancia del fomento a la salud mental.

Actividades:

- ❖ Atención Integral en el área de enseñanza y Servicio Social de Hospital
- ❖ Elaboración, preparación y aplicación de cursos propedéuticos para prestadores de Servicio Social.
- ❖ Entrevista, aplicación, calificación y evaluación de pruebas psicológicas a los aspirantes al Servicio Social de nivel superior.
- ❖ Apoyo en asesoría psicológica y psicopedagógica a estudiantes de nivel medio superior que lo soliciten.
- ❖ Apoyo a la coordinación de Servicio Social en visitas académicas a las instalaciones del Hospital de diversas instituciones educativas.

Horario:

Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00 hrs.

CATEGORIAS	TIPO, NOMBRE (O MODALIDAD)	NIVEL DE PARTICIPACION					POBLACION				
		A	B	C	D	E	N	A	AD	S	P.G.
Técnicas	Psicopedagógicas	❖	❖	❖	❖			❖	❖		
Instrumentos O test.	Psicométricos y Psicopedagógicos	❖	❖	❖	❖			❖	❖		
Intervención	Psicopedagógica	❖	❖	❖	❖			❖			
Cursos	Propedéuticos		❖								
Conferencias											
Consejo o Asesoría	Asesoría		❖					❖			
Otros											

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

- A = Diseño y/o elaboración
- B = Conducción y/o aplicación
- C = Evaluación y/o Interpretación
- D = Análisis
- E = Otro ¿cuál?

POBLACION

- N = Niños
- A = Adolescentes
- AD = Adultos
- S = Senectos
- PG = Población general

f) Recursos**-Recursos Humanos:**

Coordinadora de Servicio Social, prácticas y visitas.

Secretaria.

Asistente (empleada que actualmente estudia psicología).

-Recursos Físicos:

Una oficina privada.

Oficina secretarial.

-Recursos Materiales:

Dos máquinas eléctricas.

Tres escritorios.

Cuatro Archiveros.

Extensión telefónica.

Aula, pizarrón y material audiovisual.

CAPITULO II MARCO TEORICO

MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONCEPTO DE LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL .

El estudio de la normalidad y anormalidad ha sido una preocupación constante en el ser humano pero poco trabajada. Sabemos que a través de las diferentes épocas las personas han estado en desacuerdo con respecto a lo que es normal y a lo que es anormal. Dos estudios realizados por psicólogos han proporcionado evidencia de que las personas comunes difieren radicalmente en el significado que tiene la palabra "normal" (Dohrenwend y Chin-Shong, 1967; Yamamoto y Dizney, 1967 citados en Nathan y Harris, 1975). Otras investigaciones del mismo tipo han encontrado algunas diferencias consistentes entre los legos y profesionales de la salud mental. En general, los profesionales de la salud mental aplican el rótulo de enfermedad mental a muchas clases de conducta "desviada". Pero los legos usualmente consideran a una persona anormal, sólo cuando su conducta es claramente extraña, esto es, cuando las desviaciones son extremas (Sabin y Manucoso, 1970 citados en Nathan y Harris, 1975).

Se tiene evidencia de que, en los tiempos prehistóricos, los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales y de manera específica en la influencia de los espíritus. Las ideas mágico-religiosas también influyeron en los métodos curativos que practicaron los hombres primitivos.

Cuando la causa de la alteración no era evidente, se trataba de explicar sobre la base de alguna influencia de otro humano o de un espíritu, aplicando ideas mágico-religiosas que invocaban fuerzas invisibles (Zax y Cowen, 1979).

Este tipo de creencias, donde los espíritus podían manipular a las personas, se instalaba en el conocimiento popular, pero al formar parte de toda una visión social, se introducían también en el saber de las ciencias, como lo demuestra el hecho de que en el siglo V antes de Cristo, en Grecia, Hipócrates, recibió sus primeros conocimientos en una de las escuelas griegas especializadas en el tratamiento de la conducta enajenada mediante exorcismo (Davison y Neale, 1974).

La idea de que los espíritus causaban trastornos mentales, se ha mantenido en la historia del hombre durante periodos más largos que cualquier otra explicación. En el transcurso de los siglos, puntos de vista más evolucionados volvieron a ceder el paso, una y otra vez, a esta convicción. Aún en nuestro días, aunque con menor fuerza, se sigue recurriendo a ella como forma de explicación de la conducta anormal.

No obstante, en una determinada sociedad la definición de lo que es normal se logra mediante la comparación de la conducta observada con los criterios

establecidos. Se van a presentar algunos modelos que exponen sus consideraciones sobre lo que es salud y enfermedad mental.

El término modelo indica que se está estableciendo una analogía, es decir, en un modelo se intenta aplicar los conceptos de un campo a otro, suponiendo que el campo nuevo es similar al ya conocido y que se le puede comprender mejor estudiándolo de esa forma. Estos modelos también pueden ubicarse como criterios en el sentido de ser un referente al que debe apegarse algo. Además, cuando un modelo o criterio están fuertemente sustentados también pueden funcionar como paradigmas, en el sentido de T.S. Kuhn (1962), al determinar la manera en que se estudiará un fenómeno, qué problemas se plantearán y que tipo de información se utilizará.

El científico formula modelos o criterios a fin de generalizar sus observaciones pasando del caso particular al general. El principal propósito de un modelo consiste en ayudar a los profesionales a hacer predicciones. Si éstas se hacen realidad, se sabe que el modelo es una representación cercana de algo que existe en el mundo real, que explica correctamente un fenómeno.

Para Nathan y Harris (1975), el proceso de conformación de todo modelo implica los siguientes pasos: 1. Formular hipótesis sobre una serie de modelos, utilizando como punto de partida la información que ya se tiene acerca de los sujetos. 2. Hacer predicciones con base a cada uno de sus modelos. 3. Acumular datos adicionales (principalmente de observaciones y mediciones) y cotejar sus predicciones con esos datos. Tratando de reunir la información suficiente para poder aceptar o rechazar las suposiciones que implican cada uno de los diferentes modelos, y por último, 4. Comparar los modelos y seleccionar uno. Los modelos se ajustan, cambian, reemplazan tantas veces como lo requieran los datos, hasta que se obtiene el modelo final que proporciona las mejores explicaciones y predicciones de sus sujetos.

Cuando se trabaja con sujetos tan complejos como los seres humanos, frecuentemente se producen modelos tan diferentes que resulta benéfico tratar de comprenderlos.

A continuación revisaremos los modelos más empleados para determinar la enfermedad y la salud mental.

1. Modelo Sociocultural

Los antropólogos suelen recordar a la psicología y a otras disciplinas que la normalidad y anormalidad son más bien conceptos relativos que absolutos. Las experiencias provenientes de la Antropología nos han convencido de que diferentes culturas definen la normalidad con criterios muy distintos. La antropóloga Ruth Benedict, (1934) investigadora norteamericana de la relatividad cultural, indica que algunas conductas que son consideradas como normales en nuestra sociedad, son consideradas como anormales en otras y viceversa (Nathan y Harris, 1975).

Los autores que se oponen al modelo sociocultural han insistido en el hecho de que muchas formas importantes de conductas son anormales sin importar dónde y cómo ocurran. Wegrocki (citado por Nathan y Harris 1975) dice que la mejor manera de distinguir la normalidad y la anormalidad transculturales (generales), de la normalidad y anormalidad de una cultura específica (locales), consiste en examinar la función que desempeñan las conductas en cuestión. Si funcionan con el objeto de mantener o fomentar la cultura y por lo tanto están institucionalizadas dentro de ella, deben considerarse como normales. Recientemente, la opinión profesional se ha inclinado a favor del criterio de la cultura específica como un parámetro importante para juzgar la normalidad y la anormalidad.

Las convenciones, los usos, las costumbres y las leyes contribuyen a la instauración de las normas. Aunque la norma de conducta puede no estar claramente establecida, los individuos asimilan los requisitos para lograr aceptación y prestigio en la cultura en la que vive. El aprendizaje de "lo normal" en este modelo es, a la vez, un proceso social e intelectual que debe tomar en cuenta la situación del momento. Así, como consecuencia de sus experiencias, los individuos saben qué es lo normal y lo adecuado a su propio grupo social y en su cultura.

2. Modelo Legal

El modelo legal es una pauta de normalidad mucho más restringida y concreta que el criterio sociocultural. Jueces y jurados se enfrentan una y otra vez con el problema de decidir si una persona es o no enferma de acuerdo a la ley (Dana, 1966).

Antes de 1843 no existía una definición legal de enfermedad mental que fuera aceptada ampliamente. Los criminales cuyos actos podían haber estado influenciados por trastornos mentales, eran juzgados de acuerdo con los modelos individuales de enfermedad mental que proporcionaban el juez y el jurado a la Corte.

En 1843 un inglés llamado Mc Naghten, identificado como una persona claramente trastornada, cometió un brutal asesinato. Fue absuelto debido a su "locura" y el Parlamento pidió a los jueces una definición legal de locura para que quienes impartían la justicia pudieran uniformar su criterio en esos casos. A las

reglas derivadas de este proceso se les conoce como reglas de Mc Naghten y continúan siendo en todo el mundo el principal criterio legal sobre enfermedad mental. En esencia éstas dicen que "el acusado puede solamente ser considerado como una persona enferma, hasta el grado de escapar a su responsabilidad por su acto criminal, si actuó bajo tal defecto de la razón por enfermedad de la mente siendo que haya ignorado la naturaleza y calidad del acto, o si la conocía, no sabiendo que aquello que hacía era erróneo" (Slater y Roth, citado en Nathan y Harris, 1975, p.32).

Como esta definición sólo describe el estado mental de personas seriamente perturbadas, los jueces han acostumbrado aplicar las reglas de Mc Naghten en forma indulgente e inconsistente. Por lo anterior, varios estados de Norteamérica han elaborado sus propias reglas. Las más influyentes de éstas es la decisión Durham. En 1954, la corte de Apelaciones de los Estados Unidos para el Distrito de Columbia, presidida por el juez David Bazelon, puso por escrito la decisión Durham: "Hemos concluido que debe ser adoptada una prueba (acerca de la salud mental), que tenga criterios más amplios... Esto quiere decir que un acusado no es responsable de su acto criminal si este acto ilícito fue producto de una enfermedad o de un trastorno mental".

Tanto la decisión Durham como las reglas Mc Naghten han resultado imposibles de ser interpretadas consistentemente, lo cual nos lleva a la existencia de una imprecisión en las definiciones de abogados y jueces, de psicólogos y psiquiatras referente a estos conceptos. Sin embargo, se han realizado avances y esto ha permitido que la práctica de la justicia criminal se haya vuelto más humanista, logrando que el enfoque legal acerca de la anormalidad sea más explícito

3. Modelo Ideal

El término ideal sugiere características de conducta que en cierta forma superan a la experiencia inmediata, pero que se incluyen en el repertorio potencial de una persona. Los primeros puntos de vista que se conocen acerca de la normalidad desde este punto de vista, están en el Antiguo Testamento, donde los Diez Mandamientos proporcionan una descripción de la conducta ideal. Los judíos que no cumplieron los mandamientos fueron castigados. Uno de los castigos era la enfermedad mental: "El señor los castigará con la locura y la ceguera y aturdimiento de corazón" (Deuteronomio, 28:28). El rey Saúl, quién desobedeció un mandato militar específico de Dios, sufrió toda su vida de depresiones recurrentes a las cuales la Biblia refiere como "el espíritu del mal enviado por Dios" Nathan y Harris (1975).

El concepto de normalidad desarrollado por el filósofo griego Platón (427-347 a. C.) fue también un concepto ideal. Platón dividió al alma humana en dos partes: la racional y la irracional. Al alma racional la consideraba como el dirigente legítimo, su área de acción era el cerebro y sus principales características eran la

inmortalidad y la divinidad. El alma irracional, esencialmente el opuesto del alma racional, era mortal. De ella provienen todas las "bajas pasiones" de las que es capaz el ser humano.

En el sistema ideal de Platón, la enfermedad mental y la conducta anormal aparecían cuando el alma irracional evadía la dirección del alma racional. Platón describió tres clases de enfermedad –melancolía, demencia y manía- pensando que todas ellas eran producto de esta desunión entre las almas racional e irracional. Como él suponía que demasiada felicidad, como en el caso de la manía, era una forma de enfermedad y lo mismo para el caso de muy poca alegría, como la depresión, esta suposición es una idealización ya que concibe la normalidad en términos del ideal griego de moderación en todas las cosas (Zilboorg, 1941, citado en Nathan y Harris, 1975). Este ideal griego también fue desarrollado por otros grandes filósofos, quizá el más representativo fue Aristóteles (348 – 322 a.C.)

Algunos teóricos, al no disponer de una definición de salud mental que les agrade, han tenido que elaborar su propia definición. Marie Jahoda (1950), propuso cinco criterios para describir una auténtica salud mental, criterios que conforman un modelo ideal contemporáneo de salud mental y normalidad:

- 1.- Ausencia de enfermedad mental: condición necesaria de salud mental pero no la única.
- 2.- Normalidad de la conducta, juzgada en términos de las normas sociales de la conducta.
- 3.- Adaptación al medio ambiente, que requiere una relación práctica entre las necesidades y las expectativas de la persona y las de la sociedad.
- 4.- Unidad de la personalidad, implica que la persona pueda juzgar sus propias aptitudes con relativa independencia de la opinión de los demás.
- 5.- Percepción correcta de la realidad, en la que la persona recibe y procesa la información del medio ambiente en forma precisa.

Jahoda fue ampliando y profundizando en sus criterios lo cual provocó que éstos se volvieran más abstractos y tal vez especulativos. Y este parece ser un dilema que envuelve a los estudiosos del comportamiento: escoger una evaluación general e imprecisa que intente capturar la esencia de la personalidad u optar por una medición concreta y precisa que apenas toque la superficie. Nathan y Harris (1975).

4. Modelo Estadístico

En este modelo la conducta normal es definida como "lo que todos hacen", lo cual nos vincula directamente con el criterio sociocultural, pero la diferencia fundamental es que el criterio estadístico lo expresa en términos numéricos. Se parte de que muchos de los aspectos de la conducta humana se presentan en la forma de una distribución normal. Esta distribución fue sugerida por un matemático llamado Quetelet (Papalia y Wendkos Olds, 1988, p. 680), quien observó que muchas medidas de las personas se agrupan de acuerdo a un patrón ordenado.

La curva normal coloca a la mayoría de las personas en su parte central y muy pocas de ellas quedan en alguno de sus extremos. Según el modelo estadístico, el supuesto de que una persona es normal implica que no se desvíe del promedio en cuanto a un rasgo particular o un patrón de conducta. Es decir, para decidir la normalidad y anormalidad de una persona, simplemente se evalúa la característica en cuestión y se determina la posición de esta persona sobre la curva de distribución (Davison y Neale, 1974). La unidad de medida que se utiliza convencionalmente para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media es la desviación estándar. Los test de inteligencia o de CI utilizan este criterio. El hecho de que una enfermedad sea común no significa que deje de ser enfermedad. Un estudio acerca de cualquier aspecto de la conducta humana puede definir lo que es normal en términos estadísticos, pero a partir de este criterio no pueden realizarse inferencias morales o éticas (Dana, 1966) porque el modelo no especifica cuáles son los fenómenos que se deben medir y tampoco proporciona indicios acerca de qué variables pueden relacionarse con el desarrollo de la conducta anormal.

5. Modelo Clínico

Así como el modelo legal es una forma especial y limitada del modelo sociocultural, el modelo clínico se relaciona con el modelo ideal. Si se define al criterio clínico como un continuo en cuyos dos extremos encontramos, por un lado a la salud mental y la normalidad y en el otro a la patología y la anormalidad, entonces, el primer par representa el caso especial de adaptación ideal absoluto para un individuo determinado, pero sujeto a variaciones individuales. La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad.

La personalidad sana o adaptada, aunque se base en los criterios ideales, incluye los recursos individuales y las exigencias de la situación social. En el segundo par, encontramos la "desviación" que hay que corregir y actualmente se parte del patrón utilizado para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico, donde la nomenclatura más empleada corresponde al DSM IV. Así el criterio clínico de adaptación tiene dos dimensiones distintas con un énfasis formal en la nomenclatura. No significa que la clasificación diagnóstica formal tenga la misma importancia que la evaluación de la salud mental individual.

El clínico tiene una responsabilidad doble: a) clasificar al paciente cuando existe una perturbación psicopatológica, y b) establecer el grado actual de la personalidad en relación con el criterio de salud mental. El aspecto más importante de la tarea clínica es el delimitar aquellas áreas en las que el individuo se acerca al criterio ideal, por lo que deben establecerse las limitaciones de su potencialidad. Esta evaluación proporciona los fundamentos para un programa terapéutico destinado a utilizar los recursos de la personalidad disponibles y aprovecharlos al máximo (Dana, 1966).

6. Modelo Médico

El estudio de la conducta normal y anormal está históricamente relacionado con la Medicina. El supuesto básico del modelo médico es que la conducta anormal se puede comparar con una enfermedad. La enfermedad se puede definir en base a dos premisas: a) presencia de un conjunto específico de síntomas, o síndrome; y b) este síndrome tiene un agente causal o etiología específica. Dentro de esta noción general de lo que es una enfermedad, se distinguen tres tipos diferentes. De acuerdo a sus causas, una enfermedad puede ser 1) infecciosa: un microorganismo como gérmen o un virus ataca a un órgano o a un sistema orgánico, el resfriado, la pulmonía y la hepatitis son ejemplos comunes; 2) sistémica: representa una disfunción no producida por una infección. Un órgano se enferma, tal vez a causa de un defecto hereditario: El ejemplo clásico de este tipo de enfermedad es la diabetes, provocada por el mal funcionamiento de las células pancreáticas encargadas de secretar insulina; y 3) traumática: es causada por un agente externo y ambiental: La ingestión de una sustancia venenosa o la fractura de una pierna son ejemplos de este tipo de conducta anormal (Davison y Neale, 1974).

Nathan y Harris (1975) consideran que el modelo médico tiene una posición dominante con respecto a los demás modelos en el ámbito de la salud mental. Para ellos el modelo médico implica: a) una causa orgánica, b) ciertas suposiciones acerca de los métodos de diagnóstico y c) cierto enfoque en la estrategia de tratamiento. El modelo médico referente al diagnóstico psicológico se deriva directamente de los conceptos de la etiología en que se basa la ciencia médica. Es decir, los médicos diagnostican las enfermedades físicas con base en signos y síntomas, los cuales suponen que reflejan el carácter, la gravedad y la duración de un trastorno orgánico subyacente.

En la actualidad, muy pocas personas pueden oponerse al hecho de que el ser humano padece alteraciones biológicas que requieren tratamiento médico, sin embargo, existen trastornos mentales para los cuales todavía no se ha encontrado etiología física u orgánica. Dentro de este grupo encontramos a las neurosis y los trastornos de personalidad, por lo que surge la siguiente pregunta: ¿resulta conveniente diagnosticar y tratar estos estados de acuerdo con ideas que provienen de la medicina tradicional?

Hasta aquí tenemos una visión muy general de los principales modelos que se han desarrollado para la explicación de la salud y enfermedad mental. Ahora con la finalidad de enunciar propuestas más cercanas a la psicología, sin pretender agotar el contenido de la salud y enfermedad mental en esta área, expondremos el modelo psicoanalítico, el modelo conductual, el modelo humanista y el modelo sistémico porque en la literatura revisada se designaron como importantes representantes de la corriente psicológica. Y finalmente, se expondrán los postulados básicos de Szasz y Fromm quienes, sin duda, han influido notablemente en el estudio y conceptualización de la salud y enfermedad mental.

7. Modelo Psicoanalítico

El modelo psicoanalítico fue desarrollado a principios del siglo pasado por Sigmund Freud y ha ejercido una profunda influencia en las concepciones psicológicas modernas de la enfermedad mental. El psicoanálisis es una teoría dinámica que hipotetiza un conjunto complejo de relaciones de energía psíquica para explicar la conducta humana

Freud dividió a la psique en tres partes principales: inconciente, preconciente y conciente (Teoría Topográfica) y posteriormente en ello, yo y superyó (Teoría Estructural), a cada una de estas instancias les adjudicó funciones distintas. El ello está presente al nacer, es inconciente y constituye la parte más arcaica de la personalidad. De él proviene toda la energía con que se maneja la psique. Freud, con su formación de neurólogo, consideraba que toda la energía del ello era originalmente biológica y que después se convertía, mediante ciertos procesos en energía psíquica, la cual continuaba siendo inconsciente.

Freud postuló la existencia, dentro del ello, de los instintos básicos, Eros y Tánatos. El primero y más importante fue considerado como una fuerza vital integradora, de carácter principalmente sexual. La energía del instinto de Eros se llama líbido. El tánatos, instinto de muerte, desempeña un papel secundario en la concepción freudiana y, de hecho, su energía nunca recibió nombre.

El ello busca su satisfacción inmediata y funciona de acuerdo con lo que Freud llamó el principio del placer. Cuando el ello no está satisfecho, se produce una tensión y lucha para eliminarla lo más rápidamente posible. El otro medio de satisfacción es el proceso primario, en el que se crean imágenes de lo que se desea, se activa cuando no se puede tener al objeto en sí.

La segunda parte de la psiquis está representada por el yo. En su mayoría es conciente (aunque tiene su parte inconsciente en los llamados mecanismos de defensa), empieza a desarrollarse a partir del ello durante la segunda mitad del primer año de vida y obtiene de él toda su energía. El yo desapruueba el proceso primario puesto que la fantasía no contribuye a conservar la vida del organismo y

mediante sus funciones de planificación y de toma de decisiones realiza el llamado proceso secundario. El yo se da cuenta de que operar de acuerdo con el principio del placer en todas las ocasiones, como lo demanda el ello, tal vez no constituye la manera más efectiva de mantener la vida. El yo opera entonces según el principio de realidad y media entre las exigencias ambientales y las del ello.

El superyó es la tercera parte de la psique, es esencialmente el portador de las normas morales de la sociedad tales como las interpretaron los padres del niño, y se desarrolla a través de la resolución del complejo edípico. Así, cuando el ello presiona al yo para satisfacer sus necesidades, el yo debe lidiar no sólo con las restricciones impuestas de la realidad sino también con los juicios morales del bien y del mal del superyó. La conducta del ser humano, según Freud, es por tanto, una compleja interacción de estos tres sistemas psíquicos los cuales pugnan por obtener metas que no siempre pueden ser conciliadas. A esta interacción de fuerzas activas se le llama psicodinámica de la personalidad (Davison y Neale, 1974).

El modelo dinámico concibe a la conducta como una interacción entre un conjunto de acontecimientos psicológicos innatos que comienzan a desarrollarse poco después del nacimiento y un conjunto de acontecimientos críticos, que ocurren durante los primeros años de vida. La normalidad en este modelo implica el paso gradual del sujeto por las etapas psicosexuales y la anormalidad se presenta cuando hay un detenimiento en el desarrollo en una determinada etapa psicosexual, proceso al que Freud denominó "fijación", así como también cuando se origina un complejo. Un complejo es una unión indisoluble de pulsiones con metas distintas, a veces contradictorias, cada una de las cuales pretende dominar, y de prohibiciones de orden cultural que se oponen a la realización de dichas pulsiones. Las pulsiones son impulsos primarios de fuentes fisiológicas que tienden a un fin y exigen una gratificación, algunas de ellas tropiezan con prohibiciones dando origen a los complejos los cuales son de orden inconsciente y se manifiestan a través del comportamiento. Dolto (1971)

8. Modelo Conductual

A principios del siglo XX, el punto de vista dominante en psicología se refería al estudio de la experiencia consciente. El método que utilizaban para estudiar el pensamiento era la introspección. No obstante, algunos psicólogos comenzaron a dudar de su eficacia y pusieron en tela de juicio la definición misma de la psicología y su objeto de estudio. John B. Waston (1913) con sus aportaciones revolucionó la psicología, encaminándola a ser una rama puramente objetiva de las ciencias naturales. El objeto de la psicología pasó a ser el estudio de la conducta y sus investigaciones se centraron en el aprendizaje, tipos de estímulos y clases de respuestas. Pronto, dos tipos de aprendizaje empezaron a llamar la

atención en psicología. El primero, el Condicionamiento Clásico fue implementado a principios de este siglo por el psicólogo ruso Iván Pavlov. Él descubrió que al suministrar carne molida a un perro, éste salivaba instintivamente sin previo aprendizaje. Puesto que la carne provocaba automáticamente la salivación, se le llamó estímulo incondicionado (EI) y a la respuesta de salivación, se le denominó respuesta incondicionada (RI).

Pavlov, demostró que cuando el estímulo incondicionado había sido precedido varias veces por un estímulo neutro, por ejemplo el sonido de un timbre, el sonido en sí (el estímulo condicionado, EC) era capaz de provocar una respuesta de salivación (la respuesta condicionada, RC)

El segundo tipo de aprendizaje fue el Aprendizaje Instrumental que encuentra su base en los trabajos de Edward Thorndike. A partir de sus investigaciones con gatos, formuló la ley del efecto: una conducta seguida por consecuencias satisfactorias para el organismo se repetirá, pero la conducta seguida por consecuencias nocivas desaparecerá. Así la conducta o respuesta que tiene consecuencias sirve de instrumento para alentar o desalentar su propia repetición. Este principio fue extensamente aplicado por B.F. Skinner en trabajos posteriores. Ultimamente, ha habido un interés cada vez mayor en un tercer tipo de aprendizaje, la Imitación. Los trabajos experimentales de Bandura y Menlove (1968, citados en Davison y Neale, 1974, p. 67) demostraron que el observar a alguien realizar ciertas actividades puede incrementar y disminuir diversos tipos de conducta, como el compartir la agresión y el miedo. Otros autores como Monwer, Wolpe, Lindsley y Azrin (citados por Nathan y Harris, 1975) han aplicado este trabajo a los problemas clínicos. El punto fundamental de este modelo es el supuesto de que la conducta anormal se aprende de la misma manera que la mayor parte de las otras conductas humanas. Este punto de vista subestima la importancia de los factores biológicos y genéticos. Cuando se adopta este modelo, el objetivo esencial de la investigación será descubrir los procesos de aprendizaje que produjeron la conducta desadaptada. La brecha entre la conducta normal y anormal se ve reducida por el hecho de ser ambas observadas dentro de un mismo marco conceptual; así, se tiende un puente entre la psicología general experimental y el campo de la psicología anormal. Además, según Davison y Neale (1974), muchos de los autores que han adoptado este modelo consideran a la anomalía como un concepto relativista. Porque el llamar anormal a alguien o a algo, está íntimamente ligado a un contexto social y cultural de aprendizaje.

9. Modelo Humanista.

Abraham Maslow, que murió en 1970, fue profesor de Psicología en la Universidad de Brandeis y el principal representante de lo que se ha llegado a conocer como la Psicología de la Tercera fuerza (la primera y la segunda son la Psicología Freudiana y la Psicología de la conducta respectivamente). La Psicología de la tercera fuerza, es una escuela de pensamiento humanista, que tiene en cuenta

los impulsos básicos del hombre, como aprecio, conocimiento y belleza. Maslow ha desarrollado una teoría comprensiva de la conducta humana, en la que incorpora el trabajo de Freud y del Conductismo, sin embargo tiene algunas diferencias. Refiere que Freud se concentró demasiado en los instintos y los conductistas cometieron el error de rechazar demasiado los instintos.

Maslow señala que gran parte del estudio del hombre se ha centrado en la enfermedad mental. Contrapone a la enfermedad mental lo que él llama "personas autorrealizadas", que son las que utilizan completamente sus capacidades y potencialidades y se caracterizan por altos niveles de objetividad, humildad, creatividad, ausencia de conflictos internos, amabilidad y capacidad para la alegría. La necesidad de autorrealización (que está completamente realizada en muy pocas personas) es, en opinión de Maslow, sólo una de las necesidades básicas del hombre, que él considera que son instintivas e invariables. Freedman (1984).

En su libro *Motivation and Personality* examina las fuerzas de la motivación como las necesidades fisiológicas de alimento, sueño, sexo, etc., la necesidad de amor y de aceptación, la necesidad de estima, la necesidad de conocimiento y la necesidad de satisfacción estética. En un libro posterior, *Toward a Psychology of Being* desarrolla más ampliamente su teoría de las necesidades registrando un nivel más elevado de motivaciones, incluyendo la necesidad de integridad, perfección, justicia, actividad, honestidad y confianza. Maslow y sus seguidores han observado que la frustración de estas necesidades (en oposición a la frustración de deseos menos importantes) conduce a síntomas emocionales patológicos y la neurosis. Las personas que satisfacen estas necesidades tienden a tener personalidades más sanas.

Dos puntos importantes, son los conceptos de potencial y crecimiento humano y la noción de "experiencias cumbre", las cuales son momentos en la vida de todas las personas, pero que se dan con frecuencia especial en las vidas de las personas autorrealizadas, en que el individuo se siente satisfecho, intensamente feliz y funcionando de una manera completa. La intervención terapéutica en el humanismo, se dirige a ayudar al individuo a que consiga el conocimiento y la comprensión de su yo, realizando todo su potencial de crecimiento y desarrollo y mejorando su concepto de realidad. También se pone énfasis en los instintos buenos y de amor del hombre y se le incita a recibir y dar amor.

10. Modelo Sistémico.

Cuando, para el estudio de la conducta humana, se desplaza el énfasis de las intenciones a los efectos de los actos, se opera una modificación cualitativa que afecta la visión del mundo del quien lo lleva a cabo. Es decir, cuando se desplaza el acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, se expande la comprensión de la conducta humana: la Psicología y Psicopatología pasan a adquirir un carácter descriptivo que puede dar cuenta de ciertos elementos pero que no sirven del todo para describir y explicar los complejos

procesos interpersonales que inscriben y dan sentido a la conducta del individuo en su contexto, según Watzlawick y cols. (1967).

Por lo anterior, se le conoce como modelo comunicacional o interaccional o sistémico. Su origen se nutre de campos tales como la Teoría General de los Sistemas, la Ingeniería de Comunicaciones, la Cibernética, además de la Antropología. Es posible que haya sido precisamente esta característica la que le otorgó la cualidad expansiva, en tanto proporcionó un modelo general, no enraizado en campo específico, que puede ser aplicado con comodidad tanto en las ciencias psicológicas como en las ciencias sociales, y en cada uno de los diferentes niveles de ambas.

Este modelo pretende dar cuenta de la complejidad total de los fenómenos interactuantes, no solo para definir las causas que actúan sobre los fenómenos, las posibles consecuencias de los mismos y las posibles interacciones de algunos de estos factores, sino para percibir los procesos emergentes totales como función de posibles retroalimentaciones positivas y/o negativas, mediadas por las decisiones selectivas o elecciones de los individuos o grupos implicados.

Para este modelo, el sistema es un conjunto de elementos o componentes directa o indirectamente relacionados en una red causal, de modo que cada componente está relacionado por lo menos con varios otros, de manera más o menos estable, en un lapso dado y que el movimiento de un elemento afectará a otro o al resto del sistema. Por lo anterior, el síntoma psicológico en un sistema (familia, pareja o individuo) sólo cumple una función dentro del mismo. El terapeuta deberá identificar las pautas repetitivas de conducta, las reglas de interacción, tipo de comunicación, el manejo del poder, jerarquías, los roles y límites en el sistema para establecer la intervención terapéutica que es de corte directivo. Dentro de este modelo existen diferentes enfoques: el Estratégico, el Estructural, Escuela de Roma, Escuela de Milán, tendencias postmodernas como la Escuela Australiana y la Escuela de Milwaukee, entre otros.

DOS PERSPECTIVAS SOCIOCULTURALES.

1. Perspectiva de Fromm

El problema de la enfermedad y salud mental ha sido abordado desde distintas perspectivas. Erich Fromm sostiene la idea de que la sociedad en su conjunto carece de equilibrio mental, con esta premisa se aparta tajantemente del relativismo sociológico, en cuya postura se afirma que la parte patológica de una cultura la forman los individuos desadaptados a ella. Es decir, este autor no se enfoca en la patología individual sino en lo que él denominó "la patología de la normalidad", y especialmente la patología de la sociedad occidental contemporánea (Fromm, 1953).

Para Fromm, la próspera vida de las personas en la época de la modernidad puede satisfacer sólo las necesidades materiales y al dejar de lado la satisfacción de necesidades más profundas del individuo humano, genera una sensación de tedio, donde el suicidio y el alcoholismo son medios patológicos para escapar de ella (Fromm, 1962). Pero ¿por qué si la sociedad está enferma los integrantes de ella no se dan cuenta? según Fromm, al estar inmersos dentro de cierto contexto social, a cada individuo se le va dando una "validación consensual" de sus ideas. Este proceso supone que como la mayoría de la gente comparte las ideas y sentimientos, entonces surge ante ellos una validez de estas ideas y sentimientos, por lo que cada persona se va alineando a lo establecido en su grupo. Sin embargo, para este autor no hay nada más lejos de la verdad porque: "la validación consensual, como tal, no tiene nada que ver con la razón ni con la salud mental. El hecho de que millones de personas compartan los mismos vicios no los convierte en virtudes; el hecho de que las personas compartan los mismos errores no los convierte en aciertos y el hecho de que millones de personas padezcan las mismas formas de patología mental no hace de esas personas gente equilibrada" (Fromm, 1962). Entonces, parece ser que la cultura occidental proporciona a la mayor parte de las personas normas que les permiten vivir saludables estando realmente enfermos.

Estas afirmaciones Frommianas, que indican que la naturaleza humana y la sociedad pueden tener exigencias contradictorias tienen su origen en supuestos Freudianos formulados en "El malestar de la Cultura". Para Freud, la vida social y la civilización están en oposición esencial con las necesidades de la naturaleza humana, el hombre se encuentra entre la alternativa de la felicidad basada en la satisfacción ilimitada de sus instintos y la alternativa de la seguridad y sus realizaciones culturales basadas en la frustración de los instintos, las cuales lo conducen hacia la anormalidad (Freud, 1930).

Si el individuo está o no sano, no es primordialmente un asunto individual, sino que depende de la estructura de su sociedad. Una sociedad sana, según Fromm, desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creativamente, para desarrollar su razón y su objetividad, para tener un

sentimiento de sí mismo y de sus propias capacidades productivas. Del lado opuesto, una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, en la medida que se somete a otros o se convierte en autómatas. La sociedad puede desempeñar ambas funciones: puede impulsar el desarrollo saludable del hombre y puede impedirlo; en realidad, la mayor parte de las sociedades ejercen una influencia impulsora y una influencia bloqueadora sobre sus integrantes, el problema está en reconocer en qué grado y en qué dirección se ejercen actualmente estas influencias (Fromm, 1962, p.68).

2. Perspectiva de Szasz

Otro autor que habla acerca de la salud y la enfermedad mental desde el punto de vista de la consecuencia social, es decir, del resultado de vivir en una sociedad desordenada es el psiquiatra Thomas Szasz. En su ya clásico artículo "El mito de las enfermedades mentales" (1960), describe los usos principales que se han dado al término de enfermedad mental, destacando que el principal, consiste en conceptualizarla como signo de lesión cerebral.

A Szasz se le ha considerado como uno de los opositores más vehementes del modelo médico (Nathan y Harris, 1975, p. 27) pues sus escritos incansables se han movilizad para cuestionar y rechazar este modelo, basándose en la inconsistencia lógica de sus argumentos. Dicha inconsistencia, según este autor, deriva de que todos los conceptos tradicionales aceptados acerca de la enfermedad física y mental implican cierta desviación de una norma claramente definida. En el caso de las enfermedades físicas la norma es la integridad estructural y funcional del cuerpo humano. Sin embargo, para la enfermedad mental Szasz no encuentra una norma equivalente: Sea lo que sea esta norma, dice: "sólo podemos estar seguros de una cosa, a saber: que es una norma que ha de enunciarse en términos de conceptos psicosociales, éticos y legales". Para Szasz, el error fundamental del modelo médico radica en que la definición del trastorno y los términos en que se busca el remedio están en grave discrepancia, ya que mientras la norma para juzgar una enfermedad mental es psicosocial, ética y legal, su cura se expresa únicamente en términos médicos. Por esto, Thomas Szasz ha dicho que; " la creencia de que la enfermedad mental es algo diferente de los problemas que se presentan al hombre en su relación con los demás es heredar la propia creencia en la demonología y la brujería" y va más allá agregando que: "la enfermedad mental existe o es real exactamente en el mismo sentido en que las brujas existieron o fueron reales" (Szasz, 1960, p 80).

Szasz, sostiene que el término de enfermedad mental no es más que un mito, una falsa analogía verbal basada en la explicación errónea del modelo médico en la psicopatología y sugiere que este término se sustituya por el de "problemas de la vida". Para este autor, la anormalidad es la consecuencia de la manera en que algunas persona intentan enfrentarse con las exigencias irreconciliables que algunas veces impone nuestra sociedad, tan compleja y tan cambiante

REFLEXION SOBRE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

El contenido de este capítulo nos revela a la salud y la enfermedad como concepciones muy extensas, a las que se han otorgado distintos significados. Algunos de ellos se ven reflejados en los diversos modelos expuestos. Por ejemplo la posibilidad de que la normalidad y anormalidad puedan describirse por medio de un modelo **sociocultural**, resulta una sugerencia, bastante reciente, que proviene de la antropología. Esta perspectiva visualiza a los conceptos de normalidad y anormalidad como relativos, variantes de sociedad a sociedad, pues siempre van a estar vinculados al contexto y, si bien se consideran generales en el sentido de estar presentes en las personas, son conceptos no universales ya que están moldeados a cada cultura específica.

El modelo **legal** es una reducción del modelo sociocultural que se centra principalmente en la anormalidad y fue elaborado desde la leyes que gobiernan a un país o estado. Se originó debido a que la sociedad necesitaba de algún tipo de definición consensual del trastorno mental, sobre todo en aquellos momentos en que ante las Cortes se realizaban juicios de casos criminales. Sin embargo, ninguna de las definiciones de este criterio ha resultado adecuada para solucionar los tremendos problemas que se presentan al impartir justicia a los criminales que tienen algún trastorno mental, pero sí se ha logrado sensibilizar este tipo de prácticas, dándoles una dimensión más humana. Desde este modelo la normalidad está asociada a lo permitido, legal y aprobado, mientras que la anormalidad se vincula con lo prohibido, ilegal y desaprobado.

El modelo que plantea una condición **ideal**, considera que la normalidad es un estado de salud mental positivo, de funcionamiento individual y social verdaderamente efectivo y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Este modelo señala para la normalidad lo que utópicamente debería de ser, lo perfecto, lo completo, lo óptimo, mientras que para la anormalidad deja lo no deseable, lo imperfecto, lo incompleto, lo peor. Por situarse en los dos extremos, este modelo general se cataloga como impreciso aunque resulta útil al evaluar la salud y la enfermedad general de un grupo o un individuo.

El modelo **estadístico** encara los conceptos de normalidad y anormalidad en términos cuantificables, es decir, en términos que pueden expresarse numéricamente. La conducta de una persona se reduce a una serie de puntuaciones de pruebas psicológicas, que deben caer dentro de un rango promedio, para que él o ella sean considerados normales. Uno de los aspectos más sólidos e importantes del modelo estadístico, es que permite a los diversos estudiosos de la conducta llegar a juicios similares acerca de la normalidad y anormalidad de una persona o grupo, aún en el caso de que partan de diferentes posiciones teóricas, pues ofrece en sí confiabilidad (consistencia) y precisión (exactitud) en la medición, sin embargo no estipula cuáles son las conductas que

se deben abordar. Este modelo, bajo la etiqueta de normal, designa lo que realiza la mayoría de las personas, la media, lo común, lo cercano, lo frecuente y reserva para la anormalidad lo extraño, lo raro, desviado, extremo y lo poco frecuente.

El modelo **clínico** es una expresión especializada tanto del modelo ideal como del modelo estadístico que se ha desarrollado desde las disciplinas que estudian la salud mental. Este modelo contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y retoma aspectos funcionales de la conducta que derivan en una forma concreta para diagnosticar salud y enfermedad. En este modelo la salud se asocia con lo funcional, la adaptación, el equilibrio, dejando a la enfermedad la disfunción, el desequilibrio y la desadaptación, estados que deben desaparecer para poder alcanzar la normalidad.

El modelo **médico**, cuya tradición se remonta a 1800 es uno de los más fuertes en la explicación de la salud y la enfermedad, sobre todo en el campo de la salud mental. Su piedra angular es considerar a la normalidad como un estado de salud y equiparar a la anormalidad con un estado de enfermedad. Este modelo ubica a los conceptos en el cuerpo humano y pone énfasis en correlatos fisiológicos. Algunas de las ventajas de este modelo, según Nathan y Harris (1975), son: haber sustituido al modelo mágico-religioso, reduciendo el estigma atribuido a los trastornos mentales y avanzando hacia la humanización de las condiciones en los hospitales psiquiátricos. Este modelo también estimuló la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnóstico. Finalmente, cambió la reputación de las ocupaciones relacionadas con la salud mental.

No obstante, algunos críticos desaprueban al modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico "oficial" que se practica actualmente y que encontramos resumido en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales, abreviado como DSM, cuya última versión es la IV. También se cree que este modelo ha tendido a restringir la investigación de factores etiológicos de la psicopatología en el área del funcionamiento corporal alterado. A pesar de que ahora está promoviendo la prevención primaria, algunos autores consideran que este modelo ha conducido a la creencia de que son las clínicas y los hospitales los lugares en donde deben ser tratadas las enfermedades mentales (Nathan y Harris, 1975).

El modelo **psicodinámico** propuesto por Freud describe a la salud como el resultado de un balance entre las tres instancias psíquicas y un respectivo avance gradual en las etapas psicosexuales. La enfermedad será producto del dominio del ello o superyó, lo cual provocará alteraciones, principalmente en la primera infancia, las cuales encontrarán su expresión en complejos y fijaciones.

La enfermedad, desde el punto de vista del modelo **conductual**, se ve como una serie de conductas aprendidas, que no son originadas por una enfermedad física o un trauma psicológico. El tratamiento implica la aplicación de procedimientos que

se derivan de los principios de aprendizaje, a fin de modificar o eliminar la conducta inadaptada y de reforzar aquellos patrones de conducta mejor adaptados que corresponderían a la normalidad. El modelo conductual ha originado nuevos enfoques de tratamiento, que se centran en el aquí y el ahora y, al parecer, logran rápidos cambios en el comportamiento. Este modelo pone de manifiesto el impacto del medio ambiente, valorando la influencia que ejerce el condicionamiento familiar y el de los amigos en el desarrollo de la conducta anormal.

El modelo **humanista** pone énfasis en las características exclusivamente humanas, que incluyen la capacidad del hombre para la comprensión, el autosacrificio y el amor. Las personas que satisfacen sus diversas necesidades básicas a través de su potencial y crecimiento humano tienden a desarrollar personalidades sanas.

El modelo **Sistémico** plantea que las relaciones en los sistemas no se dan por casualidad y da importancia al contexto en el aquí y ahora, más que ver las causas. Por lo que el síntoma cumple una función en los sistemas.

Se habla de sistemas funcionales o disfuncionales, más que de salud o enfermedad mental. Se dice que son funcionales cuando existe plasticidad en sus conductas adaptativas al estrés que les permite la continuidad y la reestructuración.

Fromm entiende a la salud y enfermedad como producto de la interacción entre hombre y sociedad. Donde la sociedad, como entidad englobadora, juega un papel determinante sobre el individuo por que es ella quien determina los criterios para evaluar el desempeño personal. Cuando la sociedad implanta necesidades contrarias al individuo se produce la enfermedad. Para lograr el estado normal, Fromm propone un reacomodo en el que la sociedad se ajuste a las necesidades reales del hombre.

Para **Szasz** la concepción de salud es un proceso que se ve constantemente interrumpido por los problemas de la vida. Si estos últimos son muy fuertes desembocan en la enfermedad. Para este autor, también son las exigencias sociales las principales responsables del surgimiento de conflictos, por el hecho de existir una especie de desfase entre el hombre y la sociedad, por esto afirma que tanto la salud y enfermedad rebasan el modelo médico y se sitúan en un contexto psicológico, ético y legal.

Después de este análisis podemos concluir que los datos de que disponemos actualmente no nos permiten tomar decisiones categóricas con respecto a lo correcto o incorrecto de los modelos, ni tampoco podemos plantear la exclusiva superioridad de un modelo específico. Más bien, nos orientamos a la idea de que los diversos criterios son útiles en diferentes contextos. Asimismo, encontramos

que los términos salud-normalidad y enfermedad-anormalidad se utilizan en muchas ocasiones indistintamente.

En efecto parece poco probable que alguno de los modelos revisados puede explicar en forma adecuada toda la amplia manifestación del comportamiento. Quizá por esto, se necesitan dichos modelos para tratar de abarcar la conducta en el complejo proceso salud-enfermedad. Lo que sí consideramos primordial es tener claro cuál es el criterio al que se hace referencia cuando se habla acerca de salud y de enfermedad. (Dana, 1966).

Podemos decir, que en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" predomina el modelo de atención clínico y médico, sin embargo muchos profesionales de la salud mental que trabajan en el mismo, incluyendo psiquiatras y psicólogos, se han especializado en Psicoanálisis, Psicoterapia Breve Sistémica, Psicodrama, Psicoterapia de Grupos con orientación Psicoanalítica, Terapia Cognitivo-Conductual, etc., lo que ha permitido la aplicación de sus conocimientos en la intervención clínica que realizan con los pacientes y familiares.

Asimismo, en los diferentes servicios de la Institución existen Programas desarrollados por el área de Psicología como son: Programa de Orientación a Familiares, Programa de Visita de Puertas Abiertas, Programa de Orientación a Pacientes, Rehabilitación Cognitiva, Asamblea con pacientes, Psicodrama, Entrenamiento de Habilidades Sociales, entre otros.

ACTITUD.

El término actitud fue usado para indicar una predisposición motriz y mental a la acción, posteriormente se utilizó para señalar las tendencias reactivas específicas o generalizadas que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas, incluso algunos autores han utilizado el término para referirse a la totalidad de la vida interior (Bhugra, 1989).

Existen múltiples definiciones de actitud y algunos profesionales continúan considerando que los términos opinión y actitud son sinónimos.

El concepto de actitud será usado para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico (Thurstone, 1937).

Por lo tanto, la actitud de un individuo es reconocidamente una cuestión de índole personal y subjetiva, el concepto de opinión es la expresión verbal de la actitud.

Las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental han recibido continua atención por parte de los investigadores en función de que pueden ser significativas para los pacientes y familiares que tratan.

Existen hallazgos que sugieren que los profesionales no son inmunes a la influencia de los estereotipos populares, encontrándose más similitudes que diferencias entre los puntos de vista del público en general y el de los profesionales (Cohen, 1982).

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

El interés en la investigación acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental y la actitud hacia ella, surgió durante la segunda mitad del siglo XX. Esta inclinación se debió, en parte, a que se empezó a considerar este tipo de enfermedades como un problema de salud pública y no tanto como exclusivo del modelo médico psiquiátrico y también porque las enfermedades de origen psicológico empezaron a ser más evidentes debido a que afectan a un mayor número de individuos, además de que ha sido necesario lograr la apertura y la disponibilidad de la comunidad ya que las modernas técnicas terapéuticas pretenden que la rehabilitación del paciente se lleve a cabo en su propia comunidad más que en el hospital, dejando este último para cuando el paciente atraviese por situaciones críticas y de urgencia.

El país que se ha destacado por sus estudios acerca de la percepción de la población general hacia el enfermo mental, ha sido Estados Unidos, en parte, porque se ha visto más afectado psicológicamente por las diversas guerras internacionales en las que han participado, por su tipo de desarrollo tecnocrático y por su gran influencia en el contexto mundial. Por otra parte, se han realizado investigaciones en el campo de la enfermedad mental en América Latina, en Sudáfrica y en la India; algunos países orientales y europeos también han hecho estudios aislados.

La población que se ha estudiado es muy variada: pacientes hospitalizados, familiares de pacientes y expacientes, profesionales y trabajadores de la salud, pero el principal objetivo ha sido reconocer las actitudes y las percepciones que tiene la población general.

Según Dear y Taylor (1985), las actitudes hacia la enfermedad mental son resultado de una combinación de características personales incluyendo el nivel socioeconómico, variables demográficas como la edad, sexo, escolaridad, ciclo de vida y fundamentalmente las creencias y los valores.

Una definición tentativa de la actitud hacia la enfermedad mental, sostiene que dicha actitud es una predisposición del individuo adquirida, directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental.

Esta predisposición e interacción con características disposicionales y situacionales, lleva al individuo a actuar frente a la enfermedad mental dentro de un continuo que varía desde una respuesta favorable a una totalmente desfavorable.

Los primeros instrumentos que se utilizaron fueron los cuestionarios tipo Lickert, entre los cuales resalta el elaborado por Cohen y Struening (1962), que se denomina OMI (Opinión de la Enfermedad Mental) y el CMHI (Ideología de la Custodia de Enfermos Mentales), elaborados por Baker y Schulberg (1967). Algunos de estos instrumentos han sido reestructuraciones de los CMHI y OMI originales. Así elaboró Taylor el AMI, que primero fue utilizado en Canadá y posteriormente en México, por Natera y Cols. (1985), el cual se utilizó en el presente reporte laboral.

En los diversos estudios, se ha observado una variabilidad importante en los resultados: mientras que algunos estudios informan que hay tendencias al rechazo, otros, utilizando la misma técnica, encontraron actitudes de aceptación, lo cual se explica por que cada comunidad maneja valores y creencias particulares. Sin embargo, se observaron coincidencias en los resultados de los diferentes estudios, en que las variables educación, jerarquía ocupacional y edad, influyen positivamente en las actitudes. Los estudios de tipo transcultural indican que la cultura determina las diferencias en la concepción de la enfermedad y del enfermo mental de un grupo étnico a otro. Por otro lado, hay similitud en la mayor parte de los resultados, en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en el que se sospeche que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo.

Algunos investigadores, como Taylor, Stefani y Lawton se han preocupado por hacer mejores diseños metodológicos para conocer con más precisión la actitud hacia los enfermos y para poder predecir su comportamiento. Aunque sus conclusiones no coinciden del todo, hay denominadores comunes, como la correlación entre el sistema de creencias (estilo de vida, experiencias, etc) de un grupo específico y las actitudes que se manifiestan; al igual que la relación entre las variables sociodemográficas: como tener mayor escolaridad, ser más jóvenes, tener mejor jerarquía ocupacional, con las actitudes favorables hacia el enfermo.

A pesar de las diferencias encontradas, los estudios acerca de la manera como percibe el profesional al enfermo mental son importantes. Ellsworth (1965), concluye que el éxito de la labor del profesionalista en salud mental depende de la actitud de éste hacia los pacientes. Lo anterior, nos sugiere la importancia de explorar las actitudes hacia la enfermedad de los estudiantes de Psicología.

INVESTIGACIONES SOBRE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

En este apartado trataremos de estructurar la información que consideramos más representativa, que existe en relación con el tema de la percepción y las actitudes hacia la enfermedad mental, en diversas partes del mundo.

De 58 investigaciones realizadas en un período de cuarenta años, presentamos 10 que nos ofrecen un panorama general. Se subrayan los enfoques teóricos y metodológicos utilizados por los diferentes investigadores para conocer las actitudes hacia la enfermedad mental y el enfermo mental en diversas poblaciones.

Las investigaciones demuestran que existe una mayor tendencia a utilizar escalas tipo lickert para estudiar las actitudes, predominando la Escala de Opiniones de la Enfermedad Mental (OMI). Los resultados demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad y cierta irresponsabilidad que el paciente pueda presentar, así como las variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de la comunidad.

En las variables de educación y ocupación se reporta que a medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental y que a medida que tienen más edad se muestran menos favorables hacia este tipo de pacientes Casco y col. (1987).

El hecho de etiquetar a los pacientes ha sido positivo en algunas poblaciones, ya que una vez que se diagnostica, la comunidad (familiar o social) sabe a que atenerse. Sin embargo para otros grupos, la etiquetación contribuye a estigmatizar al paciente y por lo tanto a aumentar su rechazo.

Es importante mencionar que la mayor parte de la información obtenida de los estudios efectuados a la fecha son de un nivel descriptivo y los análisis estadísticos son sencillos y que en algunos casos se obtuvieron resultados contradictorios. Lo que probablemente se debe a las diferencias en la metodología y técnicas empleadas, tipo de población e incluso a la ideología del investigador.

Por otro lado, consideramos necesario hacer más investigaciones que nos permitan adentrarnos más en la cultura y el proceso de construcción que tienen los diferentes grupos poblacionales respecto al concepto de enfermedad y enfermo mental, así como identificar las variables que contribuyan a integrar dichas actitudes. A continuación se presenta el resumen de algunas de las investigaciones encontradas.

INVESTIGACIONES DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

LUGAR/AÑO	AUTORES	TIPO DE POBLACION	METODOS E INSTRUMENTO	RESULTADO
Nueva York 1962	Cohen J,Struening EL	N=541 empleados N=653 empleados De dos hospitales neuropsiquiátricos	Muestra representativa de personal que desempeña diferentes funciones y que está en contacto frecuente con los pacientes. Cuestionarios anónimos. Se aplicaron tres escalas que miden actitudes: opinión acerca de la enfermedad mental (OMI), de Cohen y Struening (1962); ideología acerca de la custodia de los enfermos mentales (CMI), de Gilbert y Levison 1956, y la escala California f, de Adorno T, 1950.	Se identificaron cinco puntos importantes que se usan para medir la opinión y las actitudes hacia la enfermedad mental: 1. Factor autoritarismo: se identificó con la escala California F; define un sometimiento autoritario, combinado con la opinión de que el enfermo mental es de una clase inferior. 2. Factor benevolencia: incluye opiniones paternalistas que proceden de la religión y del humanitarismo. 3. Factor ideología de higiene mental: orientación positiva que considera que la enfermedad mental es como cualquier otra. 4.- factor restrictividad social: la opinión principal es que el enfermo mental constituye una amenaza para la sociedad. 5.- Factor etiología interpersonal: la opinión es que la enfermedad mental procede de experiencias personales, especialmente de carencias afectivas en la infancia.

Pensilvania 1964	Lawton M.	N= 72 ayudantes de psiquiatría de un Hospital de Pensilvania.	Se aplicaron cuatro escalas: la de opinión acerca de enfermedad mental (OMI); una lista para evaluar conocimientos interpersonales (ICL); la escala de Edwards (EPPS) y la de Custodia (TVCR) y un cuestionario de variables demográficas.	Se observó que la escala OMI tiene una correlación significativa con la escala ICL. El factor autoritarismo se correlaciona con la edad y los años de servicio. El factor de preferencia personal restrictividad está correlacionado con el nivel educativo. La variable sexo no correlaciona con las actitudes.
Washington 1967	Dohrenwend y Chin Shong.	N= 233 sujetos de la población general.	Muestra probabilística según la posición socioeconómica. Se utilizaron seis descripciones hipotéticas basadas en Star y en esquizofrenia, neurosis de ansiedad, trastornos juveniles, conducta fóbica y alcoholismo. Además siete reactivos de la escala de distancia social.	Se encontraron diferencias entre las clases sociales. Las personas de clase alta demostraron mayor tolerancia y son más liberales hacia la clase social baja.
Baltimore 1970	Spiro H., Siassi I y Crocetti G.	N= 747 adultos de la ciudad.	Muestra probabilística, estratificada, representativa de la población adulta. Encuesta de hogares. Se aplicaron seis viñetas de esquizofrenia simple, neurosis de ansiedad, esquizofrenia paranoide, fobia compulsiva, alcoholismo y trastorno juvenil. Un cuestionario relacionado con las viñetas.	Los resultados muestran que hay relación entre la habilidad de un individuo para identificar a un enfermo mental y su actitud hacia el enfermo. El estudio confirmó que la actitud hacia el enfermo mental no está determinada por la etiqueta que se le ponga, es decir, la actitud de rechazo no necesariamente se debe al estigma de enfermo mental, sino que se teme que manifieste conductas anormales.

Nueva York 1976	Gaudio A. y cols.	N= 33 terapeutas de psiquiatría de la Universidad de Rochester, N.Y.	Encuesta. Se utilizó la escala de ideología comunitaria en salud mental de Struening (CMHI), una escala de valores democrático y la descripción de los rasgos de ocho casos psiquiátricos.	Los resultados indican que hay una relación significativa entre la escala CMHI y la escala de valoración democrática. Los pacientes que están integrados a terapia tienen menos disturbios. Los terapeutas reportan un alto insight en los pacientes neuróticos de clase media, aunque el interés particular del terapeuta en el tratamiento de los pacientes influyó en el pronóstico de la enfermedad.
Nueva York 1976	Lehman S. Y cols.	N= 39 mujeres N= 51 hombres Estudiantes de psicología de la Universidad de Nueva York.	Se aplicó cuestionario demográfico y una escala de autodescripción con base conductuales, más que de adjetivos. Leyeron una biografía y se les mostró un videotape de tres minutos con una descripción de una mujer conductualmente, peligrosos y poco responsables. Posteriormente se les aplicó una escala de 18 preguntas con adjetivos y una escala de distancia social.	El rechazo al enfermo mental depende de atributos conductuales, más que de la etiquetación. A los enfermos se les considera como impredecibles y peligrosos y poco responsables. La etiquetación no está asociada necesariamente con la sintomatología conductual, pues el sujeto puede presentar conducta anormal sin estar etiquetado como enfermo mental.

Toronto 1979	Taylor M. y cols.	N= 706 sujetos sin facilidades de acceso a los establecimientos de salud. N= 384 sujetos con facilidades de acceso a servicios de salud de Toronto.	Muestreo al azar basado en el nivel socioeconómico de la población general. Se utilizó una escala de actitudes combinando la escala de OM y de CMHI. Se integró el instrumento AMI que incluye subescatas: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de salud mental.	Se obtuvo una buena información acerca de la enfermedad mental a la que se considera como cualquier otra. Mostraron mayor aceptación hacia el paciente mental. Los autores señalan la importancia que tiene la actitud hacia el enfermo mental para predecir las reacciones del público hacia los establecimientos comunitarios de salud mental.
Argentina 1984	Stefani D	N= 253 sujetos de la población general.	Encuesta de hogares. Sujetos mayores de 17 años de edad de diferente nivel socioeconómico. Se aplicó un cuestionario de variables demográficas y una escala de actitudes hacia la enfermedad mental, construida por el autor.	No se observaron diferencias entre los sujetos de sexo masculino y femenino. Existen diferencias significativas en nivel socioeconómico. Las actitudes son más favorables a medida que aumenta el nivel socioeconómico y a medida que decrece, aumenta el temor y la desconfianza hacia el enfermo mental.

México 1985	Natera G. y cols.	N= 131 sujetos de la población general (103 sujetos de bajos recursos socioeconómicos y 28 sujetos de altos recursos, del sur del Distrito Federal).	Muestra representativa de las dos poblaciones estudiadas. Se utilizó la técnica del informante y la dinámica grupal. Se aplicó un cuestionario para datos sociodemográficos y siete viñetas: Debilidad mental, esquizofrenia, depresión, paranoia, histeria, obsesión-compulsión y alcoholismo.	Entre las poblaciones estudiadas no se observaron diferencias significativas en la manera en como se concibe la enfermedad mental. Se le atribuyen características de tipo psicossocial, es decir, se considera que hay elementos de agresión, de peligro y de impredecibilidad de la conducta del enfermo mental.
México 1986	Casco M. Natera G.	N= 129 sujetos (26 profesionistas y 103 de la población general del sur del Distrito Federal)	Técnica del informante y dinámica grupal. Cuestionario de datos sociodemográficos y siete viñetas: debilidad mental, esquizofrenia, paranoia, depresión, histeria, obsesión-compulsión y alcoholismo y un cuestionario relacionado con las viñetas.	Los profesionales no perciben adecuadamente la información que posee la comunidad en relación con la enfermedad mental.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento se dividió en varias fases que se explicarán de acuerdo a la cronología del mismo.

1. Fase de preselección de los aspirantes a realizar su servicio social

Generalmente los estudiantes tienen referencias de algunos trámites por medio de sus compañeros o las propias escuelas, sin embargo es necesario ofrecerles información clara y personalizada de los requisitos que deben cubrir:

- Entrevista.
- Carta de presentación de su escuela dirigida al director del hospital.
- Constancia de créditos.
- Historial académico actualizado.
- Fotocopia de identificación oficial.
- Fotocopia de la CURP.
- Tres fotografías tamaño infantil.

2. Fase de evaluación

Se citó a los estudiantes para realizar entrevista individual. Una vez realizada la entrevista psicológica se decide si el estudiante cuenta con los suficientes recursos psicológicos, intelectuales, intereses educativos, motivacionales para trabajar en un hospital psiquiátrico.

3. Fase de aplicación de instrumentos y entrega de documentación:

Se cita al estudiante para aplicación individual del MMPI 2, Cuestionario de expectativas de servicio social que además contiene datos sociodemográficos y la Escala de Actitudes hacia la enfermedad Mental (AMI).

Para el presente reporte laboral se tomaron para su evaluación el Cuestionario de expectativas del servicio social y la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental (AMI) de 55 estudiantes de psicología que ingresaron a servicio social durante enero a agosto del 2003.

Asimismo, entregan la documentación académica anteriormente solicitada.

4. Fase de Aceptación.

Una vez cubiertas las fases anteriores, se realiza una Carta oficial de aceptación de servicio social, dirigida a su universidad y con copia para el interesado y autoridades respectivas del hospital, que contiene los siguientes datos: nombre.

No. De cuenta, carrera, fecha de inicio y término del servicio social, turno, horario y programa de servicio social en el cual quedó inscrito el estudiante.

Se le hace entrega al estudiante de la original y copia de la Carta de Aceptación, credencial de servicio social con el número de tarjeta de checar con el cual registrará su hora de entrada y salida en el Control de Asistencia del Hospital.

5. Fase de Curso Propedéutico.

Se programa el propedéutico y se cita a los estudiantes de recién ingreso para tomar un curso de tres días, el cual está dividido por diferentes temáticas: aspectos administrativos, revisión de aspectos teóricos (entrevista, manejo de grupos, principios terapéuticos, exámen mental, aplicación e integración de pruebas psicológicas, relación con pacientes y familiares, programas y actividades generales del psicólogo en la institución), observación y aproximación gradual a las actividades con pacientes y por último una sesión que promueva que los estudiantes externen sus mitos, fantasías, temores y sentimientos en relación a los pacientes psiquiátricos y hospitales. Cierre del curso.

6. Fase de Distribución y Asignación al área.

A partir de este momento, los estudiantes son distribuidos a las diferentes áreas de acuerdo a los programas de servicio social, son asignados y presentados con un asesor inmediato (psicólogo empleado del hospital) el cual será su tutor durante todo el servicio social.

7. Fase de Seguimiento.

La Coordinación de servicio social coordina y supervisa el tutelaje de los estudiantes, mediante entrevistas individuales (las veces que sean necesarias), junta mensual con todos los estudiantes por carrera (psicología, odontología, enfermería, carreras técnicas, etc). Asimismo, los estudiantes deben entregar a la coordinación su Reporte Mensual de Actividades calificado y firmado por su asesor inmediato. (Anexo)

El departamento de Recursos Humanos del Hospital, envía a la Coordinación las tarjetas de asistencia de todos los prestadores de servicio social (alrededor de 250), con la finalidad de contabilizar la cantidad de horas realizadas y registrarlas en sus reportes mensuales.

Durante esta fase, se califican los instrumentos aplicados y se vacían los datos obtenidos, ya que por la gran cantidad de demanda y actividades no contamos con el tiempo, ni el personal suficiente para hacerlo desde el inicio. Esto significa que los resultados no son determinantes para la aceptación o rechazo de los estudiantes aspirantes al servicio social. Como anteriormente señalamos, los criterios de aceptación básicamente están respaldados por la entrevista psicológica inicial.

8. Fase de terminación de Servicio Social.

Una vez concluido el Servicio Social, el estudiante debe presentar un Informe Final de sus actividades en tres juegos, el cual contiene carátula con sus datos generales, Firmas de las autoridades competentes: Director del hospital, Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación, Coordinación de Servicio Social y asesor inmediato. Índice. Introducción, Objetivos y descripción de las actividades, conclusiones y sugerencias. Posteriormente se realiza su carta de terminación de servicio social dirigida la Universidad a la cual pertenece el estudiante.

CAPITULO IV RESULTADOS

1. RESULTADOS

Los resultados que se presentan son obtenidos del Cuestionario sobre Expectativas de estudiantes en Servicio Social y la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMI) y se divide en dos partes. La primera titulada Resultados Generales, incluye a toda la muestra (55 estudiantes), nos proporciona datos sociodemográficos, motivos de elección del Hospital como campo clínico para realizar el Servicio Social, Expectativas y los posibles beneficios en términos académicos, laborales y personales. La segunda llamada Resultados de Actitudes hacia la Enfermedad Mental tomados del AMI que incluyen al total de la muestra y las pruebas estadísticas realizadas. En un primer momento se describen los resultados y posteriormente se presentan en esquemas.

Resultados Generales.

De los 55 estudiantes encuestados, el 69 % corresponde al sexo femenino y el 31 % al masculino (fig. 1). El promedio de edad es de 26.2 años. El rango de edad es de 21 a 48 años. En cuanto al estado civil, el 80% es soltero, el 18% es casado y el 2% divorciado (fig. 2). En relación al tipo de Institución Educativa se dividió en pública y privada. Se consideró a la UNAM y UAM como instituciones públicas. Del total de la muestra el 82% pertenece a escuela pública y el 18% a escuelas privadas (fig. 3).

El 67.2% no tiene empleo, el 27.2% se encuentra empleado y el 5.4% no contestó. El 96% eligió la realización del Servicio Social en el Hospital, el 2% fue asignado por la escuela y el 2% restante fue sugerido por su asesor (fig. 4). El 87% refiere que recibió información previa del hospital y el 13 % no la tuvo (fig. 5)

El 43. 6% se enteró de la existencia de los Programas de Servicio Social del Hospital por medio de la oficina de servicio social de su Universidad, el 25.4 % por comentarios de sus compañeros, el 25,4 % por medio de carteles y las visitas académicas al hospital y el 5.4 % por otros medios no especificados.

El 96% considera que el Hospital es adecuado para realizar su Servicio Social, el 2% no sabe y el 2% no contestó (fig. 6).

En relación, si los estudiantes habían tenido contacto previo con hospitales psiquiátricos el 51% contestó que no y el 49% refiere que si (fig.7).

1. Resultados del Cuestionario sobre Expectativas.

Motivos de elección del Hospital como campo clínico.

En esta pregunta, las respuestas de mayor frecuencia fueron: posibilidad de aprender más sobre la disciplina, le interesa lo relacionado a la salud mental y la posibilidad de aplicar sus conocimientos. Las respuestas de menor frecuencia se agrupan en: cercanía de su domicilio, cercanía de la Universidad y recibir incentivos económicos.

Expectativas de su Servicio Social en el Hospital.

En este rubro se exploraron las expectativas de los estudiantes con respecto a su servicio social en el hospital y se dividieron en términos académicos, laborales y personales. Cabe mencionar, que los estudiantes podían marcar más de una opción, por lo tanto las respuestas se reportan de mayor a menor frecuencia.

Expectativas académicas

Recibir asesoría especializada fue la respuesta de mayor frecuencia, es lo que más esperan los estudiantes obtener del Hospital. Asimismo, algo que desean en segundo lugar es desarrollar destrezas técnicas. Respuestas de mediana frecuencia fueron realizar su tesis e investigación. Por último, esperan obtener becas.

Expectativas Laborales.

Obtener experiencia profesional fue la respuesta de más alta frecuencia, le siguió la respuesta relacionarse con personas de influencia para obtener empleo. También esperan obtener una plaza dentro de la Institución y obtener un empleo bien remunerado.

Expectativas personales.

Este aspecto se divide en lo que esperan los estudiantes de sí mismos y la repercusión social de realizar su servicio en el Hospital.

Las repuestas se ordenaron de mayor a menor frecuencia. Aprender a mejorar sus relaciones con los demás, hacer su servicio social en el hospital le ayudará a conocerse mejor y poder ayudar a personas de su familia o conocidos que sufran de problemas emocionales son las expectativas más frecuentes. Cambiar cosas que les desagradan de sí mismos y poder encontrar amigos son respuestas que presentaron aunque con menor frecuencia.

En relación con la repercusión social de realizar su Servicio social en el Hospital consideran con mayor frecuencia que la gente les reconocerá por trabajar para enfermos mentales y que la gente le pedirá que lo ayude. Como respuestas de menor frecuencia mencionan que les reforzará su imagen social, sin embargo algunas respuestas mencionadas fueron que les aconsejan que no asista al hospital, que la gente los criticará y les tendrá miedo.

2. Resultados de Actitudes Hacia la Enfermedad Mental.

Como sabemos la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMI) consta de cuatro subescalas que miden: Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad e Ideología comunitaria de salud mental.

Esta escala fue aplicada al total de la muestra que fueron 55 estudiantes antes de iniciar su Servicio Social en el Hospital.

Se aplicaron diferentes pruebas estadísticas con la finalidad de observar como se manifiestan los cuatro tipos de actitudes hacia la enfermedad mental de acuerdo a las variables: sexo, edad, tipo de escuela (pública y privada), promedio y porcentaje de créditos. Como vemos, estas variables están más relacionadas con la actividad escolar.

Resultados de la variable sexo.

Se aplicó la Prueba estadística no Paramétrica de Mann-Whitney, ya que se utiliza para la comparación de dos grupos, en este caso hombres y mujeres.

En la actitud de autoritarismo encontramos una significancia de $P= 0.017$, lo que indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de hombres y mujeres.

En la actitud de Benevolencia se obtuvo una significancia de $P= 0.005$, lo que indica diferencias estadísticamente significativas entre la actitud de hombres y mujeres.

En la actitud de Restrictividad y de Ideología no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ya que su nivel de significancia es de $P= 0.448$ y $P= 0.395$ respectivamente.

Resultados de la variable edad.

Se aplicó la Prueba estadística no Paramétrica de Kruskal – Wallis. Utilizamos esta prueba porque los datos obtenidos son ordinales, se trata de una muestra pequeña y porque nos sirve para ver si existen diferencias en más de tres condiciones, en virtud de que trabajamos con nueve rangos de edad para cubrir el

rango general de toda la muestra que es de 21 a 48 años y tener mayor fineza en los resultados.

En la variable edad, solamente encontramos diferencias estadísticamente significativas en la actitud de Benevolencia con una significancia de $P= 0.050$ En autoritarismo obtuvimos una $P= 0.662$, en Restrictividad $P= 0.396$ y en Ideología una $P= 0.130$, que no se consideran significativas.

Resultados de la variable Tipo de Escuela (Pública y privada).

Se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Mann-Whitney porque se utiliza en la comparación de dos grupos, en este caso Escuela Pública y Privada.

En general no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuatro escalas. Sin embargo, encontramos una significancia de $P= 0.136$ en la escala de restrictividad, que sugiere una tendencia a la diferencia de actitud en estudiantes de escuelas públicas y privadas.

Al observar la media de las puntuaciones de la escala de restrictividad entre estudiantes de escuelas públicas y privadas, encontramos que los estudiantes de escuelas públicas manifiestan una tendencia desfavorable hacia la restrictividad social, mientras que los de escuelas privadas muestran lo contrario, es decir, una tendencia favorable hacia la restrictividad social. Recordemos que esta actitud se refiere al pensar que el enfermo mental debe ser restringido en sus acciones y recluido en instituciones psiquiátricas.

Resultados de la variable Promedio escolar.

Se utilizó la prueba estadística no paramétrica Kruskal-Wallis. Se establecieron cinco rangos de promedios escolares. El rango global va de 6 a 10 de calificación. El 87.2% de los estudiantes tiene un promedio escolar entre 8 a 9; el 9.09% tiene un promedio escolar de 6 a 7 y el 3.6% tiene un promedio de 10.

Resultados de la variable porcentaje de créditos.

Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se utilizaron cuatro rangos de porcentaje de créditos. Los estudiantes pueden realizar su Servicio Social a partir del 70% de créditos cubiertos. El 41.8% de los estudiantes tiene un porcentaje de créditos de 70. El 29.09% de estudiantes tiene un porcentaje de créditos cubiertos de 90; el 14.54% de estudiantes tiene cubiertos 80% de créditos y un 14.54% de estudiantes cubre el 100 % de créditos.



FIGURA 1



FIGURA 2

TIPO DE ESCUELA

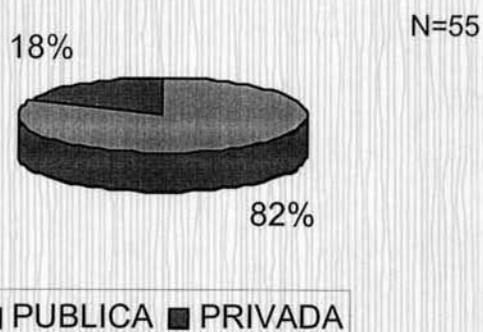


FIGURA 3

ELECCION DEL SERVICIO SOCIAL



FIGURA 4

RECIBIO INFORMACION PREVIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO " F.B.A"

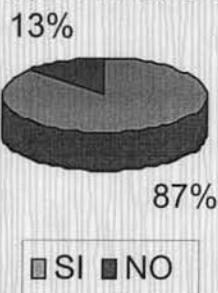


FIGURA 5

EL HOSPITAL ES ADECUADO PARA REALIZAR SU SEVICIO SOCIAL

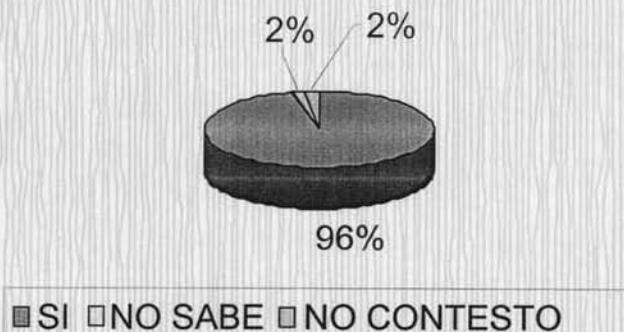


FIGURA 6

CONTACTO PREVIO CON HOSPITALES PSIQUIATRICOS

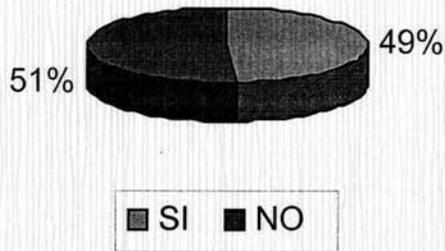


FIGURA 7

V. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Dentro de la multiplicidad de actividades que se desarrollan en la Coordinación de Servicio Social, Prácticas Profesionales y Visitas Académicas, consideramos de gran importancia la evaluación de las expectativas y actitudes hacia la enfermedad mental que tienen los estudiantes de Psicología, porque son los prestadores de servicio social que tendrán mayor contacto emocional con los pacientes psiquiátricos y sus familiares. Situación que nos preocupa, porque a lo largo de nuestra trayectoria profesional hemos detectado que no todos los estudiantes de Psicología pueden trabajar con este tipo de pacientes, dado que se movilizan muchos sentimientos y conflictos personales que puedan presentar los estudiantes. El trabajo cotidiano con el mundo de la "locura" de alguna manera puede remitirnos a nuestras propias problemáticas, de tal manera que el propósito fundamental de esta actividad de evaluación, nos permite conocer al estudiante y diseñar estrategias para su contención y seguimiento durante su relación (servicio social) con los pacientes psiquiátricos y sus familias.

En esta encuesta, encontramos que el mayor porcentaje de estudiantes que llegaron a realizar su Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" pertenecen al sexo femenino, al parecer porque aún en la Carrera de Psicología predomina el género femenino.

En su mayoría son solteros y en general pertenecen a Universidades Públicas. Aunque casi la mitad del total de la muestra refiere no haber tenido contacto con hospitales psiquiátricos, el 96 % eligió al "Fray Bernardino Álvarez" como sede de su servicio social y la mayoría recibió información previa del hospital, lo que nos lleva a suponer un interés por las actividades del mismo. La mayoría de los estudiantes llegan con un marcado interés por el área clínica y un deseo de aprendizaje en aspectos relacionados con la psicopatología, entrevista a pacientes y familiares, aplicación de pruebas psicológicas, integración de estudios, técnicas de intervención con pacientes y sus familiares, etc.

Probablemente, por la gran riqueza de experiencia clínica que se puede obtener en el Hospital, es que los estudiantes de psicología de la UAM Xochimilco conforman el porcentaje mayor en servicio social en el hospital, ya que su formación es más bien social.

En general, podemos decir que los estudiantes consideran como una adecuada opción para sus expectativas realizar el servicio social en el Hospital, la gran mayoría espera recibir asesoría especializada, desarrollar destrezas técnicas, obtener experiencia profesional y la oportunidad de aplicar sus conocimientos.

Por otro lado, algunos esperan realizar su tesis en el Hospital y realizar investigación. A propósito de este punto, nuevamente son los estudiantes de la UAM Xochimilco quienes mayor cantidad de proyectos de tesis realizan en el hospital, derivados de su práctica clínica en el hospital, probablemente debido a

que su plan curricular incluye en los últimos trimestres seminarios de investigación de los cuales obtendrán su proyecto de tesis.

Algunos estudiantes mencionan que el realizar su servicio social en el hospital les ayudará a aprender a mejorar sus relaciones con los demás, les ayudará a conocerse y probablemente podrán ayudar a sus familiares o conocidos si tienen problemas emocionales, lo que es una fantasía frecuente en los estudiantes de psicología aunque no estén realizando su servicio social en el Hospital.

En cuanto a las repercusiones sociales se muestran ambivalentes, por un lado algunos refieren que presentar su servicio social en el Hospital, le dará reconocimiento por trabajar para enfermos mentales y la gente les pedirá ayuda e incluso les reforzará su imagen social, sin embargo otros refieren que la gente los criticará y les tendrá miedo.

Lo anterior, nos sugiere que los estudiantes no son ajenos a la ideología que la comunidad pueda tener hacia la enfermedad mental. Es decir, que su actitud está influida por nociones, preconcebidas, inclinaciones, sentimientos y temores, lo que concuerda con Cohen (1982), los profesionales no son inmunes a la influencia de los estereotipos populares, encontrando más similitudes que diferencias entre los puntos de vista del público general y los profesionales de la salud.

En relación a la prueba de Actitudes hacia la enfermedad mental, encontramos de forma general diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo y edad; en las variables promedio escolar y porcentaje de créditos no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, en la variable tipo de escuela, se encontró una tendencia a la diferencia de actitud entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

Recordemos que el AMI, evalúa cuatro tipos de Actitud: Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología comunitaria de salud mental. Para ser más específicos, en la variable sexo se obtuvieron diferencias en las actitudes de autoritarismo y benevolencia, no así en las otras dos, lo que nos lleva a suponer que las diferencias de género sí influyen en la actitud hacia la enfermedad mental.

Observando, la media del rango en las puntuaciones de la escala de autoritarismo entre hombres y mujeres, encontramos que las mujeres mantienen una posición neutral hacia el autoritarismo mientras los hombres presentan una marcada tendencia desfavorable hacia el autoritarismo, lo que significa que probablemente las mujeres no comprometen su opinión.

En cuanto a la escala de benevolencia las diferencias significativas, se refieren a que las mujeres muestran una actitud con tendencia desfavorable hacia la benevolencia y los hombres muestran lo contrario, es decir una tendencia favorable hacia la benevolencia. Recordemos que esta actitud está basada en mayor proporción por conceptos moralistas, religiosos y humanistas, más que en

conceptos científicos y objetivos. Este resultado puede parecer contradictorio, sin embargo consideramos que tiene relación con la escala de autoritarismo ya que las mujeres presentan una posición más neutral, es decir, sin comprometer mucho su respuesta y tratando de ser más objetivas.

En la variable edad, la muestra con un rango de 21 a 48 años, solamente se encontró diferencias estadísticamente significativas en la actitud de benevolencia. Dentro de este rango se establecieron nueve subrangos, de tal manera que observamos una variabilidad en las respuestas.

Los que manifiestan una actitud más benevolente son los de 33 a 35 años, los de posición neutral fueron los más jóvenes de la muestra de 21 a 23 años y los de 27 a 32. Con tendencia desfavorable hacia la benevolencia los de 24 a 26 años, de 36 a 39 y los de 46 a 48 años. Estos datos señalan que la edad sí influye en la actitud hacia la enfermedad mental y específicamente en la actitud de benevolencia que según Cohen, et. al, (1962) incluye opiniones paternalistas que proceden de la religión y del humanitarismo. Al parecer, los jóvenes tienden a ser más neutrales y conforme avanzan en edad se define la actitud hacia extremos más bien desfavorables, de acuerdo a nuestros resultados. En otros estudios como en el de Natera (1991), encontraron que la variable edad es un factor determinante, en donde la población de mayor edad manifestó un alto grado de rechazo en relación a la aceptación del enfermo mental en la comunidad.

Al parecer, estos resultados pueden sugerir que los adultos tienen ideas más conservadoras que la gente joven que es la que posee nuevas tendencias de educación liberal.

Los estudiantes de Psicología de Universidades públicas tienden a considerar a los enfermos mentales menos amenazantes para la sociedad y por lo tanto ser menos restrictivos con ellos, que los estudiantes de Universidades privadas. Aunque no valoramos el nivel socioeconómico como tal, inferimos que los estudiantes de universidades privadas tienen mayor disponibilidad económica que los estudiantes de universidades públicas. Este resultado, no concuerda con algunas investigaciones que refieren que a mayor nivel socioeconómico las personas presentan una mayor tolerancia y son más liberales hacia la enfermedad mental, Donrenwend (1967).

Como ya vimos en los resultados, ni el promedio escolar y el porcentaje de créditos influyen en la actitud hacia la enfermedad mental, es decir no importan las calificaciones de los estudiantes, ni el grado que cursan.

Como se ha revisado, el grado de percepción de la comunidad hacia la enfermedad mental, no solo posibilita la reintegración del paciente a ésta, sino que también contribuye al propio servicio que prestan los centros de atención a la salud. Por lo que a través de la información relacionada con las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental, podremos mejorar y asegurar los

programas de tratamiento y prevención. Según Natera (1991), las actitudes positivas pueden favorecer el desarrollo de programas de tratamiento en las propias comunidades, evitando de este modo que la población afectada sea estigmatizada.

De tal manera, consideramos de gran importancia el trabajo propedéutico y de seguimiento con los estudiantes de psicología que llegan a realizar su servicio social en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", proporcionando espacios de análisis y reflexión grupal en relación con sus fantasías, mitos, temores y expectativas, de tal manera que logren mayor claridad y seguridad en la relación profesional que establezcan con los pacientes psiquiátricos y sus familiares.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Durante mi experiencia profesional en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en diferentes áreas del mismo, siempre he estado en contacto con los estudiantes de diferentes carreras que realizan sus prácticas clínicas o servicio social. Es común ver estudiantes de Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, relacionarse con el personal y con los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, cuando asumo la Coordinación de Servicio Social y Prácticas, aproximadamente cuatro años atrás, tomo mayor conciencia de la responsabilidad que implica para la Institución y para el personal adscrito el coadyuvar en la formación profesional de los estudiantes y principalmente de Psicología que llegan a realizar su servicio social o prácticas profesionales al Hospital.

Este contacto diario con los estudiantes, me permitió observar el impacto que les produce el enfrentarse al "mundo de la locura", a las enfermedades mentales, al complejo dinamismo de una institución psiquiátrica, a sus propios miedos y a sus propios procesos psicológicos

Desde entonces, se ha tratado de encontrar la manera de proporcionar mejor atención y diseñar programas de mayor contención para los estudiantes.

Tenemos limitaciones propias de las posibilidades reales de acción de una institución de salud pública. Sin embargo, hablando específicamente de este estudio, encontramos que un proceso de evaluación que se realice al inicio de un ingreso a una Institución, puede influir en las respuestas, al considerar que puede ser decisivo para poder ingresar. Aunque se les explica a los estudiantes que los resultados de estos cuestionarios son independientes y solo se usarán para mejorar las estrategias de la Coordinación.

Otra limitación, es que a esta muestra de estudiantes no se les aplicó un retest, de tal manera que no sabemos como influyó su servicio social en un cambio o no de actitudes.

Por lo anterior, se sugiere realizar más investigaciones al respecto, ya que son pocas investigaciones en México sobre las actitudes hacia la enfermedad mental y en diferentes tipos de poblaciones.

Por otro lado, se propone realizar un retest a los estudiantes de psicología que inicien su servicio social en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" una vez que hayan concluido para detectar los probables cambios en la actitud hacia la enfermedad mental.

REFERENCIAS.

Bentick, C. (1967) Opinions about mental illness held by patients and relatives. Family Process. 193-207.

Bhugra, D. (1989) Attitudes towards mental illness. Acta Psychiatry Scand. 80:1, 11-12.

Casco, M. y Natera, G. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental. Salud Mental. V. 10

Cohen, J., Struening J. (1962) Opinions about mental health in the personal of two large hospitals. Journal of abnormal and social psychology. 349-360.

Coie, D. Constanzo, Cox. R. (1975) Behavioral determinants of mental illness concerns. A comparison profesions. Journal of consulting and clinical psychology. 211-215.

Coser, L.A. (1978) Las instituciones voraces. México: Fondo de Cultura Económica.

Dana, R. (1966). Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Argentina: Paidós.

Davison, G. y Neale, J. (1974). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa, 1983.

De la Fuente R. (1982) La salud mental en México. Salud Mental. 5, 22-25.

Díaz, J. (1998) Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la Teoría de la Representación Social en el Campo de la Salud Mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.

Dirección General de Enseñanza en Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. (1996) Compilación de documentos técnico-normativos para el desarrollo académico y operativo del Servicio Social. México: Secretaría de Salud.

Dolto, F. (1971) Psicoanálisis y Pediatría. México: Siglo XXI. 1991

Erving G. (1961) Asylums-garden, New York : Anchor Books.

Foucault M. (1988) Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores.

Freedman A., Kaplan H., Sadock B. (1984) Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat.

Freud, S. (1930) El malestar de la cultura. Argentina: Amorrortu. 1992.

Fromm, E. (1953). La patología de la normalidad. México: Paidós. 1991

Fromm, E. (1962) Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica.

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". (1997). Una reseña histórica de la Psiquiatría en México. México: Secretaría de Salud.

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". (2001) Programa General de trabajo. México: Secretaría de Salud.

Johansen W., Redel M. (1964) Personality and attitudinal changes during psychiatric nursing affiliation. Nurses Res. 2, 343-345.

Lain, P. (1958) La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Ed. Revista de Occidente. Madrid, España.

López, A. (1969). Augurios. Editorial UNAM. México, D.F.

Ludwing, W., et. al. (1990) Assesment of compliance related attitudes in Psychiatry. Psychiatry Epidemiology. 25, (6), 298-303.

Natera, G. (1991). Actitudes hacia la enfermedad mental de población general y en un grupo de profesionales de la salud. Anales. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Nathan, P. y Harris, S. (1975) Psicopatología y Sociedad. México: Trillas. 1983

Nunnaly, J. (1957) The communication of mental health information: a comparision of the opinions of experts on the public with mass media presentation. Behavioral Science. 2, 222-230.

Padilla, J. (1987) Actitudes hacia la enfermedad mental por parte de sus familiares. Tesis para Especialidad en Psiquiatría, Salud Mental. UNAM.

Rodríguez, C. (1996) Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de la Castañeda. Revista Tramas. UAM. Xochimilco.

Somolinos, G. (1976) Historia de la Psiquiatría en México. Sepsetentas. México, D.F.

Szasz, T. (1960) El mito de las enfermedades mentales en T.Millon (Ed.) Psicopatología y Personalidad. México: Interamericana, Segunda edición, 1974.

Watzlawick, P. et. al. (1967) Teoría de la Comunicación Humana. España: Herder. 1986.

Zax, M. y Cowen, E. (1979) Psicopatología. México: Interamericana, 1985.

ANEXOS

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDADES MENTALES (AMI)

Esta escala fue construida por Lear y Taylor M. En 1979, posterior a modificaciones y antecedentes de un cuestionario formado por los autores en 1960.

Este cuestionario costa de cuatro escalas : (anexo)

- 1.1 Autoritarismo
- 1.2 Benevolencia
- 1.3 Restrictividad Social
- 1.4 Ideología de la comunidad acerca de la enfermedad mental.

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y tache las respuestas mas adecuada a lo que piensa:

1. - En cuanto una parece estar enferma mentalmente pienso que se le debe hospitalizar.
 - a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.

2. - Creo que el gobierno debería dar más dinero para el tratamiento y cuidado de la enfermos mentales.
 - a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.

3. -Pienso que los enfermos mentales deberían de ser aislados del resto del a comunidad.
 - a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.

4. -Es de mucha ayuda para los enfermos mentales que se queden dentro de su propia comunidad.
 - a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5. –La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.
- a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.
6. –Los enfermos mentales creo que son una carga para la comunidad.
- a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.
7. –Los enfermos mentales son menos peligrosos que lo que la gente supone.
- a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.
8. –El que existan centros u hospitales para curar enfermos mentales en mi colonia , pienso que la desprestigia.
- a) Estoy de acuerdo.
 - b) Estoy más o menos de acuerdo.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo.
 - e) Estoy en desacuerdo.

9. Creo que hay algo en los enfermos mentales que hace que se diferencien del resto de la gente.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

10.– Pienso que se burlan de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

11.–Sería tonta (o) si me caso con hombre o mujer que hubiera estado enfermo mentalmente, aunque ya estuviera totalmente recuperado.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy un acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

12.–De la misma comunidad creo que deberían de dar los servicios necesarios de salud mental.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

13. – Se debería de cuidar menos al público de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

14. –Es un desperdicio de nuestros impuestos aumentar el gasto en servicios de salud mental.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

15. –Nadie tiene el derecho de apartar al enfermo mental de su comunidad.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

16. –Pienso que existe un alto riesgo en la colonia cuando hay enfermos mentales viendo aquí, aun cuando ayude a curarlos.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

17. – A los enfermos mentales se les debe tratar con el mismo tipo de control que a los niños pequeños.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

18. – Considero que debemos ser más pacientes con los enfermos mentales de nuestra comunidad.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

19. – Vivir juntos a un vecino que hubiera estado enfermo(a) mentalmente me sería desagradable (hombre o mujer)

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

20. – Los habitantes de mí comunidad deberían aceptar que haya servicios de salud mental en mi colonia para atender las necesidades de ésta.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

21. - A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

22. - Considero que hay suficientes servicios de salud mental para los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

23. A los enfermos mentales se les debe ayudar a tomar responsabilidades en la vida normal.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

24. - Los vecinos tenemos razones para no querer que haya un servicio de salud mental en nuestra colonia.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

25.- Considero que lo mejor para el enfermo mental es encerrarlo.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

26. Los hospitales psiquiátricos parecen más bien prisiones que lugares donde se puede cuidar a los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

27.- Cualquiera que haya tenido problemas mentales en su pasado, no debería de ocupar un cargo público u oficial.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

28.- Tener servicios de salud mental en la colonia, no pone en peligro a los habitantes de mi colonia.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

29. - Los hospitales psiquiátricos o mentales es una forma anticuada de tratar al enfermo mental.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

30. - Los enfermos mentales no merecen nuestra simpatía.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

31. - Me parece que los enfermos mentales deben tener los mismos derechos que otras personas.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

32. Los hospitales o centros de salud mental, deberían estar lejos de la colonia donde vivimos.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

33.- Unas de las causas principales de la enfermedad mental, son el poco orden y la falta de voluntad.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

34.- Considero que todos tenemos la responsabilidad de dar el mejor cuidado posible a los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

35.- Yo pienso que a los enfermos mentales se les debe de quitar toda responsabilidad.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

36.- Creo que no debemos temer a personas que vengan a los centros de salud mental que estén en nuestra colonia.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

37. - Cualquier persona puede volverse un enfermo mental.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

38. - Creo que es mejor evitar cualquier persona que tenga problemas mentales.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

39. Considero que podríamos confiarle el cuidado de nuestros hijos a la mayoría de las mujeres aunque alguna vez hayan sido pacientes en un hospital psiquiátrico.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

40. - Da miedo la idea de pensar que gente con problemas mentales vivan en nuestra colonia.

- a) Estoy de acuerdo.
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

HOJAS DE RESPUESTAS

- | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e | 23. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e | 24. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e | 25. | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e | 26. | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e | 27. | a | b | c | d | e |
| 6. | a | b | c | d | e | 28. | a | b | c | d | e |
| 7. | a | b | c | d | e | 29. | a | b | c | d | e |
| 8. | a | b | c | d | e | 30. | a | b | c | d | e |
| 9. | a | b | c | d | e | 31. | a | b | c | d | e |
| 10. | a | b | c | d | e | 32. | a | b | c | d | e |
| 11. | a | b | c | d | e | 33. | a | b | c | d | e |
| 12. | a | b | c | d | e | 34. | a | b | c | d | e |
| 13. | a | b | c | d | e | 35. | a | b | c | d | e |
| 14. | a | b | c | d | e | 36. | a | b | c | d | e |
| 15. | a | b | c | d | e | 37. | a | b | c | d | e |
| 16. | a | b | c | d | e | 38. | a | b | c | d | e |
| 17. | a | b | c | d | e | 39. | a | b | c | d | e |
| 18. | a | b | c | d | e | 40. | a | b | c | d | e |
| 19. | a | b | c | d | e | | | | | | |
| 20. | a | b | c | d | e | | | | | | |
| 21. | a | b | c | d | e | | | | | | |
| 22. | a | b | c | d | e | | | | | | |

CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL.

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SU INFORMACIÓN ES ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL Y SERÁ USADA EN BENEFICIO DE SU DESARROLLO ACADÉMICO.

NOMBRE: _____, EDAD: _____.

EDO. CIVIL: _____, ESCOLARIDAD: _____.

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____.

OCUPACIÓN: _____, LUGAR DE NACIMIENTO: _____.

DOMICILIO: _____.

TELÉFONO: _____.

I. Motivos de elección del campo clínico del servicio social.

1. Quién eligió esta institución para que realizara su Servicio Social:

a) usted b) su escuela c) otro – especifique -: _____.

2. Ésta institución tiene características suficientes para que aplique los conocimientos de su disciplina:

a) sí b) no c) no sabe

3. Recibió información previa sobre las características de ésta institución:

a) sí b) no

4. Cómo se enteró de la existencia del Servicio Social para su disciplina en este Hospital:

a) carteles

b) oficina de servicios escolares

c) charlas ofrecidas en su escuela por personal de éste hospital

d) comentarios de sus compañeros e) otros –especifique-: _____.

5. Ha tenido contacto con algún Hospital Psiquiátrico.

a) sí b) no

6. Motivos por los que acepta realizar aquí su Servicio Social (puede marcar más de una opción):

a) cercanía a su domicilio

b) le interesa lo relacionado a la salud mental

c) cercanía a su escuela

d) incentivos económicos

e) posibilidad para aplicar sus conocimientos

f) posibilidad de aprender más sobre su disciplina

g) otro –especifique-: _____.

II. Expectativas del Servicio Social:

7. Realizar aquí su Servicio Social le beneficia en términos académicos (puede marca más de una opción):

- a) desarrollando destrezas técnicas
- b) realizando investigación
- c) recibiendo asesoría especializada
- d) realizar la tesis
- e) obtener becas
- f) otro –especifique-: _____.

8. Realizar aquí su Servicio Social le beneficia en términos laborales (puede marca más de una opción):

- a) por que le da experiencia profesional
- b) espera que le ofrezcan una plaza de adscripción
- c) le permite conocer personas que tal vez le contraten en el futuro
- d) le permitirá obtener un empleo bien remunerado
- f) otro –especifique-: _____.

9. Realizar aquí su Servicio Social le beneficia en términos personales (puede marca más de una opción):

- a) va a aprender a mejorar sus relaciones con los demás
- b) va a poder ayudar a personas de su familia, o conocidos, que sufran de problemas emocionales.
- c) le ayudará a conocerse mejor
- d) le ayudará a cambiar esas cosas que a usted le desagradan de sí mismo
- e) cree que aquí puede encontrar amigos(as)
- f) otro –especifique-: _____.

10. Realizar su Servicio Social puede provocar que (puede marca más de una opción):

- a) la gente le reconocerá por trabajar para enfermos mentales
- b) le reforzará su imagen social
- c) la gente lo criticará
- d) la gente le tenga miedo
- e) la gente le pida que lo ayude
- f) la gente le rehuya
- g) le aconsejen que no asista a este lugar
- h) otro –especifique-: _____.

SI DESEA AGREGAR ALGÚN COMENTARIO ANÓTELO EN ESTAS LÍNEAS:
