

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL EN MEXICO.**

T E S I S

**QUE PRESENTO PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA :
SUSANO PAUL ROZALES LIMÓN**

**DIRECTORA DE TESIS :
LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ.**

MÉXICO ,D.F.

FEBRERO 2008.



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO 1

PERFIL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO.

1.1.-Antecedentes.....	8
1.2.- Definición del perfil profesional del psicólogo.....	9
1.3.- Quehacer profesional del psicólogo.....	10
1.4.- Definición del psicólogo.....	11
1.5.- Funciones genéricas del psicólogo.....	13
1.6.- Características que debe tener el psicólogo.....	13
1.7.- El psicólogo del trabajo.....	14
1.8.- El psicólogo educativo.....	14
1.9.- El psicólogo social.....	15
1.10.- El psicólogo experimental.....	15

CAPITULO 2

SALUD Y SALUD MENTAL.

2.1.- Antecedentes.....	18
2.2.- Definición de salud.....	19
2.3.- Definición de salud mental.....	20
2.4.- Investigaciones recientes acerca de la salud mental.....	22

CAPITULO 3

ENFERMEDAD Y ENFERMEDAD MENTAL.

3.1.- Antecedentes.....	35
3.2.- Definición de enfermedad.....	38
3.3.- Definición de enfermedad mental.....	38
3.4.- El mito de la enfermedad mental.....	40
3.5.- Definición de psicoterapia.....	42
3.6.- Tipos de psicoterapia usados por el psicólogo.....	42
3.6.1.- Método psicoanalista.....	43
3.6.2.- Método conductista.....	44
3.6.3.- Método Cognitivo Conductual.....	44
3.6.4.- Método de la Gestal.....	44
3.6.5.- Método humanista.....	45
3.6.6.- Método sistémico.....	45
3.6.7.- Método centrado en el cliente.....	45
3.6.8.- Alteraciones en la salud mental.....	46

CAPITULO 4

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL.

4.1.- Antecedentes.....	51
4.2.- Integrantes del equipo multidisciplinario.....	53
4.2.1.- El médico psiquiátrico.....	53

4.2.2.- El psicólogo.....	54
4.2.3.- El trabajador social.....	56
4.2.4.- El enfermero.....	56
4.2.5.- El educador sanitario.....	56

CAPITULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Taller para sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario.....	60
de salud mental.	

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PROPUESTA.....	84
--	----

CONCLUSIONES FINALES.....	85
---------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
---------------------------------	----

ANEXO 1.....	90
--------------	----

INTRODUCCIÓN

Actualmente en México, en los Institutos de Salud Mental, de Psiquiatría, los Hospitales Psiquiátricos y demás instituciones de Salud Mental ya sea particulares o de gobierno a todos los niveles, el papel del psicólogo es más bien secundario. El objetivo de este trabajo es sensibilizar en general a los profesionales de la salud, sobre todo a los médicos psiquiatras, debido a que considero que al igual que la mayoría de las instituciones de salud mental del país, el papel del psicólogo no ha sido el adecuado pues el rol es más bien, secundario, basta saber que en el diagnóstico del paciente rara vez interviene, lo mismo que en la elaboración de planes y programas de salud mental y mucho menos en los puestos directivos de dichas instituciones.

En el presente trabajo, sirva aclarar que cada vez que nos referimos a el psicólogo como tal, hablaremos de los psicólogos clínicos; ésto no es con el fin de demeritar a los psicólogos experimentales, sociales, del trabajo o educativos, sino más bien, por que tratamos el caso del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, y los psicólogos que laboran en sus diferentes áreas y en los equipos multidisciplinarios de salud mental que trabajan con los pacientes psiquiátricos internos, aunado a los pacientes de consulta externa, son psicólogos que desempeñan funciones clínicas.

Para la elaboración de este trabajo, me di a la tarea de realizar una revisión bibliográfica de libros, revistas y artículos referentes al tema, en donde se plantea el papel del psicólogo y se abordan sus cualidades profesionales en el campo de la salud mental y se aborda su importancia como integrante de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud mental.

El objetivo principal de este trabajo, es resaltar la importancia del papel del Psicólogo como parte del grupo multidisciplinario de salud mental por lo que proponemos un taller con el fin de sensibilizar a todos a los profesionales involucrados en el equipo compuesto por médicos psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, etc. con el objetivo de presentar las habilidades, conocimientos y capacidades del psicólogo y que entiendan que el psicólogo es un profesionista que enriquece y facilita la comprensión y hace mejor al equipo con su bagaje en salud mental.

A lo largo de la historia, ha existido la supremacía del punto de vista psiquiátrico sobre el punto de vista psicológico, ésto se debe a que la psiquiatría es más antigua que la psicología y a que los psiquiatras se han posicionado en las esferas importantes en las instituciones, de ahí que los médicos psiquiatras ocupen las direcciones de los Institutos de Psiquiatría en el país. Una psicóloga del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, cuando le comenté acerca de la actitud de los médicos psiquiatras hacia los psicólogos me respondió, “Esto seguirá así hasta que se cree un Instituto Nacional de Psicología”. Es difícil y es una tarea de la disciplina psicológica, pero si se puede incidir en la insensibilidad sobre el papel del psicólogo, este esfuerzo habrá valido la pena.

En el capítulo uno, denominado “Perfil Profesional del Psicólogo”, hablamos acerca del perfil profesional del psicólogo y mencionamos al psicólogo del trabajo, experimental, social y educativo. Para llegar a la definición del perfil profesional del psicólogo, se realizó un taller en 1978 donde se llegó a los siguientes resultados: El psicólogo es un profesionalista que evalúa, planea, interviene para modificar un problema, previene e investiga; resuelve problemas de educación, salud pública, de personalidad, de organización social; dirigido a medios rurales y urbanos y que puede trabajar con instituciones y con individuos. Para ayudar a las personas, se vale de diferentes tipos de terapias como la gestalt, el conductismo, el psicoanálisis, etc. (citado en C.N.E.I.P: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, 1987).

El psicólogo es un profesionalista de “la más humana de las ciencias” (Curiel, 1962).

Sirva la aclaración de que todo lo anteriormente descrito aplica para el caso del psicólogo clínico, y que los talleres que se realizaron desde 1978 hasta 1984 arrojaron conclusiones acerca del perfil y definición del psicólogo, distintas a las definiciones actuales acerca de estos mismos términos, ya que en esos años, aún no existía una separación de la psicología, por lo que sólo había psicólogos sin la especificación de si eran clínicos, sociales, del trabajo, etc. Sin embargo, estos talleres para definir el perfil del psicólogo, constituyen el inicio de lo que hoy en día conocemos por el psicólogo.

Durante el desarrollo del capítulo dos, presentamos el tema de la salud y salud mental con sus diferentes definiciones. El concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación y muchas veces se le define como “normal”, término ampliamente cuestionado por distintas sociedades. Un individuo “sano” es aquel que física y mentalmente funciona en armonía y al mismo tiempo está bien adaptado al ambiente físico, biológico y social en tal forma que pueda contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su capacidad.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar completo (físico, psicológico y social) y no solamente como la ausencia de enfermedad o de invalidez”, (citado en Kaplan, 1988).

El concepto de salud mental, implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones adecuadas con su ambiente y con las demás personas en forma armónica y equilibrada.

La salud mental, antes considerada solamente como ausencia de patología mental, es “la armonía y el bienestar de la persona en sus aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, lo que abarca ámbitos más extensos de la vida individual y social que son inseparables de la salud integral” (De la Fuente R. et al., 1997).

Para el capítulo tres, abordamos el tema de la enfermedad y la enfermedad mental; la enfermedad, involucra ideas de desbalance y desadaptación. La enfermedad mental se refiere a la desorganización de la actividad mental como respuesta del individuo ante múltiples tensiones del ambiente que pudieran desestabilizarlo emocionalmente.

La enfermedad, es el resultado de la inadaptación interna y externa frente al ambiente; la enfermedad clínica constituye el grado extremo de la des-adaptación biológica. La enfermedad está constituida por una “triada”, en donde sus elementos son:

1. El tipo constitucional: influencia genética, deficiencia en los factores que forman la salud (alimentación, ejercicio, reposo, etc.)
2. Los agentes externos de la enfermedad (microbios, parásitos, traumatismos, etc.),
3. Los factores psicológicos (emociones, sentimientos, pensamientos, etc.)

(San Martín, 1982).

A lo largo de la historia, el concepto de enfermedad mental ha sido modificado muchas veces, e incluso Szasz (1968) habla del mito de la enfermedad mental afirmando que “la enfermedad mental es un mito inventado por los psiquiatras con el fin de lograr un ascenso profesional”.

En este mismo capítulo abordamos los diferentes tipos de terapias utilizadas por los psicólogos para el tratamiento de la enfermedad mental.

Por otro lado, también hablamos de algunos trastornos mentales diagnosticados siguiendo los criterios del DSM IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado) de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana). El DSM IV TR es un manual utilizado por los médicos psiquiatras para los diagnósticos de los pacientes; los psicólogos rara vez lo utilizan para hacer un diagnóstico, los psicólogos utilizan otras herramientas para diagnosticar la enfermedad mental por ejemplo: la entrevista, la historia clínica, la aplicación de una batería de pruebas, etc.

En el capítulo cuatro, tratamos el tema de los grupos multidisciplinarios de salud mental. En cuanto a los grupos multidisciplinarios de salud mental y a los grupos interdisciplinario, sirva aclarar que los usamos como sinónimos aunque un grupo multidisciplinario es un equipo formado por profesionales de distintas disciplinas o ciencias pero que no necesariamente comparten o interactúan en un fin común; y un grupo interdisciplinario está compuesto por profesionales de varias disciplinas, que interactúan, comparten conocimientos y trabajan juntos, del cual salen enriquecidos todos los integrantes del equipo ya que adquieren conocimientos de los demás . Esto último, es difícil de entender y aceptar por los médicos psiquiatras en los Institutos de salud mental, los cuales pareciera que creen que sólo ellos conocen las enfermedades mentales y sus tratamientos.

García (2003), refiere que el psicólogo no debe ser visto como un auxiliar del médico psiquiatra, sino más bien, como un profesional de la salud mental con conocimientos teóricos y prácticos que utiliza para intervenir en el tratamiento de cualquier enfermedad de la psique.

Materazzi (1991), escribe acerca de la interdisciplina lo siguiente:

“La interdisciplina es un grupo de profesionales que interaccionan, buscando un espacio de confluencia y un código común para poder operar sobre un individuo, la comunidad o cualquier grupo social. De esta interacción, los profesionales salen enriquecidos de sus respectivos roles”.

La interdisciplinariedad permite abordar la realidad social como una búsqueda continua de diferentes campos de conocimiento y, como consecuencia, genera un ordenamiento de las actividades en la comunidad de acuerdo con las necesidades específicas. De esta manera se supera la tradicional separación de disciplinas, misma que se refleja en la toma de decisiones unilaterales, en la duplicidad de funciones, en la asignación de trabajo en función de personas o especialistas y no de las necesidades de la población, en este caso en salud mental. La práctica de la interdisciplinariedad implica mantener e incrementar el interés de los profesionales en su campo, refuerza la motivación y amplía la posibilidad de intercambios personales más enriquecedores, lo cual permite aprender a trabajar en la materialización de objetivos comunes.

Considero prudente que se valore adecuadamente al psicólogo ya que es un profesional especialista en la salud mental y todo su conocimiento académico y experiencia está enfocada a la psique humana, lo cual es una gran ventaja si consideramos que el objetivo principal, es promover la salud mental y el tratamiento de todas las patologías de la mente. Esta especialización en las enfermedades mentales le da un valor agregado a su favor sobre otros profesionales de la salud mental, sobre todo los médicos psiquiatras pues su formación es meramente en las enfermedades biológicas y cuentan con una especialización en psiquiatría, pero que en el fondo, nunca abandonan sus raíces médicas y aún en los casos de pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento mediante fármacos, se niegan a reconocer el factor motivacional y afectivo, el trato directo, la empatía con el psicoterapeuta, el poder de la palabra, etc., el cual tiene un gran efecto sobre los progresos en la salud mental del paciente; esto es debido a que en el fondo, nunca se quitan el bagaje médico.

En el capítulo cinco, planteo una propuesta de intervención, la cual consiste en un “Taller para sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental” del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” para exponer las habilidades y capacidades que posee el psicólogo, el cual es un profesionista especializado en la psique y en sus patologías. El taller se presenta en diez sesiones de dos horas de duración una vez a la semana. Durante el curso, se presentan en la primer sesión, una introducción y bienvenida al curso; en la sesión dos, se presenta el tema de salud ; en la sesión tres, se expone el tema de enfermedad ; en la sesión cuatro, el tema de salud mental; en la sesión cinco, el tema de la enfermedad mental; en la sesión seis, se desarrolla el tema del papel del psicólogo y sus diferentes áreas; en la sesión siete, se presenta el tema del papel del psicólogo y los campos de aplicación; en la sesión ocho, se expone el tema del psicólogo y los diferentes tratamientos; en la sesión nueve, se presenta el tema del equipo multidisciplinario de salud mental y en la sesión diez, se presentan las conclusiones y el cierre del taller.

Al iniciar el curso se aplica un pequeño cuestionario de preguntas abiertas donde se busca conocer el dominio de los temas de que trata el taller, se aplica a todos los participantes. Al término del curso se aplica el mismo cuestionario para determinar y observar el resultado del curso esperando que la información recibida les halla cambiado su manera de percibir al psicólogo clínico.

Además, propongo, un papel más activo del psicólogo dentro del grupo multidisciplinario para que el grupo salga enriquecido con los conocimientos de éste. Por medio de este taller, se trata de sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario para mostrarles las capacidades del psicólogo clínico, que se acepte al psicólogo y no se le vea como a un enemigo o alguien que busca imponer sus planteamientos a los demás profesionales de salud mental. Se trata de convencerlos de que se puede obtener conocimiento y experiencia de él, de que es conveniente su participación ya que busca enriquecer al grupo, que llega a éste para sumar conocimientos, habilidades y experiencia y que hace al grupo de salud mental más eficiente y mejor. El psicólogo clínico busca contribuir a la idea de salud mental con una perspectiva más abarcadora sin desconocer las aportaciones de otros profesionales.

A lo largo de la historia y en diferentes contextos y ámbitos, ha existido una lucha entre la psiquiatría y la psicología; ha surgido la antipsiquiatría para atacar a la psiquiatría desestimando el tratamiento farmacológico y enfatizando sus efectos nocivos y su descalificación a “el poder de la palabra” y al factor motivacional; así pues, los psiquiatras generalmente han desestimado a la psicología y no están de acuerdo con sus métodos terapéuticos e incluso han llegado a cuestionar el estatus de ciencia. Los psicólogos a su vez, critican a los médicos psiquiatras el hecho de que todo lo etiqueten según el DSM IV TR el cual ha sido modificado y ampliado al grado de que actualmente cuenta con cerca de mil enfermedades mentales y que los trastornos aumenten considerablemente, incluso hoy en día se diagnostican más enfermedades mentales que nunca antes, la pregunta es: ¿es ésto un avance?. Cabe aclarar que cada vez son más los médicos y psiquiatras que reconocen la subjetividad y predisposición del paciente al tratamiento pues algunos estudian psicoanálisis, pero aún es insuficiente, sirva de ejemplo de lo anterior el caso del INN (Instituto Nacional de Nutrición) en el cual cada vez más los médicos estudian psicoanálisis. Además, los psicólogos cuestionan el peso específico dado el tratamiento farmacológico aplicado a los pacientes, aún en los casos donde el factor detonante del trastorno está a la vista, sirva el siguiente caso para ilustrar lo anterior:

Paciente Rocío de 22 años, ingresa al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz” después de intento de suicidio al cortarse las venas de la mano con un cuchillo de cocina, se le diagnosticó: trastorno límite de la personalidad e inició un tratamiento farmacológico e incluso sirvió de ejemplo para mostrar la efectividad del tratamiento ante un auditorio lleno de psiquiatras R1, R2, R3 y R4 (R1 significa primer año de residencia, R2 significa segundo año de residencia y así sucesivamente); después de un mes y medio de tratamiento la paciente egresa del Instituto. Dos meses después en una consulta de seguimiento, la paciente se corta ambas muñecas de las manos con un bisturí delante del médico psiquiatra. Durante la entrevista, la paciente refiere haberse lastimado porque su padre la golpeó por llegar en la

madrugada de una fiesta. A este respecto, los médicos psiquiatras sólo le aplicaron el tratamiento farmacológico, pero nunca se le sugirió a la paciente que tomara psicoterapia individual y familiar así como analizar la relación padre-hija, el tipo de estructura familiar, su situación afectiva, emocional, etc., así como nunca se platicó con el padre de Rocío ni se le sugirió ninguna terapia por lo que cuando regresaba a su casa y se encontraba con el mismo escenario hostil, era evidente que a la paciente se le dificultaba estar bien; no se modificaba el ambiente en casa ni se tomaba en cuenta su relación familiar, cosa que evidentemente necesitaba.

Este trabajo no es con el fin de confrontar a la psiquiatría y la psicología, sino tratar de que por medio de este taller se conozca mejor al psicólogo clínico y se le acepte y valore dentro del grupo multidisciplinario. Estoy convencido de que muchas de las opiniones de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental, serán diferentes después de asistir al taller y conocer a fondo las capacidades del psicólogo clínico, sobre todo, espero lograrlo con el médico psiquiatra.

Muchas veces opinamos erróneamente acerca de una persona o un determinado tema por no conocerla o conocerlo; en este trabajo, mostramos la realidad del psicólogo clínico y su rol dentro del grupo interdisciplinario de salud mental buscando modificar opiniones erróneas por no conocerlo realmente o conocerlo “de oídas”. El conocimiento modifica opiniones y la forma en que percibimos el mundo.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir en la generación de una idea más abarcadora de las funciones y roles que desempeña el psicólogo en los equipos de salud mental.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Definir el perfil profesional del psicólogo.
- Definición de salud y enfermedad mental
- Presentación del equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”.
- Destacar la importancia del psicólogo, sus capacidades, conocimientos y habilidades y que su integración al equipo de salud, lo enriquece.
- Sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz” acerca de las capacidades, conocimientos y habilidades del psicólogo.
- Presentar una propuesta de intervención consistente en el “Taller para sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz” acerca de la importancia del psicólogo.

CAPITULO 1

PERFIL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO.

El psicólogo es un profesionista de "la más humana de las ciencias".

Curiel.

En este capítulo, hablaremos del perfil profesional del psicólogo, así como de las diferentes ramas de la psicología. Destacando sobre todo lo referente al psicólogo clínico por ser el especialista que labora en los equipos de salud mental en las diferentes Instituciones médicas y de atención a pacientes. Mencionamos las otras psicologías como: psicología del trabajo, psicología social, psicología del deporte, etc., para describir en lo general, el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que muestran las competencias profesionales del psicólogo.

1.1.- Antecedentes.

Uno de los propósitos principales del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, ha sido el de conformar el Perfil del Profesional del Psicólogo Mexicano. Para lograrlo se llevaron a cabo una serie de talleres desde 1978 a 1984, en los que participaron los directores de escuelas y facultades de Psicología del país, y cuyos objetivos estrechamente ligados a los de la enseñanza de la Psicología fueron, el de actualizar el perfil profesional del psicólogo (C.N.E.I.P, 1987).

Desde el primer taller en 1978, se consideró que la definición del perfil profesional del psicólogo no era algo que pudiera hacerse con base en los requerimientos puros de la disciplina, ya que ello conllevaría el riesgo de generar profesionistas cuya relevancia en el contexto de los problemas sociales y económicos fuera nula. Se consideró entonces que para definir la acción profesional del psicólogo no podrían soslayarse las necesidades de la población, de tal suerte que para lograr tal definición se procedió a realizar un análisis respecto a cuales eran las necesidades más apremiantes del país. Dicho análisis permitió posteriormente realizar una clarificación de los problemas considerados en sectores generales, los que a su vez constituyeron las áreas hacia las que se debería dirigir la acción profesional del psicólogo.

Por otro lado, se hizo asimismo una clasificación de aquellas funciones profesionales a través de las cuales el psicólogo debería contribuir a la solución de dichos problemas. Se determinaron las acciones que serían necesarias para resolver los problemas detectados, se tomó en cuenta los sectores de población en donde se presentaron dichos problemas, la cantidad de población beneficiada por la acción profesional, lo que permitió la definición del perfil profesional, al cual pudieran ajustarse los planes y programas de estudio de las diversas escuelas y facultades de psicología, a fin de realmente formar profesionistas útiles al país (C.N.E.I.P, 1987).

1.2.- Definición del perfil profesional del psicólogo.

La definición del perfil profesional del psicólogo no es algo que pueda hacerse con base exclusiva de los requerimientos puros de la disciplina, a riesgo de obtener “profesionistas” cuya importancia en el contexto de los problemas sociales y económicos sea prácticamente nula y por lo tanto la conviertan en un lujo que por lo mismo esté condenado a desaparecer.

Se hizo una clasificación de las funciones que un profesionalista y en particular un psicólogo deberían llevar a cabo. Para esto, se analizaron las acciones que realizaba el psicólogo, para determinar las acciones que sería necesario desempeñara para resolver los problemas detectados. La definición del perfil profesional del psicólogo mexicano a la que se llegó en el taller realizado en 1978 es:

El psicólogo es un profesionalista cuyas funciones son:

- 1) Evaluar
- 2) Planear
- 3) Intervenir para modificar un problema
- 4) Prevenir
- 5) Investigar

Resuelve problemas en las áreas de:

- 1) Educación
- 2) Salud pública
- 3) Producción y consumo
- 4) Organización Social
- 5) Ecología

(La atención a dichos problemas debe darla en el orden marcado que corresponde a la prioridad que cada uno de ellos tiene en el país).

Los sectores a los que el psicólogo debe dirigir sus acciones son en el orden de prioridad los siguientes:

- 1) El sector rural marginal
- 2) El sector rural urbano
- 3) El sector urbano marginal
- 4) El sector urbano desarrollado

Como beneficiarios de su servicio se encuentran en orden de prioridad:

- 1) Los macro-grupos institucionales
- 2) Los micro-grupos institucionales
- 3) Los macro-grupos no institucionales
- 4) Los individuos

Las técnicas de diagnóstico utilizadas por el psicólogo son:

Las entrevistas, las pruebas psicométricas, las encuestas, los cuestionarios, las técnicas sociométricas, las pruebas proyectivas, la observación, el registro instrumental y los análisis formales.

Las técnicas de intervención para resolver problemas son:

Las técnicas fenomenológicas, psicodinámicas y conductuales. La dinámica de grupos, la sensibilización, la educación psicomotriz, la manipulación ambiental, la retroalimentación biológica, la publicidad y la propaganda.

Las técnicas de prevención son:

Además de las que utiliza para la intervención, a excepción de la educación psicomotriz, la capacitación de profesionales.

Las técnicas de investigación son:

Las que se utilizan en las otras ciencias. Pueden encuadrarse en las categorías más generales de: registro, análisis cualitativo y cuantitativo de los datos y formulación de modelos.

Las conclusiones de este taller llevaron a la necesidad de modificar los planes de estudio vigentes en ese momento en las escuelas de Psicología. Se realizaron posteriormente dos talleres para dar elementos a los planteles de enseñanza superior a fin de que pudieran realizar las modificaciones pertinentes a sus planes de estudio. Así bajo los auspicios de la Universidad Nacional Autónoma de México se reunieron los directores de escuelas de Psicología con el propósito de definir los objetivos profesionales que servirían de guía al diseño curricular. Cabe mencionar que los productos obtenidos en esta serie de trabajos han contribuido de alguna manera al trabajo de cambio curricular que actualmente realiza la Facultad de Psicología de la UNAM (C.N.E.I.P., 1987).

1.3.- Definición del quehacer profesional del psicólogo.

En las jornadas I y II del taller en San Luis Potosí en 1984 se tuvo el propósito de definir al psicólogo como un profesionista formado para estudiar e intervenir en el comportamiento humano, a partir de los procesos cognoscitivos y afectivos, en los diferentes ámbitos de ubicación y desarrollo del hombre, a nivel individual y social. En este taller, se definieron las funciones profesionales del psicólogo de la siguiente manera:

- Detección:
Identificación de problemas que requieren de prevención, orientación o tratamiento psicológico.

- Evaluación:
Es un proceso sistemático que se caracteriza por contemplar el delineamiento, obtención y elaboración de información útil para las posibilidades de decisión.
- Planeación:
Junto con la evaluación identifica necesidades, establece prioridades en la acción, detecta los recursos necesarios para conseguir los propósitos y finalidades, estableciendo objetivos, determinando métodos, diseñando programas de interacción y/o investigación, establece los medios de control para verificar la adecuación de los problemas de instrumentación.
- Intervención:
Aplicación de métodos y procedimientos diseñados para el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Rehabilitación:
Proceso mediante el cual se re-estructura, se re-educan y se establece en su caso comportamientos que se han visto alterados por diversas causas.
- Investigación:
Búsqueda de los determinantes y causas de un fenómeno o proceso psicológico, utilizando la teoría, la técnica y el método científico pertinentes a la disciplina.
- Prevención:
Con base en los resultados de la evaluación establece procedimientos a través de los cuales se evita la presentación de un problema, todo lo cual implica una intervención.

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación (1987).

1.4.- Definición del psicólogo.

El psicólogo es un profesionalista de “la más humana de las ciencias”, según Curiel (1962); el psicólogo evalúa y diagnostica las circunstancias y factores que determinan el desajuste psicológico con respecto a las normas convencionales. Prescribe, recomienda y ejecuta estrategias de prevención, habilitación y rehabilitación de dichos casos, mediante el diseño y la utilización de técnicas e instrumentos psicológicos. El psicólogo es por consiguiente un profesionalista dedicado a estudiar e intervenir en los problemas de salud-enfermedad en el ámbito de la conducta. Está capacitado para realizar psicodiagnóstico y para proporcionar consejo psicológico a personas o grupos con problemas de comportamiento (prevención y rehabilitación).

Bleger (1972), define a los psicólogos como “agentes del cambio social”, afirma que la función social del psicólogo es la salud pública, además, debe de promover el bienestar y no solamente curar.

Durante el XV Congreso Internacional de Psicología en Bruselas en el año de 1957, el Prof. Michote define al psicólogo como un “artesano de las relaciones interhumanas” según Curiel (1962).

El profesional de la psicología es primordialmente un experto que, con base en el conocimiento de los mecanismos naturales que regulan el comportamiento, diseña, aplica y evalúa intervenciones encaminadas a la solución de problemas de relevancia social, a través de facilitar o inducir cambios en la conducta. El psicólogo profesional es sumamente necesario ya que muchos de los problemas de la sociedad contemporánea revela que éstos están inexplicablemente vinculados con lo que el ser humano hace, piensa y siente. Así, la profesión tiene contribuciones que ofrecer a la solución de dichos problemas.

En el área de salud mental, se requiere la ampliación de la formación del psicólogo de los aspectos terapéuticos y asistenciales a los preventivos y educativos, incluyendo el diseño, instrumentación y evaluación de campañas a nivel comunitario. Hoy en día, en el contexto psicoterapéutico como en el preventivo o de educación para la salud, la formación del psicólogo en esta especialidad requiere de programas de formación en servicio que incluyan, además de prácticas de campo institucionales, residencias o periodos de servicio social en que se ofrezca servicio supervisado por expertos altamente calificados. Estos sistemas han mostrado su eficacia en áreas como: consejo psicológico, servicio hospitalario a pacientes psiquiátricos con cuadros severos, trabajo con familias, servicio neuropsicológico y trabajo en instituciones pediátricas.

Lo primero que se le pide al psicólogo, cuando va a confrontar profesionalmente un problema, es que haga una valoración inicial del estado del mismo; en segundo lugar, el psicólogo determina los alcances de su intervención y la forma en que las condiciones del entorno del problema van a interactuar con sus servicios y actividades; en tercer lugar diseña, deriva o selecciona intervenciones orientadas a modificar el problema; en cuarto lugar, organiza la instrumentación de la intervención, la supervisa o la conduce él mismo y prevé la evaluación de su impacto sobre el estado del primero; finalmente, conduce la evaluación de dicho impacto y la comunica a los auditorios pertinentes describiendo la contribución real del efecto en la solución del problema y promoviendo el llamado a psicólogos para atender problemas en el futuro (Sánchez Sosa, 1995).

Los psicólogos desarrollan diversos métodos para entender el comportamiento. Cuando se consideran en conjunto, las diferentes perspectivas, ofrecen los medios para explicar la conducta en su asombrosa variedad. El psicólogo es un profesional que estudia no sólo las emociones y sentimientos, sino también estudia el cerebro y el sistema nervioso, ya que una comprensión completa del comportamiento humano exige conocimiento de las influencias biológicas que sostengan ese comportamiento, sobre todo las que se originan en el sistema nervioso; los psicólogos que se especializan en estudiar los efectos de las estructuras y funciones biológicas en el comportamiento se conocen como neurocientíficos conductuales. Sirva hacer mención que los psiquiatras del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, pareciera que ignoran que el psicólogo conoce el cerebro y el sistema nervioso y los efectos de los diferentes fármacos, ya que su actitud con los psicólogos lo denota, pues creen que el psicólogo sólo estudia la conducta, las emociones, y

los sentimientos, y a que “cura sólo de palabra”, sirva aclarar que no todos los psiquiatras son así, pero si una gran mayoría, sobre todo los psiquiatras más nuevos.

El psicólogo es un profesional de la salud mental con habilidades y conocimientos, pero sobre todo, sensible a los sentimientos, muy humano y que entiende a los pacientes y sus emociones. La cuestión emocional es sumamente importante en la cura de las patologías; un ejemplo de esto es que existe el “efecto placebo” que consiste en dar un placebo a un paciente haciéndole creer que se le suministra un fármaco y el paciente experimenta una cura. Aunado a esto, existen otros casos que refuerzan lo dicho anteriormente como: Estudios que muestran que pensar positivamente ayuda a vivir más ; o los estudios en el año 2001 de los diarios de monjas jóvenes católicas que demostraron que las monjas que mostraban pensamientos positivos vivieron más años; o el estudio en el año del 2003 a personas que sobrevivieron al ataque al World Trade Center de Nueva York que demostró que las personas que tenían emociones positivas después del atentado, se recuperaron más rápidamente de el trauma emocional (Feldman, 2006).

1.5.- Funciones genéricas del psicólogo.

El psicólogo es un profesional de la salud mental que está capacitado tanto en la teoría como en la práctica para realizar diversas funciones tales como:

- a) Realiza entrevistas psicológicas.
- b) Aplica exámenes psicológicos.
- c) Interpreta tanto test proyectivos, como pruebas psicométricas y cuestionarios de personalidad, actitudes valores, intereses, etc.
- d) Integra reportes psicotécnicos.
- e) Diagnostica problemas de personalidad, trastornos de conducta y evalúa los rasgos de una personalidad “normal”.
- f) Utiliza técnicas psicoterapéuticas o de modificación de conducta para resolver los problemas detectados en el psicodiagnóstico.
- g) Asesora y aconseja a personas que soliciten algún tipo de orientación psicológica con respecto a su trabajo, familia o grupos sociales.

1.6.- Características que debe tener el psicólogo.

Además de tener los conocimientos técnicos, el psicólogo debe contar con ciertas características como: experiencia, empatía con el paciente, capacidad de imaginación, gusto por la improvisación, seguridad, certeza, calidad moral, ser una persona paciente, dispuesto a escuchar a los demás, con personalidad altruista, que se interese por los demás, con una imagen limpia e impecable, educado, etc., es decir, que pueda ser un ejemplo para el paciente, un modelo a seguir.

Para tratar con pacientes con psicosis esquizofrénicas, además de lo anterior, el psicólogo debe de tener un alto grado de empatía, de adaptación, de intrepidez, una gran integridad psíquica y una gran tolerancia a la angustia.

Sirva la aclaración de que todo lo anteriormente descrito aplica para el caso del psicólogo clínico, y que los talleres que se realizaron desde 1978 hasta 1984 arrojaron conclusiones acerca del perfil y definición del psicólogo distintas a las definiciones actuales acerca de estos mismos términos, ya que en esos años, aún no existía una separación de la psicología, por lo que sólo había psicólogos sin la especificación de si eran psicólogos clínicos, psicólogos sociales, psicólogos del trabajo, etc. Sin embargo, estos talleres para definir el perfil profesional del psicólogo, constituyen el inicio de lo que hoy en día conocemos por psicólogo.

1.7.- El psicólogo del trabajo.

Es un profesionalista dedicado a estudiar e intervenir en los problemas que se presentan en el ámbito laboral. Está capacitado para realizar actividades de evaluación del personal, de capacitación y de asesoría en problemas organizativos.

Este profesional tiene entre sus funciones las siguientes:

- a) Realiza entrevistas.
- b) Aplica tests psicométricos.
- c) Aplica técnicas proyectivas.
- d) Aplica cuestionarios de intereses profesionales.
- e) Integra reportes psicotécnicos de selección de personal.
- f) Realiza actividades de análisis y evaluación de puestos.
- g) Participa en el proceso de selección del personal.

1.8.- El psicólogo educativo.

El psicólogo educativo interviene en el proceso de enseñanza – aprendizaje, orienta a los alumnos en situaciones escolares y vocacionales, participa en los programas de prevención, en el proceso educativo y en el de formación de profesores. Es un profesionalista dedicado a estudiar y a intervenir en los problemas educativos desde el punto de vista psicológico. Está capacitado para diagnosticar problemas escolares y de alumnos que requieren educación especial, asesorar profesores, instituciones educativas, padres de familia y pedagogos, así como para realizar programas de orientación vocacional, diseñar material didáctico e instruir a personal docente.

Entre sus funciones se encuentran:

- a) Realiza entrevistas de evaluación escolar.
- b) Diseña técnicas de evaluación escolar.
- c) Aplica técnicas de evaluación escolar.
- d) Elabora exámenes de rendimiento escolar.
- e) Asesora a pedagogos en la elaboración de planes de estudio.
- f) Aplica pruebas de orientación vocacional.
- g) Diseña material didáctico.
- h) Realiza actividades de orientación vocacional.

1.9.- El psicólogo social.

Este profesional, estudia los factores o fenómenos sociales que convergen en el desarrollo psicológico de los individuos. El psicólogo social, analiza la interrelación del individuo con el grupo social; además, diseña y aplica técnicas específicas de desarrollo comunitario. Está capacitado para estudiar e intervenir en problemas comunitarios, de grupos y en general de organizaciones sociales.

Las funciones genéricas que realiza son:

- a) Realiza entrevistas.
- b) Diseña y aplica técnicas de investigación social .
- c) Diseña, aplica y evalúa técnicas de dinámicas de grupos para mejoramiento de grupos y mejoramiento social.
- d) Diagnostica, interviene y evalúa aspectos sociales de organizaciones.
- e) Asesora a especialistas en propaganda, publicidad y medios masivos de comunicación.
- f) Dirige grupos de organizaciones o comunidades con técnicas adecuadas para evaluar y mejorar los procesos sociales de grupo.

1.10.- El psicólogo experimental.

El psicólogo en esta área, se dedica a la investigación relativa a la descripción, comprensión, predicción y control de los organismos. Básicamente se capacita en las funciones de investigación y docencia.

El psicólogo experimental, tiene las siguientes funciones genéricas:

- a) Diseño y realización de las investigaciones.
- b) Elaboración de reportes de investigaciones.
- c) Docencia.

En algunos países, de los cuales una porción son industrializados, se concibe al psicólogo más bien como un investigador. En la comunidad científica el psicólogo es alguien que indaga por qué los seres vivos se comportan como lo hacen y una vez que lo ha investigado, el producto de ese quehacer es básicamente académico generado habitualmente en las universidades. Además de la producción científica se espera que este experto en comportamiento establezca un puente entre los problemas que aquejan a la población en general y las contribuciones que su ciencia puede hacer para resolverlos. Así, se trata de un profesional que aplica sus conocimientos a la solución de problemas socialmente importante.

Existen otros tipos de psicología los cuales han surgido últimamente lo que demuestra el progreso de esta ciencia y que cada vez se utiliza en más ámbitos de la vida del ser humano. El aumento de psicólogos promueve que la psicología sea más aceptable (Feldman, 2006). Enseguida mencionamos algunas psicologías recientes:

- a) Neuropsicología clínica.- Une los campos de la biopsicología y la psicología clínica, al abordar la relación entre factores biológicos y trastornos psicológicos.
- b) Psicología Cognitiva.- Estudia los procesos mentales superiores.
- c) Psicología del Desarrollo.- Examina la forma en que las personas crecen y cambian desde la concepción hasta la muerte.
- d) Psicología Ambiental.- Considera la relación entre las personas y su entorno físico, como la influencia que nuestro entorno físico ejerce en nuestras emociones y la cantidad de estrés que experimenta en un determinado ambiente.
- e) Psicología Forense.- Trata aspectos legales, como los criterios para determinar si un acusado estaba sano legalmente en el momento en que cometió un delito.
- f) Psicología de la Salud.- Explora la relación entre factores psicosociales y padecimientos o enfermedades físicas.
- g) Psicología de la Personalidad.- Se enfoca en la congruencia conductual de las personas en el tiempo y los rasgos que diferencian a una persona de otra.
- h) Psicología de la Mujer.- Se centra en aspectos como la discriminación en contra de las mujeres, las diferencias estructurales en los cerebros de hombres y mujeres, y las causas de la violencia en contra de las mujeres.
- i) Psicología Escolar.- Se dedica a orientar a niños de primaria y secundaria con problemas académicos o emocionales.
- j) Psicología del Deporte.- Se aplica la psicología a las actividades y los ejercicios deportivos.
- k) Psicología de las masas.- Parte de la psicología social que estudia las manifestaciones sociológicas de las masas en el aspecto psicológico y los modos de reacción del hombre cuando forma parte de una masa, sus causas y las formas de acción. G. Le Bon distinguió entre masas heterogéneas (anónimas: por ejemplo, la multitud amotinada; no anónimas: por ejemplo, el parlamento; y las más homogéneas :sectas, castas, clases sociales). Se observan en el individuo que forma parte de una masa, determinadas modificaciones psíquicas, más o menos marcadas y duraderas: disminución del nivel intelectual, incremento de la emotividad, supresión de inhibición, gran receptividad a la influencia ajena, especialmente a las consignas y afirmaciones desprovistas de todo razonamiento. Lo positivo de los grupos es la organización, la configuración y la formación de equipos.
- l) Otras.

La psicología ofrece distintos puntos de vista y hacen hincapié en diferentes factores. Los psicólogos desarrollan diversos métodos para entender el comportamiento. Cuando se consideran en conjunto, las diferentes perspectivas ofrecen los medios para explicar la conducta en su asombrosa variedad. Hoy en día, la psicología ha invadido a muchos campos de ahí que existan diversas ramas de la psicología como: psicología de las ventas, psicología de los sexos, psicología de las máquinas, psicología de mercado, psicología del pensamiento, psicología del lenguaje, psicología del arte, psicología infantil, psicología militar, psicología de la música, etc.

Consideraciones importantes.

En un estudio realizado por el Consejo Nacional para la enseñanza e investigación en Psicología en 1987, se encontró, que falta una difusión de las actividades del psicólogo, que falta conocimiento de los empleadores del campo de acción del psicólogo, falta de organización de los profesionales de la psicología, que existen prejuicios acerca del trabajo del psicólogo y que existe una gran rivalidad con otras profesiones (psiquiatría). Este estudio muestra además, que sólo el 41 % de egresados de psicología continúa realizando estudios de posgrado de los cuales el 71 % se enfoca en el nivel de maestría y que solo el 8 % estudia el doctorado.

Dentro de las áreas en que los egresados estudian un posgrado, el 40 % elige psicología educativa y un 32 % estudia psicología clínica por considerar que son las áreas con mayor posibilidad de acceder al mercado laboral, siendo la psicología experimental (7%) y la psicofisiología (1 %) las de menos demanda.

Por otra parte, la investigación también arroja que los psicólogos normalmente se dedican en primer lugar, a entrevistas; segundo lugar, a aplicar y calificar pruebas psicométricas; tercer lugar, a aplicar y calificar pruebas proyectivas, y en cuarto lugar, a integrar estudios psicológicos (citado en Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, 1987).

Comentarios finales.

El psicólogo es un profesionista de “la más humana de las ciencias” como indicó Curiel (1962); algunos autores definen al psicólogo como un “agente de cambio social”, para llegar a la definición del perfil profesional del psicólogo, se realizaron talleres desde 1978 hasta 1984 para ir definiendo su campo y delimitar sus funciones. Estos talleres definieron al psicólogo pero en esos tiempos no existía la separación de áreas. En la definición del perfil profesional del psicólogo, podemos darnos cuenta de que en cuestiones de salud mental, el psicólogo clínico es un especialista ya que entre sus capacidades y conocimientos, están habilidades enfocadas a curar la psique.

Hoy en día , existen muchas ramas de la psicología y ésta, ha penetrado todos los ámbitos de la humanidad; así, actualmente tenemos la psicología del trabajo, la psicología social, la psicología de las masas, la psicología del deporte, etc. Esto significa que para todo quehacer humano, existe una rama de la psicología que la estudia, en tanto que la psicología tiene que ver con todas y cada una de las actividades del comportamiento, la salud mental y la relación con los otros.

CAPITULO 2

SALUD Y SALUD MENTAL.

“Pensaron que yo era surrealista,
pero no lo fui, nunca pinté mis
sueños, pinté mi realidad”.

Frida Kalho.

En este capítulo, abordamos el tema de la salud y el término salud mental, respecto a estas palabras, podemos observar que existen muchos enfoques por lo tanto, también muchas definiciones. Existen enfoques que consideran el punto de vista biológico y otros enfoques, el aspecto mental y otros más, el concepto holístico, por mencionar algunos.

2.1.- Antecedentes.

La vida humana y la salud son consecuencias del equilibrio entre el hombre y su ambiente; son el producto de una interacción continua entre el organismo y el exterior. La relación entre el ambiente externo y nuestro organismo se realiza a través del ambiente interno o fisiológico, el cual está constituido por todos los líquidos orgánicos que bañan nuestras células y por intrincado mecanismo de tejidos, órganos y conexiones vasculares y nerviosas. La relación existente entre lo interno y externo es muy grande al punto que incluso el aseo personal puede afectar internamente ya que una persona que no se lava las manos después de ir al baño puede enfermarse. Además, para que una persona esté sana, es necesario que existan condiciones de seguridad, familia, relaciones interpersonales adecuadas, entorno social aceptable, alimentación adecuada, etc., es decir, es importante lo externo y lo interno. Así un doctor debe de tomar en cuenta la cuestión mental del paciente ya que una persona que no tiene motivación de curarse, no le harán efecto los medicamentos. Además de los aspectos subjetivos de la enfermedad y su relación con el sistema inmunológico del individuo, es notoria la coincidencia entre enfermedades y accidentes; y los momentos de crisis emocional y afectiva en los sujetos, tal y como lo muestran las tendencias que estudian lo psicosomático. Así, es muy importante que los doctores deben de tratar al paciente como un todo, como una unidad indisoluble, considerar su estado mental, su motivación, etc.; sirva el ejemplo del Dr. Patch Adams, el cual se enfoca a tratar a los pacientes motivándolos para que coman, para que acepten sus medicamentos, convenciéndolos de luchar por vivir, todo mediante la técnica de la risa. El Dr. Adams, llegó incluso a caracterizarse como un payaso, a jugar con los pacientes participando activamente en el juego y a cumplir los deseos y sueños de los pacientes.

En el cine mexicano, Mario Moreno “Cantinflas”, actuó en una película de nombre “el señor doctor” en la que personificaba a un estudiante de medicina que se preocupaba por el estado emocional del paciente siguiendo el modelo de Dr. Adams, pero al igual que al Dr. Adams, fue atacado por sus colegas cuestionando sus métodos. Sirva aclarar que el gremio de los médicos parece que tienen una personalidad muy estructurada, les gusta hacer lo correcto y no dan pie a desviaciones de lo que ellos entienden por estructurado. En este sentido, mi experiencia durante la realización del servicio social en el Instituto

Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, presencié, la importancia del factor emocional para el mejoramiento de la sintomatología de los internos psiquiátricos. Así, observé muchos pacientes los cuales no respondían positivamente a los fármacos y que cuando recibían la visita de sus familiares, sobre todo si estos familiares significaban mucho en su vida, los resultados de los fármacos comenzaban a ser evidentes. Cabe aclarar que estos cambios parecían no importarles a los psiquiatras ya que argumentaban que esto solo se debía a que en algunos organismos, tarda más tiempo en reflejarse los efectos de los medicamentos; pasando por alto el factor de las emociones, la subjetividad y los afectos de los internos psiquiátricos.

La vida mental, o sea, la actividad psíquica, no es producción exclusiva del cerebro, sino que emerge del funcionamiento integrado del organismo. La salud mental no es una condición estática, sino sujeta a variaciones e influencias por factores tanto biológicos como sociales, así como subjetivos y psicológicos. Es al igual que en el caso de la salud física; una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente.

A lo largo de la historia, el concepto de salud mental, ha sido varias veces cuestionado. Incluso algunas personas, no aceptan el concepto de salud como tal y, además, algunas definiciones de salud mental, se contraponen.

En medicina la palabra “normal” se usa corrientemente como sinónimo de salud. En los diccionarios, “normal” se define como el promedio o lo que no se desvía de cierto nivel medio. En biología lo “normal” es algo más que un promedio más o menos fijo. El concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación.

Salud y enfermedad, dos grandes extremos en la variación biológica, son el resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptación física y mental, a las condiciones variables del ambiente. Salud y enfermedad son manifestaciones de la relación ecológica entre el hombre y su ambiente. La salud y enfermedad corresponden a la causación múltiple. Ninguna enfermedad es producto de una causa única; así pues, la salud también necesita una causación múltiple.

Dos tipos de factores influyen sobre el proceso de adaptación: imperfecciones biológicas hereditarias y congénitas, y factores hostiles del ambiente externo sean físicos, psicológicos y sociales, ante los cuales el organismo tiene dificultades para adaptarse.

En cada sociedad a lo largo de la historia, las definiciones de salud y enfermedad han evolucionado; en la línea de la conducta humana desde lo que una sociedad considera normal hasta lo que juzga anormal, hay algún punto donde a un individuo puede ser catalogado como un enfermo mental. Esta calificación dependerá de muchos factores y dependerá del tipo de sociedad; así, mientras para un pueblo una actitud determinada puede ser normal, para otro, esta misma actitud puede ser signo de locura o de anormalidad.

2.2.- Definición de Salud.

Es un estado de completo bienestar físico, mental y psicológico y no solamente la ausencia de enfermedad. El estado de salud implica ideas de balance y adaptación. Un

individuo “sano” es aquel que física y mental funciona armoniosamente y al mismo tiempo está bien adaptado al ambiente físico, biológico y social en tal forma que pueda contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su capacidad.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar completo (físico, psicológico y social) y no solamente como la ausencia de enfermedad o de invalidez” (citado en Kaplan, 1988).

El término salud es muchas veces sinónimo de “normalidad”. En el aspecto social, lo normal corresponde al comportamiento esperado o impuesto por un tipo de estructura social determinada.

Amado, (1985), menciona que se considera normal al individuo que respeta un cierto orden en una sociedad. A menudo los locos no son alienados sino que están integrados en la sociedad como locos. Anomalía, anormalidad y locura no coinciden y las fronteras entre estas categorías son en general estrictas en una sociedad, pero diferentes de una sociedad a otra.

Según Parsons (1967), la salud, finalmente, “podría definirse como el estado en que un individuo posee la capacidad óptima de rendimiento para el cumplimiento eficaz de los papeles y tareas para los que ha sido socializado”(citado en Feldman, 2006).

2.3.- Definición de Salud Mental.

La salud mental de los habitantes de un país no es ajena a su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la calidad de la convivencia social y la integración familiar, y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, la nutrición, etc. La pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden negativamente en la salud mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.

La salud mental es: el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades para la convivencia, el trabajo y la recreación.

El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social, de contribuir a él de modo constructivo, implica la capacidad de obtener una satisfacción armónica y equilibrada de sus propios impulsos instintivos potenciales en conflicto; implica además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal que le permite hallar expresiones armoniosas en la plena realización de sus potencialidades.

La salud mental, antes considerada solamente como ausencia de patología mental, es “la armonía y el bienestar de la persona en sus aspectos cognitivos, afectivos y

conductuales, lo que abarca ámbitos más extensos de la vida individual y social que son inseparables de la salud integral” (De la Fuente R. et al., 1997)

La salud mental es definida por Nedelmann (1980) como “la capacidad para resolver nuevos conflictos que surjan, según las condiciones y las posibilidades del momento actual, y para mantenerse abierto hacia el futuro” (citado en Baumann y Perrez, 1994).

Fernández (1994), hace referencia a tres aspectos de la salud mental: concepto de salud mental positiva, concepto holístico de salud, y concepto de salud supraindividual.

Características de la salud mental positiva:

- a) Logro y aspiración: es decir, la capacidad de establecer metas realistas y efectuar esfuerzos activos para conseguir tales logros y aspiraciones.
- b) Funciones cognitivas: o sea, la percepción realista del mundo.
- c) Balance emocional, funcionamiento integrado, bienestar afectivo: Se trata de reaccionar de una forma “adecuada” a los estímulos y sentirse bien, ya sea a nivel general o específico.
- d) Ajuste social: Competencia, autonomía. Se trata en un contexto sociocultural concreto de una forma autónoma, competente y “adecuada”.
- e) Autoestima: El individuo se percibe a si mismo como físicamente saludable, atractivo, inteligente, etc.
- f) Utilidad: la capacidad para cuidar de otros y preocuparse por ellos, lo cual conlleva un sentido de lo que se hace y el sentirse útil para algo.
- g) Diseñar y alcanzar metas en un ambiente desafiante: habilidad para desarrollar y conseguir metas en un contexto estresante.

Después de investigar el concepto de “salud mental positiva”, se llegó a la conclusión de que lo más importante de la salud mental es: actitud positiva hacia otras personas, optimismo, destrezas eficaces a la solución de problemas, autonomía y responsabilidad.

Características del concepto holístico de salud:

Para Dana y Hoffman (citado en Fernández, 1994), el sujeto busca la totalidad en la vida; el individuo es mas que la suma de sus partes, la buena salud es más que bienestar físico; la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; y el mantenimiento de la salud es más importante que el tratamiento de la enfermedad, y los individuos son en gran parte responsables del mantenimiento de su propia salud.

Una definición de salud holística, sería aquella que considera a ésta como un estado de interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, espirituales y ambientales, dentro de un individuo específico en un contexto social y material determinado.

Características del concepto de salud supraindividual:

Toda persona suele hallarse inmersa dentro de una determinada familia o grupo equivalente que vive en una comunidad concreta y en una sociedad con una cultura específica. Se supone de que en la medida en que estos sistemas “funcionen” de una forma “saludable” o no, influirán positiva o negativamente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esto significa que si una persona vive en un ambiente sano, este individuo también estará sano. El ambiente nos afecta y nos modifica en todos los aspectos, y la salud es uno de ellos.

El criterio para juzgar la salud mental es muy relativo, ya que hay enormes diferencias psicológicas individuales, existen cinco criterios para evaluar el grado de salud mental y son:

- Ausencia de enfermedad.
- Conducta normal.
- Adaptación al ambiente.
- Unidad de la personalidad.
- Percepción correcta de la realidad.

Una persona mentalmente sana o normal es aquella que no padece enfermedades mentales, cuya conducta social es normal en relación a los cánones establecidos, cuya adaptación al ambiente es adecuada, cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, cuya percepción del mundo que le rodea y de sí mismo es realista.

2.4.- Investigaciones recientes acerca de salud mental.

Hoy en día, afortunadamente se han estado realizando investigaciones en el campo de la salud mental; enseguida, presentamos a manera de ejemplo algunas investigaciones recientes para ilustrar la diferencia que existe -aún hoy en día- entre la forma de aproximarse a la salud mental y su tratamiento, entre la psiquiatría y la psicología, destacando que ésta toma en cuenta aspectos subjetivos, emocionales, familiares, procedimentales, sociales, etc., como las que se resumen a continuación:

- Papel de la psicoterapia.

Weisman y Cols. (1979), realizaron una serie de estudios bien controlados de la depresión ambulatoria, comparando la psicoterapia, los tricíclicos, los tricíclicos y la psicoterapia combinada y un grupo de control. Los investigadores mostraron que tanto los tricíclicos como la psicoterapia tenían un mayor efecto antidepresivo que la psicoterapia sola; sin embargo, ambos tratamientos conjuntamente tenían mayor eficacia que cada tratamiento por separado. Los dos tratamientos se potenciaban mutuamente y no se interferían entre sí (citado en Kaplan y Sadock, 1989).

- **Usted puede detener algunos dolores.**

Benjamín Domínguez Trejo, Yolanda Olvera López.

Todos hemos sentido dolor alguna vez, por un golpe, una espina clavada, las visitas al dentista, etc. Pero, ¿ha notado una inflamación o un amoratamiento en su cuerpo sin percatarse de cuando se dio ese golpe? ¿cómo es posible que a veces no se dé uno cuenta de que se ha golpeado la pierna, pero que en otro momento esto resulte muy doloroso? O considere el dolor de una pierna o brazo “fantasma”: el dolor que siente una persona en la extremidad que le han amputado. Aunque la extremidad ya no está unida al cuerpo o al cerebro, la puede sentir como si estuviera ahí. Antes se pensaba que el dolor se comunicaba directamente de la parte herida del cuerpo al centro del dolor en el cerebro por medio de unas redes de nervios. Pero los fenómenos de las heridas sin dolor y las extremidades fantasmas dolorosas motivaron a los investigadores a buscar respuestas. El dolor crónico como la osteoartritis y las neuropatías son la causa de muchas visitas al médico. En todos los tipos de dolor necesitamos una evaluación exacta para tratar adecuadamente al paciente, muchas veces no existe una relación directa entre la patología física y la intensidad del dolor.

En 1965 el psicólogo Ronald Melzack y el médico fisiólogo Patrick Wall propusieron que el dolor consiste en interacciones entre muchas partes del cerebro que trabajan juntas para provocar la experiencia del dolor. Según la *Teoría del Control de la Compuerta del Dolor* de Melzack y Wall, existe una “puerta” neural que usa elementos sensoriales como la atención, la memoria y la emoción para determinar si vale la pena enviar un patrón específico de impulsos nerviosos a otra área del cerebro en forma de señal. De manera que, **cuando usted no se percata de que tiene una magulladura inexplicable en la pierna, su “puerta neural” pudo haberse cerrado a ese patrón particular de impulsos nerviosos, evitando que usted sintiera dolor al golpearse la pierna.** ¿Qué pudo haber cerrado la puerta? Quizá estaba emocionado jugando fútbol cuando ocurrió el golpe y esta distracción fue más poderosa que el dolor; al menos en ese momento, cerró la puerta a las señales nerviosas que entraban. También puede suceder lo contrario. Algunas situaciones de mucho estrés, que desafortunadamente son cada vez más frecuentes, pueden dejar la “puerta” abierta, por lo que se siente un dolor más intenso de lo normal.

Antes de la Teoría del Control de la Compuerta, los neurólogos dañaban quirúrgicamente los nervios, cortaban la médula espinal y amputaban las extremidades intentando aliviar el sufrimiento inexplicable del dolor crónico. Estos esfuerzos quirúrgicos no siempre funcionaban ya que muchas veces resultaban en dolor adicional como las extremidades fantasmas. Actualmente, los dolores crónicos sin causa aparente son tratados por equipos multidisciplinarios donde el papel del psicólogo que trata el dolor tiene una función muy importante. Debido a que la percepción del dolor está fuertemente influida por situaciones que dejan la “puerta abierta”, como el estrés del trabajo, de la familia, el apoyo social y la depresión, el tratamiento psicológico contra el dolor incluye varias técnicas que ayudan a “cerrar la puerta” y disminuir la sensibilidad al dolor. Estas técnicas incluyen principalmente la biorretroalimentación, la relajación y la hipnosis. Cuando se aplican estas terapias, la necesidad de tomar medicamentos se reduce o se elimina y la calidad de vida mejora rápidamente. Gracias a la teoría de Melzack y Wall, ahora sabemos que el dolor no

es un fenómeno estrictamente médico, sino que incluye tanto al cuerpo como a la mente (citado en Domínguez y Olvera, 2005).

- **Investigación Clínica Psicológica y Dolor Crónico.**

Benjamín Domínguez T.

Facultad de Psicología, UNAM y Centro Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor de la Secretaría de Salud.

El dolor crónico afecta el funcionamiento de quien lo padece, en esta investigación, presentamos lo realizado desde 1987 en el área del manejo del dolor y del estrés en la clínica del dolor del Hospital General. Actualmente, los avances científicos, la desigualdad social y demás problemas de nuestra era, han generado nuevos problemas como la super-especialización de las ciencias médicas, lo cual a provocado la pérdida de la visión del hombre como un ser integral. Justamente el dolor, y más especialmente el dolor crónico se encuentra en una zona tangencial con algunos de estos problemas, el dolor es un síntoma importante de muchas enfermedades crónicas y por su naturaleza requiere de una visión multidimensional que ha obligado a un cambio de la filosofía de la super-especialización hacia concepciones integradoras y multidisciplinarias. El dolor crónico es también uno de los más importantes problemas de salud en nuestro país y a nivel internacional.

En el Hospital General de México de la S.S., de 28,000 pacientes que se atienden mensualmente, nada más con el síndrome de dolor migrañoso, se atienden 7 % de estas personas, eso incluye niños y adultos. Es el principal motivo de demanda de asistencia médica, así mismo es considerado como el factor más temido en una enfermedad terminal – incluso más que la muerte o la pérdida de un miembro-.

Jenkins (1988) ubicó al dolor entre los 21 problemas de salud que constituyen un reto para las ciencias sociales. Hasta hace más de 20 años la mención de los factores psicológicos relacionados con el dolor se circunscribía a pocas líneas en los libros de texto, en los psicología nada y en los de medicina sólo un poco, hoy puede decirse que la situación está cambiando al punto que hoy en día existen cerca de 49 revistas de alta especialización médica, vinculados a trabajos sobre psicología del dolor. La psicología del dolor es hoy reconocida como un importante campo de trabajo de la psicología de la salud. En noviembre (1993), un decreto presidencial convirtió lo que era la Clínica del Dolor del Hospital General de México pasó a ser el Centro Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

El dolor como síntoma es la queja más común de todas las que presentan los pacientes que buscan ayuda. El dolor crónico ha sido descrito como un problema enormemente costoso, tanto en términos humanos como financieros y pérdida de la jornada laboral. Desde el punto de vista biológico el dolor cumple un propósito muy útil, ya que es parte del sistema de alarma, cuando se carece de éste o se encuentra bloqueado, lesiones pequeñas pueden progresar a estados de amplia incapacidad. Con la paciente Graciela, casada de 39 años con cuatro hijos adolescentes con un problema de dolor crónico asociado a un cáncer cérvico-uterino muy avanzado inicialmente se aplicaron algunas técnicas de

relajación hipnótica primero directivas (péndulo) y posteriormente de tipo naturalístico (Eriksoniana) en este caso, se recurrió a la medición de correlatos psicofisiológicos de la temperatura periférica de la mano dominante para poder monitorear el avance en la respuesta de relajación de este paciente, para incidir directamente en la elevación de su calidad de vida en una fase terminal. La paciente controló su cuadro de dolor y rebasó los cuatro meses de expectativa de vida que se había estimado médicamente. Murió 11 meses después mientras autorregulaba su dolor y usando narcóticos sólo una vez por semana.

Varias líneas de investigación terapéutica psicológica, siguen asociándose al supuesto de que el reporte del dolor está directamente vinculado a la patología de los tejidos. Podría concluirse de manera provisional, que los conocimientos de la psicología del dolor en general, están aparentemente siendo muy poco utilizados en el área del manejo del dolor crónico y el dolor canceroso en particular. La investigación psicológica relacionada con el tratamiento del dolor crónico ha destacado y fundamentado la importancia de los factores cognoscitivos; por ejemplo, a las variables cognoscitivas se les ha relacionado con el mantenimiento, y exacerbación del dolor crónico. Existen otros casos clínicos de dolor crónico y artritis reumatoide en los que se aplicó intervenciones de tipo cognitivo-conductual para disminuir e incluso evitar el uso de fármacos para controlar el dolor crónico (citado en Sánchez Sosa, et al., 1996).

- **El hospital Mental como Instrumento Terapéutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional.**

Marcelo Valencia C.
Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El hospital mental tiene una larga historia en la sociedad y ha sido objeto de diversos análisis históricos, clínicos, administrativos, sociales, terapéuticos, etc. A lo largo del tiempo, el hospital mental ha cambiado su estatus y dado además distintas imágenes. En esta investigación se realizó un análisis del hospital mental como instrumento terapéutico para lo cual se llevó a cabo un modelo de intervención en pacientes mentales hospitalizados. Se utilizó un modelo psicosocial que tenía como objetivo que los pacientes desempeñaran satisfactoriamente sus roles psicosociales: familiares, ocupacionales, sociales, etc., tanto en el hospital como en la comunidad después de su alta. Los pacientes participaban en sesiones de grupo durante cuatro semanas a cargo de un equipo interdisciplinario de tratamiento. Se utilizó un diseño cuasi-experimental conformando dos grupos de pacientes: experimental y control a quienes se evaluó el funcionamiento psicosocial antes y después de la terapia. Se encontró que los pacientes que participaron en la terapia psicosocial: grupo experimental, lograron mejorías que los pacientes del grupo control en su funcionamiento psicosocial en el hospital, así como en la comunidad. De las experiencias logradas de este modelo terapéutico se analiza el rol del psicólogo en la práctica clínica institucional en áreas como: la asistencia, docencia e investigación (citado en Revista Mexicana de Psicología, Vol. 8, Num. 1 y 2, 1991).

- **La Relación con el Padre como Factor de Riesgo Psicológico en México.**

Juan José Sánchez- Sosa y Laura Hernández- Guzmán.
Facultad de Psicología, UNAM.

Como parte de una investigación más amplia y con objeto de explorar la incidencia de algunas relaciones disfuncionales con su padre o de la ausencia de éste, una muestra de 1772 adolescentes escolares, alumnos de un sistema público de bachillerato de la ciudad de México contestó el inventario sobre Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) compuesto por 216 reactivos en tres secciones: datos socio-demográficos, tipo y calidad de la interacción familiar incluyendo patrones de crianza desde la infancia y signos de desajuste psicológico. Los resultados revelaron que, si bien hay incidencias relativamente altas de ausencia del padre o de interacción disfuncional con él, la proporción es menor a la estimada anteriormente. El estudio ratifica la importancia del conocimiento de datos de esta naturaleza como prerrequisito para el diseño e instrumentación de programas de prevención primaria y para reorientar la formación de profesionales que atiendan los servicios clínicos que pudiesen requerir estas poblaciones (citado en Revista Mexicana de Psicología, Vol.9, Num. 1, 1992).

- **Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes: Análisis Etiológico de Predictores en la crianza y la Interacción Familiar.**

Juan José Sánchez-Sosa, Samuel Jurado-Cárdenas y Laura Hernández-Guzmán.
Facultad de Psicología, UNAM.

Con el propósito de detectar sistemáticamente variables interactivas familiares y patrones de crianza que predigan el desarrollo de episodios de ansiedad severa, 20,047 adolescentes escolares contestaron el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). El instrumento, compuesto por 216 reactivos explora: a) problemas psicológicos, b) factores o estilos familiares de crianza y desarrollo del individuo, y c) datos sociodemográficos. Los grupos escolares a los que pertenecían los sujetos se seleccionaron por muestreo aleatorio probabilístico estratificado en planteles de bachillerato ubicados en nueve zonas geográficas de la ciudad de México. La aplicación del inventario es parte de una investigación más amplia sobre el tipo y calidad de la interacción familiar y signos de desajuste psicológico en adolescentes escolares. El presente estudio se concentró en las respuestas a la porción del instrumento que explora la ansiedad, más específicamente episodios agudos de angustia severa. Los resultados revelaron diferencias significativas entre sujetos con incidencia alta y baja de episodios agudos de ansiedad severa, al respecto de aspectos relativamente específicos de la relación entre, y con los padres; más específicamente con violencia verbal o física en la relación de los padres, incluyendo amenazas de separación; así como algunos estilos de interacción con el individuo. Los resultados mostraron que estas variables actúan como factores de riesgo o predictores de la génesis de los episodios de angustia. Finalmente, a diferencia de otros estudios que sugieren que la ausencia real o funcional del padre no se relaciona con factores asociados con estados de angustia, los resultados del presente trabajo revelaron que la función paterna juega un papel central en el desarrollo de episodios agudos de ansiedad severa (Revista Mexicana de Psicología, Vol. 9, Num. 2, 1992).

- **Relaciones familiares en la niñez, Conflicto conyugal y laboral, y Problemas de Salud Mental entre Inmigrantes Mexicanos.**

Silvia J. Santos y Lisa M. Bohon (California State University) y Juan José Sánchez-Sosa (UNAM).

El presente estudio tuvo como objetivo el conocer la interrelación entre las relaciones familiares en la niñez, los conflictos conyugales y laborales, y los problemas de salud mental entre inmigrantes mexicanos. La muestra consistió de 135 inmigrantes mexicanos casados, reclutados de programas de enseñanza de inglés en Paramount, California. Se empleó un análisis de modelo estructural para examinar las hipótesis propuestas. El modelo empírico indica que los problemas familiares, en la niñez estuvieron asociados con conflictos interpersonales conyugales y laborales. El conflicto conyugal contribuyó directamente a problemas de salud mental, mientras que el conflicto de las relaciones laborales tuvo un efecto indirecto en la salud mental con una influencia negativa en las relaciones conyugales. El modelo también indica que el nivel socioeconómico del inmigrante en México se asocia con conflictos interpersonales y laborales en Estados Unidos, y que éstos a su vez tuvieron un efecto negativo en las relaciones conyugales y en la salud mental. Además se encontró una relación significativa entre las variables de estadía en los Estados Unidos y estatus migratorio (legal o ilegal) con las relaciones conyugales conflictivas y los problemas de salud mental. Finalmente, factores de riesgo de estatus social se asociaron con problemas de salud mental. Los inmigrantes de edad más avanzada, bajo nivel social y de sexo femenino mostraron niveles más altos de problemas psicológicos. Los resultados se discuten en términos de las teorías de apego, de estrés migratorio, así como los patrones culturales de los latinos (Revista de Psicología Social y Personalidad, Vol. XI, 2, 1995).

- **La salud mental en universitarios de la UNAM.**

Durante un estudio en 1997 desarrollado en el Centro de Salud Mental de la UNAM que atiende a los estudiantes universitarios, se encontró que el diagnóstico de síndrome depresivo ocupó el 1 er lugar con una frecuencia del 48 % del total de los trastornos psicológicos (De la Fuente R., et al., 1997).

- **El papel actual de los procedimientos neuroquirúrgicos en padecimientos mentales.**

Gerhard Heinze, Jorge J. Gonzalez Olvera.
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

La neurocirugía ha sido practicada desde tiempos remotos para aliviar el sufrimiento de algunos seres humanos que no tenían opción alguna con los tratamientos usados en su época. Abordar estos trastornos mentales implica problemas éticos y sociales que deben de considerarse antes de proceder. El tratamiento convencional de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas se basa en una combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

Sin embargo existen algunos pacientes con padecimientos crónicos y muy severos que a pesar de recibir este tipo de tratamientos no presentan mejoría significativa, y cuya condición de discapacidad persiste, aún habiendo agotado todos los recursos terapéuticos habituales.

Los procedimientos neuroquirúrgicos se utilizan principalmente en tres trastornos que son: los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos compulsivos y la depresión crónica. Este procedimiento solo debe de aplicarse cuando han fallado los tratamientos farmacológicos múltiples, con dosis adecuadas y por tiempo suficiente. Además de haber pasado por terapias psicológicas y psicosociales apropiadas para cada caso específico, lo que significa que muchas veces este proceso tarda aproximadamente cinco años. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, actualmente la “Psicocirugía” se define como el tratamiento quirúrgico de padecimientos psiquiátricos, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar tipo I (INPRFM, Salud Mental, Vol. 29, No.1, 2006).

- **Principios generales sobre la psicofarmacoterapia en niños y adolescentes.**

Gerardo García Maldonado y Victor Manuel Joffre Velásquez.
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Estos investigadores abordan los temas de: Efectos Indeseables de los medicamentos y de la Duración de los tratamientos.

1.- Efectos Indeseables de los Medicamentos.

La presencia y severidad de los efectos colaterales a un fármaco prescrito, pueden variar de paciente a paciente al igual que las características en la respuesta terapéutica. Los efectos adversos de algunos de ellos pueden estar relacionados con la dosis o con los niveles séricos, pero otros no. Algunos medicamentos tienen una reacción muy aguda, por ejemplo, los antipsicóticos, pero otros efectos pueden reflejarse varios años después. La mayoría de los expertos proponen que el ajuste en los niveles de medicamentos debe ser lento y con pequeños incrementos, dividiendo las dosis a lo largo del día.

2.- Duración de los tratamientos.

Se recomienda que la prescripción de psicofármacos a niños y adolescentes sea por periodos cortos de tiempo si se desconocen sus defectos indeseables a largo plazo. No hay tiempos específicos normados para retirar la administración de los fármacos. El retiro de los medicamentos deberá ser paulatino. Además, el paciente debe acudir a consultas de seguimiento para ver la evolución (INPRFM, Salud Mental, Vol.29, No.4, 2006).

- **La música y sus propiedades.**

Blood y Zatorre, 2001; Abbot, 2002 y Rauscher, 2002.

Estamos genéticamente programados para disfrutar la música. La música ejerce un fuerte efecto en nuestros pensamientos, mejora las capacidades de razonamiento espacial de las personas. Activa zonas del cerebro asociadas con el placer y la gratificación, las mismas zonas que estimula el sexo y la buena comida (Feldman ,2006).

- **Uso de sustancias entre hombres y mujeres; Semejanzas y diferencias. Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas.**

Rosarito Martinez, Jorge Galván, Arturo Ortiz, Alejandra Soriano.
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”

El objetivo de esta investigación fue el de presentar las diferencias y similitudes del uso de sustancias entre hombres y mujeres respecto al perfil sociodemográfico, patrón de consumo, problemas asociados y tendencias de uso. Se aplicó la cédula “Informe Individual Sobre Consumo de Drogas” que recoge información sobre los principales indicadores del fenómeno. Se aplicó a 694 personas, 618 hombres y a 76 mujeres. Esta investigación arroja que el mayor uso de sustancias tanto para hombres como mujeres son la marihuana, cocaína e inhalables. La edad de inicio en hombres es de 15 a 19 años y en las mujeres es de 12 a 14 años. Finalmente, las mujeres muestran un aumento en el consumo de sustancias en comparación con años anteriores, esto se debe principalmente a la baja autoestima que experimentan hoy en día (INPRFM, Salud Mental, Vol. 29, No.5, 2006).

- **El suicidio, conceptos actuales.**

Ana G. Gutiérrez García; Carlos M. Contreras; Rosselli Chantal Orozco Rodríguez.
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”.

Un problema contemporáneo y creciente es el suicidio, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. Las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia ingiriendo pesticidas y medicamentos. El suicidio consumado acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, y es más común entre los de clase socio-económica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio. La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25 % de quienes se suicidan y también ocurren tasas de suicidio en la esquizofrenia. La ansiedad es un trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión

multiplica el riesgo. Todo esto debe de tomarse en cuenta y tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad. Los factores de riesgo en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60 % de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Así, la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención. En conclusión, el suicidio es un problema grave de salud pública y requiere atención especial. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que incluyen, por lo menos, la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y los jóvenes. También se debe contar con el personal profesional de la salud mental que permita lograr la detección y el tratamiento eficaz de los trastornos subyacentes, y tener control medioambiental de los factores de riesgo y, desde luego, la eliminación de los medios para consumarlo (INPRFM, Salud Mental, Vol.29 No.5, 2006).

- **La prueba de Rorschach y la personalidad antisocial.**

Anneliese Dörr A; Sandra Viani B.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

El presente trabajo se refiere al análisis de la personalidad de pacientes evaluados por las autoras mediante la prueba de Rorschach y otras pruebas psicológicas. Nuestro propósito es reflexionar sobre el funcionamiento psíquico de aquellos sujetos para quienes no existe acuerdo entre el criterio clínico y el legal y/o social, y compararlo con el de aquellos para los que sí se da una concordancia entre dichos criterios. Es decir, contrastar los criterios diagnósticos de la prueba con aquellos que en la realidad operan a la hora de rotular a un sujeto como “antisocial”. Método: Se trata de un estudio cualitativo cuya muestra fue seleccionada intencionalmente. Los casos fueron examinados en los últimos años y han sido directa o indirectamente etiquetados como antisociales, ya sea por especialistas o por la ley. El primer grupo de los sujetos seleccionados cumple con los criterios diagnósticos de la prueba de Rorschach para referirse a la personalidad antisocial y además coincide con lo que la sociedad evalúa como tal. El segundo grupo se refiere a aquellos sujetos que de acuerdo a la prueba presentan elementos antisociales, pero sin embargo, no son vistos así por la sociedad. Finalmente, el tercer grupo tiene sujetos que según el Rorschach no son antisociales, pero social y legalmente, si se les considera como tal. Resultados: En los sujetos con funcionamiento antisocial, se buscaron indicadores de psicopatía como: juicio de realidad conservado, respuestas de reflejo, disminución de respuestas H y ausencia de respuestas K. Se encontraron signos recurrentes como presencia de fabulación en una línea agresiva y descontrol ante estímulos que evocan fantasías violentas; respuestas de defecto, respuestas de acción padecida (se asocian a la existencia de elementos sadomasoquistas; relaciones entre agresor-victimario en un contexto de

fantasías persecutorias muy destructivas); contenidos que reflejan ansiedad persecutoria; respuestas de ocultamiento que revelan falta de autenticidad; rechazo a la figura de autoridad; presencia de contenidos antagónicos o contradictorios (imágenes violentas v.s. imágenes benevolentes o pacíficas); shock o fracaso en la lámina X. Discusión : Debido a lo difícil que resulta planear un diagnóstico de personalidad antisocial, así como a las contradicciones y confusiones que se pueden generar en este terreno, es importante señalar los beneficios que tiene el psicodiagnóstico por medio del test de Rorschach. Este permitiría discriminar con mayor exactitud entre algún tipo de conducta antisocial y un trastorno de personalidad antisocial propiamente dicho. El análisis de los casos nos confirma la dificultad para realizar un diagnóstico categorial de los trastornos de la personalidad. No sólo es necesario considerar la dificultad que presenta el hecho de formular una hipótesis diagnóstica en casos éticamente tan delicados, sino también la responsabilidad que esto implica y la necesidad de mantenerse al margen de la influencia que tienen ciertos fenómenos sociales, tales como la presión ejercida por las opiniones públicas acerca de “lo políticamente correcto”. Desde el punto de vista de los profesionales del psicodiagnóstico, es necesaria la triangulación, es decir, la revisión sistemática de las pruebas junto con uno o más especialistas en la materia. Este procedimiento tiene las ventajas de disminuir el sesgo propio de una mirada profesional y permite contrarrestar la influencia consciente o inconsciente de orden contextual ejercida por los medios de comunicación ante los casos públicamente notorios (INPRFM Salud Mental, Vol.29, No.6 2006).

- Cambios en la función cerebral generados por la psicoterapia.

Desde hace mucho tiempo, se reconoce que la psicoterapia puede cambiar las actitudes y las formas de pensar de las personas, así como sus estados emocionales pero no se sabía que procesos cerebrales tenían lugar. Esta interrogante se aclara cuando se conoce el uso de las neuroimágenes de individuos sanos y las de pacientes con intervenciones psicoterapéuticas, así como el comparar las neuroimágenes de pacientes con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Una de las técnicas más útiles para evaluar el efecto de los procesos psicoterapéuticos, es la Resonancia Magnética funcional (RMf), la cual se ha usado para el estudio de fobias, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEP).

El fin primordial de cualquier terapia es la reducción de síntomas; para tal efecto, se debe de poder determinar las modificaciones cerebrales para lo cual, es necesario provocar los síntomas para poder estudiarlos. En el estudio de las fobias simples con la RMf se observó que había una exagerada actividad en la corteza prefrontal y del giro parahipocámpico, el cual desapareció después de cuatro sesiones con técnicas de exposición. En otro experimento para tratar la fobia social, se observó hiperactividad amigdalalar la cual desapareció al mismo tiempo en pacientes con tratamiento farmacológico y pacientes con terapia cognitivo conductual. Hay estudios donde se observa que las psicoterapias modulan los niveles de serotonina al mismo nivel que los fármacos para tratar los trastornos de depresión mayor (citado en tríptico del Instituto Nacional de Psiquiatría, Marzo, 2007).

Estos estudios reflejan que los medicamentos no son la única arma para curar sintomatologías, que la psicoterapia puede lograr los mismos efectos y algunas veces, incluso, mejor; aunado a que la psicoterapia no tiene efectos secundarios dañinos al organismo, cosa que si tienen los fármacos.

- **Problemas de cognición, hormonas y menopausia.**

Investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” muestran de que la interacción entre los estrógenos y la serotonina juega un cierto papel en el desarrollo de las funciones cerebrales de la cognición.. Para esto, se aplicó tratamiento con estrógenos y manipulando la actividad serotoninérgica por medio de la depleción de triptófano, evaluaron su efecto interactivo sobre la cognición en un grupo de mujeres sanas en la etapa de la menopausia. Este tratamiento con hormonas ayuda sobre todo a la memoria verbal no así a el aprendizaje viso-espacial.

Esta investigación arroja datos acerca de la interacción existente entre los estrógenos y la serotonina en la conducta reproductiva de las personas, además de que los esteroides ováricos tienen influencia en los fenómenos de cognición (citado en tríptico del INP, Marzo ,2007).

- **Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas.**

Diana Agudelo; Gualberto Buena-Casal; Charles Donald Spielberger.
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

El problema de la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión, constituye una de las grandes preocupaciones en la psicopatología, dadas las profundas implicaciones para las tareas diagnósticas y de intervención. Muchas veces, la ansiedad antecede a la depresión y otras veces, la depresión aparece antes que la ansiedad; muchos de los síntomas son comunes en estos dos trastornos. Ante el panorama anterior, surge la inquietud por la identificación de las características de los trastornos de ansiedad frente a los trastornos del estado de ánimo, entre ellos el trastorno de la depresión. Una explicación al solapamiento de los síntomas entre ansiedad y depresión ha sido clásicamente atribuida a comorbilidad; dicha concurrencia de síntomas se atribuye a un asunto de instrumentos de evaluación. Así, se plantea como los trastornos dependen de las herramientas con que se midan las cuales siguen un modelo teórico explicativo acerca de la etiología, el curso, el pronóstico y la sintomatología asociada. Además de la multiplicidad de instrumentos de evaluación, también depende de las instrucciones dadas a los sujetos para responder a los cuestionarios, suelen confundir medidas de frecuencia con medidas de gravedad de la sintomatología (INPRFM Salud Mental, Vol.30, No.2, 2007).

- **Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida.**

Luis Guillermo Ruiz Flores; Ricardo Fernando Colín Piana; Ma. Del Carmen Lara Muñoz.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad asociada a síntomas de naturaleza emocional, vegetativos y físicos; entre estos se encuentran los de naturaleza dolorosa. La enfermedad muestra una alta prevalencia y se estima que hacia el año 2020 se convertirá en la segunda causa de discapacidad. El diagnóstico de TDM se dificulta debido a que se presenta hasta en 76 % de los pacientes. Este informe presenta un estudio observacional, encaminado a examinar el perfil clínico de pacientes mexicanos no hospitalizados, que presentan TDM para determinar la relación entre la intensidad de su depresión, los síntomas físicos dolorosos asociados y la calidad de vida. Método: se reclutaron pacientes que presentan un episodio actual de TDM, con duración menor a dos años, tratados con antidepresivos y libres de síntomas de depresión por lo menos dos meses previos al episodio actual. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a la presencia de síntomas físicos dolorosos, asociados a la depresión y se utilizó el Inventario de Síntomas Somáticos (SSI); una Escala Visual Análoga (VAS) para medir la intensidad del dolor, así como la Escala para Depresión de Hamilton con 17 apartados (HAMD17), la Escala de Impresión Clínica Global en el apartado de Severidad (CGI-S), para calificar la severidad de la depresión, así como la Escala de Calidad de Vida en la Depresión (QLDS), para evaluar el estado de bienestar subjetivo. Resultados: El 73.7 % de los pacientes reportaron síntomas físicos dolorosos. La puntuación promedio de HAMD17 (27.1) no mostró diferencias significativas en las subescalas central, maier y de retardo. Los síntomas dolorosos más frecuentes, y de mayor intensidad, fueron dolor muscular (84.9 %), dolor cervical (84.2%) y cefalea (83.5%). En conclusión, se confirma una alta prevalencia de Síntomas Físicos Dolorosos en pacientes con TDM, por lo que es fundamental considerar en la valoración clínica las manifestaciones emocionales o físicas como los componentes importantes del TDM. Cefalea, lumbalgia y dolor cervical caracterizan los síntomas dolorosos de la depresión, con base en su alta prevalencia y mayor gravedad (INPRFM Salud Mental, Vol.30, No.2, 2007).

Comentarios finales.

Al hablar de salud, muchas veces, hablamos de normalidad, de equilibrio, de adaptación, etc., la Organización Mundial de la Salud lo define como un “estado de bienestar completo (físico, psicológico y social) y no solamente como la ausencia de enfermedad o de invalidez”. En el campo de la salud mental, afortunadamente existen investigaciones importantes acerca de los efectos de los fármacos y de los métodos terapéuticos usados por los psicólogos en donde se observa que el efecto logrado por un fármaco, también puede lograrse con la psicoterapia pero sin los efectos dañinos de esta. También podemos observar que para el tratamiento de algunas patologías , por ejemplo, la esquizofrenia, puede ser tratada en conjunto, es decir , la utilización de fármacos y terapia cognitivo conductual y que los efectos de ambos métodos no se contraponen, por el

contrario, se complementan. Es claro que la aproximación a la problemática de la salud puede ser enriquecida con la participación de psicólogos que se avocan a la combinación de múltiples factores, tanto individuales, emocionales, afectivos, familiares, ambientales, etc. para un abordaje más creativo y abarcador.

CAPITULO 3

ENFERMEDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

“Hay mas cosas que nos alarman de las que nos hacen daño, sufrimos mas por aprehensión que por realidad”.

Séneca.

Para llegar al término actual de enfermedad mental, a lo largo de la historia, han existido diferentes maneras de ver a las enfermedades, en este capítulo hablaremos de las diferentes maneras de definir a la enfermedad mental. Además, abordamos los tipos de psicoterapias utilizados por el psicólogo para tratar diversas patologías , así como el DSM IV TR y su utilización sobre todo por los psiquiatras.

3.1.- Antecedentes.

Desde tiempos antiguos, el término “enfermedad mental”, ha sufrido bastantes cambios; este término se ha usado como sinónimo de “locura”. Así, han existido diferentes ideas acerca de la locura desde la edad antigua, durante la cual se atribuía a los dioses el manejo de los designios del hombre al grado de enloquecerlo muchas veces. Eurípides decía que “los dioses vuelven locos a los hombres antes de destruirlos”(citado en Porter R., 2003); Sófocles (2006) presenta un Ajax demente el cual masacra ovejas pensando que eran los soldados de Ulises; incluso Don Quijote de la Mancha, arremete contra los molinos de viento confundidos con gigantes .

La arqueología demuestra que hace 5000 años A.C. se les hacían orificios a los cráneos probablemente para que los demonios escaparan ya que se relacionaba la posesión demoniaca con la enfermedad mental. La locura aparece en forma de fatalidad en la vida de los hombres (Porter, 2003).

En la edad media y el renacimiento, se confundía la posesión demoniaca y los desvaríos; se husmeaban rastros de brujería en las divagaciones de los dementes; sobrevino la crueldad y la degradación de los manicomios. De hecho, las brujas se les consideraba enfermas mentales. La iglesia demandó herejía y propuso una guerra santa. Desde los inicios del siglo XIII todo tipo de desgracia, desde la pérdida de una cosecha hasta la peste, fueron atribuidas a brujas y judíos. El asesinato en masa de brujas pasó a ser una práctica social aceptada y se popularizó una frase, “la brujería procede del apetito carnal, que en las mujeres es insaciable”. Las autoridades tenían tres métodos para detectar si una persona practicaba la brujería, 1) La confesión: Cuando una persona sospechosa de practicar la brujería confesaba serlo, cabe aclarar que muchas veces dicha confesión se arrancaba por medio de la tortura; 2) Indicios: Las autoridades buscaban indicios como gatos negros, animales sacrificados, etc.; 3) La inmersión: En este método, la persona acusada de practicar brujería, se le sometía a inmersiones en agua helada, si la acusada sobrevivía a este procedimiento es porque era bruja; por lo que muchas inocentes perecieron. Szasz

(1974) afirma que mientras algunas brujas sobreviven a la inmersión, ningún “loco” sobrevive al examen psicológico ya que cuando un psicólogo evalúa a un paciente que le mandó el psiquiatra, está predispuesto ya que creó que el psiquiatra no le mandaría a un paciente sano. En el siglo XVII, para ser considerado loco bastaba con estar abandonado, necesitado, ser pobre o rechazado por los padres o por la sociedad.

En 1680, en el Salpêtrière (Hospital Mental de París) salió un decreto que decía “los hijos de artesanos u otros pobres mayores de 25 años, holgazanes que no se ocuparan de sus padres, que fueran rebeldes con sus padres o no trabajaran así como a las chicas que fueran prostitutas o estaban en peligro de serlo, debían estar encerradas”; bastaba con que lo quisieran los padres, sus familiares o el párroco, por lo que dicho hospital, en 1778, se convirtió en el más grande de París recibiendo a todo mundo.

A principios del siglo XIX, la homosexualidad, ser brujo, judío e incluso masturbarse, era sinónimo de enfermedad mental para los psiquiatras. Abby Mann afirma “es más fácil ser aceptado por nuestra sociedad como criminal que como homosexual” (citado en Szasz, 1974). En 1706 surge la teoría de que la masturbación provocaba locura.

En 1711, el tribunal general de Massachussets, modificó la sentencia de 22 de las 31 brujas de Salem que habían sido sentenciadas en 1692.

En 1838, Jean Esquirol dice que la masturbación causa locura, epilepsia, melancolía y suicidio (citado en Szasz, 1974).

Por otra parte, en 1860, se hospitalizó en el Asilo Estatal de Locos de Jacksonville Estados Unidos, a Mrs. Packard por estar en desacuerdo con su esposo. Este caso muestra la realidad en esos tiempos de los hospitales mentales y la idea de enfermedad mental. A este respecto, muchos investigadores creían que Jesús sufría alucinaciones y paranoia. Hitler creía que al exterminar a los judíos luchaba por la obra del señor.

A través de los siglos, los médicos y sus seguidores se han visto involucrados en una autocomplaciente “fabricación de la locura” (citado en Szasz, 1974) asignando etiquetas psiquiátricas a personas que son extrañas, que representan un desafío o que representan una plaga social. La etiología de la enfermedad mental en el cuerpo o en la mente, es un error categórico o se funda en la “mala fe” y el inconsciente no son sino metáforas e incluso como metáforas resultan engañosas.

El concepto de la enfermedad mental a sufrido cambios desde “posesión demoníaca”, “castigo de dios”, “embujamiento”, etc. hasta llegar al concepto actual de “destrucción de la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad de un individuo como reacción a las múltiples tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos” (citado en San Martín, 1982).

Así como el concepto de enfermedad mental ha cambiado a lo largo de la historia, también el hospital mental ha sufrido cambios. Esto se muestra en la siguiente tabla:

PROCESO HISTÓRICO Y CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL MENTAL

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES	PROCESO/OBJETIVO.
Cuevas / leprosarios Individuos (enfermos) En la comunidad.	Reclusión de los locos junto con leprosos, tuberculosos, apestados. Desconocimiento de la enfermedad mental / miedo al contagio.	Segregación del individuo.
Creación de asilos Manicomios.	Aislamiento del paciente Sistema manicomial / custodial Camisas de fuerza / castigos / pacientes encadenados. Cuartos de aislamiento / institucionalismo	Institucionalización.
Establecimientos Sanitarios / hospitales.	Custodial. Terapias físicas / orgánicas. Medicamentos / TEC / gasoterapia. Institucionalismo. Tratamiento moral. Investigación.	Desinstitucionalización.
Hospital como instrumento terapéutico.	Tratamientos físicos. Psicoterapias: Individual/grupal/familiar. Otras alternativas: tratamientos comunitarios. Técnicas psicosociales. Modelo biopsicosocial. Relación clínico- paciente. Reinserción social del paciente. Adherencia terapéutica. Investigación.	Terapéutico.
Posición clave en la comunidad.	Acercamiento y tratamiento comunitario Integración con la comunidad.	Funcionamiento comunitario.

Valencia M. Departamento de Investigaciones en Servicio de Salud.
Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

3.2.- Definición de Enfermedad.

La enfermedad es el resultado de la inadaptación interna y externa frente al ambiente; la enfermedad clínica constituye el grado extremo de la des-adaptación biológica. La enfermedad está constituida por una “triada” que son: 1) tipo constitucional: influencia genética, deficiencia en los factores que forman la salud (alimentación, ejercicio, reposo, etc), 2) agentes externos de la enfermedad (microbios, parásitos, traumatismos, etc.), 3) factores psicológicos (emociones, sentimientos, pensamientos, etc.). La tríada epidemiológica está constituida por: a) Huésped: persona afectada, persona que aporta a la exposición determinadas disposiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas; b) Agente nocivo: es la carga aguda o crónica que actúa sobre el huésped y que puede ser de naturaleza psíquica o social; c) Medio ambiente: es el entorno social o físico en el que un huésped es afectado por un agente nocivo (Baumann y Perrez, 1994).

San Martín (1982), define a la enfermedad como “un estado de desequilibrio biológico, ecológico”, o como “una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología de la anatomía del individuo”.

3.3.- Definición de enfermedad mental.

Cuando hablamos de una enfermedad mental, nos referimos a una desorganización de la actividad mental como respuesta del individuo ante múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo, que son de tal magnitud que destruyen la estabilidad emocional.

La enfermedad mental en sus diferentes grados es la reacción de la persona ante las múltiples tensiones del ambiente total interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el individuo se transforma en un enfermo cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de las confusiones internas son de tal fuerza que destruyen la estabilidad o adaptación de la persona. La forma en que una persona reacciona ante estas fuerzas emocionales depende de su personalidad y madurez emocional.

Una persona puede presentar en determinado momento de su vida, conductas consideradas anormales, sin embargo, existen factores determinantes para considerar a alguien como enfermo mental, entre ellos están: el estilo y la coherencia de su comportamiento, su orientación respecto de la realidad y sus consecuencias, así como de su funcionamiento dentro de la sociedad.

Al principio del siglo XX, había tres teorías acerca de la naturaleza de la enfermedad mental. Uno de los grupos dominantes, creía en el origen somático de todos estos trastornos, que se debía a cuestiones orgánicas tales como una lesión cerebral, un trastorno metabólico o un desequilibrio endocrino. Otro grupo predicaba y aplicaba el Darwinismo, según este punto de vista, la locura se heredaba y formaba parte de la selección natural para apartar los miembros débiles y defectuosos de la raza. Una tercera visión contenía aspectos de las otras teorías, admitiendo la existencia de algunas entidades somáticas y hereditarias pero dando importancia al ambiente, la cultura y la educación más que a los rasgos corporales por sí solos. Sus partidarios tendían a centrarse en los síntomas

del paciente individual más que en la propia enfermedad. Este último enfoque, incluía asistentes sociales para reunir información acerca del ambiente familiar, ocupacional y educativo de sus pacientes. Los programas de tratamiento empezaron a incluir terapia ocupacional, cursos breves de educación formal y terapia del medio. Se comenzó a preocupar por la prevención y el seguimiento. La creencia de que la locura era causada por influencias familiares y ambientales, condujo a los psiquiatras que pensaron en que si se anticipaban a estas influencias o se proporcionan otros ambientes a los pacientes, el trastorno podría controlarse. Las tres teorías buscan entender la causa de la enfermedad mental, aunque visto de diferentes ángulos (San Martín, 1982).

A lo largo de la historia y en diferentes ámbitos, ha existido una lucha entre la psiquiatría y la psicología; ha surgido la antipsiquiatría para atacar a la psiquiatría desestimando el tratamiento farmacológico, enfatizando sus efectos nocivos y su descalificación a “el poder de la palabra” y a la el factor motivacional; así pues, los psiquiatras generalmente han desestimado a la psicología y no están de acuerdo con sus métodos terapéuticos e incluso han llegado a cuestionar el estatus de ciencia. Los psicólogos a su vez, critican a los médicos psiquiatras el hecho de que todo lo etiqueten según el DSM IV TR el cual ha sido modificado y ampliado al grado de que actualmente cuenta con cerca de mil trastornos y que dichos trastornos aumenten considerablemente e incluso hoy en día se diagnostican más enfermedades mentales que nunca antes preguntándose si esto es un avance. Además, los psicólogos cuestionan el peso específico dado al tratamiento farmacológico aplicado a los pacientes, aún en los casos donde el factor detonante del trastorno está a la vista, sirva el siguiente caso para ilustrar lo anteriormente dicho:

Paciente Rocío de 22 años, ingresa al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” después de intento de suicidio al cortarse las venas de la mano con un cuchillo de cocina, se le diagnosticó: trastorno límite de la personalidad e inició un tratamiento farmacológico e incluso sirvió de ejemplo para mostrar la efectividad del tratamiento ante un auditorio lleno de psiquiatras R1, R2, R3 y R4 (R1 significa primer año de residencia, R2 significa segundo año de residencia y así sucesivamente); después de un mes y medio de tratamiento la paciente egresa del Instituto. Dos meses después en una consulta de seguimiento, la paciente se corta ambas muñecas de las manos con un bisturí delante del médico psiquiatra. Durante la entrevista, la paciente refiere haberse lastimado porque su padre la golpeó por llegar en la madrugada de una fiesta. A este respecto, los médicos psiquiatras sólo le aplicaron el tratamiento farmacológico, pero nunca se le sugirió a la paciente que tomara psicoterapia individual y familiar así como analizar la relación padre-hija, el tipo de estructura familiar, su situación afectiva, emocional, etc., así como nunca se platicó con el padre de Rocío ni se le sugirió ninguna terapia por lo que cuando regresaba a su casa y se encontraba con el mismo escenario hostil, era evidente que a la paciente se le dificultaba estar bien; no se modificaba el ambiente en casa ni se tomaba en cuenta su relación familiar, cosa que evidentemente necesitaba.

Sirva la siguiente definición:

Trastorno de personalidad limítrofe.- Trastorno en el cual a los individuos se les dificulta desarrollar una identidad sólida. Suelen definir su identidad con base en sus relaciones con los demás, los rechazos son devastadores, desconfían de los demás y se les dificulta controlar su ira. Su volatilidad emocional genera un comportamiento impulsivo y autodestructivo (Feldman, 2006).

3.4.- El mito de la enfermedad mental.

Szasz (1968) dice, “la enfermedad mental no es un padecimiento cuya naturaleza sea elucidada por la ciencia sino más bien un mito inventado por psiquiatras con aspiraciones de ascenso profesional y respaldado por la sociedad pues valida soluciones cómodas respecto a personas problemáticas”. En su libro, “el mito de la enfermedad mental”, Szasz, cuestiona el término de enfermedad mental; para esto, propone una tesis y para fundamentarla cuestiona el punto de vista del psiquiatra ya que afirma, no está definido quienes son los enfermos mentales. Szasz fundamenta su tesis del mito de la enfermedad mental en base a el libro de Breuer y Freud llamado “estudios sobre histeria” y refiere que dicho libro narra solo quejas ya que el mismo Freud se quejaba diciendo que su trabajo acerca de los casos de histeria se parecían a los de un biógrafo más que a el de un médico, esto debido a que la paciente Anna O. sobre la que escribieron, relataba claramente quejas de dolores físicos. Lo que se observaba en la paciente es una histeria de conversión, la cual es una técnica defensiva la cual es una sustitución de un problema personal por un dolor corporal; esto hace que el problema personal se ignore.

Szasz (1968) afirma, “la enfermedad mental, es un mito, los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal, decir que una persona tiene enfermedad mental es nociva desde el punto de vista científico”.

Este mismo autor ha criticado la validez y utilidad del modelo médico del padecimiento mental. Señala que en el trabajo con los pacientes, la noción de enfermedad o padecimiento mental es engañosa y dañina. La enfermedad física puede ser reconocida fácilmente como una desviación ideal, pero la enfermedad mental, no es tan directa. Las normas de las que se desvían los mentalmente enfermos son psicosociales, éticas y legales.

Szasz también cuestiona la psicoterapia y su popularidad y la “supuesta necesidad de la gente de recurrir a ella que aumentan con rapidez”. Szasz(1979), también cuestiona la psiquiatría y la antipsiquiatría en la siguiente frase “la psiquiatría y la antipsiquiatría son dos equívocos, y dos equívocos no hacen algo correcto sino solo un tercer equívoco todavía peor”.

Szasz (1979) señala, “El símbolo que caracteriza más específicamente a los psiquiatras como miembros de un grupo distintivo de doctores es el concepto de esquizofrenia”. Este autor opina que el concepto de “esquizofrenia” para los psiquiatras es tan importante como “el hombre de los lobos” de Freud y señala, “la esquizofrenia es el símbolo sagrado de la psiquiatría, en el mismo sentido en que digamos, el cristo crucificado

es un símbolo sagrado de la cristiandad”. Compara a los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas con chamanes y sacerdotes ya que todos buscan “curar el alma” (citado en Szasz, 1986). Szasz afirma que el origen de la psiquiatría moderna es la invención de una supuesta enfermedad llamada “Esquizofrenia”, una enfermedad cuya lesión nadie podía ver y que “afligía” a personas de tal manera que a menudo no querían otra cosa que ser pacientes.

El mito de la enfermedad mental influyó al movimiento de la antipsiquiatría . Este movimiento antipsiquiátrico es encabezado por Laing y Cooper. Laing dice que “no hay esquizofrenia, pero nosotros la tratamos”. Szasz (1979), ataca la psiquiatría por no estar de acuerdo por su hospitalización y por que no acepta la “Esquizofrenia” por no ser mas que “una cierta clase de desviación social o conducta inaceptable” y añade “aquel que nos libera despóticamente de otro déspota, sobrepasará en su crueldad las peores crueldades de su anterior antagonista”, otra frase de Szasz es “si se les imponen tratamientos a los pacientes contra su voluntad, entonces, son torturas más que tratamientos”. La antipsiquiatría no significa oponerse a todo lo que haga la psiquiatría. El movimiento de la antipsiquiatría considera a los locos como auténticos y a los sanos como no auténticos.

Cooper (1971) construyó su pensamiento en base a la teoría “double bind” aplicada a la esquizofrenia. Para Cooper, los factores causales de esta enfermedad caminan fundamentalmente por entre los lazos intercomunicativos que se dan en el seno de la familia del enfermo. La psicosis podría así ser una forma de huida o evasión del agobiante y malsano ambiente familiar. El psiquiatra, en muchos casos se convertiría en el aliado institucionalizado de la familia, cuyo cometido será designar oficialmente al paciente “loco” encerrándolo en ese territorio también institucionalizado de la “locura” que llamamos manicomio (citado en Baumann y Perrez, 1994).

El psiquiatra británico Laing (1978), por su parte muestra quizás un menor radicalismo en sus concepciones de la enfermedad psíquica. El mismo lo reconocía así cuando dice: “Yo no he llegado tan lejos como T. Szasz, y un creciente número de psiquiatras americanos y europeos, especialmente italianos y franceses para poder decir que la locura es fabricada por los psiquiatras y que la mayoría de los síntomas y signos de las llamadas enfermedades mentales son yatrogénicas”. Es más, sus concepciones humanísticas del enfermo mental son hasta tradicionales y conservadoras como él mismo dice:

“Ciertamente que todo cuanto se haga a favor de una humanización y liberación de los enfermos mentales, será probablemente poco, y de ahí que al margen de radicalizaciones ideológicas y doctrinales, los movimientos antipsiquiátricos se constituyen en llamadas de atención para un constante reexamen de la praxis psiquiátrica. Esto es muy importante, ya que por un lado significa una cura de humildad para la psiquiatría cómodamente asentada en un fácil cientifismo, y por el otro libera actitudes y prejuicios sociales condenatorios y negativos existentes en la sociedad con respecto a las enfermedades mentales. Existen antipsiquiátras, personas humanas, generosas y bienintencionadas, que están jugando un papel muy importante en esa función autocrítica y redefinidora de la psiquiatría” (citado en Baumann y Perrez, 1994).

3.5.- Definición de psicoterapia.

La psicoterapia nace de la paciente Anna O. de Joseph Breuer, la cual se recuperó de sus alteraciones histéricas por una “curación de la palabra” (citado en Breuer y Freud, 1985). La psicoterapia moderna, es considerada un arma esencial contra las dificultades personales e interpersonales que aquejan la vida de las personas.

La psicoterapia es un tratamiento en el que un profesional capacitado; un psicólogo, emplea técnicas psicológicas para ayudar a una persona a superar sus dificultades y trastornos psicológicos, resolver problemas de vida o generar un crecimiento personal. La meta es producir un cambio psicológico en la persona mediante conversar e interactuar con el terapeuta. La psicoterapia es una técnica o método utilizado por los psicólogos con el fin de estudiar la psique humana.

La psicoterapia es un método eficaz de ayudar a la gente, no por cierto, a recuperarse de una enfermedad; sino a aprender mucho más acerca de si misma, del prójimo y de la vida (Szasz, 1968).

La psicoterapia ha sido muchas veces cuestionada y muchas veces evaluada por pacientes, psicólogos, compañías de seguros, etc. pero de todas estas evaluaciones, la psicoterapia ha salido bien posicionada. Los estudios han sugerido una combinación con los métodos farmacológicos. Las combinaciones más efectivas parece ser para el tratamiento de la depresión, con unos menores efectos sinérgicos en el tratamientos de los trastornos de la personalidad y de algunas neurosis. También hay pruebas de que incluso la psicoterapia breve puede reducir el uso inapropiado o excesivo de los servicios médicos. La psicoterapia parece especialmente útil para la rehabilitación psicosocial posterior a la enfermedad.

3.6.- Tipos de Psicoterapia usados por el psicólogo.

El psicólogo es un profesional el cual utiliza diversos métodos para ayudar al paciente. Existen diversos tipos de psicoterapia como son: método psicoanalista, método de la Gestalt, método psicodinámico, método conductista, etc.

Es sumamente difícil y cometeríamos un gran error decir cual psicoterapia es mejor; existen diferentes tipos de psicoterapia y todas son importantes. Debemos de elegir que tipo de psicoterapia es mejor considerando la problemática del paciente. Existen terapias breves las cuales normalmente son de apoyo; existen terapias reeducativas las cuales son de meses hasta dos o tres años de tratamiento, un ejemplo lo es la terapia cognitiva conductual; existen terapias reestructurativas con una duración de dos a cinco años, por ejemplo, el psicoanálisis. Así, el psicólogo debe de realizar estudios con el fin de diagnosticar al paciente y así poder realizar una planeación con base en el diagnostico para decirle al paciente el tiempo, costo y tipo de terapia a utilizar en su tratamiento.

Resulta evidente según lo anteriormente descrito, que elegir el tipo de terapia a utilizar con un paciente es todo un arte; un tipo de terapia puede ser efectiva para una patología y un paciente, pero no servir para la misma patología en un diferente paciente.

Esto mismo sucede con los terapeutas, ya que, al igual que con los pacientes, se deben de tomar en cuenta muchas dimensiones como la formación profesional, experiencia y habilidad; experiencia cultural; los valores sociales; la personalidad y la sofisticación psicológica; la edad y el sexo. Así, todo lo anteriormente descrito que se debe de tomar en cuenta para el psicólogo, también se debe de aplicar al paciente ya que algunos pacientes no responden a unos métodos terapéuticos, pero si a otros. Así como no todos los psicólogos tienen la capacidad para aplicar el psicoanálisis, no todos los pacientes responden a la técnica psicoanalítica ya que es una técnica que requiere mucha preparación por parte del psicólogo y también requiere que el paciente tenga cierta personalidad, cierta preparación y cierta edad. Un ejemplo de esto es que a una persona con esquizofrenia, no se logran grandes resultados mediante el psicoanálisis. La esquizofrenia normalmente se trata con fármacos y dentro de las psicoterapias, la terapia conductual es la más recomendada, por ejemplo, la economía de fichas, y los programas de rehabilitación psicosocial (Thomas, E. Schacht, Psy. D. Hans H. Strupp, Ph.d. citados en Kaplan y Sadock, 1989).

3.6.1.- Método Psicoanalista.

Es un tipo de psicoterapia psicodinámica clásica desarrollada por Sigmund Freud que consiste en sesiones frecuentes; se basa en la premisa de que las fuentes primarias del comportamiento anormal son conflictos pasados no resueltos, y la posibilidad de que impulsos inconscientes inaceptables entren en la conciencia. Para protegerse de los impulsos inconscientes que provocan ansiedad, los individuos emplean estrategias psicológicas que se conocen como mecanismos de defensa. Esta corriente se basa en la idea de que el comportamiento lo motivan fuerzas internas inconscientes sobre las cuales el individuo tiene poco control. Este tipo de psicoterapia, busca la reestructuración de la personalidad mediante la técnica de la libre asociación y la interpretación y resolución de los conflictos psíquicos de la infancia. Freud afirma que el psicoanálisis tiene dos premisas : “donde estaba el ello tiene que ponerse el yo” y “el análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para la función del yo” (Baumann y Perrez, 1994).

En el psicoanálisis, la terapia funciona como un proceso de autoconocimiento por parte del sujeto con ayuda del analista con el objetivo de producir pacientes libres de controles inconscientes, maduros, capaces de comprender y conocer su conducta y capaces de amar y trabajar libre y productivamente. Además, el objetivo general de los procedimientos psicoterapéuticos de fundamentación psicoanalítica, es la solución sistemática de los conflictos inconscientes y, con ello, también de las resistencias y de las trasferencias.

La terapia psicoanalítica, es normalmente de larga duración, resulta costosa y necesita que el paciente tenga una cierta preparación académica, además de exigir la disposición del paciente a ubicar las fuentes primarias de la infelicidad; exige además un compromiso profundo en el desarrollo de sí mismo y la realización de sí mismo; capacidad de tolerar la frustración y sufrir malestar mientras se despliega la terapia. Todo lo anterior resulta poco atractivo para grandes sectores de la sociedad (Kaplan y Sadock, 1989).

Hoy en día, las personas exigen respuestas rápidas, fáciles e indoloras a los múltiples problemas de la vida, y sus expectativas de soluciones mágicas son alimentadas por diversas fuentes.

3.6.2.- Método Conductista.

Es un enfoque de tratamiento que se basa en los procesos básicos de aprendizaje como el reforzamiento y la extinción. Los tratamientos conductuales buscan modificar el comportamiento de las personas. Este método incluye los siguientes enfoques:

- a) Desensibilización sistemática.- Técnica conductual en la que se asocia una exposición gradual a un estímulo que produce ansiedad con la relajación para extinguir la respuesta de ansiedad.
- b) Condicionamiento aversivo.- Constituye un procedimiento importante para eliminar respuestas inadaptadas durante cierto periodo en forma temporal, una oportunidad para fomentar patrones de comportamiento más adaptativos. Por ejemplo: Un paciente muerde una barra de su dulce favorito y descubre que no sólo está intestado de hormigas, sino que ya se comió un puñado de ellas. De inmediato se enferma del estómago y vomita; el resultado es que no volverá en meses a comer barras de dulce porque no quiere volver a vomitar.
- c) Técnicas de condicionamiento operante.- Se basan en la noción de que debemos recompensar a las personas por comportarse de una manera deseable y extinguir la conducta que queremos eliminar ignorándola o castigándola; por ejemplo: la economía de fichas, el contrato de contingencias y el aprendizaje por observación o modelamiento.

La terapia conductual funciona bien para el tratamiento de fobias y compulsiones, se concentran en problemas bien definidos, permite controlar los impulsos y aprender habilidades sociales complejas para reemplazar conductas inadaptadas. Esta técnica no se recomienda en problemas de depresión ni en trastornos de la personalidad.

3.6.3.- Método Cognitivo Conductual.

Este enfoque fue desarrollado por Beck y es un tratamiento de corta duración. Este método de los psicoterapeutas cognoscitivistas con el que pretenden modificar la forma en que piensan las personas mediante el uso de los principios básicos del aprendizaje. En este enfoque se enseña a las personas a pensar en formas más adaptativas modificando para ello sus cogniciones disfuncionales sobre el mundo y su persona. En este método, los psicoterapeutas les enseñan sistemáticamente a los pacientes a cuestionar sus premisas y adoptar nuevos métodos para abordar todos sus problemas.

3.6.4.- Método de la Gestalt.

Teoría de la psicología que se encuentra en la organización de la percepción y el pensamiento en sentido “amplio” y no en los elementos individuales de la percepción. La terapia Gestalt, toma sus raíces de la psicología de la Gestalt, en donde los terapeutas Gestálticos consideran a la conducta motora y a las cualidades perceptuales de la

experiencia del individuo como organizadas por las necesidades orgánicas más relevantes. En el individuo normal, se forma una configuración o Gestalt, siendo la figura que lo organiza la necesidad dominante. El individuo hace frente a esta necesidad contactando el ambiente con alguna conducta sensoriomotora (citado en Salama y Villarreal, 1992).

Esta visión se opone a la psicoterapia elementarista, la psicología asociativa, la teoría mecanicista, la escuela austriaca y a la metodología; los conceptos teóricos fundamentales de la psicología de la gestalt se desarrollaron al principio predominantemente en el área de la percepción, pero se transformaron luego a los restantes ámbitos de la psicología: la memoria, el pensamiento, el desarrollo y la acción. A base de la interpretación gestáltica de los procesos fisiológicos y fisiológicos cerebrales (campo fenoménico), puede comprenderse la conexión entre los procesos psíquicos y los neurofisiológicos de acuerdo con el principio de isomorfismo, según el cual los procesos psíquicos y los procesos fisiológicos se corresponden en su estructura total.

3.6.5.- Método Humanista.

Psicoterapia basada en la premisa de que las personas pueden controlar su comportamiento, hacer elecciones sobre su vida, y que son en esencia, responsables de resolver sus propios problemas. Un ejemplo de este tipo de psicoterapia es la psicoterapia Centrada en el Cliente desarrollada por Rogers en la cual el psicoterapeuta ayuda a las personas a que se entiendan a si mismos y a que busquen formas de acercarse al ideal que quieren para si mismo. Según este método los trastornos psicológicos son resultado de la incapacidad de los individuos para hallarle sentido a su vida y de su sentimiento de soledad y desconexión con los demás. En este método, el psicoterapeuta no interpreta ni responde las preguntas que plantea el cliente; más bien esclarece o reflexiona sobre lo que dijo. El psicoterapeuta no es un director sino que se percibe como guía o mediador; ayuda a las personas a que se entiendan a si mismas, y a que busquen formas de acercarse al ideal que quieren para sí.

3.6.6.- Método Sistémico.

También conocido como terapia familiar sistémica. Es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre el grupo familiar más que sobre un individuo aislado. De esta manera, la terapia familiar puede ser descrita como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares. Este tratamiento es un proceso que altera la forma habitual de funcionamiento de la familia, es decir, la manera como se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se usan entre ellos (Eguiluz, 2001).

3.6.7.- Método Centrado en el Cliente.

Este enfoque se basa en la premisa de que el ser humano es un organismo básicamente digno de confianza, capaz de evaluar la situación interna y externa de comprenderse a sí mismo en su contexto, de hacer elecciones constructivas como los siguientes pasos en la vida y de actuar con base a esas elecciones. La terapia centrada en el

cliente se basa mucho más en el impulso individual al crecimiento, a la salud, y al buen funcionamiento psicológico. En donde no es cuestión de hacerle algo al individuo o de inducirlo a hacer algo en relación a si mismo; por el contrario, se trata de liberarlo para que tenga un crecimiento y un desarrollo adecuado, de quitar obstáculos par que el pueda ir otra vez hacia delante (Rogers, 1980).

Este método persigue los siguientes objetivos:

- a) Está enfocada directamente a promover una mayor independencia e integración del individuo en vez de esperar que tales resultados ocurrirán si el terapeuta le ayuda a resolverlos. El centro de atención es el individuo y no el problema.
- b) El objetivo no es resolver un problema particular, sino, ayudar al individuo a crecer, de modo que el paciente pueda hacer frente al actual problema y a problemas posteriores de una manera más integrada. Si el paciente puede ganar suficiente integración para manejar un problema de una manera más independiente, más responsable, y mejor organizada; entonces, será capaz de manejar también nuevos problemas en la misma forma.
- c) El objetivo es que las personas alcancen su potencial de autorrealización. El terapeuta ofrece un ambiente cálido y de aceptación.

3.6.8.- Alteraciones en la salud mental.

Para hablar de las alteraciones de salud mental, es necesario remontarnos a la historia del DSM (Manual para el Diagnóstico de Enfermedades Mentales), el cual es un manual utilizado principalmente por los médicos psiquiatras. Sirva aclarar que los psicólogos muy pocos se rigen por este manual para realizar sus diagnósticos, pues prefieren otros métodos como son la entrevista, la historia biográfica y la aplicación de una batería de pruebas compuesta por diferentes tests ya sea proyectivos, de personalidad, etc. El DSM IV TR ha sufrido bastantes revisiones. En cada revisión, se le agregan nuevos trastornos y en algunas revisiones se suprimen términos. Un ejemplo de esto, es el término de la homosexualidad, el cual ha sido sustituido en las últimas revisiones del DSM IV.

El DSM IV TR tiene la ventaja de ofrecer un sistema descriptivo y evita señalar las causas del comportamiento y los problemas del individuo. La neurosis no se incluye en el DSM IV TR, por ser usado por Freud en su teoría de la personalidad. Al ser el DSM sólo descriptivo y no especificar la causa o razón de un problema, sino que retrata el comportamiento manifestado, facilita la comunicación entre profesionales de la salud mental de diferentes profesiones, lo que facilita que la investigación progrese en los pacientes. El DSM IV TR no clasifica a las personas, lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Básicamente, ofrece atajos para que los profesionales describan el comportamiento de los individuos. Finalmente, ofrece una forma lógica de organizar un examen de los principales tipos de perturbaciones mentales.

Al hablar del DSM IV TR, debemos reconocer que su elaboración no fue a la ligera, que este manual es el resultado de un grupo de profesionales expertos en diferentes temas y trastornos mentales. Para este manual, se crearon grupos de trabajo para que definieran cada grupo un tema, ejemplo: Un grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad compuesta por 9 investigadores; otro grupo de investigadores trabajó para los trastornos de ansiedad compuesto por 6 personas, otro grupo de profesionales compuesto por 5 miembros para definir la esquizofrenia y los trastornos psicóticos; y así, para todos los demás trastornos. En fin, el DSM IV TR es producto de más de 1000 personas expertos en su campo y numerosas organizaciones profesionales.

En la última revisión, la Organización Mundial de la Salud permitió una mejora tanto del DSM IV TR como de la CIE – 10 (O.M.S, 1997), e incrementando así su compatibilidad.

El DSM IV TR, lo prepararon psiquiatras médicos, por lo que es atacado por considerar los trastornos psicológicos sobretodo en términos de síntomas de un trastorno fisiológico subyacente. Los críticos señalan que compartimenta a las personas en categorías inflexibles de todo o nada, en lugar de considerar el grado en que la persona manifiesta un trastorno de comportamiento. Por otra parte, los críticos sostienen que categorizar a un individuo como anormal confiere un estigma deshumanizante y permanente; una vez que un paciente catalogado con un trastorno inicial, los otros profesionales de la salud mental pueden pasar por alto otras posibilidades de diagnóstico.

El DSM ha sido cuestionado por psicólogos ya que Rosenhan D. y 8 colegas en 1973, ingresaron a un Hospital Mental en E.E.U.U. afirmando oír voces por lo que estuvieron de 3 a 52 días; a estos investigadores se les diagnosticó esquizofrenia: en remisión (Rosenhan, 1973), lo que significaba que la disminución del comportamiento anormal era temporal y que podía volver en cualquier momento. Lo más grave fue que los miembros del hospital nunca se percataron de esto (no identificaron a ningún seudopaciente como impostores); algunos pacientes reales si lo sospecharon. Este estudio denota que la asignación de categorías a los individuos influye poderosamente en la forma como los profesionales de la salud mental perciben e interpretan las acciones de los individuos. También indica que determinar quien padece de trastorno psicosocial no siempre es un proceso claro y preciso, de ahí que debemos ser cuidadosos con el diagnóstico y no hacerlo sólo basado en el DSM IV TR (citado en Feldman, 2006).

El DSM IV TR, ofrece una evaluación multiaxial, es decir, una evaluación en varios ejes:

- EJE I.- Trastornos clínicos, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental.
- EJE II.- Incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.
- EJE III.- Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto.

- EJE IV.- Se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales.
- EJE V.- Evaluación de la actividad global. Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como predecir la evolución.

Este sistema facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicológicos y ambientales.

El uso del DSM IV TR en la elección del tratamiento recae en establecer un diagnóstico y constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM IV TR. En este sentido, el psicólogo utiliza diversas herramientas por ejemplo, la entrevista, la historia biográfica, la aplicación de una batería de pruebas, etc., así, para el psicólogo, el DSM IV no es una herramienta indispensable, de hecho, muy pocos psicólogos lo utilizan.

Existen diferentes patologías las cuales suelen diagnosticarse de acuerdo al DSM IV TR de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana, 2005), por ejemplo:

- **Criterios para el diagnóstico de retraso mental.**
 - a) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
 - b) Déficits o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
 - c) El inicio es anterior a los 18 años.

Clasificación basada en la gravedad de afectación intelectual:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| - Retraso mental leve | CI entre 50-55 y 70. |
| - Retraso mental moderado | CI entre 35-40 y 50-55 |
| - Retraso mental grave | CI entre 20-25 y 35-40 |
| - Retraso mental profundo | CI inferior a 20-25 |

Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests usuales.

- **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Movimientos Estereotipados.**

- a) Comportamiento motor repetitivo que suele parecer impulsivo y no es funcional.
- b) Interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas suficientemente significativas para requerir tratamiento médico.
- c) Persiste por lo menos durante cuatro semanas.
- d) Los movimientos estereotipados pueden incluir agitar las manos, balancearse, jugar con las manos, golpetear con los dedos, girar objetos, dar cabezazos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear distintas partes del propio cuerpo. A veces el sujeto utiliza un objeto y puede provocar lesiones permanentes e incapacitantes, que pueden hacer peligrar su vida (por ejemplo cabezazos o golpes contundentes que pueden producir cortes, hemorragias, infecciones, desprendimiento de retina y ceguera).
- e) No existe una edad típica de inicio, este puede seguir a un acontecimiento ambiental estresante.
- f) Los movimientos estereotipados suelen ser máximos en la adolescencia, y a partir de ese momento pueden declinar gradualmente. En sujetos con retraso mental pueden persistir durante años.

- **Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante.**

- a) Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos cinco meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 - 1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 - 2) A menudo discute con adultos.
 - 3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 - 4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 - 5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 - 6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 - 7) A menudo es colérico y resentido.
 - 8) A menudo es rencoroso o vengativo.
- b) El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- c) Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

- d) No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Comentarios finales.

Finalmente, cuando hablamos de enfermedad, hablamos de desequilibrio o desadaptación, vemos que el concepto de enfermedad responde a la tríada: 1) factores constituyentes como la genética, 2) factores externos del ambiente como el estrés y la contaminación ambiental y, 3) factores psicológicos y emocionales. Por otra parte, en este mismo capítulo hablamos de la enfermedad mental cuyo concepto a estado desde hace tiempo envuelto en la polémica, pues cada sociedad señala los términos en los que una conducta puede ser considerada normal o anormal. El concepto de enfermedad también depende de la época ya que algunas conductas que anteriormente determinaban si una persona estaba loca, actualmente esas mismas conductas ya no son exclusivas de los locos y viceversa. El concepto de enfermedad mental, también depende de las diferentes sociedades ya que una conducta determinada puede ser aceptada en un país occidental y rechazada o considerada propia de un enfermo mental en un país oriental.

Al realizar una revisión bibliográfica, varios autores coinciden en que las enfermedades mentales van en aumento. Esto se debe a que se realizan investigaciones constantes y se descubren nuevos trastornos mentales los cuales van en incremento debido al desarrollo natural de la humanidad, lo que también este progreso acarrea, es problemas causados por la contaminación, la industrialización, el hacinamiento, el estrés, etc., lo que produce trastornos psicológicos. Todo lo que hacemos, acarrea consecuencias, algunas agradables y algunas catastróficas.

Por otra parte, el término de enfermedad mental ha sido duramente cuestionado e incluso Szasz (1968), creó que dicho término es un mito creado por los psiquiatras con el fin de obtener mayor reconocimiento y estatus. Este autor, al igual que Cooper y Laing cuestionaron la psiquiatría y sus métodos. Por otra parte, en este capítulo se abordan los diversos métodos psicoterapéuticos usados por el psicólogo.

Finalmente, revisando el DSM IV TR y su evolución, podemos observar que en cada revisión, aumentan considerablemente los trastornos psiquiátricos. Actualmente, se diagnostica a más personas como víctimas de trastornos psiquiátricos que nunca antes en la historia.

CAPITULO 4

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL

“El equipo de higiene mental sólo podría estar estructurado de manera democrática”.

Hochmann.

En este capítulo, abordamos el tema del equipo multidisciplinario de salud mental, definiremos a todos los profesionales de la salud de la psique humana y mencionamos las diferentes definiciones del equipo multidisciplinario y puntos de vista de diferentes autores respecto a este tema.

4.1.- Antecedentes.

En cuanto a los grupos multidisciplinarios de salud mental y a los grupos interdisciplinarios, sirva aclarar que los usamos como sinónimos aunque un grupo multidisciplinario es un equipo formado por profesionales de distintas disciplinas o ciencias pero que no necesariamente comparten o interactúan en un fin común; pero un grupo interdisciplinario está compuesto por profesionales de varias disciplinas, que interactúan y comparten conocimientos y trabajan juntos, de los cuales salen enriquecidos todos los integrantes del equipo ya que adquieren conocimientos de los demás. Esto último, es difícil de entender y aceptar por los médicos psiquiatras del Instituto los cuales pareciera que creen que sólo ellos conocen las enfermedades mentales y sus tratamientos.

Jones (1968), propone al psiquiatra como el director del equipo multidisciplinario a pesar del hecho de reconocer que en muchos de los ámbitos que tiene lugar la formación del equipo esté menos calificado que un sociólogo o un psicólogo. Afirma que aprende a dirigir el equipo por una formación pedagógica y que cuando el psiquiatra se siente incómodo ante otros profesionales, se debe más bien a su personalidad individual. A este respecto, yo creo que esta formación pedagógica también la tiene el psicólogo y aventaja al psiquiatra en los demás campos como son: manejo de grupos e interacción con otros profesionales de la salud mental.

La O.M.S. propone al psiquiatra al frente de la “comunidad terapéutica”, que debe de estar apoyado por una serie de colaboradores que le ayuden al “equipo psiquiátrico” que esta compuesto por psiquiatras, psicólogos clínicos, ayudantes técnicos sanitarios, diplomados universitarios de enfermería y enfermería psiquiátrica, los socioterapeutas, los ergoterapeutas, los asistentes sociales, los auxiliares psiquiátricos, los monitores de laborterapia, los técnicos en rehabilitación y en psicomotricidad, los ludoterapeutas, los pedagogos, los logopedas, etc. Estos profesionales de la salud mental, muchas veces trabajan fuera de los hospitales y otras trabajan dentro de los hospitales de salud mental u hospitales de salud.

Materazzi (1991), escribe acerca de la interdisciplina lo siguiente “la interdisciplina es un grupo de profesionales que interaccionan, buscando un espacio de confluencia y un código común para poder operar sobre un individuo, la comunidad o cualquier grupo social. De esta interacción, los profesionales salen enriquecidos de sus respectivos roles”.

La interdisciplinariedad permite abordar la realidad social como una búsqueda continua de diferentes campos de conocimiento y, como consecuencia, genera un ordenamiento de las actividades en la comunidad de acuerdo con las necesidades específicas. De esta manera se supera la tradicional separación de disciplinas, misma que se refleja en la toma de decisiones unilaterales, en la duplicidad de funciones, en la asignación de trabajo en función de personas o especialistas y no de las necesidades de la población, en este caso en salud mental. La práctica de la interdisciplinariedad implica mantener e incrementar el interés de los profesionales en su campo y refuerza la motivación y amplía la posibilidad de intercambios personales más enriquecedores, lo cual permite aprender a trabajar en la materialización de objetivos comunes.

Bleger (1972), afirma que los psicólogos son “agentes del cambio social”, y que el trabajo en grupo es una exigencia básica para el psicólogo.

Jones (1968), considera que la interacción diaria en el servicio comunitario, con otros trabajadores profesionales aumenta inevitablemente la conciencia y la comprensión de las dificultades de cada rol. Además, cada uno aprende a modificar su propio rol con el fin de satisfacer las necesidades de un tratamiento particular en un tiempo dado. A Jones (1968) le parece deseable que el personal profesional debería estar preparado para definir su rol como miembro de un equipo particular, y no por una estrecha identificación con su propio grupo profesional y con el concepto “oficial” de su papel.

Jones (1968), supone que el psiquiatra es inevitablemente el director del equipo a pesar del hecho de que en muchos de los ámbitos en los que tiene lugar la formación de un equipo interdisciplinario esté menos calificado que un asistente social, un sociólogo o un psicólogo.

Hochmann (1971) opina que el equipo de higiene mental solo podría estar estructurado de manera democrática. Cuanto menos jerárquica sea la estructuración del equipo, más flexibles serían sus relaciones entre sus integrantes.

Martín (1998) opina que se deben de crear equipos multidisciplinarios para que en esa interacción de profesionales de diferentes disciplinas, se forme un grupo más efectivo.

Sirva hacer mención que en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, el médico psiquiatra es el director del equipo multidisciplinario de salud mental.

- **Enfoque de equipo multidisciplinario.**

La salud mental es tratada por un equipo que incluye a psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos, asistentes sociales, enfermeros psiquiátricos, personal administrativo y de cuidados, terapeutas ocupacionales y recreativos para los programas de hospitalización, tratamiento ambulatorio o seguimiento (Kaplan y Sadock, 1989).

4.2.- Integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental.

El equipo de salud mental, esta formado por profesionales de distintas disciplinas como son: El médico psiquiátrico, el psicólogo, el enfermero, el trabajador o asistente social y el educador sanitario. Estos profesionales de la salud integran los equipos de salud mental llamados “multidisciplinarios” debido a que están integrados por profesionales de distintas disciplinas.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, el equipo multidisciplinario de salud mental está integrado básicamente por un medico psiquiatra, cuatro residentes médicos llamados R1, R2, R3 y R4 que corresponden a si es su primer año, segundo año, tercer año o cuarto año de residencia; dos enfermeras, dos trabajadoras sociales por tratamiento. Existen 5 tratamientos; un tratamiento destinado a pacientes masculinos, y cuatro tratamientos enfocados al tratamiento de las pacientes femeninas. Los psicólogos tienen un papel secundario, actúan en el área de Terapia Ocupacional la cual se encarga de la rehabilitación del paciente psiquiátrico y entregan un reporte semanal de las observaciones del paciente durante la actividad de la Terapia el cual es una retroalimentación hacia el psiquiatra. El área de Terapia Ocupacional está integrada por una Psicóloga y seis pasantes de Psicología que realizan el servicio social.

4.2.1.- El médico psiquiátrico.

El médico psiquiatra, es parte fundamental del equipo multidisciplinario de salud mental y entre sus responsabilidades están:

- a. El médico directivo, requiere para el cumplimiento de sus objetivos programáticos de la solidaria cooperación de la comunidad.
- b. El médico tratante, o el de acción sanitaria, necesita hacer comprensibles y aplicables a la realidad social del beneficiario, los conceptos de salud e higiene o de cuidado del enfermo, que correspondan al programa o especialidad que profesa. Desde explicar una terapia hasta mover una comunidad para mejorar el medio físico, son funciones educativas que la responsabilidad del médico no puede delegar.

- c. La autoridad técnica, moral y social del médico debe abrir paso y respaldar la acción educativa y la participación en organización de la comunidad de los otros profesionales, técnicos y auxiliares.
- d. Organizar el trabajo de equipo, vitalizarlo distribuyendo participación, responsabilidad y realización planificada.
- e. Supervisar el desarrollo de las actividades de los diferentes técnicos en los trabajos de terreno con este método para analizar, medir, rectificar o profundizar las acciones según la dinámica que adquiera la propia comunidad.

4.2.2.- El psicólogo.

El psicólogo puede intervenir, dentro de un equipo multidisciplinario, mediante la aplicación de pruebas de evaluación psicológica, psicoterapia y orientación a los familiares para que colaboren en el tratamiento del paciente.

El psicólogo es parte fundamental del equipo multidisciplinario de la salud mental y dentro de sus funciones están:

- a) Aplicación de pruebas psicológicas.
- b) Efectúa psicoterapia individual, familiar, de pareja y de grupo.
- c) Se coordina con el trabajador social para hallar un tratamiento integral del paciente.
- d) Efectúa un diagnóstico con base a los resultados de las pruebas psicológicas.
- e) Dirige programas de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.
- f) Aplica diversas clases de psicoterapia.
- g) Realiza entrevistas psicológicas.
- h) Interpreta tanto tests proyectivos, como pruebas psicométricas, de personalidad, de actitudes, de valores, de intereses, etc.

**ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
INSTITUCIONAL.**

ASISTENCIA	DOCENCIA- CAPACITACIÓN	INVESTIGACIÓN
- Psicometría.	Participar en cursos de actualización: diagnóstico, medicamentos.	Diseño y metodología de investigación clínica.
- Diagnóstico.	Impartir cursos de capacitación.	Diseño de programas de tratamiento.
- Tratamiento.	Pláticas en la comunidad.	Investigación aplicada.
- Participación e integración en el equipo interdisciplinario.	Capacitación en el uso de instrumentos de investigación-	Participación en programas de tratamiento.
- Psicoterapia.	Participación en congresos.	Evaluación de programas.
- Interconsulta.		Publicación de resultados.
- Supervisión.		Establecer líneas de investigación.
- Seguimiento del caso.		Evaluación y diagnóstico del servicio.
- Implementar nuevos modelos de atención.		
- Mejorar la calidad y efectividad del servicio.		
- Manejo de técnicas psicosociales.		

Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud.

Revista Mexicana de Psicología, Vol. 8, número 1, 1991. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En la tabla anterior se observan las capacidades, participaciones y obligaciones del Psicólogo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1990, actualmente, este Instituto cambio su nombre por el de Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”.

4.2.3.- El trabajador social.

El asistente o trabajador social es parte central del equipo multidisciplinario y entre sus funciones están:

- a) Agente de cambios.
- b) Miembro integrante de un equipo de profesionales.
- c) Guía.
- d) Orientador.
- e) Ayuda a la gente a que conozca sus propias necesidades y busque sus recursos.
- f) Desempeña el papel de habilitador en el proceso social.

4.2.4.- El enfermero.

La enfermera o enfermero es parte esencial del equipo multidisciplinario de salud mental, sus funciones principales son:

- a. Ayudar a interpretar las necesidades de salud del individuo, del grupo familiar y de la comunidad.
- b. Colaborar en la interpretación de las normas de salud y avances de la medicina frente a la comunidad.
- c. Colaborar en la identificación de los problemas de salud y en su jerarquización.
- d. Planificar la acción de enfermería considerándola como parte integral del plan total.
- e. Dar atención de enfermería al individuo, familia y comunidad, a través de técnicas que le son propias y de la acción educativa individual y de grupo.
- f. Participar con los demás miembros del equipo en promover el crecimiento de la comunidad, el logro de sus aspiraciones y su autosuficiencia.
- g. Evaluar se programa de trabajo y participar en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo.

4.2.5.- El educador sanitario.

El educador sanitario es también un importante integrante del equipo multidisciplinario y entre sus actividades a realizar son:

- a) Contribuye a la interpretación de las necesidades educacionales de una comunidad, sugiriendo la utilización de diversos medios que permiten conocer, que sabe la población sobre salud, cuales son sus necesidades reales y que intereses y creencias orientan su conducta.

- b) Promueve la planificación de actividades educativas como parte de un plan de salud dirigido a la comunidad.
- c) Orienta y dirige campañas destinadas a motivar a la comunidad a la solución de problemas inmediatos.
- d) Coordina las acciones educativas que realizan los diferentes miembros del equipo a través de programas específicos.
- e) Asesora al equipo en la elección y utilización de los medios de comunicación y de acercamiento educativo más adecuados para la comunidad, según su nivel educacional, sus centros de interés, sus creencias y costumbres.
- f) Contribuye a través de técnicas propias al acercamiento del servicio con la comunidad, interpretando ante ésta, sus necesidades de salud y la finalidad de los servicios de salud en relación a ella.
- g) Promueve una mejor coordinación entre servicios de salud y otras instituciones y grupos de la comunidad; muy especialmente con los organismos educacionales a través de las Comisiones Mixtas de Salud y Educación.
- h) Participa en forma conjunta con los miembros del equipo en la evaluación de programas de la comunidad.

Una comunidad de trabajadores de salud mental.

Kaplan y Sadock (1989), menciona a una comunidad de trabajadores de salud mental cuya función en el cuidado y tratamiento de los enfermos mentales se han reconocido de forma más plena y significativa en los últimos años. Esta comunidad está integrada por:

- El clero.- Hoy en día el clero constituido por sacerdotes, pastores, rabinos y ministros son muchas veces el primer apoyo que el público recibe. Actualmente en el plan de estudios de los seminarios se incluyen programas de asesoramiento pastoral y materias de psicología.
- Médicos generalistas.- Los médicos generales de hoy están muy ligados a las enfermedades mentales y a la psiquiatría, contrario a los médicos graduados en años anteriores. A pesar de que los psiquiatras son médicos generalistas con una especialidad en psiquiatría, no existe una buena relación con los médicos generalistas. Existen médicos generales que atienden a los pacientes por depresión, ansiedad, delirios, etc., y otros médicos los envían a una institución psiquiátrica. En este sentido, durante mi servicio social en el INPRF pude darme cuenta que muchos pacientes psiquiátricos antes de llegar al Instituto para su internamiento, ya habían consultado a un médico familiar.
- Maestros y orientadores.- Los maestros de las escuelas desempeñan un papel muy valioso para la detección de problemas mentales, estos pueden detectar desviaciones iniciales en los estudiantes e incluso pueden enviarlos a una valoración psicológica para evaluar su temperamento y su rendimiento escolar. Por otra parte, algunas

escuelas contratan a maestros de orientación especial para ayudar a los niños escolares a definir sus perspectivas profesionales y afrontar los problemas de adaptación que puedan surgir. Los planes de estudio de los estudiantes de pedagogía y las escuelas normales incluyen materias de la psicología del niño.

- Familia de pacientes.-Como la enfermedad mental nace y se alimenta en la familia y como los familiares participan en las relaciones patológicas que han desembocado en el desequilibrio, es esencial contactar con la familia para la prevención, detección, precoz de casos y curación. Las personas afectadas por problemas emocionales y dolorosos recurren con frecuencia a los familiares antes que a nadie. El papel de la familia es básico, ya que el paciente necesita el apoyo y cuidados familiares. Muchas veces se recomienda que la familia acuda a terapia familiar o a pláticas de asesoría de cómo deben de tratar y actuar con sus pacientes; otras ocasiones estas pláticas son para que la familia tome conciencia de que tiene un miembro que es un enfermo mental y por lo tanto debe de apoyarlo y comprenderlo.
- Enfermeras de salud pública.- Las enfermeras son un gran vínculo entre la salud mental y la salud pública ya que conocen y tienen acceso a los pacientes y a sus familias. Están en posición de advertir los síntomas psiquiátricos y de aplicar los primeros cuidados de salud mental.
- Grupos de autoayuda.- Actualmente, las personas con problemas han recurrido unas a otras, auxiliado algunas veces con ayuda externa por psicólogos, y a veces basándose exclusivamente en sus propios recursos. Estos grupos de apoyo reúnen a antiguos pacientes psiquiátricos, que obtienen inspiración y apoyo mutuo. Un ejemplo de estos grupos lo constituyen el grupo de Neuróticos Anónimos.

De este modo, de mil maneras diferentes, la comunidad a aprendido a extender una mano de ayuda a personas aquejadas de diversos problemas. El problema de las enfermedades mentales es tan amplio que sólo una gran movilización de la buena voluntad comunitaria y ayuda personalizada pueden mitigar sus consecuencias. Por muy compleja y completa que sea su formación, los profesionales, encerrados en hospitales y clínicas, no pueden llegar hasta los millones de seres humanos que son incapaces de hacer frente a los numerosos estreses de la vida moderna.

Comentarios finales.

Cuando hablamos de un grupo multidisciplinario de salud mental, nos referimos a un grupo de profesionistas que trabajan e interactúan por un bien común; la salud mental del paciente. El grupo de salud mental, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, está constituido por: Un médico psiquiatra que es el director de equipo multidisciplinario de salud; cuatro residentes de psiquiatría que son R1, R2, R3 y R4; dos enfermeras y dos trabajadoras sociales para cada tratamiento. El psicólogo es considerado como un auxiliar, como alguien externo, su papel es más bien secundario. Los psiquiatras de menos experiencia ven al psicólogo como alguien que practica una pseudo-ciencia, que “cura sólo de palabra”, que desconoce los efectos de los fármacos y el funcionamiento del

sistema nervioso. Por otra parte, algunos psiquiatras ven en el psicólogo a un enemigo, evidentemente que esta actitud hacia el psicólogo clínico evita que el concepto de grupo multidisciplinario de salud mental sea llevado a la práctica.

Es importante reconocer el cúmulo de conceptos que se han generado en la práctica clínica de la psicología, que dan cuenta de los conocimientos, habilidades y actitudes que forman parte de las competencias profesionales de los psicólogos; a su vez enriquecen la aproximación a la salud mental incorporando nuevos espacios de trabajo como son: cuestiones de género, indigenistas, ambientalistas, de globalización, etc. lo cual incidirá el desarrollo del psicólogo un reconocimiento y un rol más significativo en sus funciones profesionales en el equipo de salud mental.

CAPITULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

No esperes resultados diferentes, si siempre haces las mismas cosas.

Bill Clinton.

Introducción.

El psicólogo es un profesionalista que junto con los médicos psiquiatras, los trabajadores sociales, las enfermeras y los cuidadores de los pacientes, integran el equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”. En este taller se presenta al psicólogo, sus áreas de ocupación, sus tratamientos empleados para ayudar a los pacientes, sus habilidades, conocimientos y experiencia. Por otra parte, se desarrollan los temas de salud y enfermedad mental y el tema del equipo multidisciplinario con el fin de que todos los participantes tengan una mejor perspectiva del psicólogo y su rol dentro del equipo multidisciplinario.

Taller para sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental.

En esta propuesta de intervención, proponemos la realización de un “Taller para sensibilizar a los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz”, acerca de los conocimientos y habilidades que posee el psicólogo clínico y de lo enriquecedor que resulta la incorporación de éste al equipo multidisciplinario.

En este taller, se presentaran y desarrollarán los siguientes temas: En la sesión uno, se presenta la introducción al taller y la bienvenida; en la sesión dos, se presenta el tema de la salud; en la sesión tres, se presenta el tema de la enfermedad; en la sesión cuatro, se desarrolla el tema de la salud mental; en la sesión cinco, se toca el tema de la enfermedad mental; en la sesión seis, se desarrolla el tema del psicólogo y sus diferentes áreas; en la sesión siete, presentamos al psicólogo y sus diferentes campos de aplicación; en la sesión ocho, se desarrolla el tema del psicólogo y sus diferentes tratamientos; en la sesión nueve, se desarrolla el tema del equipo multidisciplinario de salud mental; y por último, en la sesión diez, se presentan las conclusiones finales y el cierre del taller.

Justificación del taller.

Los integrantes de un grupo multidisciplinario de salud mental compuesto por profesionistas como son: médicos psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y cuidadores, sobre todo los médicos psiquiatras, no conocen a fondo las características y capacidades que posee un psicólogo clínico y por lo tanto es subvaluado y no se le toma en

cuenta su punto de vista o no se valoran sus opiniones y no se acepta que es un profesionalista “especializado” en salud mental. Los médicos psiquiatras son básicamente médicos generales con especialidad en psiquiatría y su enfoque de las enfermedades mentales, es básicamente orgánico y su tratamiento recomendado, es farmacológico dejando a segundo plano la cuestión emocional del paciente; los enfermeros son profesionistas que no se especializan en la psique humana o no reciben especialización para tratar a enfermos mentales sino que se enfocan en toda clase de pacientes; los trabajadores sociales, al igual que los profesionistas anteriormente descritos, tampoco se especializan en trabajar solamente con enfermos mentales, así, solamente los psicólogos clínicos se especializan en trabajar con la psique humana, con sus emociones y con sus sentimientos, en fin, se especializan en enfermedades de la psique, en enfermedades mentales y en como ayudar a las personas en cuestiones mentales o emocionales.

Planteamiento del problema.

Existe una gran discrepancia entre lo que dicen los libros acerca de cómo debe de estar integrado un equipo multidisciplinario de salud mental y en cómo trabaja el Instituto Nacional de Psiquiatría. En este Instituto el papel del psicólogo es más bien secundario, el médico psiquiatra es el director del equipo multidisciplinario de salud mental y opina erróneamente acerca del psicólogo probablemente por desconocimiento. Sirva aclarar que estos datos devienen de mi experiencia en este Instituto durante la realización de mi servicio social.

Objetivo general.

El objetivo general de esta propuesta de intervención es realizar un taller para difundir, y analizar las capacidades, habilidades y conocimientos del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud mental del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Objetivos particulares.

En cuanto a los objetivos particulares, mencionamos:

- a) Presentar al psicólogo, sus áreas de conocimiento, sus tratamientos utilizados para ayudar a los pacientes, sus habilidades y conocimientos, etc.
- b) Sensibilizar al equipo multidisciplinario de salud mental respecto al rol del psicólogo.
- c) Desarrollar el tema de salud y enfermedad mental.

Hacia quién va dirigido.

El taller va dirigido a todos los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental como son: médicos psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y cuidadores de los pacientes internos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Metodología.

Para llevar a cabo la realización del taller, se solicita al Instituto proporcione un espacio para la presentación del taller, así como los recursos económicos y materiales a utilizar, además de publicar la convocatoria para asistir al taller. Sirva aclarar que aunque es entrada libre para todo el personal del Instituto, la entrada dependerá del espacio para presentar el taller. Básicamente, el taller dura dos horas por sesión, al inicio del taller, se presenta un cuestionario a todos los asistentes con el fin de obtener los conocimientos iniciales de los participantes sobre el perfil profesional del psicólogo y sus campos de aplicación; dicho cuestionario también se aplicará al final del taller para medir los resultados obtenidos durante dicho taller. En cada sesión, primero se presenta el tema a los asistentes, después se les pregunta acerca del tema siguiendo el método de la “tormenta de ideas”, enseguida el presentador desarrolla el tema y por último, aclara las dudas y se sacan conclusiones del tema. Finalmente, se les pide a los participantes que estudien e investiguen el tema que se presentará en la siguiente sesión.

Por otra parte, se busca por medio del taller mostrar el papel del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud mental, sus capacidades, habilidades y conocimientos.

Sesiones.

Se propone impartir este taller en diez sesiones de dos horas cada una haciendo un total de veinte horas. Las sesiones se presentan una vez a la semana con el fin de que los participantes investiguen los temas a presentarse en la próxima sesión.

Recursos económicos y materiales.

- Computadora.
- Proyector.
- Hojas blancas.
- Lápices.
- Fotocopias.
- Gafetes.
- Reconocimientos o diplomas.
- Letrero de bienvenida.
- Alimentos y bebidas.

Contenidos.

El contenido del taller se presenta en el siguiente cuadro:

SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES/DINÁMICA.
1	Introducción y bienvenida.	Presentación del taller y presentación de cada uno de los participantes con el fin de que se conozcan.	Se forma un círculo con todos los participantes, y el presentador del taller se presenta ante todos, presenta el tema y pide que todos los asistentes se presenten ante los demás.
2	Salud	Definir el concepto de salud en conjunto con todos los participantes.	Se forman equipos de cinco integrantes los cuales por medio de una lluvia de ideas forman una definición.
3	Enfermedad	Definición del concepto de enfermedad.	Se forman equipos de trabajo y todos los integrantes participan en la construcción del concepto de enfermedad.
4	Salud mental	Se busca definir el concepto de salud mental que incluya el punto de vista de todos los participantes.	En la conformación de equipos de trabajo, por medio de la lluvia de ideas se conforma un concepto de salud mental.
5	Enfermedad mental	El término de enfermedad mental ha sido cuestionado ampliamente en distintos ámbitos y culturas, en este caso, se busca presentar diversos puntos de vista y formar un concepto más abarcador.	Se forman grupos de participantes y por medio de la lluvia de ideas se busca formar un concepto que incluya diversas opiniones respecto al tema.
6	El psicólogo (áreas).	Se pretende presentar al psicólogo y mencionar las distintas áreas de trabajo (clínica, social, del trabajo, etc.).	En equipos de trabajo y mediante la lluvia de ideas se busca definir al psicólogo y mencionar sus áreas de acción.
7	El psicólogo (campo de aplicación).	El objetivo es presentar al psicólogo y mencionar su campo de acción como es: El psicólogo del deporte, de la música, de las masas, etc.	Se presenta al psicólogo y sus diferentes campos de aplicación, se agrupan a los participantes en equipos de trabajo y por medio de la lluvia de ideas se pide formen un concepto del psicólogo grupal. Finalmente, se forma un concepto con los puntos de vista de todos los participantes.
8	El psicólogo (formas de tratamiento).	Se busca mencionar todas las formas de tratamiento que utiliza el psicólogo para ayudar a los pacientes.	El presentador del taller desarrolla el tema y pregunta a los equipos de trabajo sus opiniones con el fin de discutir los diversos puntos de vista y sacar conclusiones del tema.
9	El equipo multidisciplinario de salud mental.	Presentar a todos los integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental.	Se forman grupos de trabajo para discutir el tema del equipo multidisciplinario de salud mental y el presentador expone el tema y al final se define el concepto que incluye todos los puntos de vista de los asistentes.
10	Conclusiones y cierre.	Sacar conclusiones, aclarar dudas y clausura del taller.	Se aclaran todas las dudas surgidas durante el taller y se sacan conclusiones finales. El presentador aplica el cuestionario del anexo 1 para que los participantes comparen sus respuestas y evalúen el taller. Se entregan reconocimientos de participación. Se organiza un convivio para todos los participantes y el presentador clausura el taller.

Escenario.

La realización de este taller será en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el centro de enseñanza de este Instituto.

Bibliografía.

- GARCÍA, J. (2003). Psiquiatría Comunitaria. El papel del Psicólogo en la prevención de Enfermedades Mentales. Tesis, UNAM , México.

CONTENIDO

SESIÓN 1

TEMA: INTRODUCCIÓN Y BIENVENIDA

OBJETIVO ESPECÍFICO: Presentación del taller y de todos los participantes con el fin de que se conozcan.

1.- Recepción.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les proporcionará a los participantes un gafete con su nombre.
- 2) Se elaborará una lista de asistencia.
- 3) Se les dará la bienvenida a los participantes.
- 4) Los asistentes contestarán un cuestionario, para ver que tanto conocen acerca de los temas que se impartirán en el taller. (Anexo 1).

Material :

- 1) Letrero de bienvenida.
- 2) Gafetes.
- 3) Lápices.
- 4) Hojas blancas.
- 5) Computadora.
- 6) Proyector de video.
- 7) Fotocopias.

Tiempo : 35 minutos.

2.- Dinámica.

Actividades. Se realizará la siguiente actividad.

- 1) El presentador del taller explicará la dinámica grupal.
- 2) Los participantes formarán un círculo y se presentarán ante sus compañeros con el fin de que se conozcan.
- 3) Se forman equipos de trabajo de 5 integrantes.
- 4) En cada equipo, se abordará un trastorno diferente por lo que los integrantes acordarán quién protagonizará el papel del paciente, quien actuará como el médico psiquiatra, quién como el psicólogo, alguien más como el trabajador social y finalmente quién representará al enfermero. Se aclara que el papel representado deberá ser distinto al real, es decir, un psicólogo no podrá encarnar a un psicólogo.
- 5) Cada equipo tendrá un tiempo de 5 minutos para actuar para los demás su papel.
- 6) Dudas y comentarios.

Tiempo: 55 minutos.

3.- Presentación.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Presentación del coordinador del taller.
- 2) Presentación del contenido y objetivo del taller.
- 3) Horario del taller.

Material :

- 1) Computadora.
- 2) Proyector de video.

Tiempo : 10 minutos.

4.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) El presentador del taller pedirá a los participantes que investiguen el tema de la salud, tema que se desarrollará en la siguiente sesión.
- 2) Despedida de los participantes.

Tiempo : 25 minutos.

SESIÓN 2

TEMA: SALUD.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Definir el concepto de salud en conjunto con todos los participantes.

1.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición de salud mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se formará una definición con base a todos los puntos de vista de los participantes obtenidos mediante la lluvia de ideas.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema de salud.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 80 minutos.

2.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca de la enfermedad, tema que se tratará en la próxima sesión.
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 35 minutos.

SESIÓN 3

TEMA: ENFERMEDAD

OBJETIVO ESPECÍFICO: Definición del concepto de enfermedad.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema visto en la anterior sesión.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición de enfermedad mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se formará una definición en base a todos los puntos de vista de los participantes obtenidos mediante la lluvia de ideas.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema de enfermedad.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 60 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca de la salud mental, tema que se desarrollará en la siguiente sesión.
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: SALUD MENTAL.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Se busca definir el concepto de salud mental que incluya el punto de vista de todos los participantes.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema antes visto.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición de salud mental mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se discutirá una definición que aglomere todos los puntos de vista de los participantes al taller.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema de salud mental, explicando las habilidades y capacidades de todos sus integrantes.
- 4) Se definirá el término salud mental entre todos los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 70 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Aclaración de dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca de la enfermedad mental, tema que se desarrollará en la siguiente sesión..
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: ENFERMEDAD MENTAL.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Se busca presentar diversos puntos de vista y formar un concepto más abarcador de la enfermedad mental.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema anterior.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su enfermedad mental mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se formará una definición en base a todos los puntos de vista de los participantes obtenidos mediante la lluvia de ideas.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema de enfermedad mental.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 55 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca del concepto del psicólogo y las áreas de trabajo, tema que se tratará en la próxima sesión.
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: EL PSICÓLOGO (ÁREAS).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Se pretende presentar al psicólogo y mencionar las distintas áreas de trabajo (clínica, social, del trabajo, etc.).

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema anterior.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición del psicólogo y si conocen sus diferentes áreas de trabajo mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se formará una definición con base en todos los puntos de vista de los participantes obtenidos mediante la lluvia de ideas.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema del psicólogo explicando las diferentes áreas de trabajo de éste.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 55 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca del psicólogo y sus diferentes campos de aplicación, tema que se tratará en la próxima sesión.
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: EL PSICÓLOGO (CAMPO DE APLICACIÓN).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Explicar a los participantes las diferentes definiciones del psicólogo así como del campo de acción como es: el psicólogo del deporte, de la música, de las masas, etc.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema visto en la anterior sesión.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición del psicólogo y sus diferentes campos de aplicación mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se formará una definición en base a todos los puntos de vista de los participantes obtenidos mediante la lluvia de ideas.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema del psicólogo y explicará los distintos campos de aplicación.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 60 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Aclaración de dudas y comentarios.
- 3) Conclusiones.
- 4) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca del psicólogo y sus formas de tratamiento para ayudar a los pacientes, tema que se desarrollará en la siguiente sesión..
- 5) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: EL PSICÓLOGO (FORMAS DE TRATAMIENTO).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Explicar a los participantes al taller las formas de tratamiento que utiliza el psicólogo para ayudar a los pacientes.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema antes visto.

Tiempo : 30 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades . Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición del psicólogo y que mencionen las formas de tratamiento que conocen que este profesional utiliza mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se discutirá una definición que aglomere todos los puntos de vista de los participantes al taller.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema del psicólogo y mencionará las diversas formas de tratamiento utilizadas para ayudar a los pacientes.
- 4) Se explicará el término multidisciplinario e interdisciplinario.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 70 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Conclusiones.
- 3) El presentador pedirá a los participantes que investiguen acerca del equipo multidisciplinario de salud mental, tema que se desarrollará en la siguiente sesión..

4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 25 minutos.

TEMA: EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Explicar a los participantes que es un equipo multidisciplinario de salud mental, explicando las funciones y capacidades de cada uno de sus integrantes.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema antes visto.

Tiempo: 25 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará a los participantes su definición del equipo multidisciplinario de salud mental mediante el método de lluvia de ideas.
- 2) Se discutirá una definición que aglomere todos los puntos de vista de los participantes al taller.
- 3) El presentador del taller presentará y desarrollará el tema de el perfil profesional del psicólogo, sus habilidades, capacidades y conocimientos, así, como los diferentes psicólogos (educativos, experimentales, sociales y del trabajo).

Material:

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo: 50 minutos.

3.- Fin de sesión.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Dudas y comentarios.
- 2) Aclaración de dudas y comentarios.
- 3) Conclusiones.
- 4) Despedida de los participantes.

Material :

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Computadora.
- 4) Proyector de video.

Tiempo : 35 minutos.

TEMA: CONCLUSIONES Y CIERRE.

OBJETIVO ESPECÍFICO: El objetivo de esta última sesión es sacar conclusiones y clausurar el taller.

1.- Recordatorio del tema anterior.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se les preguntará al azar a tres participantes acerca del tema de la sesión anterior.
- 2) Se aclararán dudas que pudiera haber respecto al tema antes visto.

Tiempo: 25 minutos.

2.- Presentación y desarrollo del tema.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se pide a los participantes que formen un círculo.
- 2) Se desarrolla una dinámica de preguntas y respuestas entre los participantes y el presentador del taller con el fin de aclarar posibles dudas respecto al contenido del taller.
- 3) Se proporciona el cuestionario del anexo 1 con el fin de que los participantes lo contesten y comparen sus respuestas a manera de evaluación del taller, esperando que se halla cambiado la perspectiva de los participantes respecto al rol del psicólogo.
- 4) Comentarios de los participantes acerca de si se alcanzó el objetivo del taller.

Material:

- 1) Hojas blancas.
- 2) Lápices.
- 3) Fotocopias.

Tiempo: 60 minutos.

3.- Convivencia y entrega de reconocimientos.

Actividades: Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) Se realizará una convivencia final con todos los participantes.
- 2) Se hará entrega de reconocimientos o diplomas a todos los participantes.

Material:

- 1) Reconocimientos o diplomas.
- 2) Alimentos y bebidas para la convivencia.

Tiempo : 40 minutos.

4.- Retroalimentación.

Actividades. Se realizarán las siguientes actividades:

- 1) El coordinador dará retroalimentación a los participantes.
- 2) Se motivará a los participantes a que expresen su experiencia del taller.
- 3) El coordinador dirá unas palabras finales para despedir a los participantes y agradecerles su asistencia al taller.
- 4) Se les entregará material fotocopiado acerca de los temas presentados en el taller a todos los asistentes al mismo.

Material :

- 1) Fotocopias acerca de los temas presentados en el taller.

Tiempo : 20 minutos.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PROPUESTA

El psicólogo es un profesionalista especialista en procurar la salud mental y emocional de los individuos, posee capacidades, habilidades y conocimientos que otros integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental también deberían tener, pero que desafortunadamente no lo tienen. De los integrantes de dicho equipo, el psicólogo es el especialista en los trastornos subjetivos, emocionales y afectivos de las personas, y en los médicos psiquiatras predomina su esencia médica, los enfermeros no son especializados en pacientes con enfermedades de la mente, y los trabajadores sociales tampoco se especializan en la mente y sus trastornos, ya que estos profesionistas trabajan con toda la sociedad y no sólo con individuos con trastornos psicológicos.

El presente trabajo propone al psicólogo como parte fundamental del equipo multidisciplinario de salud mental y presenta un taller dirigido a todo el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” con el fin de sensibilizar a todos los asistentes al taller sobre las capacidades, habilidades y conocimientos del psicólogo con el objetivo de cambiar su perspectiva e imagen que tienen de él. Muchas veces, se opina de algo o alguien erróneamente por desconocimiento. Este trabajo busca que se acepte y se aproveche al psicólogo en una participación más significativa, ya que su incorporación enriquece al grupo interdisciplinario.

Al revisar la bibliografía y sacar la información para la realización de este trabajo, pude darme cuenta de que en otros institutos de salud mental, de hospitales generales, clínicas privadas, hospitales psiquiátricos, etc., sí se sigue o se trabaja como dictan los libros, acerca del equipo multidisciplinario. Este trabajo se limita a mostrar cómo trabaja y cómo está integrado el equipo multidisciplinario del INP “Ramón de la Fuente Muñiz”, con el objetivo de sensibilizar a los integrantes del equipo de salud y esperando que las autoridades de dicho Instituto cambien su perspectiva del psicólogo y se le valore y aproveche en beneficio de la sociedad en lo general y de los enfermos mentales en lo particular.

Finalmente, se busca que esta información la conozcan muchas más instituciones de salud mental, ya que durante mi investigación pude darme cuenta que la postura del INP respecto al psicólogo, lamentablemente no es la excepción. En muchos hospitales e incluso la población en general, tiene una opinión errónea acerca del psicólogo. Espero que esta información llegue a la sociedad misma para poder modificar la imagen equivocada acerca del psicólogo, por desconocimiento de todas las posibilidades en el ejercicio profesional del psicólogo.

CONCLUSIONES GENERALES.

En este trabajo, expongo la importancia del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario de salud mental, planteo que el psicólogo tiene múltiples habilidades para tratar al paciente psiquiátrico y que los psiquiatras del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” contrario a aprender de él y aprovechar sus conocimientos, da la impresión de que lo ven como a alguien que no está lo suficientemente preparado en el tratamiento de los internos psiquiátricos. Mi meta al desarrollar este trabajo de tesis es intentar cambiar su perspectiva respecto a los psicólogos por lo que presento una propuesta de un Taller donde se describen las habilidades, conocimientos y experiencias, ya que muchas veces tenemos una opinión errónea de algo o alguien por desconocimiento.

Sirva aclarar que el gremio de los médicos da la impresión de que tienen una personalidad muy estructurada, les gusta hacer lo correcto y no dan pie a desviaciones de lo establecido. En este sentido, en mi experiencia durante la realización del servicio social en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, observé la importancia del factor emocional para el mejoramiento de la sintomatología de los internos psiquiátricos. Así, observé muchos pacientes los cuales no respondían positivamente a los fármacos y que cuando recibían la visita de sus familiares, sobre todo si estos familiares significaban mucho en su vida, los resultados de los fármacos comenzaban a ser evidentes; cabe aclarar que estos cambios parecían no importarles a los psiquiatras ya que argumentaban que esto solo se debía a que en algunos organismos tarda más tiempo en reflejarse los efectos de los medicamentos, pasando por alto el factor de las emociones de los internos psiquiátricos. Existen ejemplos de la importancia del aspecto motivacional en la cura de enfermedades biológicas y enfermedades mentales. El Dr. Patch Adams le dio un sentido más humano a la labor del médico, así, llegó a utilizar la risa como medio terapéutico y motivacional llegando incluso a vestirse de payaso. El Dr. Adams fue cuestionado por sus colegas ampliamente a pesar de que los resultados evidenciaban lo exitoso de su método. En el cine mexicano, el actor Mario Moreno “Cantinflas” personificó a un doctor el cual aplicaba una técnica similar a la del Dr. Adams y al igual que el, también fue cuestionado por sus colegas.

Al realizar una revisión de la bibliografía, podemos darnos cuenta de que existe una rivalidad entre la psiquiatría y la psicología. Los libros con un enfoque psiquiátrico, dejan mal posicionada a la psicología y al evaluarla no sale bien librada; a su vez, la bibliografía escrita por psicólogos, también descalifica en ocasiones al enfoque psiquiátrico. Esto se observa claramente en los libros anteriores, la literatura más reciente, afortunadamente, muestra que tanto la psiquiatría como la psicología no deben estar separadas, que ambas corrientes buscan el mismo objetivo (procurar la salud mental del hombre), que no se contraponen y que pueden trabajar dentro de un grupo multidisciplinario de salud mental, el cual se enriquece con los conocimientos, experiencia y habilidades de todos los profesionistas en la salud, los cuales hacen mejor al equipo.

Durante la revisión de la bibliografía, pude darme cuenta que en los libros con un enfoque psiquiátrico, cuando se hace una evaluación a la psicoterapia se observa que se menosprecia a la psicología y la recomiendan sólo para muy pocos trastornos mentales,

aunque aceptan que la combinación de los fármacos y la psicoterapia obtiene mejores resultados que la farmacología por sí sola. En el caso de los libros con un enfoque psicológico, podemos observar que según su punto de vista, la psicoterapia es efectiva para el tratamiento de cualquier trastorno mental; sin embargo, es evidente que no se puede negar que para algunos trastornos mentales, el tratamiento farmacológico es recomendable para estabilizar o enfrentar a un paciente en crisis o cuando es requerido para ciertos funcionamientos de tipo neurológico. Ésto no significa que no se pueda enfrentar una crisis de un paciente con métodos psicológicos, sino que los psicólogos no menosprecian a los psiquiatras en la misma medida en que éstos lo hacen.

Afortunadamente, los libros más recientes tanto de psiquiatría como de psicología han cambiado un poco sus contenidos. Así, podemos ver que los laboratorios que fabrican los fármacos contra la esquizofrenia, ya incluyen algunas recomendaciones psicológicas para evitar episodios de la enfermedad o para enfrentar los efectos de ésta una vez que se presentan. Además, los libros de psiquiatría ya incluyen aspectos psicológicos y los libros de psicología, ya incluyen aspectos de psiquiatría e incluso, se incluyen la lista de fármacos utilizados para tratar los trastornos como la depresión grave, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, etc.

Por otra parte, esta investigación arroja datos interesantes mostrando que lamentablemente muy pocos profesionales de la salud mental se preocupan por seguirse preparando por medio del estudio de otras disciplinas distintas a la suya, pero es importante aclarar, que cada vez son más los profesionales que, siendo psiquiatras estudian diplomados o cursos relacionados con la psicología y cada vez más, muchos psicólogos se interesan por conocer más acerca de otras profesiones dedicadas a trabajar en pro de la salud mental.

Finalmente, en este trabajo de tesis, se busca contribuir en la generación de una idea más abarcadora de las funciones y roles que desempeña el psicólogo, así como presentar las habilidades, conocimientos y experiencia del psicólogo en el campo de la salud y el beneficio que trae al grupo multidisciplinario ya que lo beneficia con todo su bagaje y enriquece a todos sus integrantes y a la contundencia y eficacia de los equipos de salud mental, con el beneficio social y disciplinario que ello conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AMADO ,G. (1985). Fundamentos de la Psicopatología. Locura, Enfermedad Mental y Psiquiatría, según una Ontología Psicoanalítica. Ed. Gedisa. Buenos Aires.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA .(2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM IV TR). Ed. Masson. Barcelona.

BAUMANN URS Y PERREZ MEINRAD. (1994). Manual de Psicología Clínica. Ed. Herder. Barcelona.

BLEGER, J. (1972). Psicohigiene y Psicología Institucional. Ed. Paidós, Buenos Aires.

BREUER , J., FREUD S. (1985). Estudios Sobre la Histeria. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

CONSEJO NACIONAL PARA LA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA (1987). Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México. México.

CURIEL, B. J. L. (1962). El Psicólogo: Vocación y Formación Universitaria. Ed. Porrúa, México.

DE LA FUENTE, R., MEDINA, M., CARAVEO ,J. (1997). Salud Mental en México. Fondo de Cultura Económica ,México.

DOMÍNGUEZ TREJO, B., OLVERA LÓPEZ, Y. (2005). Dolor y Sufrimiento Humano: Técnicas no Invasivas Psicológicas para el Manejo del Dolor Crónico. Trillas, México.

EGUILUZ, L. (2001). La Teoría Sistémica. Alternativa para Investigar el Sistema Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma de Tlaxcala, México.

FELDMAN, R.S. (2006). Psicología con Aplicaciones en Países de Habla Hispana. Mc Graw Hill, México.

FERNÁNDEZ, L. (1994). Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. Siglo XXI. México.

GARCÍA, J. (2003). Psiquiatría Comunitaria. El papel del Psicólogo en la prevención de Enfermedades Mentales. Tesis, UNAM , México.

HOCHMANN, J. (1971). Hacia una Psiquiatría Comunitaria : Tesis para una Psiquiatría de los Conjuntos. Amorrortu, Buenos Aires.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2006). Salud Mental, Vol. 29, No.1, México.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2006). Salud Mental, Vol. 29, No.4, México.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2006). Salud Mental, Vol. 29, No.5, México.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2006). Salud Mental, Vol. 29, No.6, México.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2007). Salud Mental, Vol. 30, No. 2, México.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, (2007). Información clínica : Cambios en la función cerebral generados por la psicoterapia. Vol. 18, Num.3. Trípico. INPRF. México.

JONES, M. (1968). La psiquiatría Social en la Práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica. Americalee, Buenos Aires. pp. 161-169.

KAPLAN, H. (1988). Compendio de Psiquiatría, Salvat Editores, Barcelona.

KAPLAN, H., SADOCK, B. (1989). Tratado de Psiquiatría, Salvat Editores, Barcelona.

MARTÍN, A. (1998). Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones. Ed. Síntesis Psicológica, España.

MATERAZZI, A. (1991). Salud Mental: Una propuesta de Prevención Permanente. Paidós, Buenos Aires. pp.13-43.

O. M. S. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD), (1994). C I E – 10 :Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª. Edición, Ed. Meditor, Madrid.

PORTER , R. (2003). Breve Historia de la Locura. Fondo de Cultura Económica, México.

QUINTERO, N. (2007). Taller de Autoestima para Mujeres que sufren Violencia Intrafamiliar. Tesina, UNAM, México.

REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA ,(1991). El Hospital Mental como Instrumento Terapéutico: El Rol del Psicólogo en la Práctica Clínica Institucional. Vol. 8, Num. 1 y 2, México.

REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA, (1992). La Relación con el Padre como Factor de Riesgo Psicológico en México . Vol.9, Num. 1, México.

REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA ,(1992). Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes :Análisis Etiológico de Predictores en la Crianza y la Interacción Familiar. Vol. 9, Num. 2, México.

REVISTA DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y PERSONALIDAD, (1995). Relaciones Familiares en la Niñez, Conflicto Conyugal y Laboral, y Problemas de Salud Mental entre Inmigrantes Mexicanos . Vol. XI, 2 , México.

ROGERS, C., (1980). El Poder de la Persona. El Manual Moderno, México.

SALAMA, H. Y VILLARREAL, R. (1992). El Enfoque Gestal. Una Psicoterapia Humanista. El Manual Moderno; México.

SAN MARTÍN, H. (1982). Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 4ª. México. pp. 7-8.

SÁNCHEZ SOSA, J.J. (1995). La Psicología Aplicada en México. UNAM; México.

SÁNCHEZ SOSA, J.J., RAMÍREZ C.C., DÍAZ GONZALEZ E. (1996). Aplicación del Conocimiento Psicológico. UNAM; México.

SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA, (2002). Código Ético del Psicólogo. Trillas, México.

SÓFOCLES, (2006). Tragedias : Ajax. Editores Unidos Mexicanos. México.

SZASZ, T. (1968). El mito de la Enfermedad Mental. Amorrortu, Buenos Aires. pp. 54-55.

SZASZ, T. (1974). La fabricación de la locura: Estudio comparativo de la Inquisición y el Movimiento en Defensa de la Salud Mental. Kairos, Barcelona.

SZASZ, T. (1979). Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría. Premia, México.

SZASZ, T. (1986). El mito de la psicoterapia. Premia, México.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO.

El perfil profesional del psicólogo y sus campos de aplicación: el equipo multidisciplinario de salud mental.

INSTRUCCIONES. Por favor conteste brevemente las siguientes preguntas de la forma más brevemente posible. Es importante que conteste con la mayor veracidad y considere que sus respuestas se mantendrán en el anonimato.

1.- Que espera obtener al asistir a este taller.

2.- Defina el término “salud”.

3.- Defina el término “enfermedad”.

4.- ¿Qué entiende por “salud mental”?

5.- ¿Qué entiende por “enfermedad mental”?

6.- ¿Que es un “equipo multidisciplinario”?

7.-¿Qué significa un “equipo multidisciplinario de salud mental”?

8.- ¿Qué hace un psicólogo clínico?

9.- ¿Qué hace un médico psiquiatra?

10.- ¿Qué hace un trabajador social en un equipo multidisciplinario de salud mental?

11.- ¿Qué hace un enfermero como parte de un equipo multidisciplinario de salud mental?

Muchas gracias por su colaboración.