

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



" PSICOLOGIA CLINICA
EN
INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS "

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
JULIO ORNELAS DONATO



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

C A P I T U L O

P A G I N A

I.- INTRODUCCIÓN.	1
ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA -- PSICOPATOLOGICA EN MÉXICO.	5
RELACIONES DEL ENFERMO MENTAL CON LA FAMILIA Y CON LA SOCIEDAD.	14
EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEGISLACIÓN MEXICANA.	31
II.- EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVA REZ" Y SU FUNCIÓN EN LA COMUNIDAD.	48
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES-- SEGÚN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.	51
MORBILIDAD DEL HOSP. PSIQ. "FRAY B. ALVAREZ".	57
III.- HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.	60
LA TRADICIÓN DINÁMICA DE LA PSICOLOGÍA.	66
EL PSICÓLOGO Y LA CLÍNICA PSICOLÓGICA.	71
LA TRADICIÓN PSICOMETRICA.	73
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.	78
LAS FUNCIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.	81
PSICOTERAPIA.	84
NUEVAS ORIENTACIONES: CIENCIA Y PROFESIÓN.	93
LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.	95
CONDUCTA ANORMAL.	104
LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS NUEVAS ALTER- NATIVAS.	112
EVALUACIÓN DEL MODELO DE DIAGNÓSTICO.	117
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN.	134
DIAGNOSTICADOR O TERAPIUTA.	140

IV.- LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO.	150
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLINICA (UNAM).	156
ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA CLINICA (UNAM).	157
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA Y <u>PSICO</u>	
<u>TERAPIA</u>	161
FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.	164
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA APLICADA EN CLÍNICA..	169
CONSISTENCIA EN EL PSICÓLOGO CLÍNICO.	172
V.- EL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO.	180
CUESTIONARIO APLICADO.	181
DATOS OBTENIDOS.	182
ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS.	185
CONSIDERACIONES A LAS BATERIAS UTILIZADAS EN-	
LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS.	186
CREACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE <u>PSICO</u>	
<u>LOGIA CLINICA</u>	194
VI.- PSICOTERAPIA: PACIENTES CON PSICOSIS TOXICA POR	
FARMACODPENDENCIA.	205
INTRODUCCIÓN.	206
SUJETOS.	208
DESARROLLO.	220
RESULTADOS.	222
VII.- SUMARIO.	229
CONCLUSIONES	234
BIBLIOGRAFIA.	239

I N T R O D U C C I O N .

EL PRESENTE TRABAJO TIENE COMO OBJETIVO PRINCIPAL EL ANALIZAR LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLA EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LAS INSTITUCIONES Y SU SITUACIÓN ACTUAL COMO PROFESIONISTA EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS OFICIALES DEPENDIENTES DE LA S.S.A.

PARA EL EFECTO, SE ELABORA UNA REVISIÓN HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE LA CONDUCTA ANORMAL, CENTRANDO EL INTERÉS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL ENFERMO MENTAL CON RESPECTO A OTRO TIPO DE ENFERMEDADES.

ADEMÁS SE SEÑALAN LOS ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA ANORMAL EN MÉXICO, DESDE LOS AZTECAS HASTA LA ACTUALIDAD, TOMANDO EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DE LOS DEPARTAMENTOS Y SECRETARÍAS GUBERNAMENTALES SOBRE LAS QUE HA DESCANSADO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DEL ENFERMO MENTAL, LO MISMO QUE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS A NIVEL ASISTENCIAL ASÍ COMO DE LAS INSTALACIONES ESPECÍFICAS.

ES IMPORTANTE SEÑALAR EN ESTE TRABAJO LA ETAPA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN BASE A SU SITUACIÓN CRÓNICA O AGUDA, ORIGINANDO LA CREACIÓN DE HOSPITALES-GRANJAS, Y LA INFLUENCIA DE DICHS CENTROS EN LA COMUNIDAD Y EN EL ENFERMO MENTAL, POR LO QUE SE SEÑALAN LAS RELACIONES

CIONES DETERMINANTES QUE SE CREAN CON RESPECTO A LA FAMILIA, A LA SOCIEDAD Y ANTE LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

EN LA NUEVA ETAPA Y ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN NUESTRA SOCIEDAD, SE TOMA COMO MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN CON CONDUCTA ANORMAL, MORBILIDAD, ASÍ COMO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO AL "HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, POR SER EL RESULTADO DE LA ETAPA DE ACTUALIZACIÓN DE LA LLAMADA "OPERACIÓN CASTAÑEDA", INICIADA EN EL AÑO DE 1965.

PARA DETERMINAR LOS CAMBIOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN SE SEÑALAN LAS ETAPAS MÁS IMPORTANTES QUE HAN SIDO DETERMINANTES PARA SU DESARROLLO CIENTÍFICO QUE LE HA PERMITIDO LLEGAR A SU ESTADO ACTUAL COMO PROFESIÓN.

EN MÉXICO LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN ES RELATIVAMENTE RECIENTE, POR LO QUE HA TENIDO QUE LUCHAR PARA ABRIRSE PASO ENTRE LAS OTRAS DISCIPLINAS CUYO CAMPO DE ESTUDIO ES EL COMPORTAMIENTO HUMANO ANORMAL Y NORMAL.

PARA SEÑALAR EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO, SE EFECTUA UNA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO HASTA CULMINAR CON LA CREACIÓN DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA ASÍ COMO LOS PROGRAMAS VIGENTES DE ESTUDIO PARA LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES REALIZADA --
POR LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ES DE GRAN IM-
PORTANCIA PARA LOS PROFESIONISTAS QUE TIENEN COMO CAMPO DE
ACCIÓN EL COMPORTAMIENTO ANORMAL DEL SER HUMANO POR LO QUE
DEBEMOS CONOCERLA Y DOMINARLA, YA QUE PUEDE UTILIZARSE COMO
BASE PARA EFECTUAR INVESTIGACIONES DE MORBILIDAD EN LA PO--
BLACIÓN, ASÍ COMO PARA ELABORAR PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS,
Y LO MISMO QUE PARA CONTAR CON CUADROS DE REFERENCIA PARA -
LA CONDUCTA ANORMAL INSTITUCIONALIZADA.

EN ESTE TRABAJO SE ANALIZA LA ACTIVIDAD Y SITUA--
CIÓN ACTUAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO COMO -
PROFESIONISTA INTEGRANTE DE UN EQUIPO DE TRABAJO ESPECIALI-
ZADO EN EL AREA DEL COMPORTAMIENTO ANORMAL, LA AUTOEVALUA--
CIÓN QUE TIENE EL PSICÓLOGO CLÍNICO DE SÍ MISMO COMO PROFE-
SIONISTA, SU PREPARACIÓN ACADÉMICA, LA IMAGEN QUE TIENEN DE
ÉL OTROS PROFESIONISTAS, Y LA OPINIÓN QUE SE TIENE DE ÉL EN
LA SOCIEDAD.

COMO CONSECUENCIA PODEMOS DETERMINAR HASTA QUE --
PUNTO EL PSICÓLOGO CLÍNICO ES EL RESPONSABLE DE SU SITUACIÓN
DENTRO DE LAS INSTITUCIONES EN LA ACTUALIDAD, Y LAS POSIBLES
SOLUCIONES A ESA SITUACIÓN.

YA QUE EN SU ACTIVIDAD EL PSICÓLOGO CLÍNICO UTILI-
ZA COMO TÉCNICA PRINCIPAL LA APLICACIÓN INDIVIDUAL DE PRUE-
BAS PSICOLÓGICAS, SE EFECTUA UNA REVISIÓN DE LAS VENTAJAS Y
DESVENTAJAS DE LA APLICACIÓN DE LAS BATERIAS.

ES DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA QUE EL PSICÓLOGO --

CLÍNICO ADQUIERA EL MAYOR NÚMERO DE EXPERIENCIAS QUE LE PERMITAN RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE LE PRESENTA EL TIPO DE ACTIVIDAD QUE ES SU PROFESIÓN. POR LO QUE SE PROPONE EL PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

EN LA ACTUALIDAD LAS INSTITUCIONES PERMITE DESARROLLAR OTRO TIPO DE ACTIVIDADES QUE SON DEL DOMINIO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y QUE EN REALIDAD PODRÍAN SER MÁS IMPORTANTES POR SUS RESULTADOS COMO POR EJEMPLO LA APLICACIÓN DE TERAPIA A GRUPOS DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, LO CUAL PERMITE TRATAR A UN NÚMERO CONSIDERABLE DE PACIENTES A LA VEZ, CON LO QUE SE DEMUESTRA QUE EL PSICÓLOGO CLÍNICO TIENE UN CAMPO DE ACCIÓN BASTANTE AMPLIO EN LAS INSTITUCIONES QUE DEBE DE APROVECHAR CAMBIANDO LA ACTITUD PASIVA POR UNA DE MAYOR ACTIVIDAD Y CREATIVIDAD, PARA APLICAR Y DESARROLLAR TODAS LAS ESFERAS Y CONOCIMIENTOS QUE DE SU PROFESIÓN POSEE Y POR LO TANTO DEBE DOMINAR.

ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA PSICOPATOLÓGICA EN MEXICO.

SEGÚN LOS DATOS QUE EXISTEN, SE TIENE CONOCIMIENTO DE QUE ENTRE LOS AZTECAS YA EXISTIAN CASOS DE CONDUCTA PSICOPATOLÓGICA, CONTANDO CON TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS SEGÚN EL GRADO Y TIPO DE PATOLOGÍA QUE PRESENTARÁ EL PACIENTE.

LOS TRATAMIENTOS QUE UTILIZARON LOS AZTECAS DEMUESTRAN QUE TENÍAN CIERTA COMPRESIÓN HACIA EL ENFERMO Y TRATABAN DE PROPORCIONARLE AYUDA EN SU PADECIMIENTO. SUS TRATAMIENTOS SE BASABAN NORMALMENTE EN INFUSIONES Y LA UTILIZACIÓN DE VEGETALES.

TAMBIÉN ENTRE LOS AZTECAS EXISTIAN LAS SUPERSTICIONES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD MENTAL, POR LO QUE DABAN UN TOQUE SOBRENATURAL A LA ADQUISICIÓN DE ALGÚN PADECIMIENTO MENTAL, POR EJEMPLO "TOLOACHE" ERA EL TÉRMINO EMPLEADO PARA CONCEPTUAR AL ENFERMO QUE POSIBLEMENTE HABÍA SIDO INFLUENCIADO POR OTRO SUJETO.

POSTERIORMENTE AL MOVIMIENTO DE CONQUISTA DE MÉXICO, EN EL SIGLO XVI, SE FUNDÓ Y SE CREÓ QUE FUE EL PRIMERO DE AMÉRICA Y UNO DE LOS PRIMEROS EN EL MUNDO, EL ESTABLECIMIENTO PARA ALOJAR ENFERMOS MENTALES LLAMADO HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO, SIENDO EL FUNDADOR FRAY BERNARDINO ALVAREZ EN 1566.

LO QUE CARACTERIZABA A ESTE HOSPITAL ES QUE SÓLO

SE TRATABAN EXCLUSIVAMENTE CASOS DE ENFERMEDAD MENTAL Y LA FORMA DE CUIDARLOS.

FUE HASTA EL AÑO DE 1690, DESPUÉS DE UN SIGLO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO, CUANDO JOSÉ SAYAGO, ALOJA EN SU CASA A ENFERMOS MENTALES, DEL SEXO FEMENINO QUE DEAMBULABAN POR LAS CALLES.

ENTERADO DE LA LABOR DESARROLLADA POR ESTE CARPINTERO, EL ENTONCES ARZOBISPO DE MÉXICO DON FRANCISCO AGUILAR Y SEIJAS, LES FACILITA ALOJAMIENTO PROVICIONAL PARA 60 MUJERES DEMENTES EN UNA VIEJA CASA FRENTE A LA IGLESIA DE SAN PEDRO Y SAN PABLO, EN DONDE SE CONTINUÓ LA OBRA HUMANÍSTICA. EN DICHA CASA PERMANECEN LAS PACIENTES HASTA QUE LA CONGREGACIÓN DEL DIVINO SALVADOR, EN EL AÑO DE 1700, COMPRA UNA CASA A DONDE SE TRASLADA A LAS PACIENTES, ES CUANDO SE FUNDA EL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR PARA ENFERMOS MENTALES, CONOCIDO POSTERIORMENTE COMO HOSPITAL DE LA CANOA, POR HALLARSE EN LA CALLE DE ESE NOMBRE.

DURANTE EL SIGLO XVIII, NO OCURREN CAMBIOS DE IMPORTANCIA EN LO QUE SE REFIERE AL ASPECTO DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL ES DECIR, LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL ENFERMO SE ENCONTRABA EN MANOS DE DIVERSAS ÓRDENES RELIGIOSAS, POR LO QUE EL ASPECTO CIENTÍFICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL NO EVOLUCIONÓ HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN Y HACIA TRATAMIENTOS CIENTÍFICOS Y METODOLÓGICOS CONTROLADOS.

DESPUÉS DE 1821, AL CONSUMARSE LA INDEPENDENCIA DE MÉXICO Y POSTERIORMENTE DURANTE LA REFORMA, AL SER SUPRIMI-

DAS LAS ÓRDENES RELIGIOSAS HOSPITALARIAS, LOS HOSPITALES DE SAN HIPÓLITO Y DIVINO SALVADOR PASAN A DEPENDER DEL AYUNTAMIENTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SUS BIENES A SER PROPIEDAD DEL ESTADO.

DEBIDO A LA CONDICIÓN ECONÓMICA DEL AYUNTAMIENTO, ESTOS HOSPITALES SUBSISTEN CON GRANDES DIFICULTADES HASTA EL AÑO DE 1877, EN QUE FUÉ CREADA LA DIRECCIÓN DE BENEFICIENCIA PÚBLICA, QUE SE HACE CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE ESTOS HOSPITALES PARA PACIENTES MENTALES.

DURANTE UN LAPSO DE 56 AÑOS LAS AUTORIDADES DEL PAÍS SE CONCRETARON A TENER UN LOCAL DONDE ALOJAR A LOS ENFERMOS MENTALES SIN PROPORCIONARLES LOS ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA UN TRATAMIENTO EFECTIVO CON EL CUAL PODRÍAN SER CURADOS ADEMÁS DE UNA ALIMENTACIÓN E HIGIENE ADECUADA.

DESPUÉS DE 344 AÑOS DE HABER ESTABLECIDO QUE EL ENFERMO MENTAL DEBERÍA ENCONTRARSE ATENDIDO EN UN CENTRO HOSPITALARIO ADECUADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE MENTAL, EL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1910, SE INAUGURA EL MANICOMIO GENERAL DE MÉXICO " LA CASTAÑEDA ".

A ESTA NUEVA INSTALACIÓN BAJO LA FORMA DE PABELLOS AISLADOS, FUERÓN TRASLADADOS LOS ENFERMOS DE UNO Y OTRO SEXO, QUE SE ENCONTRABAN ALOJADOS EN AQUELLOS ANTIGUOS E INOPERANTES HOSPITALES.

EL MANICOMIO GENERAL SE CREÓ ANTE LA NECESIDAD DE MEJORAR LAS CONDICIONES DE ASISTENCIA, HIGIENE Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES, QUE HABÍAN PERMANECIDO EN LUGARES INSA

LUBRES DURANTE MUCHOS AÑOS, DESATENDIDOS EN GENERAL POR LAS AUTORIDADES Y EL ESTADO.

ESTE CENTRO ASISTENCIAL FUÉ PLANEADO PARA ATENDER UNA CAPACIDAD DE 1000 PACIENTES PERO AL TRANCURSO DE LOS AÑOS AUNADO CON LA MÍNIMA IMPORTANCIA QUE LE SEGUÍAN PROPORCIONANDO AL ENFERMO MENTAL Y A SU TRATAMIENTO SE LLEGÓ A CONTAR CON UNA POBLACIÓN DE 4000 PACIENTES OCASIONANDO QUE LAS CONDICIONES DE POR SÍ DEFICIENTES SE AGRAVARÁN.

COMO TODA ORGANIZACIÓN QUE SE INICIA, TAL VEZ, EL MANICOMIO GENERAL SÍ CUMPLIÓ SUS OBJETIVOS PRINCIPALES ORIGINALES, QUE ERAN ENTRE OTROS, PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA EFICAZ AL ENFERMO MENTAL, PERO AL PRESENTARSE FALLAS EN LA ORGANIZACIÓN DIÓ COMO RESULTADO QUE TODO EL SISTEMA Y EL OBJETIVO PRINCIPAL, SE OLVIDARA PARA DAR PASO A UNA INSTITUCIÓN EN DONDE PODÍAN LLEGAR A SER RECLUIDOS PERSONAS DE TODAS LAS CLASES SOCIALES E INTELECTUALES; ASÍ PODRIAMOS ENCONTRAR: CAMPESINOS, OBREROS, PROFESIONISTAS, IDOBOS DEPORTIVOS, ARTISTAS, DELINCIENTES Y ASESINOS.

AL INGRESAR EL PACIENTE AL MANICOMIO GENERAL SE LES EXPLORABA EN FORMA LIGERA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, PARA SER TRASLADADOS POSTERIORMENTE A LA SECCIÓN DE OBSERVACIÓN EN DONDE SE DETERMINABA QUE SECCIÓN DEBERÍA CORRESPONDER EL DIAGNÓSTICO.

LAS SECCIONES DE TRASLADO DE PACIENTES SE LES CONOCIA POR EL DIAGNÓSTICO DEL MISMO, ASÍ TENEMOS; PABELLÓN DE AGITADOS, SENILES, REOS Y TOXICOMANOS, OLIGOFRÉNICOS, IN

FECCIOSOS, AGOTADOS, EPILEPTICOS, TRANQUILOS, PILOTO, CENTRAL, --
TRABAJADORES, CRÓNICOS, DISTINCIÓN, ETC.

DESPUÉS DE EFECTUARSE LOS TRAMITES DE INGRESO CORRESPONDIENTES Y QUE AL ASIGNAR AL PACIENTE A LA SECCIÓN -- QUE CORRESPONDÍA, SE PUEDE CONCLUIR QUE TERMINABA SU IMPORTANCIA COMO SER HUMANO Y COMO ENFERMO YA QUE DIFÍCILMENTE -- TENÍA POSIBILIDADES DE EGRESAR DE ESA INSTITUCIÓN.

SITUACION DEL ENFERMO MENTAL EN EL MANICOMIO GENERAL.

SEGÚN LOS ANTECEDENTES SE PUEDE DETERMINAR QUE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO SUFRIÓ MUY POCOS CAMBIOS A PESAR DE HABER SIDO TRASLADADOS A UN LOCAL ADECUA
DO.

- A).- POBLACION.- EN UN PRINCIPIO EL LOCAL FUÉ ADECUADO PA
RA LA POBLACIÓN PERO A MEDIDA QUE PASABA EL TIEMPO --
LA CANTIDAD DE PACIENTES MENTALES FUÉ TAN GRANDE QUE
NO ERA POSIBLE EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITU-
CIÓN.
- B).- ADMINISTRACION.- LA POLÍTICA DE LA ADMINISTRACIÓN --
ERA LA DE NO RECHAZAR A NADIE POR LO QUE AUMENTÓ LA
POBLACIÓN Y EL SOBRECUPÓ DE LA INSTITUCIÓN, Y ESTE --
AUMENTO NO FUÉ EN PROPORCIÓN DIRECTA CON LOS MATERIAA
LES DE TRATAMIENTO ADECUADO.
- C).- TRATAMIENTO.- ERA TAL LA CANTIDAD DE PACIENTES QUE

SE ENCONTRABAN RECLUIDOS QUE EN MUCHAS OCASIONES LOS PACIENTES CONTINUABAN CON LAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS INICIALES DURANTE TODA SU ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN AL NO SER POSIBLE VOLVER A VALORARLOS.

D).- PERSONAL.- EL PERSONAL ENCARGADO DEL CUIDADO Y ATENCIONES DE LOS PACIENTES CONTABA CON LA MÍNIMA PREPARACIÓN ESPECIALIZADA PARA ESTE TIPO DE PACIENTES POR LO QUE SE PERDIÓ EL SENTIDO DE HUMANIZACIÓN ENTRE EL PERSONAL, UTILIZANDO TÉCNICAS REPRESIVAS COMO EN LOS LOCALES ANTERIORES ENCARGADOS DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES.

E).- FAMILIARES.- LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS MENTALES RECLUIDOS NORMALMENTE NEGABA O ESCONDÍA EL PARENTEZCO QUE LOS UNÍA, POR LO QUE CUANDO LLEGABA A VISITA, ÚNICAMENTE MOTIVADO POR SUS "SENTIMIENTOS DE CULPA" POR EL ABANDONO DEL QUE HACIAN OBJETO.

HABÍA FAMILIARES QUE NO COMPRENDIAN Y NUNCA PERDONABAN LAS ABERRACIONES DE SUS ENFERMOS Y AÚN TRATÁNDOSE DE LA MADRE Ó EL HIJO, JAMÁS LOS FRECUENTABAN Y TRATABAN DE OLVIDARLOS.

OTROS FAMILIARES "SUFRÍAN" TAL IMPRESIÓN AL VERLOS EN TAN LAMENTABLE CONDICIÓN QUE NUNCA VOLVIAN A SABER DE SUS ENFERMOS.

POR LO GENERAL LOS FAMILIARES QUE VISITABAN A SUS PACIENTES REFLEJABAN: PIEDAD, EXASPERACIÓN, VERGÜENZA, ASCO, MIEDO Y TEMOR AL CONTAGIO, QUE EN REALIDAD ERA

LO QUE SENTIAN.

OTROS FAMILIARES HACIAN TANTO DAÑO Ó MÁS DEL QUE YA EXISTIA EN LOS ENFERMOS AL TRAER CONSIGO EL CONTAMINADO AMBIENTE QUE HABÍA AFECTADO AL PACIENTE.

F).- OPINION PUBLICA:-- EN LA ETAPA DEL MANICOMIO GENERAL COMO INSTITUCIÓN, LA OPINIÓN PÚBLICA ERA DEMASIADO DEGRADANTE UTILIZANDO TÉRMINOS NO ADECUADOS PARA UN SER HUMANO.

Así, ENTRE EL OLVIDO Y ATENCIÓN DEFICIENTE Y EN OCASIONES SIN NINGÚN TRATAMIENTO, TRANSCURRIÓ LA HISTORIA DEL MANICOMIO GENERAL DE 1910, AÑO EN QUE SE INAUGURO, HASTA EL AÑO DE 1959, QUE ES EL AÑO EN QUE SE INICIA UN CAMBIO ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL CON LA CREACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, EN RESPUESTA A LA NECESIDAD DE CONTAR CON UN DEPARTAMENTO DE NIVEL SUPERIOR DESTINADO A COORDINAR Y ENCAUSAR LOS ESFUERZOS QUE EN FORMA DISPERSA SE HABÍAN VENIDO REALIZANDO EN MATERIA DE HIGIENE MENTAL Y DE ASISTENCIA A LA CONDUCTA PSICOPATOLÓGICA EN LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD.

EPOCA ACTUAL.

EN EL AÑO DE 1965, SE INICIA EL PROYECTO "OPERACIÓN CASTAÑEDA", TENIENDO COMO OBJETIVO LA CREACIÓN DE NUEVOS -- HOSPITALES EN CONDUCTA PSICOPATOLÓGICA, Y ADEMÁS INICIAR -- UNA ETAPA EVOLUTIVA EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA DEL ENFERMO MENTAL, EN MÉXICO.

EN VISTA DE QUE EL MANICOMIO GENERAL RESULTABA ANA CRÓNICO E INSUFICIENTE, LOS CONCEPTOS DE ASISTENCIA SE HAN MODIFICADO, HECHANDO POR TIERRA EL CONCEPTO DE QUE EL ENFERMO MENTAL DEBERÍA ESTAR AISLADO CON EL OBJETO DE PROTEGER A LA SOCIEDAD EN QUE VIVE, LAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES OR DENAN QUE EL MANICOMIO GENERAL SEA SUBSTITUIDO POR INSTALA CIONES MODERNAS QUE ESTEN DE ACUERDO CON LA EVOLUCIÓN QUE EN MATERIA DE SALUD MENTAL SE HA SUFRIDO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

ESTA OPERACIÓN, LA CUAL REVISTIÓ IMPORTANCIA NA-- CIONAL, YA QUE POR UNA PARTE TIENDE A RESOLVER EN FORMA MO-- DERNA Y EFICAZ LA ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL EN LA REPÚ -- BLICA MEXICANA., Y POR OTRA PARTE PERMITIRÁ ACUMULAR EXPE -- RIENCIAS QUE DEBIDAMENTE APROVECHADAS SERÁ POSIBLE EXTENDER LAS A TODA LA POBLACIÓN, MEDIANTE INSTALACIONES QUE HAGAN -- EFECTIVA LA ACCIÓN QUE SE DESARROLLE EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN EL PAÍS.

DEBIDO A LA "OPERACIÓN CASTAÑEDA" SE CLASIFICÓ SU POBLACIÓN COMO SIGUE:

- 1.- DE LA POBLACIÓN GENERAL, EL 45% CORRESPONDÍA AL SEXO MASCULINO Y EL 55% AL SEXO FEMENINO, INCLUYENDO 200 NIÑOS ALOJADOS EN UNA SECCIÓN AISLADA.
- 2.- SE CONSIDERÓ QUE 400 PACIENTES PODRÍAN SER EXTERNADOS DE INMEDIATO SIEMPRE QUE FUERA POSIBLE PROPORCIONARLES UN BUEN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.
- 3.- SE DETERMINÓ QUE 550 PACIENTES DEBERÍAN SER ATENDIDOS EN HOSPITALES CONSIDERADOS PARA CASOS AGUDOS.
- 4.- DEBERÍAN ALOJARSE EN GRANJAS PSIQUIÁTRICAS LA CANTIDAD DE 100 A 1300
- 5.- DEBERÍAN CREARSE CENTROS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA PARA ALOJAR A 200 NIÑOS.
- 6.- APROXIMADAMENTE 600 ENFERMOS REQUERIAN INSTITUCIONES DE TIPO HOSPITAL HOGAR PARA ENFERMOS CRÓNICOS CON -- MUY POCAS POSIBILIDADES DE REHABILITACIÓN, DE ESTANCIA PROLONGADA Y GENERALMENTE DEFINITIVA.

RELACIONES DEL ENFERMO MENTAL CON LA FAMILIA Y CON LA SOCIEDAD.

LA ENFERMEDAD MENTAL LLEVA IMPLÍCITOS MUCHOS ASPECTOS PECULIARES QUE SE DEBEN CONSIDERAR, A FIN DE COMPRENDER LAS PERTURBACIONES QUE ENTRE EL PACIENTE Y SU INMEDIATO MEDIO AMBIENTE FAMILIAR.

A).- FAMILIA.

LA REACCIÓN FAMILIAR FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL CON FRECUENCIA IMPLICA IRRACIONALES. EL MANEJO DE ENFERMOS DE ESTE TIPO NO SIEMPRE ESTÁ AL ALCANCE DE LOS PROPIOS FAMILIARES. COMPRENDER SU MANEJO Y ANTES QUE ESO VALORAR LA CONDUCTA IRRACIONAL DEL PACIENTE Y EN PARTICULAR EL GRADO DE PELIGROSIDAD QUE PUEDA IMPLICAR SU CONDUCTA; CONSIDERAR LA RUPTURA DE LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR; SU DESAJUSTE EMOCIONAL FRENTE A UN ELEMENTO DEL GRUPO, QUE POR SU ENFERMEDAD, CREA ANGUSTIA Y DESCONCIERTO, ES SUMAMENTE IMPORTANTE TANTO PARA DAR LA DEBIDA ASISTENCIA Y TRATO AL ENFERMO, COMO PARA EVITAR QUE LA ENFERMEDAD MENTAL DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA SEA ADVERTIDA POR PARIENTES, VECINOS U OTROS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD, CONSIDERANDO EL GRAN REPERTORIO DE PREJUICIOS Y APRECIACIONES QUE DEVALÚAN AL ENFERMO COMO PERSONA A LOS PRINCIPIOS FAMILIARES, A QUIENES LA SOCIEDAD ETIQUETA Y CLASIFICA COMO " FAMILIA DE LOCOS ".

LA ENFERMEDAD MENTAL REPRESENTA UN CARÁCTER DISOLUTIVO DE LAS RELACIONES EN EL GRUPO FAMILIAR, COMO EL INDI

VIDUO EN SU ESTADO HABITUAL DE SALUD NO ES UN SER AISLADO; QUE AL HOMBRE NO SE LE CONCEBE SINO COMO UN SER EN ÍNTIMA Y DINÁMICA CONTINUIDAD DE CONTACTO SOCIAL; QUE EL INDIVIDUO Y SU MEDIO CONSTITUYEN UNA INDISVISIBLE UNIDAD; QUE DE ESTE - CONCEPTO PSICO-BIO-SOCIAL, TÉRMINO YA CORRIENTE EN LA PSICO SOMÁTICA DEL TRATAMIENTO, HAY QUE PARTIR PARA ANÁLIZAR Y ES TUDIAR CADA CASO CONCRETO, PARA DESPUÉS DE ACUMULAR ESTOS - DATOS DEL ANÁLISIS SOCIAL DEL GRUPO FAMILIAR, SE PUEBAN ES- TABLECER LAS PECULIARES MODALIDADES DE RELACIÓN DE UN PACIEN TE CON CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE INTEGRAN SU NÚCLEO FA MILIAR.

PARTIENDO DE LA HISTORIA BIOGRÁFICA DEL PACIENTE, COMO BASE DEL ESTUDIO PSICOTERAPÉUTICO, SE HABRÁN DE RECOGER DATOS DE LA HISTORIA FAMILIAR, Y EN PARTICULAR, DE AQUELLAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PADRE, DE LA MADRE DE LOS HERMANOS Y HERMANAS, TRATANDO DE ESTABLECER CUALES SON LAS MODALIDADES DE FUNCIONAMIENTO DE LA INTERRELACIÓN FAMILIAR Y COMO SE SITUA EMOCIONALMENTE EL ENFERMO EN SUS RELACIONES CON CADA UNO DE LOS MIEMBROS. SE TOMARÁ EN CONSIDERACIÓN - PARA EL ESTUDIO, LA EXPERIENCIA PSICOLÓGICA OBTENIDA Y SE - ANÁLIZA FIJACIONES Y DEPENDENCIAS EDÍPICAS DEL HIJO PARA -- CON LA MADRE; LA FIJACIÓN EFECTIVA SEMEJANTE DE UNA HIJA -- CON EL PADRE, Y SE ESTUDIARÁ EL PROCESO DE LUCHA POR SU LIBE RACIÓN, Ó SU CONDUCTA DE IDENTIFICACIÓN Ó DEPENDENCIA DE -- UNO Y OTRA, PARA EVALUAR SU MADURACIÓN EMOCIONAL. SE HA -- BRAN DE TOMAR EN CUENTA, ASIMISMO, LAS RELACIONES DEL PA --

CIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA INTERPERSONAL, SI SON ADECUADAS DENTRO DE LAS NECESIDADES DE COMPARTIR POR EL EFECTO DE LOS PADRES, HERMANOS, ASÍ COMO LAS NECESIDADES DE JERARQUIZAR LA AUTORIDAD ENTRE HERMANOS, LO QUE CASI SIEMPRE SE HACE CON SOBRESTIMACIÓN DE ESTA AUTORIDAD ENTRE EL HERMANO MAYOR, Y SUMISIÓN Ó REBELDÍA DE LOS MENORES. HAY FAMILIAS EN LAS QUE SE OBSERVA ESTA LUCHA INTERNA DE PREVALENCIA Ó SUPREMACÍA DE AUTORIDAD COMO ESPECTADORES Y HASTA CONFIRIENDO AL MAYOR DE LOS HERMANOS PLENA AUTORIDAD, NATURAL SIN LA MADUREZ DE JUICIO QUE PERMITA UNA ADECUADA Y PACÍFICA CONVIVENCIA. ESTO PASARÍA EN FAMILIAS GREGARIAS Y DE MÚLTIPLES ELEMENTOS, EN LOS QUE EL PADRE O LA MADRE DELEGAN IMPLÍCITAMENTE FUNCIONES DE DIRECCIÓN EN LA CONDUCCIÓN DEL GRUPO.

ES IMPORTANTE CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y EN PARTICULAR DE LA PERSONA CON LA QUE EL PACIENTE GUARDA MAYOR RELACIÓN AFECTIVA, NORMAL Ó ANORMAL, PUÉS DE ESTA RELACIÓN SE OBSERVARÁN REACCIONES EMOCIONALES PECULIARES CUANDO OCURRA LA ENFERMEDAD MENTAL. ES CONOCIDO QUE CUANDO SE ENFERMA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, SE DEBEN MANEJAR LAS RELACIONES Y ALTERACIONES REACTIVAS DE LOS FAMILIARES MÁS INMEDIATOS, TANTO COMO PARA ORIENTARLOS, COMO ATENUAR SU ANGUSTIA, PARA CONSIDERAR LA PARTICIPACIÓN DE ELLOS EN EL DESARROLLO DE CIERTOS DEFECTOS DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE, MOTIVADOS POR EL EJEMPLO, POR UNA MADRE SOBREPOTECTORA Ó UNA MADRE RECHAZANTE, INDIFERENTE Ó DOMINANTE.

ES IMPORTANTE TAMBIÉN, EN EL ANÁLISIS DEL GRUPO FAMILIAR, ESTUDIAR LAS MODALIDADES DE INTERRELACIÓN PERSONAL DEL PADRE Y DE LA MADRE, PERSONAS QUE OBTIENEN Y ORGANIZAN A SU MANERA A SU FAMILIA.

ES CONVENIENTE APRECIAR LA MODALIDAD DE ESTA RELACIÓN, EN LA QUE SE PUEDE ENCONTRAR LA PERSONALIDAD DE UNA MADRE DOMINANTE, AUTORITARIA, EJECUTIVA Ó IMPOSITIVA. SE PODRÁ OBSERVAR LA SUMISIÓN DE LOS HIJOS A SUS PADRES, ADE MÁS DE LAS PAUTAS DOMÉSTICAS Y SOCIALES SUMISIÓN QUE MUCHAS OCASIONES SÓLO ES APARENTE, PORQUE LAS NORMAS MATERNAS NUNCA COINCIDEN CON LAS QUE PUEDAN ACEPTAR LAS HIJAS Ó LOS HIJOS EN SU PECULIAR ESPECIFICIDAD.

LOS HIJOS PUEDEN SOMETERSE A ESTA DICTADURA ENTRE TANTO NO ADQUIEREN LA CAPACIDAD DE REBELDÍA QUE SE IRÁ CREANDO, EN LA MEDIDA EN QUE VAYAN ASIMILANDO EN OTRAS ÁREAS FAMILIARES, FUERA DEL CAMPO PROPIO, OTRAS NORMAS MATERNAS QUE SERÁN CONSIDERADAS MÁS ACEPTABLES Y AÚN DESEABLES PARA SU ACOMODO PACÍFICO DE SUS EMOCIONES. LA MADRE DOMINANTE CREA UN CONTINUO ESTADO DE TENSIÓN, UNA CONCIENCIA DE DESAPROBACIÓN DE LOS DIVERSOS ACTOS DE LOS HIJOS, UNA ANGUSTIA CONSTANTE POR LA INTERFERENCIA EN LOS ESTILOS DE VIDA Ó -- PAUTAS TAN PROPIAS Y TAN NECESARIAS DE DEFENDER EN CADA PERSONA, PARA SU PROPIA REALIZACIÓN. LA INTERCEPTACIÓN CONSTANTE QUE HACE UNA MADRE DOMINANTE LLEVA EL RIESGO DE TRANSFORMAR, EN EL PROCESO DE AUTOREALIZACIÓN DE LA HIJA, EL SENTIMIENTO DE AMOR HACIA LA MADRE EN UN SENTIMIENTO DE HOSTI-

EIDAD, DE ODIO Y HASTA DE REACCIONES CONTRARIAS. A MEDIDA QUE LAS HIJAS CRECEN SE DESARROLLAN SUS RECURSOS DE AUTONOMÍA Y EL PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN Y DE LIBERACIÓN SE HA CE MÁS IMPERATIVO Y LOS RECURSOS MÁS VIOLENTOS. SE VA ESCAPANDO DE LA CAPTURA MATERNA EN OCASIONES CON RIESGO DE FRACAZOS POR INEXPERIENCIA, PERO SIEMPRE CON EL SUPREMO DESEO DE BUSCAR SU FORMA PERSONAL, EXISTENCIAL.

MUCHAS HIJAS EFECTUAN SUS MATRIMONIOS DE ANTEMANO DESTINADOS AL FRACASO PORQUE MÁS QUE ELEGIR CON TIEMPO Y MADUREZ AL COMPAÑERO SE ENTREGAN EN MATRIMONIO A QUIEN LAS LIBERE DE LA TUTELA QUE LAS FRUSTRA Y EXTINGUE SUS DESEOS DE AUTOREALIZACIÓN.

OTRAS HIJAS PUEDEN POR EL CONTRARIO, SOBRELLEVAR ESTA RELACIÓN DOMINANTE DE LA MADRE, ADHIRIÉNDOSE A LAS PAUTAS MTERNAS SIN LUCHA Y ACEPTANDO INCONCIENTEMENTE UNA PROTECCIÓN QUE MÁS TARDE DISTORCIONARÁ SU PERSONALIDAD, PUESTO QUE NO PUDO ESFORZARSE PARA LOGRAR SU INDIVIDUALIZACIÓN -- OPORTUNA. DESPUÉS SERÁ TARDE Y SERÁ UN ELEMENTO SOCIAL INMADURO, DEPENDIENTE, CON RECURSOS NEURÓTICOS, HISTÉRICOS Y DE VALOR INFRASOCIAL. SERÁ UNA ESPOSA INFANTILIZADA POR HABER ACEPTADO Ó NO HABER PODIDO ACEPTAR SINO LA DEPENDENCIA DE LA MADRE DOMINANTE.

UNA SITUACIÓN DE STRESS EN SU VIDA, DARÁ POR RESULTADO, CASI SEGURAMENTE, UNA REACCIÓN HISTÉRICA DE ANSIEDAD O CONVERSIVA, BUSCANDO POR ESTAS REACCIONES SOLUCIONES NEURÓTICAS DE DEPENDENCIA Ó DE SOBREPOTECCIÓN.

POR OTRO LADO, LOS HIJOS OBSERVAN LA RELACIÓN DEL PADRE PARA CON UNA ESPOSA AUTORITARIA. HABITUALMENTE SE OBSERVAN CONDUCTAS DE PRUDENCIA, DE TOLERANCIA O DE SUMISIÓN Y DE DEBILIDAD QUE ASÍ MANIFIESTA UN PADRE ANTE LA AUDIENCIA FAMILIAR, DEBILITA LA FORMACIÓN DE UN EGO FUERTE. ALGUNO DE LOS MIEMBROS, EL HIJO POR EJEMPLO, SE IDENTIFICARÁ CON EL EGO MATERNO Y SERÁ MÁS CRÍTICO Y AÚN RECHAZANTE DEL PADRE DÉBIL, CUYA IMAGEN EN EL FUTURO NO SERVIRÁ COMO EJEMPLO EN EL CAMINO DE SUS OBJETIVOS VOCACIONALES. LAS HIJAS SERÁN MÁS RECHAZANTES HACIA LA MADRE, EN LA MEDIDA QUE ADVIERTEN A UN PADRE DÉBIL, QUE NO TIENE DEFENSA ANTE LOS ABUSOS E INJUSTICIAS MATERNAS.

CUANDO POR EL CONTRARIO, ES EL PADRE EL DE PERSONALIDAD DOMINANTE, AUTORITARIA, SÁDICA, COMO PRETEXTO DE UNA NEÚROTICA NECESIDAD DE AUTORESPETO Y COMO PRETEXTO DE EDUCAR Y EXIGIR CUMPLIMIENTOS DE OBLIGACIONES, SE DESARROLLA EN LA COMUNIDAD FAMILIAR UNA PROGRESIVA REACCIÓN DE ANSIEDAD, HASTA EL PÁNICO Y LA INTIMIDACIÓN. YA ESE PADRE NO ES AMADO, SINO TEMIDO Y LA SIMPLE LLEGADA AL HOGAR DESPIERTA UNA REACCIÓN DE MIEDO TAN INDESEABLE, QUE VA A DESARROLLAR UNA GRAN CANTIDAD DE RESPUESTAS DEFENSIVAS, DESDE LA ANGSTIA NEÚROTICA, HASTA REACCIONES PSICOSOMÁTICAS, O DISTORCIONES DE CONDUCTA, CON BRUSCAS DEMOSTRACIONES DE VIOLENCIAS DE LIBERTAD Y AÚN FUGAS DEL HOGAR MATERNO, ESTIMULADAS POR LAS CONSTANTES EXIGENCIAS IRRACIONALES DE UN PADRE AGRESIVO,, LA REACCIÓN DE LA ESPOSA, AUNQUE VARIABLE DE ACUER-

DO CON LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DE CADA CASO, PUEDE SER DE ANGSTIA, DE DEPRESIÓN, DE SOMATIZACIONES, RESUGIAN- DOSE ASÍ, EN LA ENFERMEDAD COMO UN RECURSO DE PROTECCIÓN AN TE LAS EXIGENCIAS, INJUSTICIAS, IMPOSICIONES, PROHIBICIONES IRRACIONALES DEL ESPOSO, QUE CON ESTA MODALIDAD DE SU PERSO NALIDAD PROPICIA REACCIONES INTERFAMILIARES DE TENSION, DE NEUROSIS DIVERSAS Y PUEDE LLEVAR A LOS MIEMBROS A BROTES -- PSICÓTICOS DE MODALIDADES DIVERSAS, SEGÚN LA DINÁMICA DE CA DA PERSONALIDAD,

DESCRIBIR LAS MODALIDADES DE SU UNIÓN FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA CONYUGAL, SERÍA IMPOSIBLE DADA LA INFINITA VARIEDAD DE RASGOS PSICOLÓGICOS.

LA DIVERSIDAD DE OTROS FACTORES, COMO LOS SOCIA - LES, CULTURALES, RELIGIOSOS, ECONÓMICOS, DE EDAD DEL GRUPO Y OTROS, DETERMINAN QUE NO SEA POSIBLE DETERMINAR SINO SUPER FICIALMENTE ALGUNOS ASPECTOS INTERESANTES DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES, PARA TENER UNA IDEA APRÓXIMADA DE COMO VA A REACCIONAR UN ENFERMO MENTAL QUE PERTENEZCA A DETERMINADA CONSTELACIÓN FAMILIAR, O COMO VA A REACCIONAR EL GRUPO FAMI LIAR COMO TAL O AISLADAMENTE CADA UNO DE SUS COMPONENTES, AL MANEJAR AL ENFERMO EN SUS DIVERSAS MODALIDADES DE REAC-- CIÓN NEÚTORICA O PSICÓTICA.

DESDE LUEGO QUE SI TENEMOS UN CONOCIMIENTO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR, DE SU FUN - CIONAMIENTO, DE SU DINÁMICA, DE LAS MODALIDADES PSICOLÓGICAS DE LOS DIRECTIVOS DE LA FAMILIA, HABREMOS AVANZADO BASTANTE

PARA COMPRENDER, PRIMERO, LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE HAYAN PROPICIADO LA REACCIÓN PSICÓTICA; SEGUNDO, LAS CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA, ASÍ COMO LA CONDUCTA DEL ENFERMO HACIA CADA UNO DE LOS MIEMBROS FAMILIARES Y, POR ÚLTIMO IR COMPRENDIENDO LA REACCIÓN INDIVIDUAL, MATERNA Ó PATERNA O DE LA TOTALIDAD DEL GRUPO, ANTE LA APARICIÓN DE UNA CONDUCTA ANORMAL QUE TANTO DESCONCIERTA A CUALQUIER MEDIO FAMILIAR Ó A CUALQUIER GRUPO SOCIAL.

REACCION FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD MENTAL.

NO SE PODRÍA DESCRIBIR NINGÚN TIPO DE REACCIÓN QUE SE PUDIERA CONSIDERAR UNIFORME, YA QUE LOS NÚCLEOS FAMILIARES SON DIFERENTES EN RELACIÓN A FACTORES ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. TAMBIÉN VARIAN LAS REACCIONES FAMILIARES CON LA ESTRUCTURACIÓN INTERNA, LAS INTERRELACIONES EFECTIVAS, LA MADUREZ DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES, CON LA PRESENCIA O AUSENCIA EN EL GRUPO FAMILIAR DE UNA PERSONA LÍDER, GUÍA, CONSEJERO U ORIENTADOR, CON CAPACIDAD DE APRECIAR SOLUCIONES REALISTAS, CON SENTIDO PRÁCTICO, DESDE LUEGO BUSCANDO UNA ASESORÍA TÉCNICA.

EN NUESTRO MEDIO, LA REACCIÓN COMÚN ES DE ANGUSTIA ANTE LA CONFRONTACIÓN DE UN ENFERMO MENTAL, CON SUS SÍNTOMAS IRRACIONALES O DE SUS CONDUCTAS ANORMALES, QUE APARENTEMENTE PODRÍAN SER CONTROLADAS POR EL PACIENTE. EL APRECIAR LA FALTA DE CAPACIDAD DE UN SER HUMANO PARA UTILIZAR

SU RAZÓN O SUS RECURSOS INTELECTUALES, MOTIVA ASOMBRO, DESCONCIERTO, ANGSTIA Y EL TEMOR DE CONSECUENCIAS QUE LÓGICAMENTE PARA LOS FAMILIARES NO SON PREVISIBLES. LA CONDUCTA DEL ENFERMO MENTAL OBLIGA AL GRUPO FAMILIAR A UTILIZAR CONJETURAS, FANTASÍAS, Y EN GENERAL, FABRICACIONES EMPÍRICAS PARA EXPLICARSE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. FRECUENTEMENTE LA MENTE ACUDE A EXPERIENCIAS ARCAICAS, PRIMITIVAS O MÁGICAS, ATRIBUYÉNDOLAS A MALEFICIOS, INFLUJOS, BRUJERÍAS O SUGESTIONES DE PARTE DE ALGUNA O ALGUNAS PERSONAS, QUE SE HAN VALIDO DE DIVERSAS SITUACIONES Y ACTOS PARA LLEVAR AL PACIENTE A LA " LOCURA ". EN EL CASO DE QUE LA FAMILIA Y EN PARTICULAR EL PACIENTE ESTE PRESENTADO DETERMINADOS CONFLICTOS, A TRAVÉS DE DETERMINADAS PERSONAS, CON LOS PROPIOS FAMILIARES O PARIENTES, CON COMPAÑEROS DE TRABAJO, O EN SUS RELACIONES AFECTIVAS EXTRAFAMILIARES, ESTAS PERSONAS SERÁN LAS RESPONSABLES CAUSANTES. LOS MALEFICIOS O INFLUENCIAS DE TALES PERSONAS SON LOS QUE DEBIERON PROVOCAR LA ENFERMEDAD MENTAL Y ASÍ, EN EL MEDIO FAMILIAR, SE VAN ESTRUCTURANDO TENSIONES DE ANSIEDAD, DE HOSTILIDAD, DE ODIO, POR ESTAS SUSPICACIAS DE ESTRUCTURA ANORMAL. PUEDEN INICIARSE ESTRUCTURACIONES CON REACCIONES DE AGRESIVIDAD, REPRESALIA O DE VENGANZA EN RELACIÓN CON ESTAS SUPUESTAS CAUSAS ATRIBUIDAS A LA INFLUENCIA MALÉFICA DE LAS PERSONAS. ESTA SERÍA UN TIPO DE REACCIÓN FAMILIAR DE ESTRUCTURA INCULTA, CON TENDENCIA A LA ACEPTACIÓN MÁGICA O SOBRENATURAL DE LAS CAUSAS DE UNA ENFERMEDAD MENTAL. LA REACCIÓN DEL GRUPO PUEDE CONSIS-

TIR EN SEVERA ANGSTIA Y AÚN EN REACCIONES HISTÉRICAS PARANOIDES, ASÍ COMO CONDUCTAS MASOQUISTAS, O BIÉN GENERAR REACCIONES DE HOSTILIDAD, O DE ODIO Y AÚN DE REPRESALIAS, COMO SE VEN EN COMUNIDAD DE ESTRUCTURAS PRIMITIVAS Y DE GRAN IGNORANCIA TECNÓLOGICA.

EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO CLÍNICO, DE LA -- PSICOSIS FUNCIONALES, EN LAS PSICOSIS LLAMADAS REACTIVAS Y AÚN EN LAS REACCIONES NEURÓTICAS, SE ATRIBUYE ESTAS PERTURBACIONES DE LA PERSONALIDAD A FALLAS O DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, PERO SIEMPRE, EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE SU PERSONALIDAD DEL PACIENTE. ESTOS DESÓRDENES PSÍQUICOS O SIMPLEMENTE EMOCIONALES, EN UNA COMUNIDAD FAMILIAR, SE DEBE A QUE HAY PERSONAS NEUROTIZANTES O PSICOTIZANTES A QUIENES ES CONVENIENTE MANEJAR Y TRATAR A FIN DE FAVORECER EL TRATAMIENTO, DE UN PACIENTE. ASÍ OBSERVAMOS QUE LAS CONJETURAS DE LA MENTE PRIMITIVA, AL ATRIBUIR A -- OTRAS PERSONAS EL EMPLEO DE MALEFICIOS PARA PROVOCAR ALGÚN DAÑO MENTAL A UN FAMILIAR, NO ESTÁN MUY LEJOS DE LA VERDAD CIENTÍFICA, DEL RECONOCIMIENTO QUE HACE LA TECNOLOGÍA MODERNA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, DE QUE UN INDIVIDUO ENFERMA EN FUNCIÓN DE LAS DEFICIENTES O DEFECTUOSAS RELACIONES INTERPERSONALES. SÓLO QUE LA MENTE PRIMITIVA INTUYE Y ACEPTA LOS HECHOS SIN ESTRUCTURARLOS A TRAVÉS DE ESTUDIOS Y ANÁLISIS DE LOS HECHOS PSICOLÓGICOS Y DE LA CONDUCTA HUMANA, QUE ES LO QUE VIENE REALIZADO LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

EN OTROS NÚCLEOS FAMILIARES NO RURALES, EN DONDE CAE LA DESCRIPCIÓN ANTERIOR, SINO EN EL DE UNA FAMILIA URBANA, OCURREN REACCIONES SEMEJANTES DE ANSIEDAD Y DE DESCONCIERTO, PERO YA QUE LAS INTERPRETACIONES PUEDEN ESTRUCTURARSE MÁS APROXIMADAMENTE A LAS CIRCUNSTANCIAS REALES. EL GRUPO PUEDE TENER CIERTO CONTROL SIN MAYOR DESORGANIZACIÓN EMOCIONAL; SIN EMBARGO, AÚN EN GRUPOS CIENTÍFICAMENTE INFORMADOS, NO FALTAN CONJETURAS E INTERPRETACIONES MÁGICAS O DE INFLUENCIAS SOBRENATURALES, COMO EN LOS NÚCLEOS DE FAMILIAS RURALES.

ESTOS RESABIOS MÁGICOS DE NUESTRA MENTE PRIMITIVA, EXISTEN EN NOSOTROS POTENCIALMENTE, ACTUANDO COMO UN SEGUNDO FRETE CUANDO NUESTROS CONOCIMIENTOS O LA SOLIDEZ DE NUESTROS RAZONAMIENTOS SE DEBILITAN ANTE LA PRESENCIA DE UN HECHO IRRACIONAL, QUE ENGENDRA TANTA ANGUSTIA.

OTRA MODALIDAD IMPORTANTE EN LA REACCIÓN DE UNA FAMILIA URBANA SERÍA LA PREVALENCIA DE MÚLTIPLES PREJUICIOS SOCIALES QUE SE TIENEN EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES MENTALES, CUYO SUPUESTO FATALISMO EN UNA FAMILIA PROVIENE DE FACTORES HEREDITARIOS; HERENCIA QUE NO SE CONFIRMA COMO FACTOR CAUSAL SINO EN MUY ESCASAS ENFERMEDADES MENTALES. EN CAMBIO, CUANTA IMPORTANCIA TIENEN LAS INFLUENCIAS DEFORMATIVAS DEL MEDIO, A TRAVÉS DE LAS PERSONAS INADECUADAS, EN LA ESTRUCTURACIÓN DEL EGO Y DE LOS PATRONES EMOCIONALES CON QUE SE APRENDE A VIVIR. PRIVÓ EN CIERTA ÉPOCA EL CONCEPTO DE HEREDABILIDAD DE TODA ENFERMEDAD MENTAL, DE SU INCURABILIDAD

DAD Y DE LA MINUSVALÍA SOCIAL DE UNA FAMILIA CUANDO ALGÚN -
MIEMBRO DE ELLA SUFRÍA DE "LOCURA".

ESTAS CIRCUNSTANCIAS HAN HECHO PERTURBAR PREJUI -
CIOS QUE SE DEBEN DESVANECER CON EL FIN DE DISMINUIR LA AN -
GUSTIA DEL GRUPO FAMILIAR; CON EL OBJETO DE CONTAR CON MA -
YOR DISPONIBILIDAD HACIA LA CURACIÓN POR LOS MEDIOS CIENTÍ -
FICOS, PARA EXTINGUIR EL ESTIGMA DE LOCURA EN TODA LA FAMI -
LIA Y LA VERGÜENZA SOCIAL APAHEJADA, Y LOGRAR DE ESTA MANE -
RA QUE NO SE PROCEDA CON SECRETISMO O SE OCULTE A UN PACIEN -
TE, EVADIENDOLO HASTA DEL CONTACTO TERAPÉUTICO, PERJUDICAN -
DO ASÍ SU MANEJO TÉCNICO QUE OPORTUNAMENTE LE DARÁ OCASIÓN
DE SER CURADO..

LA PSICOLOGÍA TIENE MUCHO QUE DECIR, MUCHO QUE -
EDUCAR, MUCHO QUE DIVULGAR E INCULCAR A LOS GRUPOS FAMILIA -
RES Y COMUNIDADES, CON EL OBJETO DE TRANSFORMAR LOS PREJUI -
CIOS O IGNORANCIAS EN INFORMACIONES LÓGICAS Y TÉCNICAS, CON
LAS CUALES LOGRAREMOS COMPRENSIÓN PARA EL ENFERMO MENTAL, -
ASÍ COMO SU ADECUADO MANEJO EN EL MEDIO FAMILIAR Y, SOBRE -
TODO, UNA CONVENIENTE COOPERACIÓN PARA ORIENTACIONES TERA -
PÉUTICAS OPORTUNAS EN EL PROPIO MEDIO FAMILIAR, SI ES FACTI -
BLE, Y EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS, O EN LAS INSTITUCIONES
PSIQUIÁTRICAS QUE CADA VEZ TIENDEN MÁS A ASISTIR AL ENFERMO
MENTAL DENTRO DE UNA ORIENTACIÓN SOCIAL, COMO ES LA DE MAN -
TENER EL VÍNCULO FAMILIAR DEL PACIENTE AÚN DENTRO DEL HOSPI -
TAL Y TAMBIÉN MANTENER VINCULADO AL PACIENTE HOSPITALIZADO
CON SU COMUNIDAD.

LA SOCIEDAD.

LA SOCIEDAD O LA COMUNIDAD CON LA QUE SE ENCUENTRA VINCULADO O RELACIONADO EL ENFERMO MENTAL, IGUAL QUE CUAL - QUIER INDIVIDUO DE ESA SOCIEDAD, VA A INFLUIR EN LA PERSONA SANA O ENFERMA, EN LA MEDIDA QUE LA PERSONA O EL PACIENTE - PUEDAN O NO ADAPTARSE A LAS PAUTAS O NORMAS SOCIALES, CULTU - RALES, ÉTICAS Y RELIGIOSAS, Y A LOS REGLAMENTOS CÍVICOS QUE IMPONEN LAS AUTORIDADES SOBRE DISTINTOS ACTOS DE LA COMUNI - DAD Y DE LA PERSONA HUMANA.

EL ENFERMO MENTAL, POR SUS PROPIAS CARACTERÍSTI - CAS, ES TRANSGRESOR DE ESTAS NORMAS, ACTÚA ARBITRARIAMENTE, OBEDECE O DESOBEDECE ILÓGICAMENTE; SE VIOLENTA CONTRA LOS - INDIVIDUOS O LOS GRUPOS; ACTÚA EN RESUMEN, SIN GUIARSE POR ALGÚN ORDEN SOCIAL COMUNMENTE RESPETADO POR EL SUJETO NOR - MAL. SU CONDUCTA ANORMAL, FINALMENTE, PUEDE CONSTITUIR UNA AMENAZA SOCIAL EN MENOR O MAYOR GRADO. DE ESTA PELIGROSIDAD ABIERTA O POTENCIAL DERIVADA DE MECANISMOS PSÍQUICOS SUBCONS - CIENTES QUE NO LE PERMITEN PERCIBIR LA REALIDAD EXTERNA CO - MO ES, DESDE UN PUNTO DE VISTA DE SUS IMPERATIVOS SOCIALES, APARECE LA NECESIDAD DE AISLAR AL PACIENTE, SUSTRAYÉNDOLO - DE SU COMUNIDAD, DE SU FAMILIA Y RECLUYÉNDOLO EN UN HOSPI - TAL PSIQUIÁTRICO, PARA SU ESTUDIO TÉCNICO Y TRATAMIENTO MÁS ADECUADO.

LA COMUNIDAD ES, PARA CADA PACIENTE, EL CONJUNTO DE SUS PROPIAS RELACIONES; EL CONJUNTO DE VINCULOS SOCIALES DE GRAN DIVERSIDAD; SITIO DE TRABAJO, LUGARES DE REUNIÓN,

UNIVERSIDAD, ESCUELA, ASOCIACIONES RELIGIOSAS, CENTROS DEPORTIVOS, MERCADOS Y SU VECINDARIO INMEDIATO. TODOS ESTOS CONTACTOS SOCIALES COMPUESTOS POR PERSONAS HABRÁN DE EJERCER INFLUENCIAS DE DIVERSOS ÓRDENES PARA IR ESTRUCTURANDO SU CONCIENCIA MORAL, RELIGIOSA, CÍVICA O SOCIAL, QUE FORMARÁ LA ESTRUCTURA DEL SUPEREGO, CUYAS NORMAS HA VENIDO ASIMILANDO EN EL CURSO DE LA ESTRUCTURACIÓN DE SU CONCIENCIA SOCIAL.

SI EL INDIVIDUO TIENE GENÉTICAMENTE TENDENCIAS PERFECCIONISTAS O RÍGIDAS, DE MÁXIMA SUPERACIÓN EN SUS DIVERSOS OBJETIVOS, UNA COMUNIDAD ESTRICTA EN SUS NORMAS REFORZARÁ DICHAS TENDENCIAS PERFECCIONISTAS. SI EL SUJETO ES UNA PERSONA DOMINANTE, QUIZÁ LAS NORMAS SOCIALES REPRESENTARÁN UNA BARRERA A SUS IMPERATIVOS Y ACTUARÁ CON REBELDÍA Y OPOSICIÓN. SI ES UN SUJETO TÍMIDO, DE UN EGO DÉBIL, HABRÁ DE ADJUNTARSE LAS DIVERSAS NORMAS SOCIALES POR NECESIDADES DE DEPENDENCIAS Y POR FALTA DE AGRESIÓN. PODEMOS RESUMIR QUE EL INDIVIDUO SANO O ENFERMO, ESTÁ VINCULADO A SU PROPIA COMUNIDAD, DE MANERA QUE ÉSTA INFLUYE EN ÉL COMO ÉL INFLUYE EN EL STATUS O EVOLUCIÓN DE ESA COMUNIDAD. EL VÍNCULO INDIVIDUO-SOCIEDAD CONSTITUYE UNA UNIDAD DINÁMICA EN CONSTANTE Y RECÍPROCA INFLUENCIABILIDAD.

EL INDIVIDUO AISLADO DE LA SOCIEDAD LLEVA EN SÍ Y FORMA PARTE DE SU PERSONALIDAD, LOS VALORES ÉTICOS Y SOCIALES QUE LO FORMARON O QUE LO ESTRUCTURARON CON LAS NORMAS DE ESA COMUNIDAD, LOS CAMBIOS FAVORABLES O NEGATIVOS QUE OCURRAN EN SU COMUNIDAD, VAN A AUMENTAR SU SEGURIDAD EN EL

PRIMER CASO, O BIÉN A PRODUCIR ANGUSTIA O INSEGURIDAD, EN EL ÁMBITO DE SUS CONTACTOS SOCIALES. LOS TRASTORNOS SOCIALES VAN A PRODUCIR ANGUSTIA, ZOZOBRA, PÁNICO O REACCIONES DE INTOLERANCIA O VIOLENCIA EN EL SUJETO. LA INSEGURIDAD SOCIAL PUEDE DAR ORIGEN A NUESTRAS PEQUEÑAS REACCIONES PARANOIDES, MECANISMOS DEFENSIVOS DE ADVERTENCIA PRELÓGICA, QUE NOS ALARMAN ANTES DE CONOCER EL PELIGRO.

PARA QUE UNA COMUNIDAD TENGA UNA REACCIÓN ADECUADA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL, SE DEBE SATURAR DE CONOCIMIENTOS PSICOLÓGICOS CON LOS RECURSOS CULTURALES MODERNOS; REVISTAS, ARTÍCULOS ILUSTRATIVOS, PRENSA, RADIO, TELEVISIÓN Y CONFERENCIAS EN CLUBES, CENTROS DEPORTIVOS Y RELIGIOSOS, -- TRATANDO DE LLEVAR LAS EXPLICACIONES TÉCNICAS EN FORMA ACCESIBLE. SE DIFUNDIRÁN EL CONOCIMIENTO DE LO QUE ES LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL CONOCIMIENTO DE LO QUE ES LA PERSONALIDAD DE TODOS Y CADA UNO DE NOSOTROS. SE TRATARÍA DE CREAR UNA CAPACIDAD DE AUTOANÁLISIS DE LA PROPIA CONDUCTA EN LA QUE SE ENCONTRARÁN REACCIONES ADECUADAS AL LADO DE OTRAS IRRACIONALES, RÍGIDAS, PASIONALES, EGÓISTAS, AGRESIVAS, ANTISOCIALES, AÚN EN EL SER LLAMADO NORMAL.

HACER COMPRENDER QUE LO QUE SE LLAMA LOCURA NO -- ABARCA TODAS LAS ÁREAS O FUNCIONES PSÍQUICAS DE LA PERSONALIDAD, ASÍ COMO LA QUE "NORMALIDAD" DE UN SUJETO SOCIALMENTE LIBRE CONCURRE CON NÚCLEO TAN ANORMALES COMO ES, POR -- EJEMPLO, UNA CELOPATÍA CON UN SUJETO "NORMAL" (NORMAL POR -- QUE SOCIALMENTE ESTÁ LIBRE) PERO QUE, SIN EMBARGO, ES PO --

TENCIALMENTE PELIGROSO EN MAYOR GRADO QUE CUALQUIER SUJETO CON CONDUCTA ANORMAL RECLUIDO POR MUCHOS AÑOS EN UN HOSPITAL.

MUCHOS CRÍMENES DE LA COMUNIDAD, DE LA INTIMIDAD CONYUGAL, MUCHAS CONDUCTAS SÁDICAS DE ESA INTIMIDAD, QUE INTIMIDAN Y QUE SUBYUGAN Y QUE HACEN VIVIR A UNA MUJER O A UNA FAMILIA EN CONSTANTE PÁNICO, NO SON SINO ESCASAMENTE DEL CONOCIMIENTO EXTRAFAMILIAR Y MENOS AÚN DE SU COMUNIDAD. LA COMUNIDAD IGNORA LA NATURALEZA PRIMITIVA, SÁDICA O BIÉN EXPLOTADORA DE MUCHAS PERSONAS QUE SOCIALMENTE ACTÚAN COMO NORMALES. LA PROPIA CONDUCTA PERSONAL NO PODEMOS ENJUICIARLA, PARA ACTUAR EN FORMA ADECUADA, POR LOS CONOCIMIENTOS MECANICOS DE DEFENSA QUE NOS PERMITEN HACER AUTOCRÍTICA SINO EN LA MEDIDA DE FAVORECERNOS NUESTRAS PROPIAS NECESIDADES O RAZONES.

LA COMUNIDAD REQUIERE MUCHA LITERATURA PSICOLÓGICA AL ALCANCE DEL EGO, PERO ESCRITA POR TÉCNICOS. ILUSTRAR CON EXPLICACIONES SENCILLAS SOBRE LO QUE LA PERSONA HUMANA, SOBRE SUS MÚLTIPLES MECANISMOS DE DEFENSA, DE ENCUBRIMIENTOS, DE SIMULACIÓN, ASÍ COMO DE OTROS DIVERSOS MECANISMOS DE LA DINÁMICA INTRAPERSONAL, SERÍA MUY FAVORABLE. SE DEBEN FORMAR LAS BASES DE UNA HIGIENE MENTAL PERSONAL Y SOCIAL, CON UN BUEN CONOCIMIENTO DE LA NATURALEZA HUMANA, ENTENDIDA DENTRO DE LOS CONCEPTOS CIENTÍFICOS DE NUESTRO TIEMPO.

INSISTO, EN LA NATURALEZA, ANORMALMENTE EGÓISTA EN MAYOR Ó MENOR GRADO, DE LOS INDIVIDUOS; EL CARÁCTER POSE

SIVO, CODICIOSO O RETENTISTA DE MUCHOS; LA FALTA DE ABSOLUTA ALTRUISMO EN OTROS, PARA EXPLICARNOS TANTOS ASPECTOS DE LA PSICOLOGÍA HUMANA Y DE SU PATOLOGÍA SOCIAL. ESTAS Y OTRAS CONDUCTAS, QUE SE OBSERVAN Y SE TOLERAN EN NUESTRO INDEFENSO MEDIO SOCIAL, HACEN TODAVÍA RESENTIR QUE PERSISTE EL LIBRE JUEGO O LUCHA DE LAS FUERZAS PRIMITIVAS.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO CIENCIA DE LA CONDUCTA HUMANA PRETENDE HACER DEL HOMBRE " NORMAL " UN SUJETO QUE SEA EFECTIVAMENTE NORMAL, EN SU AMPLIO SENTIDO HUMANO.

SITUACION DEL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEGISLACION MEXICANA.

EN TODA SOCIEDAD CIVILIZADA EXISTEN NORMAS DE CONDUCTA QUE DEBEN SER RESPETADAS POR TODOS LOS INTEGRANTES DE LA MISMA. LAS NORMAS SON DE DIFERENTE ÍNDOLE, PERO PUEDEN SER ENGLOBADAS EN DOS PARTES: NORMAS MORALES Y NORMAS LEGALES.

LAS NORMAS MORALES CONSTITUYEN UNA SERIE DE CONCEPTOS DIVERSOS, DOMINANTE RESTRICTIVOS DE LA CONDUCTA HUMANA, CONDICIONADOS POR LA DIFERENCIACIÓN ENTRE LO " BUENO " Y LO " MALO ".

LO QUE NO DEBE HACERSE CONSTITUYE UN TABÚ O PROHIBICIÓN QUE DA LUGAR AL CASTIGO CUANDO SE HACE Y ES A TRAVÉS DE ESTE MECANISMO COMO SE INTEGRA LAS NORMAS QUE RIGEN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS PUNITIVAS INDISPENSABLES PARA MANTENER EL EQUILIBRIO SOCIAL.. POR LO TANTO, EL DERECHO PENAL ES EL CONJUNTO DE NORMAS QUE REGULAN EL EJERCICIO DEL PODER PUNITIVO DEL ESTADO, ESTABLECIENDO UNA RELACIÓN ENTRE EL DELITO Y EL CASTIGO QUE SU ACCIÓN AMERITA.

DE LO ANTERIOR SE DERIVA EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD, YA QUE TODO INDIVIDUO INTEGRANTE DE UNA COLECTIVIDAD ESTÁ OBLIGADO A CUMPLIR CON LAS NORMAS DE CONVIVENCIA IMPUESTA TANTO POR LA TRADICIÓN DEL GRUPO COMO POR LOS LEGISLADORES. ESTE CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD DEBE ENTENDERSE DESDE DOS ASPECTOS DISTINTOS; LA RESPONSABILIDAD DEL

SUJETO QUE TIENE CAPACIDAD HUMANA PARA SER RESPONSABLE Y QUE CONSCIENTEMENTE EJECUTA ACTOS O INCURRE EN OMISIONES DELICTUOSAS; O SEA EL CASO DEL DELINCUENTE VULGAR QUE AMERITA LA IMPOSICIÓN DE UNA PENA; O BIÉN LA RESPONSABILIDAD DEL SUJETO QUE COMETE ACTOS O INCURRE EN OMISIONES DE LOS CONSIDERADOS COMO DELITOS, PERO SIN TENER CONCIENCIA DE ELLO. EN ESTE ÚLTIMO CASO SE TRATA DE RESPONSABILIDAD PURAMENTE SOCIAL Y NO PENAL, YA QUE LA FALTA DE CONCIENCIA EN LA CONDUCTA SOLAMENTE PUEDE ACEPTARSE EN LOS CASOS DE MENORES DE EDAD O DE ENFERMOS MENTALES INCLUYENDO A LOS SORDOMUDOS.

EN EL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES ENCONTRAMOS LOS ARTÍCULOS 24, FRACCIÓN 3A., 68 Y 69 COMO NORMAS JURÍDICAS APLICABLES EN LOS CASOS DE ENFERMOS MENTALES QUE COMETEN ACTOS E INCURREN EN OMISIONES ESTIMADOS COMO DELITOS. EL ARTÍCULO 24 FORMA PARTE DEL CAPÍTULO PRIMERO DEL TÍTULO SEGUNDO Y SE REFIERE A LAS "PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD", CITANDO LA "RECLUSIÓN DE LOCOS, SORDOMUDOS, DEGENERADOS O TOXICÓMANOS".

EL ARTÍCULO 68 ESTÁ REDACTADO EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES: LOS LOCOS, IDIOTAS, IMBECILES Y QUE HAYAN EJECUTADO HECHOS O INCURRIDO EN OMISIONES DEFINIDOS COMO DELITOS SERÁN RECLUIDOS EN INSTITUCIONES O DEPARTAMENTOS ESPECIALES PARA ESTE TIPO DE CASOS, POR TODO EL TIEMPO NECESARIO PARA SU CURACIÓN, Y SOMETIDOS, CON AUTORIZACIÓN DE FACULTATIVO, A UN RÉGIMEN DE TRABAJO.

EN IGUAL FORMA PROCEDERÁ AL JUEZ CON LOS PROCESADOS O CONDENADOS QUE SUFRAN ALTERACIONES MENTALES, EN LOS -

TÉRMINOS QUE DETERMINE EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES.

ESTE ÚLTIMO PÁRRAFO IMPLICA UN CASO SINGULAR DE -
PROCEDIMIENTO PENAL, YA QUE CONCEDE AL JUEZ CAPACIDAD LEGAL
PARA DICTAR DETERMINACIONES AÚN EN LOS CASOS EN QUE YA COM-
ANTERIORIDAD SE HA DICTADO UNA SENTENCIA. ES DECIR, QUE SI
UN INDIVIDUO SUFRE ALTERACIONES MENTALES EN EL TIEMPO EN ~~EL~~
QUE SE EFECTÚA SU PROCESO PENAL, ANTES DE QUE SE LE DICTE
SENTENCIA, O SEA EN SU CONDICIÓN DE PROCEBADO, O BIÉN EN ETA
PA POSTERIOR, CUANDO YA SE LE HAYA SENTENCIADO, DEBE SUSPEN-
DERSE EL PROCEDIMIENTO PENAL DE ACUERDO CON LO INDICADO.
EN EL ARTÍCULO 477, FRACCIÓN III, DEL CODIGO DE PROCEDIMIEN-
TOS PENALES PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES.

LO ANTERIOR SIGNIFICA QUE, TRATÁNDOSE DE ENFERMOS
MENTALES, NO TIENE FACULTAD EL JUEZ PARA APLICAR PENAS, SI
NO SOLAMENTE MEDIDAS DE SEGURIDAD, PORQUE EN ESTOS CASOS,
SE ESTIMA QUE SE TRATA DE INDIVIDUOS IRRESPONSABLES DESDE -
EL PUNTO DE VISTA PENAL, PERO SÍ RESPONSABLES EN EL ASPECTO
SOCIAL.

EL ARTÍCULO 68 QUE SE COMENTA EN ESTE CASO TIENE
POR LO TANTO DOS MANERAS DE SER APLICADO. EN EFECTO, SI EL
INFRACTOR HA SIDO IDENTIFICADO PREVIAMENTE COMO ENFERMO MEN
TAL, EL JUEZ PENAL QUE CONOZCA EL CASO ESTÁ OBLIGADO A ORDE
NAR SU RECLUSIÓN EN EL CENTRO CORRESPONDIENTE.

ESTE CASO IMPLICA QUE NO ES POSIBLE APLICAR UNA -
PENA, SINO SOLAMENTE UNA MEDIDA DE SEGURIDAD QUE COLOQUE AL
ENFERMO EN UN AMBIENTE HOSPITALARIO DONDE PUEDA SER OBJETO

DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS Y TERAPIA OCUPACIONAL TODO EL TIEMPO NECESARIO PARA SU CURACIÓN. POR LO TANTO, SI SE TRATA DE ESTADOS PSICÓTICOS DE CURSO CRÓNICO CONSIDERADOS CASI EN LA TOTALIDAD DE LOS CASOS COMO INCURABLES, LA RECLUSIÓN ES DEFINITIVA PARA TODA LA VIDA DEL SUJETO. SIN EMBARGO, TEÓRICAMENTE CONSIDERADO, EL INDIVIDUO DEBE SER PUESTO EN LIBERTAD INMEDIATAMENTE QUE RECUPERE LA SALUD.

EN CAMBIO, SI LA RECLUSIÓN PSIQUIÁTRICA INDICADA POR ESTE ARTÍCULO ORDENA EN EL CASO DE SUJETOS QUE ENLOQUECEN DURANTE SU PROCESO PENAL (O POSTERIORMENTE, CUANDO YA HAYAN SIDO OBJETO DE UNA SENTENCIA, EL PROCEDIMIENTO PENAL QUEDA SUSPENDIDO DE ACUERDO CON LA FRACCIÓN III, DEL ARTÍCULO 477 DEL CITADO CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES. POSTERIORMENTE, SI EL INDIVIDUO ES DECLARADO SANO, ES DECIR, QUE SI LOS PERITOS PSIQUIÁTRAS DESIGNADOS POR EL JUEZ DICTAMINAN QUE YA ESTÁ CURADO, EL PROCESO DEBE SER ABIERTO NUEVAMENTE Y PROSEGUIRSE HASTA LLEGAR A SENTENCIA O, SI SE TRATA SE DE UN CONDENADO, DEBERÁ PROSEGUIR LA RECLUSIÓN HASTA LA EXTINCIÓN DE LA PENA, SI HA TRANSCURRIDO UN TIEMPO MAYOR A ÉSTA DEBERÁ SER PUESTO EL LIBERTADO DE INMEDIATO.

EL ARTÍCULO 69 DEL CODIGO PENAL DICE TEXTUALMENTE: "EN LOS CASOS PREVISTOS EN ESTE ARTÍCULO (ENFERMOS MENTALES Y SORDOMUDOS) LAS PERSONAS O ENFERMOS A QUIENES SE APLICA RECLUSIÓN, PODRÁN SER ENTREGADOS A QUIENES CORRESPONDA HACER SE CARGO DE ELLOS, SIEMPRE QUE SE OTORQUE FIANZA, DEPÓSITO O HIPOTECA HASTA POR LA CANTIDAD DE DIEZ MIL PESOS, A JUICIO

DEL JUEZ, PARA GARANTIZAR EL DAÑO QUE PUDIERA CAUSAR, POR NO HABERSE TOMADO LAS PRECAUCIONES NECESARIAS PARA SU VIGILANCIA.

CUANDO EL JUEZ ESTIME QUE NI AÚN CON LA GARANTÍA QUEDA ASEGURADO EL INTERÉS DE LA SOCIEDAD SEGUIRÁN EN EL ESTABLECIMIENTO ESPECIAL EN QUE ESTUVIEREN RECLUIDOS".

POR LO TANTO, ES ESTE ARTÍCULO EL QUE FIJA LAS -- NORMAS MEDIANTE LAS CUALES UN PACIENTE MENTAL PUEDE LLEGAR A SER EXTERNADO BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS A -- QUIENES CORRESPONDA HACERSE CARGO DE ÉL. SIN EMBARGO, EL -- PÁRRAFO FINAL DEL ARTÍCULO TRANSCRITO CONDICIONA SU APLICACIÓN AL CRITERIO PERSONAL DEL JUEZ, QUIEN ESTÁ OBLIGADO A -- VALORAR EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL REO. EL JUEZ REQUIERE DE ASESORAMIENTO DE PERITOS Y POR LO TANTO SON ÉSTOS QUIENES ESTAN OBLIGADOS A ESTUDIAR LOS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS, SOCIALES Y CRIMINOLÓGICOS DEL CASO.

EN FORMA GENERAL, PUEDE DECIRSE QUE EL TÉRMINO "PELIGROSIDAD" SE REFIERE, EN EL ÁREA DEL DERECHO PENAL, A LAS CUALIDADES DE LA PERSONA QUE DAN BASE A LA PRESUNCIÓN DE -- QUE TARDE O TEMPRANO LLEGARÁ A VIOLAR LAS NORMAS JURÍDICAS. TRATÁNDOSE DE ENFERMOS MENTALES ES NOTORIA LA POSIBILIDAD -- QUE POSEEN DE VIOLAR LAS NORMAS JURÍDICAS Y POR LO TANTO SU GRADO DE PELIGROSIDAD ES OSTENSIBLE.

AHORA BIÉN, LOS ENFERMOS PSICÓTICOS A QUIENES SE HA APLICADO LA MEDIDA DE SEGURIDAD CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 68 DEL CÓDIGO PENAL, HAN DEMOSTRADO YA CON HECHOS Y OMISIO-

NES SU PROPIA PELIGROSIDAD, MOTIVO POR EL CUAL SU TEMIBILIDAD ES TAMBIÉN OSTENSIBLE, POR QUE EN LA PRÁCTICA DE LUGAR, POR LO GENERAL, A QUE LES SEA NEGADA LA ENTREGA A QUIENES - CORRESPONDA HACERSE CARGO DE ELLOS, MEDIANTE FIANZA, DEPÓSITO O HIPOTECA ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 69 DEL MISMO CÓDIGO, ESPECIALMENTE CUANDO EL ASPECTO ANTISOCIAL COMETIDO HA CONSISTIDO EN CONDUCTA CRIMINAL DE ELEVADA GRAVEDAD.

POR OTRA PARTE, EN LA PRÁCTICA SE PRESENTA EL GRAVE PROBLEMA DE LO QUE SE HA LLAMADO "PELIGROSIDAD SIN DELITO", FENÓMENO QUE CORRESPONDE PRECISAMENTE A LOS ENFERMOS MENTALES QUE IMPLICAN UN GRADO DE AMENAZA SOCIAL, A PESAR - DE LO CUAL NO SE LES INGRESA EN INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS DEBIDO A QUE ÉSTOS SE Oponen A TAL MEDIDA POR INCOMPRESIÓN DEL PROBLEMA POR PREJUICIOS O POR IGNORANCIA YA QUE NO HAN DILINQUIDO.

EN EFECTO, ES BIEN CONOCIDO POR PROFESIONISTAS DE DICADOS AL ASPECTO MENTAL, CRIMONÓLOGOS Y PENALISTAS, EL HECHO DE QUE EN UN PLAN ESTRICTAMENTE LEGAL NO ES POSIBLE SEGREGAR DE LA SOCIEDAD A ENFERMOS MENTALES, ASÍ COMO A CIERTOS CASOS DE ALCOHÓLICOS, QUE IMPLICAN UN ESTADO REAL DE PELIGROSIDAD YA QUE POR SUS REACCIONES AGRESIVAS VIOLENTAS, - POR SUS INTERPRETACIONES DELIRANTES O POR OTRAS EXPRESIONES DE CONDUCTA ANTISOCIAL, MIENTRAS NO HAN ENTRADO EN CONFLICTOS CON AUTORIDADES POLICIACAS O NO LO HAN SOLICITADO SUS FAMILIARES.

A PESAR DE QUE NUESTRAS LEYES PENALES HAN SIDO --

CALIFICADAS COMO ECLÉCTICAS POR POSEER RAÍCES ORIGINADAS EN EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD MORAL DE LA ESCUELA FILOSÓFICA CLÁSICA DEL LIBRE ALBEDRÍO Y DE LA IMPUTABILIDAD MORAL DEL HOMBRE, ASÍ COMO EN LAS DOCTRINAS POSITIVAS DE LA DEFENSA SOCIAL, NOS ENCONTRAMOS EN LA PRÁCTICA EN UNA SITUACIÓN DE DESCONCIERTO PORQUE CARECEMOS DE NORMAS JURÍDICAS PRECISAS QUE PERMITAN LA APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS DE ACTOS ANTISOCIALES. EN EFECTO, EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL FRECUENTEMENTE SE CONOCEN CASOS DE PSICÓTICOS CON ELEVADO ÍNDICE DE PELIGROSIDAD QUE NO SON RECLUIDOS EN CENTROS HOSPITALARIOS ADECUADOS O HAN SIDO EXTERNADOS DE ELLOS, POR INCOMPENSIÓN, APATÍA O IGNORANCIA DE LOS FAMILIARES.

SON NUMEROSOS TAMBIÉN LOS CASOS DE ENFERMOS MENTALES QUE HAN TENIDO QUE COMETER ACTOS CRIMINALES PARA SER RECLUIDOS EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS DE ESTABLECIMIENTOS PENALES. LA ATENCIÓN DE UNA PERSONA QUE NO HA COMETIDO DELITO ES ANTICONSTITUCIONAL, YA QUE NADIE PUEDE SER MOLESTADO EN SU PERSONA, FAMILIA, DOMICILIO, PAPELES O POSESIONES, SINO EN VIRTUD DE MANDAMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE... (ARTÍCULO 16 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS).

EN REALIDAD, LOS ÚNICOS CASOS EN QUE SE PUEDE HABLAR DE POSIBILIDADES LEGAL DE INTERNA A UN ENFERMO MENTAL DE MANERA FORZADA (ES DECIR SIN ACEPTACIÓN), ES CUANDO -- PREVIAMENTE HA SIDO OBJETO DE UN JUICIO DE INTERDICCIÓN Y SE LE HA NOMBRADO TUTOR, O SEA QUE HA SIDO JURÍDICAMENTE DECLARADO

RADO EN ESTADO DE INCAPACIDAD PARA EJERCER SUS DERECHOS CIVILES, POR UN JUEZ PUPILAR O CIVIL, DE ACUERDO CON LO ORDENADO POR EL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES, EN SU ARTÍCULO 450 QUE DICE: TIENEN INCAPACIDAD LEGAL Y NATURAL: I... II. LOS MAYORES DE EDAD PRIVADOS DE INTELIGENCIA POR LOCURA, IDIOTISMO, O IMBECILIDAD, AÚN CUANDO TENGAN INTERVALOS LÚCIDOS;... III ... IV. LOS EBRIOS CONSUECUDINARIOS Y LOS QUE HABITUALMENTE HACEN USO INMODERADO DE DROGAS O ENERVANTES.

POR LO GENERAL DEL JUICIO DE INTERDICCIÓN PODEMOS DECIR QUE ES UNA MEDIDA QUE SE ADOPTA SOLAMENTE CUANDO EXISTEN INTERESES ECONÓMICOS DE POR MEDIO A PACIENTES QUE INGRESAN A LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS OFICIALES Y PRIVADOS DE MÉXICO.

DE LO ANTERIOR SE DESPRENDE QUE, SI SE ACATARAN RÍGIDAMENTE EN NUESTRO MEDIO LAS PRESCRIPCIONES LEGALES EN VIGOR, RESULTARÍA SUMAMENTE DIFÍCIL LA HOSPITALIZACIÓN FORZADA DE LOS ENFERMOS MENTALES, Y SI CONSIDERAMOS EL PROBLEMA EN SENTIDO INVERSO, RESULTARÍA QUE SISTEMÁTICAMENTE SE ESTÁ VIOLANDO LA CONSTITUCIÓN, YA QUE EN TODAS LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS SE ENCUENTRAN INTERNADOS VARIOS MILES DE PACIENTES QUE NO HAN SIDO PREVIAMENTE RESTRINGIDOS DE SUS DERECHOS MEDIANTE JUICIO DE INTERDICCIÓN.

POR OTRA PARTE, NUESTRO CÓDIGO PENAL CITADO CONTIENE EN SU CAPÍTULO IV, QUE SE REFIERE A LAS CIRCUNSTANCIAS EXCLUYENDO DE RESPONSABILIDAD, EN LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO

LO 15, UN CONCEPTO QUE, AÚN SIN REFERIRSE CONCRETAMENTE A ENFERMOS MENTALES, SÍ IMPLICA UN FENÓMENO DE ÍNDOLE PSICOPATOLÓGICA QUE SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON LA PRÁCTICA EN LA CONDUCTA ANORMAL FORENSE. ES A LO QUE EN EL CITADO ORDENAMIENTO JURÍDICO SE LLAMA ESTADO DE INCONCIENCIA DE SUS ACTOS.

EN EFECTO, EL ARTÍCULO 15, EN SU FACCIÓN SEGUNDA DICE TEXTUALMENTE: SON CIRCUNSTANCIAS EXCLUYENTES DE RESPONSABILIDAD PENAL:... HALLARSE EL ACUSADO, AL COMETER LA INFRACCIÓN, EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA DE SUS ACTOS, DETERMINADO POR EL EMPLEO ACCIDENTAL E INVOLUNTARIO DE SUSTANCIAS TÓXICAS, EMBRIAGANTES O ENERVANTES, O POR UN ESTADO TOXINFECCIOSO AGUDO O POR UN TRASTORNO MENTAL INVOLUNTARIO DE CARÁCTER PATOLÓGICO Y TRANSITORIO.

ESTA REDACCIÓN HA SIDO OBJETO DE MÚLTIPLES DISCUSIONES, YA QUE EN PRIMER LUGAR CONDICIONA LA IRRESPONSABILIDAD EN LA COMISIÓN DE UN DELITO, A UN ESTADO DE INCONSCIENCIA DE LOS ACTOS, SIN EXPLICAR EL SENTIDO QUE DEBE DARSELE A LA PALABRA. EN EFECTO, EL TÉRMINO INCONSCIENCIA GRAMATICALMENTE CONSIDERADO, DEBE ENTENDERSE COMO FALTA DE AUSENCIA, DE CONCIENCIA, LO CUAL NOS OBLIGA A PRECISAR LO QUE DEBE ENTENDERSE POR CONCIENCIA. AHORA BIEN, CON CIENCIA PUEDE SER SIMPLEMENTE EL FENÓMENO DE CONOCIMIENTO O SEA LA CAPACIDAD DE APRECIACIÓN DE LOS PROPIOS FENÓMENOS PSÍQUICOS, ASÍ COMO DE TODO LO EXTERIOR O CIRCUNSTANCIAL, DANDO LUGAR A LA INTEGRACIÓN DE LA LLAMADA CONDUCTA CONSCIENTE O VOLUNTA

RIA. PERO TAMBIÉN SE ENTIENDE POR CONCIENCIA EL CONOCIMIENTO DEL BIEN Y DEL MAL, QUE DA BASE A LAS NORMAS MORALES.

DE AHÍ QUE PODAMOS ENTENDER COMO ESTADO DE INCONSCIENCIA A UN FENÓMENO DE AUTOMATISMO PSICOMOTOR, TANTO COMO A UNA CONDICIÓN DE IMPULSIVIDAD AGRESIVA DETERMINADA POR ESTÍMULOS EMOCIONALES, INTENSOS, SIN QUE HAYA PROPIAMENTE DES CONOCIMIENTO O FALTA DE FIJACIÓN NÉMICA DEL ACTO COMETIDO. ESTO ÚLTIMO ENCUENTRA SU EXPLICACIÓN EN LAS DOCTRINAS PSICANALÍTICAS, QUE PRETENDEN FUNDAR LA PSICODINAMIA DE LA CONDUCTA HUMANA A TRAVÉS DEL CONCEPTO, UNIVERSALMENTE ACEPTADO EN LA ACTUALIDAD, DE LA EXISTENCIA DEL INCONSCIENTE COMO EX PONENTE DE LA ENERGÍA CREADA O PRODUCIDA POR LAS FUENTES - INSTINTIVAS.

ES INDUDABLE DE TODAS FORMAS, QUE EL LEGISLADOR TUVO EN MENTE EL DESEO DE REFERIRSE A UNA CONDUCTA SIN CONTROL CONSCIENTE Y DEL TIPO DE LA OBSERVADA EN ESTADO CONFUSIONALES CON AUTOMATISMO PSICOMOTOR.

POR OTRA PARTE, ESTA INCONSCIENCIA DE ACTOS LA CONCONDICIONA EL CÓDIGO PENAL EN UNA SERIE DE FACTORES YA QUE PARA QUE TENGA CALIDAD DE EXCLUYENTE DE RESPONSABILIDAD DEBE PROBARSE QUE FUE CONSECUENCIA DEL EMPLEO ACCIDENTAL E INVOLUNTARIO DE SUBSTANCIAS TÓXICAS EMBRIAGANTES O ENERVANTES, O BIEN POR SU ESTADO TOXINECCIOSO AGUDO, O FINALMENTE, POR UN TRANSTORNO MENTAL TAMBIÉN INVOLUNTARIO, DE CARÁCTER PATOLÓGICO Y TRANSITORIO.

TODA LA REDACCIÓN DE ESTA FRACCIÓN ES TÉCNICAMEN-

TE DEFECTUOSA POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

EN TODA LA VIDA REAL ES MUY DIFÍCIL DE ACEPTARSE QUE PUEDA OCURRIR EL EMPLEO ACCIDENTAL E INVOLUNTARIO DE SUBSTANCIAS TÓXICAS, EMBRIAGANTES O ENERVANTES, YA QUE LO ACCIDENTAL IMPLICA LA PUESTA EN JUEGO DE FACTORES CIRCUNSTANCIALES DIVER^SSOS E IMPREVISIBLES, Y LO INVOLUNTARIO HACE PENSAR EN ERRORES o EQUIVOCACIONES DIFÍCILES DE PROBAR, O BIEN DE LA INTERVENCIÓN ACTIVA, DELICTUOSA, DE PERSONAS QUE ENGAÑARÁN O FORZARÁN FÍSICA O MORALMENTE AL SUJETO.

EL ESTADO TOXINFECCIOSO AGUDO SÍ PUEDE, TEÓRICA⁻MENTE, PROVOCAR UNA CONDICIÓN CONFUSIONAL CON PÉRDIDA TRANSITORIA DE LA CONSCIENCIA, ESPECIALMENTE CUANDO SE INTEGRA EL CUADRO DEL LLAMADO DELIRIO FEBRIL CON FENÓMENOS CONFUSIONALES Y ALUCINATORIOS.

SIN EMBARGO, LÓGICAMENTE ES EXCEPCIONAL Y EN LA PRÁCTICA MUY DIFÍCIL QUE, UN SUJETO SUFRE UNA CONDICIÓN PATOLÓGICA DE ESTA NATURALEZA, PUEDE COMETER UN ACTO ANTISOCIAL DE ÍNDOLE PENAL.

FINALMENTE, EL TRASTORNO MENTAL INVOLUNTARIO DE CARÁCTER PATOLÓGICO Y TRANSITORIO, OBLIGA A COMENTAR QUE DIFÍCILMENTE PODRÍA ACEPTARSE UN TRASTORNO MENTAL VOLUNTARIO FUERA DE LOS CASOS DE PSICOSIS EXPERIMENTALES PROVOCADAS POR LA INGESTIÓN DE SUBSTANCIAS PSICODISLÉPTICAS, PERO ESTAS EXPERIENCIAS SOLAMENTE SE EFECTUAN EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

TODO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO ES EN REALIDAD UNA

SERIE DE CIRCUNSTANCIAS QUE SE PODRÍAN OBSERVAR ACERCA DE LAS NORMAS JURÍDICAS QUE RIGEN NUESTRO PAÍS EN EL TRATO LEGAL QUE RECIBEN LOS PACIENTES MENTALES QUE ENTRAN EN CONFLICTO CON LAS LEYES PENALES. AL ESTIMAR QUE TODA CRÍTICA BIEN INTENCIONADA DEBE SER CONSTRUCTIVA, ES NECESARIO PUNTUALIZAR LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES: NUESTRAS LEYES, TANTO PENALES COMO CIVILES, AL REFERIRSE A LA MEDIDA DE SEGURIDAD Y A PROCEDIMIENTOS APLICABLES A ENFERMOS MENTALES, USAN UNA TERMINOLOGÍA PSIQUIÁTRICA INADECUADA Y ANACRÓNICA, O BIEN PALABRAS COMO "INCONSCIENCIA DE LOS ACTOS", QUE DAN LUGAR A DISCUSIONES FRECUENTES, REALIZADAS CON LA CONNOTACIÓN QUE DEBE ATRIBUIRSE.

ES TAMBIÉN IMPORTANTE HACER NOTAR QUE CARECEMOS DE LEGISLACIÓN QUE PERMITA EL ESTADO, SIN VIOLAR LAS NORMAS CONSTITUCIONALES, PROTEGER A LA SOCIEDAD ANTE LA AMENAZA QUE SIGNIFICA LA PELIGROSIDAD CRIMINAL DE MUCHOS ENFERMOS MENTALES (LA PELIGROSIDAD SIN DELITO), HACIENDO OBLIGATORIO EL INTERNAMIENTO DE LOS MISMOS. DE ESTA MANERA SEGURAMENTE SE PODRÍA EVITAR LA COMISIÓN DE MUCHOS CRÍMENES U OTROS ACTOS EXPRESIVOS DE CONDUCTA ANTISOCIAL.

EL OBJETIVO DE ESTE PUNTO ES EL DE HACER NOTAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO LA RELACIÓN CON OTRAS PROFESIONES PARA UN MEJOR DESARROLLO Y TRABAJAR EN EQUIPO EN TODAS LAS ÁREAS EN UN MOMENTO DETERMINADO PUEDEN SER CONFLICTIVAS PARA EL SUJETO. ES DECIR, INTEGRARSE EN LA ACTIVIDAD NO SOLO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU PROFE

SIÓN SINO ADEMÁS, ADQUIRIR LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA UN MEJOR DESEMPEÑO Y EFECTIVIDAD DE SU INTERVENCIÓN.

CON LO ANTERIOR NO TRATO DE INSINUAR QUE EL PSICÓLOGO DOMINE LOS CÓDIGOS CIVILES Y PENALES, SINO QUE, TENGA PRESENTE QUE EN UN MOMENTO DETERMINADO EL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA HUMANA LO PUEDA LLEVAR A ENFRENTARSE A UN TIPO DE PROBLEMATICA ESPECIAL.

POR DIFERENTES RAZONES SE SUJETA AL PACIENTE MENTAL A LA MAQUINARIA LEGAL DE LA SOCIEDAD; PUEDE SER EL OBJETO DE UN PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA PARA HOSPITALIZARLO EN CONTRA DE SU VOLUNTAD, O BIEN PUEDE SER ACUSADO DE HABER COMETIDO ALGÚN DELITO. SI SE LE ACUSA DE UN DELITO, EL PUNTO CENTRAL A DISCUTIR ES SI DEBE SER LLEVADO A JUICIO Y, EN CASO AFIRMATIVO, SI SE LE DEBE RESPONSABILIZAR POR SUS ACCIONES. INDEPENDIEMENTE DE LAS CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES SIEMPRE HAY PROBLEMAS CON RESPECTO A LA SITUACIÓN LEGAL DEL ENFERMO MENTAL.

LOS INDIVIDUOS QUE LLEGAN A LOS HOSPITALES MENTALES PUEDEN ARRIBAR AHÍ POR DIFERENTES CAMINOS. ALGUNOS, RECONOCIENDO QUE ESTÁN ENFERMOS Y NECESITAN AYUDA, PIDEN VOLUNTARIAMENTE QUE SE LES HOSPITALICE. PUEDEN ESTAR POR DIFERENTES PERIODOS DE TIEMPO Y, POR LO GENERAL, PUEDEN SALIR CUANDO LO DESEAN. OTROS, IGNORANTES DE SU SITUACIÓN DE ENFERMOS, TIENEN QUE SER HOSPITALIZADOS CONTRA SUS DESEOS. PARA ESTOS INDIVIDUOS EL ABANDONAR UNA INSTITUCIÓN MENTAL NO ES TAN SIMPLE. EN LOS GRANDES HOSPITALES, DONDE MUCHOS PACIENTES SON DELIRANTES, ES A MENUDO DIFÍCIL PARA EL PACIENTE MENTAL ENCERRADO LEGALMENTE CONVENCER A OTROS DE QUE SE HA RECUPERADO Y QUE SU ALEGATO EN FAVOR DE SU SALUD MENTAL ES LEGÍTIMO. POR LO TANTO, EL PELIGRO DE ENCARCELACIÓN INJUSTIFICADA Y DURADERA ES MUY REAL.

DADO QUE LAS IMPLICACIONES DE LA HOSPITALIZACIÓN LEGAL SE DEBEN TOMAR A LA LIGERA, ES IMPERATIVO QUE LOS PRO

CEDIMIENTOS PARA AQUELLA SE CONDUZCAN CON EL MAYOR CUIDADO. A TRAVÉS DE LOS AÑOS SE HAN ESTABLECIDO UN CIERTO NÚMERO DE SALVAGUARDAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL. EN LA PRÁCTICA, SIN EMBARGO, TALES SALVAGUARDAS SON HABILMENTE SOBRESEIDAS O IGNORADAS. COMO RESULTADO DE ELLO, HAY UNA AMPLIA BRECHA ENTRE LO QUE ESTIPULA EL ESTATUTO LEGAL Y LO QUE OCURRE EN EL TRIBUNAL.

PARA DETERMINAR EL ESTADO MENTAL DEL INDIVIDUO, - LOS TRIBUNALES SIGUEN AL PIE DE LA LETRA LA LEY CUANDO SEÑALAN EL QUE SE LLEVEN A CABO EXÁMENES PSIQUIÁTRICOS, PERO LA MAYORÍA DE ESTOS EXAMENES SE EFECTUAN EN SOLO UNOS CUANTOS MINUTOS, POR LO QUE ES MUY DIFÍCIL QUE SEA TIEMPO SUFICIENTE PARA ELABORAR UNA INVESTIGACIÓN PSIQUIÁTRICA SERIA.

EN ESE PROCEDIMIENTO PRÁCTICAMENTE NUNCA SE LES INFORMA A LOS PACIENTES SU DERECHO PARA SOLICITAR UN ABOGADO. EL RESULTADO ES QUE LOS REPRESENTAN SOLO SUS FAMILIARES ; AQUELLOS QUE, USUALMENTE, SON LOS QUE INICIAN EL PROCESO LEGAL PARA ENCERRARLO !.

LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES DE ENCIERRO EN SU GRAN MAYORÍA NO SIRVE A NINGÚN PROPÓSITO DE REHABILITACIÓN SERIO, YA QUE EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EFICAZ, EN LA MAYORÍA DE LOS HOSPITALES, ES UN MITO.

ES NECESARIO LLEVAR LAS PRÁCTICAS LEGALES ACTUALES A UNA CONCORDANCIA CON LOS ESTATUTOS LEGALES QUE YA EXISTEN PARA ASEGURAR QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENCIERRO PSIQUIÁTRICO SE LLEVEN A CABO CON MAYOR SERIEDAD.

EL ENFERMO MENTAL RECIBE MUCHO MENOS QUE UN TRATAMIENTO ADECUADO EN SU ENFRONTAMIENTO CON LOS TRIBUNALES. CUALQUIER CONSIDERACIÓN QUE SE PUDIERA TENER PARA CON ÉL EN EL ESTATUTO LEGAL, ES IGNORADA A PENUDO EN LA PRÁCTICA COTIDIANA DE LA LEY. CUANDO APARECE EN LOS TRIBUNALES, EL CIUDADANO PSICOLÓGICAMENTE ENFERMO SE ENCUENTRA PROCLIVE A QUE SE LE PRIVE DE SUS DERECHOS Y SE LE RESTE DIGNIDAD. EN ESTE PUNTO, NO ES TRATADO DE UNA MANERA DIFERENTE POR LOS TRIBUNALES NI POR EL HOSPITAL MENTAL.

¿ CUÁLES SON LAS FUERZAS SOCIALES RESPONSABLES DE ESTAS CONDICIONES? LA RESPUESTA DESCANSA, PARCIALMENTE, EN LAS PRESIONES Y LIMITACIONES ASOCIADAS A LA OPERACIÓN DE LAS ENTIDADES SOCIALES, LOS TRIBUNALES Y LOS HOSPITALES MENTALES ESTÁN TAN SOBREPLOADOS QUE LOS RETRASOS EN LOS TRIBUNALES Y LAS LARGAS LISTAS DE ESPERA EN LOS HOSPITALES SON COSA COMÚN. OTRA PARTE DE LA RESPUESTA RADICA EN EL HECHO DE QUE MUCHAS ENTIDADES OFICIALES TIENEN UN PERSONAL DE MUY BAJA CAPACIDAD PROFESIONAL. LOS MIEMBROS MÁS ERUDITOS DE LAS PROFESIONES LEGAL Y PSIQUIÁTRICA GENERALMENTE SE ENCUENTRAN EN LA PRÁCTICA PRIVADA O TRABAJANDO PARA INSTITUCIONES PRIVADAS, Y NO EN LAS ENTIDADES OFICIALES. PERO NO TODA LA RESPONSABILIDAD SE LE PUEDE ACHACAR SOLAMENTE A ESTAS ENTIDADES. DEBEMOS CONSIDERAR TAMBIÉN LAS ACTITUDES Y REACCIONES DEL PÚBLICO EN GENERAL.

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"--
DE LA S.S.A. Y SU FUNCION EN LA COMUNIDAD. 48

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTA-
LES DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. . . . 51

MORBILIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO-
ALVAREZ". 57

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DE LA S.S.A. Y SU FUNCION EN LA COMUNIDAD.

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" PUEDE CONSIDERARSE COMO MUESTRA DE LO QUE ES EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN LA ACTUALIDAD EN NUESTRA COMUNIDAD.

SU FUNCIÓN PRIMORDIAL ES EL DE PROPORCIONAR ATENCIÓN A ENFERMOS CONSIDERADOS AGUDOS DE AMBOS SEXOS Y DE TODAS LAS SITUACIONES SOCIOECONÓMICAS DE NUESTRO MEDIO.

LA PRINCIPAL FUNCION DEL HOSPITAL SE REFIERE AL - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANORMALIDAD MENTAL, ESTÁ FUNCIÓN BÁSICA SE REALIZA EN TRES GRANDES ÁREAS QUE SON: CONSULTA EXTERNA, SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN.

EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SE PROPORCIONA LA ATENCIÓN A AQUELLOS ENFERMOS CUYA PATOLOGÍA NO AMERITA - HOSPITALIZACIÓN, Y POR LO MISMO LES PERMITE OBTENER EL DIAGNÓSTICO Y RECIBIR EL TRATAMIENTO EN FORMA AMBULATORIA.

EL PROMEDIO ANUAL DE CONSULTAS IMPARTIDAS EN ESTÁ ÁREA ES DE 23.000; LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA SON:

NEUROSIS DEPRESIVA.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

NEUROSIS POR FARMACODPENDENCIA

FARMACODPENDENCIA

ADICCION ETILICA

EPILEPSIA GENERALIZADA.

NEUROSIS DE ANSIEDAD.

NEUROSIS GIFOCONDITADA.

EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL.

EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL, ES DONDE -
SE PROPORCIONA EL SERVICIO A LOS ENFERMOS CUYA SINTOMATOLO-
GÍA AGUDA REQUIERE UNA ATENCIÓN INMEDIATA SIENDO ATENDIDOS
A CUALQUIER HORA TODOS LOS DIAS DEL AÑO; SE IMPARTEN UN PRO-
MEDIO DE 13,000 CONSULTAS ANUALES.

EN ESTE SERVICIO, NO SOLO SE RESUELVEN LOS CASOS
AGUDOS QUE AMERITEN LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, SI-
NO QUE TAMBIÉN A JUICIO DEL PERSONAL RESPONSABLE, SE REALI-
ZAN LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA DESPLAZAR A LOS PACIEN-
TES HACIA OTRAS ÁREAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA QUE NO CORRES-
PONDAN AL HOSPITAL.

EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ESTÁ DESTINADA PARA RE-
CIBIR A TODOS AQUELLOS ENFERMOS CUYA PATOLOGÍA NO LES PERMI-
TE CONVIVIR EN SU MEDIO FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y ES NECE-
SARIO CONTROLARLOS E INTERNARLOS PARA QUE PUEDAN SER TRATA-
DOS EN FORMA EFICAZ Y ADECUADA.

YA QUE EL PRINCIPAL OBJETIVO DEL HOSPITAL ES EL -
DE TRATAR EL ASPECTO AGUDO DE LA ENFERMEDAD, SI EL ENFERMO
EN UN TÉRMINO QUE A JUICIO DEL PERSONAL RESPONSABLE SE DE-
TERMINE QUE SU EVOLUCIÓN ES A LARGO PLAZO, SE TRASLADA A --
LOS HOSPITALES-GRANJA EN DONDE SE CONTINÚA EL TRATAMIENTO
DEL ENFERMO, LO MISMO EN LOS CASOS IRREVERSIBLES.

CUANDO EL CUADRO QUE MOTIVO EL INGRESO DEL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN CEDE, LOS PACIENTES SI ASÍ LO AMERITAN PUEDE SER CANALIZADOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA SU CONTROL AMBULATORIO.

EL PROMEDIO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN ES DE 73 DIAS; EL PROMEDIO DE EGRESOS ANUALES ES DE 2,200.

LAS CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO SON:

MEJORIA	53%	ALTA VOLUNTARIA	10%
FUGA	15%	POR TRASLADO	9%
CURACION	11%	POR DEFUNCION	2%

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
MENTALES ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD.

TRASTORNOS MENTALES.
PSICOSIS 290-299.

- 290 DEMENCIA SENIL Y PRESENIL.
.0 DEMENCIA SENIL.
.0 DEMENCIA PRESENIL.
- 291 PSICOSIS ALCOHÓLICA.
.0 DELIRIUM TREMENS.
.1 PSICOSIS DE KORSAKOV (ALCOHÓLICA)
.2 OTRAS ALUCINOSIS ALCOHÓLICAS.
.3 PARANOIDA ALCOHÓLICA.
.9 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 292 PSICOSIS ASOCIADAS CON INFECCIÓN INTRACRANEAL.
.0 CON PARÁLISIS GENERAL.
.1 CON OTRAS FORMAS DE SIFILIS DEL S.N.C.
.2 CON ENCEFALITIS EPIDÉMICAS.
.3 CON OTRAS ENCEFALITIS ESPECIFICADAS Y CON LAS NO ESPECIFICADAS.
- 293 PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFECCIONES CEREBRALES.
.0 CON ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL.
.1 CON OTROS TRASTORNOS CEREBROVASCULARES.
.2 CON EPILEPSIA.
.3 CON TUMORES INTRACRANEALES.
.4 CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL S.N.C.
.5 CON TRAUMATISMO CEREBRAL.
.9 CON OTRAS AFECCIONES DEL CEREBRO Y CON LAS NO ESPECIFICADAS.
- 294 PSICOSIS ASOCIADAS CON OTRAS AFECCIONES SOMÁTICAS.
.0 CON TRASTORNOS ENDÓCRINOS.
.1 CON TRASTORNOS METABÓLICOS Y DE LA NUTRICIÓN.
.2 CON INFECCIONES GENERALIZADAS.
.3 CON INTOXICACIÓN POR DROGAS O VENENOS.
.4 CON EL PARTO.
.8 CON OTRAS AFECCIONES SOMÁTICAS.
.9 CON AFECCIÓN SOMÁTICA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.
- 295 ESQUIZOFRENIA.
.0 TIPO SIMPLE.
.1 TIPO HEBEFRÉNICO.
.2 TIPO CATATÓNICO.

- .3 TIPO PARANOIDE.
- .4 EPISODIO ESQUIZOFRÉNICO AGUDO.
- .5 ESQUIZOFRENIA LATENTE.
- .6 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL.
- .7 TIPO ESQUIZOAFECTIVO.
- .8 OTROS TIPOS.
- .9 TIPO NO ESPECIFICADO.

- 296 PSICOSIS AFECTIVAS.
- .0 MELANCOLIA INVOLUTIVA.
 - .1 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO MANÍACO.
 - .2 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA TIPO DEPRESIVO.
 - .3 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO CIRCULAR.
 - .8 OTROS TIPOS.
 - .9 TIPO NO ESPECIFICADO.

- 297 ESTADOS PARANOIDES.
- .0 PARANOIA.
 - .1 PARAFRENIA INVOLUTIVA.
 - .9 OTROS.

- 298 OTRAS PSICOSIS.
- .0 PSICOSIS REACTIVODEPRESIVA.
 - .1 EXITACIÓN REACTIVA.
 - .2 CONFUSIÓN REACTIVA.
 - .3 REACCIÓN PARANOIDE AGUDA.
 - .9 PSICOSIS REACTIVA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

- 299 PSICOSIS NO ESPECIFICADA.

NEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICÓTICOS (300 - 309)

- 300 NEUROSIS.
- .0 NEUROSIS DE ANSIEDAD.
 - .1 NEUROSIS HISTÉRICA.
 - .2 NEUROSIS FÓBICA.
 - .3 NEUROSIS OBSESIVOCOMPULSIVA.
 - .4 NEUROSIS DEPRESIVA.
 - .5 NEURASTENIA.
 - .6 SÍNDROME DE DESPERSONALIZACIÓN.
 - .7 NEUROSIS HIPOCONDRIACA.
 - .8 OTRAS.
 - .9 NEUROSIS NO ESPECIFICADA.

- 301 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.
- .0 PERSONALIDAD PARANOIDE.
 - .1 PERSONALIDAD AFECTIVA (CICLOTÍMICA).
 - .2 PERSONALIDAD ESQUIZOIDE.
 - .3 PERSONALIDAD EXPLOSIVA.
 - .4 PERSONALIDAD ANANCÁSTICA (OBSESIVOCOMPULSIVA).

- .5 PERSONALIDAD HISTÉRICA.
 - .6 PERSONALIDAD ASTÉNICA.
 - .7 PERSONALIDAD ANTISOCIAL.
 - .8 OTROS.
 - .9 TIPO NO ESPECIFICADO.
- 302 DESVIACIÓN SEXUAL.
- .0 HOMOSEXUALIDAD.
 - .1 FETICHISMO.
 - .2 PEDOFILIA.
 - .3 TRANSVESTISMO.
 - .4 EXHIBICIONISMO.
 - .8 OTRAS.
 - .9 NO ESPECIFICADAS.
- 303 ALCOHÓLISMO.
- .0 EXCESO ALCOHÓLICO EPISÓDICO.
 - .1 EXCESOS ALCOHÓLICOS HABITUALES.
 - .2 ADICCIÓN AL ALCOHOL.
 - .9 OTRAS FORMAS DE ALCOHÓLISMO Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 304 ADICCIÓN A LAS DROGAS.
- .0 OPIO, ALCALOIDES DEL OPIO Y SUS DERIVADOS.
 - .1 ANALGÉSICOS SINTÉTICOS DE EFECTOS PARECIDOS A LOS DE LA MORFINA.
 - .2 BARBITÚRICOS.
 - .3 OTROS HIPNÓTICOS Y SEDANTES O "TRANQUILIZANTES".
 - .4 COCAINA.
 - .5 CANNABIS SATIVA (HASCHISCH, MARIHUANA).
 - .6 OTROS PSICOESTIMULANTES.
 - .7 ALUCINÓGENOS.
 - .8 OTRAS.
 - .9 DROGA NO ESPECIFICADA.
- 305 TRASTORNOS SOMÁTICOS DE ORIGEN PSÍQUICO PRESUMIBLE.
- .0 CUTÁNEOS.
 - .1 OSTEOMUSCULARES.
 - .2 RESPIRATORIOS.
 - .3 CARDIOVASCULARES.
 - .4 HEMÁTICOS Y LINFÁTICOS.
 - .5 GASTROINTESTINALES.
 - .6 GENITOURINARIOS.
 - .7 ENDÓCRINOS.
 - .8 ORGANOS DE LOS SENTIDOS.
 - .9 OTROS.
- 306 SÍNTOMAS ESPECIALES NO CLASIFICABLES EN OTRA PARTE.
- .0 ALTERACIONES DEL HABLA.

- .1 TRASTORNOS ESPECÍFICOS EN EL APRENDIZAJE.
- .2 TICS.
- .3 OTROS TRASTORNOS PSICOMOTORES.
- .4 ALTERACIONES DEL SUEÑO
- .5 TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN.
- .6 ENURESIS.
- .7 ENCOOPRESIS.
- .8 CEFALALGIA.
- .9 OTROS.

307 TRASTORNOS TRANSITORIOS DE INADAPTACIÓN A SITUACIONES ESPECIALES.

308 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA.

309 TRASTORNOS MENTALES, NO ESPECIFICADOS COMO PSICÓTICOS ASOCIADOS CON AFECCIONES SOMÁTICAS.

- .0 CON INFECCIONES INTRACRANEALES.
- .1 CON INTOXICACIÓN GENERAL POR DROGAS O VENENOS.
- .2 CON TRAUMATISMO CEREBRAL.
- .3 CON TRASTORNOS CIRCULATORIOS.
- .4 CON EPILEPSIA.
- .5 CON TRASTORNOS DEL METABOLISMO, DEL CRECIMIENTO O DE LA NUTRICIÓN.
- .6 CON ENFERMEDAD CEREBRAL SENIL O PRESENIL.
- .7 CON TUMOR INTRACRANEAL.
- .8 CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL S.N.C.
- .9 CON OTRAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS Y CON LAS NO ESPECIFICADAS.

OLIGOFRENIA (310 - 315).

- 310 OLIGOFRENIA LIMINAR.
- 311 OLIGOFRENIA DISCRETA.
- 312 OLIGOFRENIA MODERADA.
- 313 OLIGOFRENIA SEVERA.
- 314 OLIGOFRENIA GRAVE.
- 315 OLIGOFRENIA DE GRADO NO ESPECIFICADO.

LOS SIGUIENTES SUBGRUPOS, INDICADOS POR LA ADICIÓN DE UN CUARTO DÍGITO, DEBEN USARSE CON CADA DE LAS ANTERIORES CATEGORÍAS:

- .0 SUBSIGUIENTE A INFECCIONES O INTOXICACIONES.
- .1 SUBSIGUIENTE A TRAUMATISMOS O AGENTES FÍSICOS.
- .2 CON TRASTORNOS DEL METABOLISMO, DEL CRECIMIENTO O DE LA NUTRICIÓN.
- .3 CON ENFERMEDAD CEREBRAL MANIFIESTA.
- .4 CON ENFERMEDADES Y ESTADOS PATOLÓGICOS DEBIDOS A INFLUENCIAS PRENATALES (DESCONOCIDAS).
- .5 CON ANOMALÍAS CROMÓSOMICAS.
- .6 CON PREMATURIDAD.

- .7 SUBSIGUIENTE A TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS IMPORTANTES.
- .8 CON PRIVACIÓN PSICOSOCIAL (AMBIENTAL).
- .9 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL -
(320 - 324)

- 320 MENINGITIS, EXCEPTO LA MENINGOCÓCICA, LA TUBERCULOSA Y LA VIRAL.
- .0 H. INFLUENZAE.
 - .1 NEUMOCOCOS.
 - .8 POR OTROS GÉRMESES ESPECIFICADOS.
 - .9 SIN ESPECIFICAR GERMEN.
- 321 FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE LOS SENOS VENOSOS INTRA CRANEALES.
- 322 ABSCESOS INTRACRANEAL E INTRARRAQUÍDEO.
- 323 ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS (EXCEPTO - LAS INFECCIONES AGUDAS).
- 324 EFECTOS TARDIOS DE ABSCESOS O DE INFECCIÓN PIÓGENA INTRACRANEAL.

ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y FAMILIARES DEL S.N.C. (330-333).

- 330 TRASTORNOS NEUROMUSCULARES HEREDITARIOS.
- .0 ATROFIA MUSCULAR NEUROPÁTICA.
 - .1 ATROFIA MUSCULAR ESPINAL FAMILIAR PROGRESIVA.
 - .2 AMIOTONIA CONGÉNITA.
 - .3 DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.
 - .9 OTROS.
- 331 ENFERMEDADES HEREDITARIAS DEL SISTEMA ESTRIOPALIDAD.
- .0 COREA HEREDITARIA.
 - .1 DISTONÍA MUSCULAR DEFORME.
 - .2 EPILEPSIA MIOCLÓNICA FAMILIAR PROGRESIVA (UNVERRICHT- LUNBDORG).
 - .9 OTRAS.
- 332 ATAXIAS HEREDITARIAS.
- .0 ATAXIA ESPINAL HEREDITARIA.
 - .1 ATAXIA CEREBRAL HEREDITARIA.
 - .9 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 333 OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y FAMILIARES DEL S.N.C.
- .0 IDIOTEZ AMAURÓTICA FAMILIAR.
 - .1 LEUCODISTROFIA CEREBRAL PROGRESIVA.
 - .9 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.

OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (340-349)

- 340 ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
- 341 OTRAS ENFERMEDADES DIESMIELINIZANTES DEL S.N.C.
- 342 PARALISIS AGITANTE.
- 343 PARAPLEJIA CEREBRAL ESPASMÓDICA INFANTIL.
- 344 OTRAS PARÁLISIS CEREBRALES.
- 345 EPILEPSIA.
 - .0 NO CONVULSIVA GENERALIZADA.
 - .1 CONVULSIVA GENERALIZADA.
 - .2 PARCIAL (FOCAL).
 - .3 ESTADO EPILÉPTICO.
 - .9 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 346 JAQUECA (MIGRAÑA).
- 347 OTRAS ENFERMEDADES DEL CEREBRO.
 - .0 CATAPLEJIA Y NARCOLEPSIA.
 - .9 OTRAS.
- 348 ENFERMEDADES DE LAS NEURONAS MOTORAS.
 - .0 ESCLEROSIS INTERAL AMIOTRÓFICA.
 - .1 PARÁLISIS BULBAR PROGRESIVA.
 - .2 OTRAS ATROFIAS MUSCULARES PROGRESIVAS.
 - .9 OTRAS MANIFESTACIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 349 OTRAS ENFERMEDADES DE LA MÉDULA ESPINAL.
 - .0 SIRINGEMIELIA Y SIRIGOBULBIA.
 - .0 OTRAS.

ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS Y DE LOS GANGLIOS PERIFÉRICOS.
(350 - 358).

- 350 PARÁLISIS FACIAL.
- 351 NEURALGÍA DEL TRIGÉMINO.
- 352 NEURITIS BRANQUIAL.
- 353 CIÁTICA.
- 354 POLINEURITIS Y POLIRRADICULITIS.
- 355 OTRAS FORMAS DE NEURALGIA Y DE NEURITIS Y LAS NO ESPECIFICADAS.
- 356 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS CRÁNEALES.
- 357 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS EXCEPTO DEL SISTEMA AUTÓNOMO.
- 358 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO AUTÓNOMO.

MORBILIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

PROMEDIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EDAD Y
SEXO.

H O M B R E S .		M U J E R E S .	
DE 16 A 25 AÑOS	50%	DE 16 A 25 AÑOS	40.3%
DE 26 A 35 AÑOS	20%	DE 26 A 35 AÑOS	20.8%
DE 36 A 45 AÑOS	13%	DE 36 A 45 AÑOS	20.2%
DE 46 A 55 AÑOS	7%	DE 46 A 55 AÑOS	10.4%
DE 56 A 65 AÑOS	8%	DE 56 A 65 AÑOS	6.6%
DE 76 A 85 AÑOS	2%	DE 66 A 75 AÑOS	.7%
DE 86 A AÑOS		DE 76 A 85 AÑOS	.9%
		DE 86 A AÑOS	.1%

COMO DATO RELEVANTE SE ENCONTRÓ QUE DIEZ CASOS DE HOSPITALIZACIÓN ESTABAN CONSIDERADOS COMO DEPENDENCIA HOSPITALARIA YA QUE AL SER EGRESADOS INMEDIATAMENTE PRESENTABAN CONDUCTA ANORMAL A PESAR DE QUE CLÍNICAMENTE EXISTIA REMISIÓN DE SUS PADECIMIENTOS.

COMO SE PODRÁ OBSERVAR OTRA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL SERÍA EN UN CASO DADO, PROPORCIONARNOS INFORMACIÓN DE CUAL ES LA EDAD EN QUE LOS INTEGRANTES DE LA COMUNIDAD PRESENTAN TRASTORNOS MENTALES ASÍ COMO EL SEXO EN QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA; ASÍ MISMO LOS TIPOS DE ANORMALIDAD MÁS FRECUENTES PARA QUE EN BASE A ESOS DATOS SE PROGRAMASEN LAS ACTIVIDADES Y LOS OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES EN FAVOR DE LA SALUD PÚBLICA.

LOS FAMILIARES DEL ENFERMO HOSPITALIZADO, TIENEN GRAN IMPORTANCIA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, YA QUE SE LES PIDE SU COOPERACIÓN PARA OBTENER MÁS RÁPIDAMENTE EL RESTABLECIMIENTO DEL PACIENTE; ASÍ MISMO SE LE TRATA DE RESPONSABILIZAR A LOS FAMILIARES PARA QUE NO ABANDONEN AL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN, POR LO QUE LES PERMITEN A LOS FAMILIARES REALIZAR VISITAS A SUS PACIENTES Y CUANDO EL PERSONAL RESPONSABLE LO CONSIDERE ADECUADO, EL PACIENTE SALE DE PERMISO A SU HOGAR PARA INICIAR EL PROCESO DE READAPTACIÓN AL NÚCLEO FAMILIAR.

COMO SE PODRÁ OBSERVAR, OTRA FUNCIÓN DEL HOSPITAL ES QUE LOS FAMILIARES SE INTERESEN EN SUS PACIENTES, QUE NO SE LES OLVIDE EN LAS INSTITUCIONES COMO SUCEDIA ANTERIORMENTE; SE TRATA DE CREAR EN DICHS SUJETOS UNA ESTRUCTURA MENTAL MÁS ACORDE COMO LA PROBLEMÁTICA QUE DESENCADENÓ EL QUE UN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR HAYA DESARROLLADO UN PADECIMIENTO MENTAL.

LA OCUPACIÓN DE LAS INSTALACIONES DEL ÁREA HOSPITALARIA OSCILA ALREDEDOR DEL 85% DE SU TOTALIDAD; POR SU FRECUENCIA, LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES DE MORBILIDAD SON:

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.	PSICOSIS TOXICA
PSICOSIS ALCOHOLICA.	NEUROSIS HISTERICA
PSICOSIS INESPECIFICAS.	NEUROSIS DE ANSIEDAD
FARMACODEPENDENCIA.	SQUIZOFRENIA
EPILEPSIA GENERALIZADA.	SIMPLE.
OLIGOFRENIA DISCRETA.	

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	60
LA TRADICIÓN DINÁMICA DE LA PSICOLOGÍA.....	66
EL PSICÓLOGO Y LA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	71
LA TRADICIÓN PSICOMÉTRICA.....	73
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.....	78
LAS FUNCIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	81
PSICOTERAPIA.....	84
NUEVAS ORIENTACIONES EN PSICOLOGÍA: CIENCIA Y PROFESIÓN.....	93
LA INVESTIGACIÓN EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	95
CONDUCTA ANORMAL.....	104
LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS NUEVAS ALTERNATIVAS.....	112
EVALUACIÓN DEL MODELO DE DIAGNÓSTICO.....	117
LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN.....	134
DIAGNOSTICADOR O TERAPEUTA.....	140

HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLINICA.

LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS HAN SIDO SORPRENDENTEMENTE AHISTÓRICOS. MUY POCO SE HA PENSADO ACERCA DEL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA, Y MENOS AÚN ES LO QUE SE HA ESCRITO SOBRE EL TEMA.

ESTA NEGLIGENCIA SE DEBE, EN PARTE, AL AUMENTO DEL INTERÉS EN LA ACTIVIDAD DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL Y DESPUÉS DE ELLA. DESDE ENTONCES, LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS CONTARON CON POCO TIEMPO PARA DEDICARLO A LA INDAGACIÓN DE SUS ORIGENES. POR LO DEMÁS, SUS INDAGACIONES COTIDIANAS LES RESULTAN TAN NUEVAS Y VITALES, QUE DIFÍCILMENTE SE LES PODRÍA CULPAR POR ACEPTAR EN FORMA TÁCITA QUE SON PRECURSORES, Y QUE EN ALGÚN PUNTO DEL CAOS DE LA GUERRA Y SUS CONSECUENCIAS POSTERIORES NACIÓ UNA NUEVA PROFESIÓN, QUE TIENE Poca O NINGUNA RELACIÓN CON LO QUE SUCEDIA ANTES.

CAPTAR EN TODA SU DIMENSIÓN EL ALCANCE Y LA CONTINUIDAD DE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA ESTÁ FUERA DE LA COMPETENCIA DE ESTE TRABAJO ASÍ COMO DE TIEMPO (ES DIFÍCIL ENCONTRAR DOCUMENTACIÓN DEL PASADO AL RESPECTO). PARA HACER JUSTICIA A TODOS LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGIA DE LA MOTIVACIÓN Y LA PSICOLOGIA DINÁMICA. DEL MISMO MODO, SERÍA PRECISO CONSIDERAR TODAS LAS RAMIFICACIONES DE LA RELACIÓN DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA, EN EL RESTO DEL CAMPO DE LA PSICOLOGIA, DE LA CUAL FORMA PARTE INTE-

GRANTE, ASÍ COMO UNA EXPOSICIÓN DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO DE LOS TESTS.

ES NECESARIO QUE ESTA EXPOSICIÓN PRESENTE UN EXAMEN DE HOMBRES E IDEAS QUE INFLUYERON EN EL MODELAMIENTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. PERO COMO LA PSICOLOGÍA ES AHORA -- UNA PROFESIÓN, TAMBIÉN DEBEMOS DEDICAR ATENCIÓN A LOS CONTROLES INTERNOS Y EXTERNOS QUE CARACTERIZAN UNA PROFESIÓN, Y A LOS MARCOS EN QUE SE LLEVA A CABO LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

CUANDO SE INICIA UNA EXPOSICIÓN HISTÓRICA, SURGE LA PROBLEMATICA DE UBICAR LA FECHA MÁS CONVENIENTE PARA INICIARLA. CON ALGUNA JUSTIFICACIÓN, SE DECIDIÓ QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, SEGÚN LA CONOCEMOS, SURGIÓ A INICIOS DEL SIGLO ACTUAL.

LOS ORIGENES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, PUEDEN ENCONTRARSE EN LAS TRADICIONES PSICOMÉTRICAS Y DINÁMICAS DE LA PSICOLOGÍA; ESTAS TRADICIONES SON UNAS DE LAS FUENTES DE LAS CUALES NACIÓ LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, FUÉ A SU VEZ, UNA PARTE DE LA TRADICIÓN CIENTÍFICA DEL SIGLO XIX. CON LAS LIMITACIONES QUE HOY PESAN SOBRE LA TRADICIÓN PSICOMÉTRICA, A ESTE MOVIMIENTO LE DEBE EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN GRAN PARTE SU POSICIÓN Y TRADICIÓN CIENTÍFICA. ESTA, QUE AVANZÓ CON GALTON, PASANDO POR BINET Y TERMAN, CUMPLIÓ CON LA EXIGENCIA DE QUE, SI SE QUERÍA QUE LA PSICOLOGÍA SE CONVIRTIESE EN UNA CIENCIA, DEBÍA COMPARTIR CON LAS OTRAS EL RESPETO DE LA MEDICIÓN CUANTITATIVA.

LA PSICOMETRÍA, COMO HERRAMIENTA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, DEBE SUS COMIENZOS A FRANCIS GALTON EN INGLATERRA. EN LA LUCHA ORIGINADO POR LOS PROBLEMAS INDIVIDUALES EN CUANTO A SUS DIFERENCIAS, ÉL Y SUS DISCÍPULOS HICIERON MUCHO PARA SENTAR LAS BASES DE LA INVESTIGACIÓN DE LA APTITUD, MEDIANTE EL USO DE LAS OBSERVACIONES DEL DESEMPEÑO DE UN INDIVIDUO COMO INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFERENTES INDIVIDUALES. CREÓ DE ESE MODO LAS PRUEBAS MENTALES.

EN 1890 CATTELL INTRODUJO EL TÉRMINO "TESTS MENTALES" EN UN ARTÍCULO QUE DESCRIBÍA LAS PRUEBAS QUE HABÍA USADO EN LA UNIVERSIDAD DE PENNSYLVANIA. YA EN ESA FECHA ABOGABA POR LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y EL ESTABLECIMIENTO DE NORMAS.

DESDE SU ÉPOCA DE ESTUDIANTE CON WUNDT, CATTELL SE HABÍA INTERESADO POR LA PROBLEMATICA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, Y TRABAJÓ PARA ESTIMULAR NUEVAS INVESTIGACIONES. JUNTO CON THORNDIKE Y WOODWORTH, TAMBIÉN SUBRAYÓ LA NECESIDAD EN ENCARAR LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES POR MEDIO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO, ENFOQUE EN VERDAD NUEVO EN ESA ÉPOCA. ALGUNAS DE ESAS INVESTIGACIONES, TANTO EN EL LABORATORIO DE CATTELL COMO DE OTROS EN DISTINTAS PARTES, HICIERON CONTRIBUCIONES POSITIVAS A DIVERSAS FACETAS DEL PROBLEMA DE LA MEDICIÓN PSICOMÉTRICA.

LA MAYORÍA DE LAS INVESTIGACIONES DE LA ÉPOCA SE OCUPABAN DE SIMPLES FUNCIONES SENSORIOMOTRICES Y ASOCIATIVAS, Y SE BASABAN EN LA SUPOSICIÓN DE QUE LA INTELIGENCIA -

PODÍA SER REDUCIDA A SENSACIONES Y A VELOCIDAD MOTRIZ, INTENTO QUE, COMO AHORA SE SABE, ESTABA CONDENADO AL FRACASO. MÁS AÚN, AUNQUE SE UTILIZÓ MATERIAL MÁS APTO, LOS ESTUDIOS CON UNIVERSITARIOS, EN CORNELL, COMO EL DE SHARP Y EL ESTUDIO DE WISSLER, EN COLUMBIA, RESULTARON SER EN ESENCIA NO PRODUCTIVOS. LOS INVESTIGADORES NO TUVIERON EN CUENTA QUE LOS UNIVERSITARIOS CONSTITUYEN UN GRUPO MUY SELECTO, DE IMPLITUD CONSIDERABLEMENTE LIMITADA. LA CONCLUSIÓN NEGATIVA DE ESTOS ESTUDIOS OBSTACULIZÓ DURANTE AÑOS NUEVAS INVESTIGACIONES EN EL PLANO UNIVERSITARIO.

ENTRETANTO BINET TRABAJABA EN FRANCIA, DESARROLLANDO SUS PRUEBAS BASADAS EN MUESTRAS DE CONDUCTA MÁS AMPLIAS QUE LAS USADAS HASTA ENTONCES BASTANTE CONOCIDO SU ÉXITO EN LA CLASIFICACIÓN INTELECTUAL DE LOS ESCOLARES DE PARÍS. LA TRADUCCIÓN DE SUS TESTS Y SU EMPLEO EN E.U.A., SE PRODUJERON POCO DESPUÉS DEL FIN DEL SIGLO.

GODDARD (SIMULTÁNEAMENTE CON HEARLY), DISCÍPULO DE G. STANLEY HALL, INTRODUJO LAS PRUEBAS BINET EN ESTADOS UNIDOS. DURANTE UN VIAJE AL EXTERIOR, Y EN UN CONTACTO CON DECROLY, CONOCIÓ LOS TRABAJOS DE BINET. EN 1910 EMPEZÓ A PUBLICAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS, Y EN 1911, PUBLICÓ SU REVISIÓN DE LA ESCALA BINET DE 1908. ESTA REVISIÓN JUNTO CON LA DE KUHLMANN, TAMBIÉN PUBLICADA EN 1911, ADQUIRIÓ ALGUNA POPULARIDAD ENTRE LOS CLÍNICOS, PERO EL TRABAJO POSTERIOR DE TERMAN SUPERÓ CON MUCHO LA LABOR DE AMBOS.

Es probable que la prueba de mayor influencia en

LAS TENDENCIAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA FUESE LA REVISIÓN -
TERMAN DE LA ESCALA BINET. EN RIGOR, DURANTE AÑOS, LA PRIN-
CIPAL TAREA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO CONSISTIÓ EN ADMINISTRAR
EL STANFORD-BINET.

EN VISTA DE LA IMPORTANCIA DE DICHA PRUEBA, RESUL-
TA CONVENIENTE PRESENTAR CON ALGÚN DETALLE LOS ANTECEDENTES
DE SU DESARROLLO.

LEWIS M. TERMAN REALIZÓ SUS ESTUDIOS EN CLARK, -
POCO DESPUÉS DE PRINCIPIO DE SIGLO, BAJO LA DIRECCIÓN DE --
HALL, SANFORD Y BURNHAM.

INFLUENCIA DE HALL PROVENÍA EN MAYOR MEDIDA DEL -
ENTUSIASMO QUE INSPIRABA Y DE LA AMPLITUD DE SUS INTERESES,
QUE DE SU CAUTELA Y OBJETIVIDAD CIENTÍFICAS. SANFORD INFLU-
YO EN EL ASPECTO DE SER SU ASESOR DE TESIS PERO TERMAN TRA-
BAJABA EN FORMA INDEPENDIENTEMENTE SOBRE EL ASPECTO DE LAS
PRUEBAS.

UNA RESEÑA TAN ESTRICTAMENTE RESTRINGIDA COMO ES
ÉSTA PUEDE FÁCILMENTE DAR LA IMPRESIÓN DE QUE POCO O NADA -
SE ESTABA HACIENDO EN LOS CAMPOS DE INVESTIGACIÓN, PERO TER-
MAN NO ERA EL ÚNICO INTERESADO EN EL DESARROLLO Y ESTANDARI-
ZACIÓN DE LAS PRUEBAS POR CUALQUIER MEDIO. EN SU OBRA MEN-
CIONA, COMO CONOCIDOS PARA ÉL EN 1904, LOS TRABAJOS DE BI-
NET, GALTON, OEHREN, EBBINGHAUS, KRAEPELIN, ASCHAFFER BURG,-
STERN, CATTELL, WISSLER, THORNDIKE, GILBERT, JASTROW, BOLTON
THOMPSON, SPERMAN, SHARP Y KUKLMANN.

POR SUGERENCIAS DE HUEY, QUE HABÍA TRABAJADO EN -

LA CLÍNICA DE ADOLF MEYER, EN HONNS HOPKINS, TERMAN, IMPÁVI DO ANTE LA ACTITUD HOSTIL DE LA MAYORÍA DE LOS PSICÓLOGOS, COMENZÓ A TRABAJAR EN LA ESCALA BINET DE 1908, Y EN 1916 PUBLICÓ LA REVISIÓN STANFORD DE LAS PRUEBAS BINET-SIMON. EL INTERÉS DE TERMAN POR LOS TESTS Y SUS RESULTADOS CONTINUÓ SIN DECAER, Y PRODUJO OTRA REVISIÓN MÁS EN 1937.

LOS TESTS DE EJECUCIÓN, TAN NECESARIOS PARA EL TRABAJO CON LAS DEFICIENCIAS DEL LENGUAJE, SON EN REALIDAD ANTERIORES A STANFORD-BINET. LAS TABLAS DE FORMAS DE SEQUIN, WITMER Y HEALY, Y OTROS TESTS DE EJECUCIÓN, YA TENÍAN USO CLÍNICO. AUNQUE NO FALTABAN LAS NORMAS, NO ESTABAN DESARROLLADAS, Y LAS INSTRUCCIONES DABAN GRAN VALOR AL LENGUAJE. SE SENTÍA LA FALTA DE UNA BATERÍA DE TESTS DE EJECUCIÓN QUE ABARCARAN UNA VARIEDAD DE FUNCIONES Y NO DEPENDIERAN TANTO DEL LENGUAJE.

ENTRE LOS PRIMEROS QUE APARECIERON Y LOGRARON UNA ACEPTACIÓN BASTANTE GENERAL SE CUENTA LA ESCALA DE TESTS DE EJECUCIÓN PINTNER-PATERSON, PUBLICADA EN 1917. EN ELLA SE INCLUIAN VARIAS TABLAS DE FORMAS, EN UN TESTS DE CONSTRUCCIÓN DE UN MANIQUE Y DE FACCIÓNES DE UN PERFIL, UNO DE COMPLETAMIENTO DE DIBUJOS, UNO DE SUSTITUCIÓN Y UNO DE IMITACIÓN DE LOS CUBOS.

OTRO PASO IMPORTANTE FUÉ EL DESARROLLO DE TESTS COLECTIVOS, IMPULSADOS POR LA NECESIDAD DE TOMAR PRUEBAS A GRANDES CANTIDADES DE PERSONAS PRINCIPALMENTE EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL.

AUNQUE LOS TESTS COLECTIVOS NO ERAN DESCONOCIDOS ANTES DE LA GUERRA, LA NECESIDAD DE EVALUAR RÁPIDAMENTE UNA GRAN CANTIDAD DE HOMBRES PROPORCIONÓ EL IMPULSO NECESARIO - PARA UN AMPLIO DESARROLLO.

LA ESCALA ALFA PARA RECLUTAS CON CONOCIMIENTOS ES COLARES DE HABLA INGLESA, Y LA ESCALA BETA PARA RECLUTAS -- ANALFABETAS Y PARA LOS QUE NO HABLABAN EL IDIOMA INGLÉS, SE DESARROLLARON CON RÁPIDES, A TONO CON LAS EXIGENCIAS.

LA HOJA DE DATOS PERSONALES WOODWORTH, LA PRIMERA DE UNA LARGA LÍNEA DE INVENTARIOS PARA EVALUAR LA PSICONEUROSIS, FUÉ TAMBIÉN UN PRODUCTO DE LAS NECESIDADES MILITARES. Y TANTO ÉXITO TUVIERON ESTAS PRUEBAS EN LO REFERENTE A SUPE RAR LOS PREJUICIOS QUE SE LES OPONÍAN, TANTO EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA COMO ENTRE EL PÚBLICO EN GENRAL, QUE DESPUÉS DE LA GUERRA APARECIÓ UN VERDADERO TORRENTE DE TESTS COLECTIVOS.

LA TRADICION DINAMICA DE LA PSICOLOGIA.

LA PSIQUIATRIA DE LA ÉPOCA SE OCUPABA FUNDAMENTAL MENTE DE LA PATOLOGÍA Y DE LA BÚSQUEDA DE UNA EXPLICACIÓN - DE LA PERTURBACIÓN MENTAL EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD. KRAEPELIN INTRODUJO CLARIDAD MEDIANTE SU CLASIFICACIÓN DE - LAS ENFERMEDADES MENTALES, PERO A EXPENSAS DE UNA COMPREEN-- SIÓN MÁS PROFUNDA. BASADA EN LOS SÍNTOMAS, Y DE CARÁCTER - PRINCIPALMENTE DESCRIPTIVO, SU CLASIFICACIÓN SIRVIÓ PARA RE DUCIR EN QUIÉNES LA USABAN, EL ANSIA DE COMPRENDER LA DINÁ- MICA PSICOLÓGICA.

EL PENSAMIENTO Y LAS INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS EFECTUADAS POR LOS FRANCESES INFLUYERON PROFUNDAMENTE SOBRE JAMES. LA OBRA DE JANET Y CHARCOT TUVO PARTICULAR IMPORTANCIA EN ESE SENTIDO. LA INFLUENCIA DE JAMES SE EXPRESÓ ANTE TODO EN "PRINCIPIOS DE PSICOLOGÍA" OBRA DE SU CREACIÓN PUBLICADA EN 1890.

ALGUNOS HECHOS DE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PERMITEN LA INTERPRETACIÓN DE QUE EN REALIDAD FUERON LOS PSICÓLOGOS, EN PARTE, Y NO SOLO LOS PSIQUIATRAS, COMO SE SUPONE EN GENERAL, QUIENES DIERON EL PRIMER APOYO AL PSICOANÁLISIS, POR CIERTO QUE EN LA DÉCADA DE 1920, Y EN NÚMERO CADA VEZ MAYOR, LOS PSIQUIATRAS SE MOSTRARON INTERESADOS, Y DURANTE LOS VEINTE AÑOS SIGUIENTES SE IDENTIFICARON TAN FIRMEMENTE CON LA DISCIPLINA, QUE SÓLO EN LA ACTUALIDAD LOS PSICÓLOGOS INICIAN A OCUPAR UN PUESTO DESTACADO EN EL PENSAMIENTO Y LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA.

UNA IMPORTANTE FUENTE DE INFLUENCIA, QUE CONTRIBUYÓ AL CRECIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA FUERON EL PENSAMIENTO Y LOS ESCRITOS DE WILLIAM JAMES, G. STANLEY HALL Y SUS COLABORADORES. AUNQUE NO SE LES PUEDE CALIFICAR DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS, SU PENSAMIENTO SE ENCONTRABA MUCHO MÁS CERCA DEL MOVIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

FECHNER, HELMHOLTZ, WUNDT, KRAEPELIN Y OTROS HABÍAN EMPLAZADO LA PSICOLOGÍA SOBRE UNA DISCIPLINA SUBORDINADA EN LA FILOSOFÍA, IMPOSIBLE DE DISTINGUIR DE ELLA., PERO AL REDUCIR EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO EXCLUSIVO -

DE LA EXPERIENCIA INTELECTUAL CONSCIENTE A PARTIR DE LAS SEN
SACIONES, ERA RELATIVAMENTE POCO LO QUE LA NUEVA ORIENTACIÓN
PODÍA APORTAR AL MÉTODO CLÍNICO Y A LA PROFESIÓN CON LA CUAL
HABRÍA DE VINCULARSE.

EN 1940, SE INICIA LA PUBLICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN
FREUD EN ALEMANIA MUCHOS DE LOS ACTUALES AVANCES DE LA PSI-
COLOGÍA CLÍNICA CON RESPECTO AL AGENTE DE LA COMPRESIÓN --
DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD, EL INTENTO DE RELA -
CIONAR LA CONDUCTA ACTUAL CON LAS EXPERIENCIAS DE LAS CUALES
EL PACIENTE NO TIENE CONSCIENCIA, LA UTILIZACIÓN EVALUATIVA
DE VERBALIZACIONES INCIDENTALS, Y LA CONDUCTA FÍSICA DEL -
PACIENTE, Y EL ELEMENTO DE LA VALORACIÓN PSICODIAGNÓSTICA -
NACEN EN GRAN MEDIDA DE LA TRADICIÓN DINÁMICA.

EN LO REFERENTE A LA FUENTE DE TALES INFLUENCIAS,
SIGMUND FREUD ES EL MÁS IMPORTANTE. EL Y SUS COLEGAS ANA -
LISTAS AFECTARON PROFUNDAMENTE EL PENSAMIENTO DE MUCHOS PSI-
CÓLOGOS CLÍNICOS, QUE EN SU MAYORÍA FUERON RECEPTORES PASI-
VOS DE DICHAS INFLUENCIAS.

EN LA DÉCADA DE 1930, ALGUNOS DE LOS TEMAS PREDOM-
INANTES ERAN LOS DE TIPO INFANTIL, PSICOLÓGICOS Y CLÍNICOS,
EN CONTRASTE CON LAS FUNCIONES ADULTAS, PSIQUIÁTRICAS E INS-
TITUCIONALES DE LA ÉPOCA ANTERIOR.

LA CLÍNICA Y LA LABOR DESTINTIVAMENTE PSICOLÓGICA
CON EL NIÑO SON IMPORTANTES, NO SOLO POR SU UTILIDAD Y VALOR
CIENTÍFICOS, SINO TAMBIÉN POR LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA QUE
MANIFIESTAN Y POR LA IMPORTANCIA QUE ASIGNÓ A LOS ASPECTOS

DE PREVENCIÓN DE LA HIGIENE MENTAL DE LA COMUNIDAD. Y SIN EMBARGO, DESDE LA DÉCADA DE 1930, SE HA DESPLAZADO EL CENTRO DE INTERÉS. LOS ASPECTOS "ADULTOS", "PSIQUIÁTRICO" E "INSTITUCIONAL" DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PARECEN SER ACTUALMENTE DE NUEVO LOS DOMINANTES.

EN LA DÉCADA DE 1940, LLEGÓ TAMBIÉN EL PREDOMINIO, EN LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE UNA DE LAS TENDENCIAS ANTES SEÑALADAS; SE TRATA DEL SURGIMIENTO E INSTRUMENTACIÓN DE UN NUEVO CONCEPTO DE LA PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN.

HASTA DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL EXISTIERON POCOS ACUERDOS DEMOSTRABLES EN CUANTO A LA PREPARACIÓN, CARACTERÍSTICAS, OBLIGACIONES O POSICIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONISTA.

EYSENCK, DECIA, "UNA PERSONA QUE SE LLAME" PSICÓLOGO CLÍNICO "DEBE SER ALGUIEN MUY DESTACADO, DE ELEVADA -- COMPETENCIA ACADÉMICA Y CON VEINTE O TREINTA AÑOS DE EXPERIENCIA PRÁCTICA EN EL CAMPO DE LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO, -- LA INVESTIGACIÓN Y LA TERAPIA, O BIEN DE SER UN ESTUDIANTE QUE SE ESPECIALICE EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA".

AUNQUE TAMPOCO SE ENCUENTRE TOTALMENTE DEFINIDA LA FISIONOMÍA PROFESIONAL DE UN PSICÓLOGO, SE HA LLEGADO A UN GRADO DE FORMULACIÓN EXACTA QUE HACE ALGUNOS AÑOS NO SE ESPERABA ALCANZAR.

LOS PROBLEMAS Y LOGROS ACTUALES, LAS TENDENCIAS ESTABLECIDAS Y LOS PROBLEMAS NO RESUELTOS ESTÁN RELACIONA --

DOS CON EL SURGIMIENTO DE LA PSICÓLOGIA COMO PROFESIÓN. EN
TRE LOS FACTORES QUE PRODUCEN LA ESTABILIZACIÓN ACTUAL SE -
CUENTAN EL CONSENSO DE LA MAYORÍA DE LAS PARTES INTERESADAS
EN CUANTO A QUE LA EVALUACIÓN DIANÓSTICA CONSTITUYEN UNA -
ACTIVIDAD ESPECÍFICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

EL PSICÓLOGO Y LA CLÍNICA PSICOLÓGICA.

LOS PSICÓLOGOS ACEPTAN EN GENERAL QUE EL CASO QUE LLEVÓ A LA FUNDACIÓN DE LA PRIMERA CLÍNICA PSICOLÓGICA FUE TRATADO POR LIGHTNER WITMER EN LA UNIVERSIDAD DE PENNSYLVANIA., EN 1896. WITMER FUE EL PRIMERO EN HABLAR DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA, DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DEL MÉTODO CLÍNICO EN PSICOLOGÍA.

UN EXAMEN SUPERFICIAL DE LAS PRIMERAS PUBLICACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO LO ES LA REVISTA PSYCHOLOGICAL CLINIC, FUNDADA Y DIRIGIDA POR WITMER MUESTRA QUE LA LABOR INTENTADA EN ESA CLÍNICA INCLUÍA LA REMISIÓN DE LOS PACIENTES A INSTITUCIONES PARTICULARES.

LA CLÍNICA FUNDADA POR SEASHORE EN LA UNIVERSIDAD DE IOWA, ALREDEDOR DE 1910, SIGUIÓ EL MODELO DE WITMER, Y NO CABE DUDA QUE DE OTRAS, TALES COMO LA FUNDADA POR J.E.W. WALLIN, DE LA UNIVERSIDAD DE PITTSBURG, EN 1912, LE DEBEN UNA PARTE DE SU IMPULSO; PERO MUCHAS OTRAS CLÍNICAS Y ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS PARECEN HABER CRECIDO EN FORMA INDEPENDIENTE Y CON POCO CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO DE ESA PRIMERA CLÍNICA. SEASHORE HABLA COMO SU SEGUNDA CLÍNICA PSICOLÓGICA. Y SIN EMBARGO, EN 1914, WALLIN VERIFICÓ LA EXISTENCIA DE UNAS VEINTE CLÍNICAS PSICOLÓGICAS, ALGUNAS DE LAS CUALES, POR LO MENOS DEBEN DE HABERSE DESARROLLADO BAJO UNA TRADICIÓN DIFERENTE, SALVO EN EL CASO MÁS BIEN IMPROBABLE DE QUE LA MAYOR PARTE DE ELLAS FUESEN FUNDADAS DESPUES DE

1910 PERO ANTES DE 1914. AUNQUE LA CLÍNICA WITMER VENÍA -
FUNCIONANDO SIN INTERRUPCIONES DESDE SU FUNDACIÓN, RESULTA
MUY DIFÍCIL ENCONTRAR PRUEBAS SOBRE SUS EFECTOS EN LA PSICO-
LOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.

OTRA VERTIENTE QUE CONFLUYÓ EN ESE CAMPO DE LA -
PSICOLOGÍA CLÍNICA ACTUAL NACIÓ DEL DENOMINADO MOVIMIENTO
DE ORIENTACIÓN INFANTIL. EL PSIQUIATRA WILLIAM HEALY, FUE
SU FIGURA MÁS IMPORTANTE. TRABAJABA SOBRE LOS ASPECTOS --
EFECTIVOS DE LA PERSONALIDAD, Y ANTE TODO CON PROBLEMAS DE
LA CONDUCTA Y LA DELINCUENCIA.

EN 1894, SE DESTACABA LA IMPORTANCIA DE LO QUE SE
DENOMINABA LOS SISTEMAS DE LA "NUEVA PSICOLOGÍA", COMO UNO
DE LOS SIGNOS MÁS PROMISORIOS DE PROGRESO EN LO REFERENTE -
A LOGRAR LA COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

EN 1907, SE INTRODUCE EL EXAMEN PSICOLÓGICO CLÍNICO
CO DE RUTINA DE TODOS LOS PACIENTES NUEVOS, EN EL MARCO DEL
HOSPITAL MENTAL. DE 1920 A 1930 ES LA ETAPA EN QUE LA PSI-
COLOGÍA CLÍNICA ADQUIERE MAYOR IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA,
DURANTE ESE LAPSO, MUCHOS PSICÓLOGOS SE INTEGRARON A LA PSI-
COLOGÍA CLÍNICA SIN HABERSE DEFINIDO PREVIAMENTE POR ESE -
CAMPO, POR LO QUE NO SE MOSTRÓ UN GRAN INTERÉS POR LOS PRO-
BLEMAS PRÁCTICOS DE LA CONDUCTA HUMANA EN EL MISMO O MAYOR
GRADO QUE A OTRAS APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA. LA MAYORÍA
DE LAS DIFICULTADES POR QUE PASÓ LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN -
ESE PERÍODO, MIENTRAS BUSCABA A TIENTAS SU CONDICIÓN PROFE-
SIONAL, FUERON DIFICULTADES INTERNAS DE LA DISCIPLINA. UN

RÁPIDO CRECIMIENTO, Y A LA VEZ, CIERTA HOSTILIDAD POR PARTE DE LAS FUERZAS DOMINANTES CUBIERTAS EN LA PSICOLOGÍA CARACTERIZAN A LA HISTORIA DE ESTE PERÍODO E INFLUYEN SOBRE MUCHOS DE LOS ACONTECIMIENTOS ESPECÍFICOS QUE SE ANALIZAN: LA TRADICIÓN PSICOMÉTRICA.

EL PERÍODO DE LA DÉCADA DE 1920 FUE, DE ASENTAMIENTO, QUE SIGUIÓ AL IMPULSO INICIAL QUE SE DIO A LAS PRUEBAS, DURANTE EL CUAL ESAS PRIMERAS HERRAMIENTAS DEL CLÍNICO ESTUVIERON SOMETIDAS A UNA EVALUACIÓN Y LAS EXAGERADAS ESPERANZAS DE SUS USUARIOS SE VIERON REDUCIDAS COMO RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN. ESTUDIOS DE VALIDEZ, INVESTIGACIONES DE LA CONSTANCIA, APLICACIÓN DE LOS TESTS A NUEVAS POBLACIONES ESTUDIOS DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES, LA CONTROVERSIANATURALEZA-CULTURA, LAS DIFERENCIAS SOCIALES, RACIALES, EL DESARROLLO DE LOS TESTS COLECTIVOS, DE EJECUCIÓN, LAS MEDICIONES DEL INTERÉS Y LOS TESTS DE PERSONALIDAD, MEDIANTE CUESTIONARIOS, OCUPARON ESA DÉCADA Y LA SIGUIENTE, Y AYUDARON A CONSOLIDAR LAS CONQUISTAS DEL PERÍODO ANTERIOR. LAS TEORÍAS DE LA INTELIGENCIA Y EL ANÁLISIS FACTORIAL ESTÁN TAMBIÉN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON ESTE TENDENCIA. FUE UN PERÍODO DE DESTACADOS PROGRESOS, QUE PREPARARON EL TERRENO PARA LA ETAPA ACTUAL.

LAS OBJECIONES DE LA LIMITACIÓN QUE IMPLICABA ESE ENFOQUE FUERON CADA VEZ MÁS FRECUENTES. EL DESARROLLO DE LOS TESTS COLECTIVOS DURANTE LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL, Y DESPUÉS DE ELLA, VALORABA LA REPRODUCCIÓN FÁCIL, LA ESTANDA-

RIZACIÓN RÍGIDA HASTA EL MEJOR DETALLE Y DABA UNA IMPORTAN-
CIA UNILATERAL AL PUNTAJE. DURANTE LAS DÉCADAS MENCIONADAS
SE DESARROLLARON MEDICIONES DE LA PERSONALIDAD CON ESAS CA-
RACTERÍSTICAS. ALGUNOS PSICÓLOGOS CONSIDERARON QUE LOS RE-
SULTADOS LOGRADOS ERAN DESALENTADORES Y ESTÉRILES.

OTRAS OBJECIONES A LA UTILIZACIÓN EXCLUYENTE DE UN
ENFOQUE PSICOMETRICO NACIERON DEL SURGIMIENTO DE LAS TÉCNI-
CAS PROYECTIVAS COMO UN ASPECTO DE LA TRADICIÓN DINÁMICA.

MUCHOS DE LOS ACTUALES AVANCES DE LA PSICOLOGÍA -
CLÍNICA (EL ACENTO EN LA COMPRENSIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE
LA PERSONALIDAD, EL INTENTO DE RELACIONAR LA CONDUCTA ACTUAL
CON LAS EXPERIENCIAS DE LAS CUALES EL PACIENTE NO TIENE CON-
CIENCIA, LA UTILIZACIÓN EVALUATIVA DE VERBALIZACIONES INCI-
DENTALES Y DE LA CONDUCTA FÍSICA DEL PACIENTE, Y LA VALORA-
CIÓN PSICODIAGNÓSTICA) NACEN EN GRAN MEDIDA DE LA TRADICI-
ÓN DINÁMICA.

LAS FUENTES DE TALES INFLUENCIAS, CON SIGMUND FRE-
UD COMO EL PRINCIPAL EXPONENTE, AFECTARON PROFUNDAMENTE EL
PENSAMIENTO DE MUCHOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE SU MAYOR PAR-
TE, FUERON RECEPTORES PASIVOS DE DICHA INFLUENCIA. LA IN-
FLUENCIA DEL PSICOANÁLISIS SE SINTIÓ DE MODO DIRECTO EN TRES
DE LAS MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS DE LA TRADICIÓN DINÁMICA
QUE TIENEN ESTRECHA RELACIÓN CON EL PSICÓLOGO: EL ENFOQUE -
DE LA PERSONALIDAD POR MEDIO DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS, -
LA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y UNA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL, COM-
PARTEN LA RESPONSABILIDAD DE HABER SIDO EN ESA ÉPOCA LAS -

MÁS IMPORTANTES MANIFESTACIONES DE LA TRADICIÓN DINÁMICA EN PSICOLOGÍA.

FUE ESE UN PERÍODO EN QUE LAS CLÍNICAS PSICOLÓGICAS REFLEJARON EL ESTADO DE ESTABILIZACIÓN DE LA TRADICIÓN PSICOMÉTRICA. APARECIERON ALGUNAS NUEVAS CLÍNICAS, OTRAS CERRARON SUS PUERTAS. EN 1943, APARECIÓ UN INFORME SOBRE UN CUESTIONARIO DE CLÍNICA PSICOEDUCACIONAL PREPARADO POR WITTY Y THERMAN. SOBRE LA BASE DE LOS DATOS OBTENIDOS CALCULABAN QUE HABÍA UNAS CINCUENTA. ESTA CIFRA JUNTO CON LAS VEINTE DE 1914, SUS OBJETIVOS DECLARADOS ERAN:

- 1).- PROPORCIONAR A ESCUELAS, ORGANISMOS SOCIALES E INDIVIDUOS, SERVICIOS DE LOS TESTS DIAGNOSTICOS Y MÉTODOS CORRECTIVOS PARA LA ADAPTACIÓN EDUCACIONAL, VOCACIONAL Y SOCIAL.
- 2).- PREPARAR A LOS ESTUDIANTES PARA ANALIZAR E INTERPRETAR TESTS.
- 3).- INVESTIGACIÓN CON ESPECIAL ASISTENCIA EN EL ESTUDIO DE LOS DESVIADOS EN LAS CAUSAS Y TRATAMIENTOS DE LAS DIFICULTADES PARA EL APRENDIZAJE Y EN EL TRABAJO CON MATERIALES TERAPÉUTICOS.

DURANTE ESTE PERÍODO SE HABÍA PRODUCIDO UN DESPLAZAMIENTO IMPORTANTE DEL FOCO DE ATENCIÓN. LA DELINCUENCIA DEJÓ DE SER EL INTERÉS PRINCIPAL. SE INICIÓ EL INTERÉS POR LA INADAPTACIÓN EN LA ESCUELA Y EL HOGAR ESPECIALMENTE EN LA VINCULADA CON LAS RELACIONES PADRE-HIJO.

LAS CLÍNICAS ESTABLECIDAS Y LAS QUE ESTABAN CREAN

DOSE EMPEZARON A CONCENTRARSE EN PROBLEMAS INDIVIDUALES QUE PODRÍAMOS INCLUIR EN CONJUNTO EN LA ESFERA NORMAL DE LA INTELIGENCIA, Y CUYAS RAÍCES PUEDEN ATRIBUIRSE EN CIERTA MEDIDA A LAS DIFICULTADES EMOCIONALES.

EL NÚMERO DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE TRABAJAN EN LOS HOSPITALES DE ENFERMEDADES MENTALES IBA AUMENTANDO GRADUALMENTE. PERO EL AISLAMIENTO GEOGRÁFICO DE ESOS PSICÓLOGOS HOSPITALARIOS ACENTUÓ, SEGÚN PARECE EL AISLAMIENTO EXISTENTE EN OTROS TERRENOS, DE MANERA QUE EL EFECTO DE ESE ASPECTO DEL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA NO TUVO TANTA IMPORTANCIA COMO EN LAS DÉCADAS SIGUIENTES. SIN EMBARGO - ALGUNOS PSICÓLOGOS COMENZABAN A SOSPECHAR QUE SU ENFOQUE ERA INDEBIDAMENTE LIMITADO. A CONSECUENCIA DE ELLO, HUBO VARIOS INTENTOS DE AMPLIAR LOS ALCANCES DE LOS TRABAJOS EN EL CAMPO DE LOS TESTS, PARA DEJAR ATRÁS LA TRADICIÓN ATOMISTA POR MEDIO DE INVESTIGACIONES Y TEORIZACIONES RELATIVAS A LA PERSONALIDAD DE SUS PACIENTES.

LOS PROBLEMAS CLÍNICOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL FUERON OBJETO DE ESTUDIOS INTENSIVOS Y EXTENSIVOS. EN ESTA ETAPA PRECISAMENTE, LA PSICOLOGÍA CLÍNICA REGISTRÓ SU MAYOR AVANCE EN EL TERRENO DE LAS PRUEBAS DE INTELIGENCIA. LOS TESTS PSICOMÉTRICOS PARA LOS CASOS DE DEFICIENCIA MENTAL RECIBIERON UNA AMPLIA ACEPTACIÓN, Y EL PSICÓLOGO ERA LA AUTORIDAD EN ESE CAMPO. A PESAR DE LA ACEPTACIÓN DEL TRABAJO QUE EFECTUABAN EN LAS DÉCADAS DE 1920 Y 1930, LA POSICIÓN DE LOS PSICÓLOGOS Y DE LA ACTIVIDAD PSICOLÓGICA RESULTABA UN

TANTO CONFUSA.

ENTONCES COMO AHORA, EXISTÍA EL DILEMA DE MANTENER LAS NORMAS, PERO SIN HACERLAS TAN EXIGENTES EN EL SENTIDO DE PREPARACIÓN DEL PSICÓLOGO. EN LAS CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS SE PRODUJO UN PROCESO SIMILAR, EN MENOR MEDIDA, ESTE PROCESO SE RETRASÓ EN LOS HOSPITALES, EN PARTE PORQUE LA PSICOTERAPIA, SALVO EN POCAS INSTITUCIONES, NO SE PRACTICABAN AÚN.

DURANTE ESE PERÍODO HUBO MUY POCAS DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES CON LA PSIQUIATRÍA. EN GRAN MEDIDA ELLO SE DEBIÓ A QUE ERAN POCOS LOS PSICÓLOGOS QUE PRACTICABAN LA TERAPIA, Y ESOS POCOS LO HACÍAN BAJO AUSPICIOS INSTITUCIONALES Y EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE 1940 A 1950.

NO ES POSIBLE DISCERNIR UNA CONTINUIDAD QUE VAYA DE UNA GENERACIÓN A OTRA EN EL INGRESO AL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA POR PARTE DE LOS PSICÓLOGOS.

EN AÑOS POSTERIORES, PSICÓLOGOS AISLADOS, QUE SE DESTACARON EN PSICOTERAPIA, CRECIERON EN ESTATURA, NO CIERTAMENTE SIN AYUDA, PERO TAMPOCO POR LOS ESFUERZOS COMBINADOS DE GRUPO ALGUNO NI GRACIAS A LA LABOR DE UN SOLO INDIVIDUO DE MÁS EXPERIENCIA.

LOS PSICÓLOGOS SIRVIERON EN LAS FUERZAS ARMADAS DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.

EN EL PROCESO DE APRENDER A APLICAR SU PREPARACIÓN PSICOLÓGICA A LA SITUACIÓN MILITAR, UN ANÁLISIS POSTERIOR

REVELÓ POR LO MENOS DOS TENDENCIAS IMPORTANTES, QUE EJERCIERON Y SIGUEN EJERCIENDO UN PROFUNDO EFECTO SOBRE LA PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA. DESCUBRIERON CON ESCASA SORPRESA, Y CON CONSIDERABLE ASOMBRO DE SUS COLEGAS DE OTRAS DISCIPLINAS QUE SU PREPARACIÓN GENERAL EN MATERIA DE MÉTODOS PSICOLÓGICOS - PODÍA SER APLICADA A MUCHOS PROBLEMAS QUE INICIALMENTE PARECÍAN EN TODO SENTIDO AJENOS A SU PROFESIÓN DESDE EL DISEÑO DE LOS TABLEROS DE INSTRUMENTOS DE AVIONES HASTA LA SELECCIÓN DE EQUIPO DE DEMOLICIÓN SUBMARINA, LOS PSICÓLOGOS DESCUBRIERON QUE, EN COLABORACIÓN CON ESPECIALISTAS DE OTRAS DISCIPLINAS, PODÍAN EFECTUAR VALIOSAS CONTRIBUCIONES. SE VIERON OBLIGADOS A RECONOCER QUE UNA PREPARACIÓN EXPERIMENTAL EN PSICOLOGÍA PUEDE TRASLADARSE A UN MANEJO INTELIGENTE Y COMPETENTE DE MUCHOS TIPOS DE PROBLEMAS.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.

CON LA LLEGADA DE LA DÉCADA DE 1940 Y DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, SALIMOS DEL DOMINIO DE LA HISTORIA Y LLEGAMOS AL PRESENTE.

SERÁ DIFÍCIL TRATAR DE SEGUIR EN DETALLE LOS ACONTECIMIENTOS A PARTIR DE ESE MOMENTO. PERO SE PUEDE MOSTRAR LA VINCULACIÓN CON LAS TENDENCIAS ACTUALES DE ALGUNOS FACTORES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO MÉTODO, COMO ACTITUD Y COMO CAMPO DE TRABAJO QUE SE REFLEJA EN SU PASADO. PARECERÍA QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA ACADÉMICA ACTUARON LA UNA SOBRE LA OTRA EN EL SURGIMIENTO DE UNA RELACIÓN SIMBIÓTICA, -- OTRAS DISCIPLINAS EN ESPECIAL LA MEDICINA, ANTE TODO LA PSI



QUIATRIA Y EL PSICOANÁLISIS, INFLUYERON EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA VITALIZARON.

EN LA DÉCADA DE 1930, ALGUNOS DE LOS TEMAS ERAN PREDOMINANTES COMO: LOS "INFANTILES", "PSICOLÓGICOS" Y "CLÍNICOS", EN CONTRASTE CON LAS FUNCIONES "ADULTAS", "PSIQUIÁTRICAS" E "INSTITUCIONALES".

LA CLÍNICA Y LA LABOR DEFINITIVAMENTE PSICOLÓGICA CON LOS NIÑOS ES IMPORTANTE NO SÓLO POR SU UTILIDAD Y VALOR CIENTÍFICO SINO TAMBIÉN POR LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA QUE MANIFIESTAN Y POR LA IMPORTANCIA QUE ASIGNAN A LOS ASPECTOS PREVENTIVOS. Y SIN EMBARGO, DESDE LA DÉCADA DE 1930 SE HA DESPLAZADO EL CENTRO DE INTERÉS.

LOS ASPECTOS "ADULTOS", "PSIQUIÁTRICO" E "INSTITUCIONAL" DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PARECEN SER HOY LOS DOMINANTES, PERO NO ES ÉSTA EN MODO ALGUNO UNA VENTAJA SIN ATENUANTES. EL TRABAJO CON ADULTOS EN UNA INSTITUCIÓN CON ORIENTACIÓN PSIQUIÁTRICA ES SÓLO UNA ESPECIALIDAD, AUNQUE, IMPORTANTE, DENTRO DE UN CAMPO MÁS AMPLIO.

CON LA DÉCADA DE 1940 LLEGÓ TAMBIÉN EL PREDOMINIO EN LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE UNA DE LAS TENDENCIAS ANTES ESBORZADAS.

SE TRATA DE SURGIMIENTO E INSTRUMENTACIÓN DE UN NUEVO CONCEPTO DE LA PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN, AUNQUE TAMPOCO EN LA ACTUALIDAD ESTÁ BIEN DEFINIDA LA FISONOMÍA PROFESIONAL DE UN PSICÓLOGO, SE HA LLEGADO A UN GRADO DE FORMULACIÓN EXACTA QUE HACE AÑOS NI SIQUIERA SE SOÑABA.

LOS PROBLEMAS Y LOGROS ACTUALES, LAS TENDENCIAS ESTABILIZADORAS Y LOS PROBLEMAS NO RESUELTOS ESTÁN TODOS RELACIONADOS CON EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA COMO PROFESIÓN. ENTRE LOS FACTORES QUE PRODUCEN LA ESTABILIZACIÓN ACTUAL SE CUENTAN EL CONSENSO DE LA MAYORÍA DE LAS PARTES INTERESADAS EN CUANTO A QUE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA CONSTITUYE UNA TAREA ESPECÍFICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

POR OTRA PARTE, LA PROFESIÓN SE VE HOY ANTE PROBLEMAS NO SOLUCIONADOS ENTRE AQUELLOS EN QUE EXISTEN DIFERENCIAS DE OPINIONES, DENTRO DE LA PSICOLOGÍA COMO EN OTRAS PROFESIONES, SE CUENTAN EL DE SI LA PSICOTERAPIA PUEDE ESTAR A CARGO DE LOS PSICÓLOGOS Y LA ÍNDOLE DE LAS RELACIONES DE LA PSICOLOGÍA CON LA PSIQUIATRÍA Y LA MEDICINA.

EL PERÍODO ACTUAL SE ENCUENTRA SOMETIDO AÚN A LA PRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y ESTAMOS PRESENCIANDO LAS REACCIONES, DE ADAPTACIÓN Y DE OTROS TIPOS, CON QUE UNA PROFESIÓN QUE SE ENCUENTRA TODAVÍA EN SUS COMIENZOS RESPONDE A ESAS EXIGENCIAS.

LAS FUNCIONES DE LA PSICOLOGIA CLINICA.

EL DIAGNÓSTICO Y LA EVALUACIÓN SON FUNCIONES QUE A LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS LES RESULTAN CÓMODAS Y FAMILIARES, DERIVAN DE LAS TRADICIONES HISTÓRICAS DE LA DISCIPLINA Y SE LES ASIGNA MUCHA IMPORTANCIA EN LOS PROGRAMAS DE ESTUDIOS Y EN LA PREPARACIÓN CLÍNICA.

LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS POSEEN UNA PREPARACIÓN ESPECIAL EN EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LOS TESTS PARA EL PSICODIAGNÓSTICO.

PARTIENDO DE LOS DATOS OBTENIDOS MEDIANTE ENTREVISTAS Y TÉCNICAS ESTANDARIZADAS EN TESTS OBJETIVOS Y PROYECTIVOS, EL PSICÓLOGO CLÍNICO DESARROLLA SUS INFERENCIAS ACERCA DE LA PROBABLE ETIOLOGÍA DE LA CONDUCTA QUE INVESTIGA, DE LAS VARIABLES DE COMPLICACIÓN EXISTENTE EN LA VIDA DEL PACIENTE Y DE SUS CAPACIDADES PARA MANEJAR SITUACIONES DE LA VIDA, ASÍ COMO DEL TIPO PROBABLE DE TRATAMIENTO ÓPTIMO. PUEDE TOMAR TAMBIÉN DATOS VINCULADOS CON LA EDUCACIÓN, EL TRABAJO, LA FAMILIA U OTRAS FUENTES Y UTILIZAR ESTOS ELEMENTOS EN EL ENFOQUE DEL TRATAMIENTO.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO DEBE ESTAR FAMILIARIZADO CON MUCHAS TÉCNICAS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS, CON EL FIN DE EVALUAR EN FORMA ADECUADA LAS DISTINTAS CONDUCTAS DE LOS INDIVIDUOS QUE LLEGAN HACTA ÉL.

EN SU PERMANENCIA EN EL AULA, EL LABORATORIO DURANTE LOS PERÍODOS ACADÉMICOS, ADQUIERE CONOCIMIENTOS Y EX-

PERIENCIA EN UNA AMPLIA GAMA DE MÉTODOS, ENTRE ELLOS LOS -
TESTS COLECTIVOS E INDIVIDUALES, VERBALES Y DE EJECUCIÓN, -
OBJETIVOS Y PROYECTIVOS, DE MADUREZ Y DE INTELIGENCIA, DE -
RENDIMIENTO Y DE APTITUD, E INVENTARIOS Y ESCALAS DE PERSO-
NALIDAD.

ESTOS TESTS ESTANDARIZADOS HAN SIDO APLICADOS A
CIENTOS DE MILES DE SUJETOS Y AL MISMO TIEMPO DIERON ORIGEN
A UNA VASTA BIBLIOGRAFÍA SOBRE LAS PRUEBAS, CONTENIDA EN --
LAS PUBLICACIONES PSICOLÓGICAS.

COMO CONSECUENCIA DE SU PREPARACIÓN Y ORIENTACION
CIENTÍFICAS, EL PSICÓLOGO CLÍNICO HA SIDO UN CRÍTICO PERMA-
NENTE DE LOS INSTRUMENTOS DE PRUEBA EN LA PSICOLOGÍA; TRATA
DE ESTABLECER CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO, PREDICCIÓN, CONFIA-
BILIDAD Y VALIDEZ, MÁS ALLÁ DE LOS DATOS NORMATIVOS PROPOR-
CIONADOS POR LOS MANUALES DE LOS TESTS. NO ES UNA TAREA --
SENCILLA, PUESTO QUE TANTO EN EL DIAGNÓSTICO COMO EN LA PRE
DICCIÓN DE LA CONDUCTA EXISTEN IMPORTANTES PROBLEMAS QUE SO
LUCIONAR.

LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD ES UN FENÓMENO -
COMPLEJO, PORQUE LA PERSONALIDAD ES UN PRODUCTO DE ORGANIS-
MOS COMPLEJOS UBICADOS EN SOCIEDADES COMPLEJAS.

EL CLÍNICO CAPACITADO DEBE TENER UNA EXPERIENCIA
DIRECTA, DE PRIMERA MANO, Y APROVECHAR LA DE SUS INSTRUCTO-
RES PARA MANEJAR ADECUADAMENTE ESTAS SITUACIONES. PARA AU
DARLO A EVALUAR LAS RESPUESTAS A CIERTOS TESTS HAY PUNTAJES
DE "VERIFICACIÓN" O "CONTROL", QUE PROPORCIONAN UN ÍNDICE -

DE CONFIABILIDAD DEL INFORME DEL SUJETO. EN SU ENTRENAMIENTO EN LAS PRUEBAS PROYECTIVAS Y OTRAS, EL CLÍNICO APRENDE A DISCERNIR QUE CUALIDADES DE RESPUESTAS CARACTERIZAN A LOS SANOS Y A LOS ENFERMOS, Y EN EL CASO DE ESTOS ÚLTIMOS, QUÉ CLASE DE CONDUCTA (CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS) TIENE LA MÁXIMA PROBABILIDAD DE ESTAR VINCULADA CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA ESPECÍFICA. NO ES POSIBLE HACER CASO OMISO DE LA SINGULARIDAD DE CADA PERSONALIDAD, NI DE LA SUBCULTURA ESPECÍFICA EN QUE FUNCIONA EL INDIVIDUO QUE SE ESTUDIA, NI DE LOS MÁRGENES DE TOLERANCIA EXISTENTES EN NUESTRA SOCIEDAD. ÉSTAS SON ALGUNAS DE LAS DETERMINANTES IMPORTANTES DE LOS JUICIOS DEL CLÍNICO ACERCA DE LA PATOLOGÍA DE LA CONDUCTA.

LAS TÉCNICAS Y CAPACIDADES DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO PUEDEN PROPORCIONAR DATOS OBJETIVOS Y SISTEMÁTICOS DE MUCHAS ZONAS DE LA RESPUESTA PSICOLÓGICA Y EN MUCHOS TERRENOS DE LA CONDUCTA ANORMAL Y NORMAL TRADICIONAL.

PSICOTERAPIA.

LA PSICOLOGÍA TERAPÉUTICA REPRESENTA UN CUERPO DE CONOCIMIENTOS QUE RECOGE SUS DATOS EN NUMEROSAS PROFESIONES RELACIONADAS CON ELLA TODAS LAS CUALES CONSTITUYEN LA FUNCIÓN DE "AYUDA". EN LA PSICOLOGÍA LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, CON SUS ÉNFASIS TRADICIONAL EN LA EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, SE ENCUENTRA AHORA CONCENTRADO EN LA PSICOTERAPIA.

LA ACTUAL TENDENCIA HACIA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA DISCIPLINA FORMAL DE LA PSICOLOGÍA TERAPÉUTICA ES UN FENÓMENO NATURAL. DESDE HACE MUCHO TIEMPO, LA PSICOLOGÍA COLABORA CON LAS OTRAS PROFESIONES APARTANDO SUS MÉTODOS SINGULARES A LA COMPRESIÓN DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. PARA TRIUNFAR EN LOS ESFUERZOS PSICOTERAPÉUTICOS Y DE CONSULTA PARECE NECESARIO QUE LOS PSICÓLOGOS RECONOZCAN Y UTILICEN LOS PUNTOS DE VISTA DE TODAS LAS PROFESIONES DE AYUDA ESTABLECIDA, ADEMÁS DE CAPITALIZAR LOS HALLAZGOS ORIGINALES DE SU PROPIA CIENCIA.

EL ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA TERAPÉUTICA CONTEMPLA CUATRO GRANDES PROPÓSITOS:

- 1.- CREAR UN RECONOCIMIENTO DE LOS ALCANCES Y LA MAGNITUD QUE REVISTEN LOS APRENDIZAJES NECESARIOS PARA EJERCER CON PERICIA LA PSICOTERAPIA.
- 2.- CREAR LA COMPRESIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES QUE SE PRECISA EMPLEAR.
- 3.- AYUDAR A QUE SE APRECIEN DEBIDAMENTE LOS REFINAMIENTOS

DE TÉCNICA NECESARIOS PARA DIVERSAS ESPECIALIDADES -
SURGIDAS DENTRO DE LOS ÁMBITOS EN ESTUDIO.

4.- CONOCER LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ASÍ COMO
SUS DEFICIENCIAS.

LA PSICOTERAPIA SE DEFINE COMO UNA REEDUCACIÓN --
DEL INDIVIDUO A LOS NIVELES DEL CONSCIENTE Y DEL INCONSCIENTE. LAS FINALIDADES BÁSICAS DEL PSICOTERAPIA CONSISTEN EN AYUDAR AL PACIENTE A LOGRAR LA REORGANIZACIÓN PERCEPTIVA, A INTEGRAR LAS CONSIGUIENTES ENDOVISIONES EN LA ESTRUCTURA DE SU PERSONALIDAD Y A ESTABLECER MÉTODOS DE TRATAR LOS SENTIMIENTOS QUE SE ORIGINAN EN LO MÁS PROFUNDO DE SU PERSONALIDAD. SUS DEFENSAS YA EXISTENTES GENERALMENTE SE MODIFICAN A TAL GRADO QUE SE OBTIENE LA READAPTACIÓN. LA PSICOTERAPIA INSISTE EN LA PERSONALIDAD Y SE INTERESA MÁS POR ALIVIAR LOS ESTADOS PATOLÓGICOS.

LA PSICOTERAPIA NO ES UN CAMPO EXCLUSIVO DE LA -
PSICOLOGÍA, SI SE LE COMPARA CON LAS VARIADAS FUNCIONES Y -
ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS, PERO OTRA COSA OCURRE EN EL CASO DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LA EVALUACIÓN DEL PSICODIAGNÓSTICO. NO QUIERE ESTO DECIR QUE EN EL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA NO HAYA CONTRIBUCIONES QUE EXHIBAN EL SELLO DISTINTIVO DE SU ESTIRPE PSICOLÓGICO, EN ESPECIAL EL ENFOQUE NO DIRECTIVO DE CARL ROGERS Y SUS DISCÍPULOS, Y EL CONDICIONAMIENTO DE LA CONDUCTA, DERIVADOS AMBOS, ESPECÍFICAMENTE DE LAS TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD Y EL APRENDIZAJE. ANTES BIÉN, LA -
PSICOTERAPIA ES UNA FUNCIÓN COMPARTIDA POR MUCHOS, Y POCAS

DE SUS FORMAS SON PROPIEDAD DE UNA SOLA PROFESIÓN, A PESAR DE QUE ALGUNOS HAN INTENTADO REIVINDICAR PARA ELLAS ESTE TERRENO, PARTIENDO DE UNA CONCEPCIÓN AVASALLADORA Y GENERALIZADORA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA. EN DISTINTAS FORMAS PROFUNDIDADES, Y AMPLITUDES EXISTEN ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS U OTROS EMPEÑOS DIRIGIDOS A LOGRAR LA MEJORA DE ALGUNAS DE LAS METAS COMUNES DE LA PSICOTERAPIA, QUE SON PRACTICADAS POR MIEMBROS DE LAS DISTINTAS PROFESIONES ESPECIALIZADAS.

DOS SON LAS METAS TERAPÉUTICAS IMPORTANTES Y ACEPTADAS EN GENERAL:

- A).- LA REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE SÍNTOMAS.
- B).- LA "REESTRUCTURACIÓN DE LA PERSONALIDAD", EXPRESIÓN AMBIGUA ÉSTA, PERO DE AMPLIO EMPLEO.

LOS COMPLEJOS INTERCAMBIOS Y COMUNICACIONES VERBALES - Y OTROS - DE LA PSICOTERAPIA EXIGEN CASI "EL APRENDIZAJE POR LA ACCIÓN", Y EN RIGOR EL TERAPEUTA DESARROLLA DESDE MUY TEMPRANO SUS PROPIAS MODIFICACIONES PERSONALES DE CUALQUIER "TEORÍA" O ENFOQUE QUE CONSIDERE CARACTERÍSTICOS DE ÉL. UNO DE LOS FENÓMENOS DEL CAMPO ES LA INFLUENCIA PSICOANÁLITICA RECHAZADA POR LA PSIQUIATRÍA DE LAS PRIMERAS ÉPOCAS, PERO RECIBIDA CON BENEPLÁCITO POR LOS LÍDERES DE LA PSICOLOGÍA. ENTRE LOS ASISTENTES SOCIALES Y LOS PSICÓLOGOS EXISTE UNA GRAN INFLUENCIA PSICOANÁLITICA, QUE POR LO GENERAL ES PRODUCTO DE LA FORMACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA, QUE RECIBIERON DURANTE SUS ESTUDIOS ACADÉMICOS, AUNQUE PARECEN SER MENOS

LOS PSICÓLOGOS QUE LOS ASISTENTES SOCIALES COMPROMETIDOS CON EL ENFOQUE PSICOANÁLITICO DE FREUD Y SUS DISCÍPULOS.

UNA RESPUESTA FRECUENTE DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS CUANDO SE LES PREGUNTA POR SU ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA ES QUE PROFESAN UNA ORIENTACIÓN PSICOANÁLITICA O POR LO MENOS " DINÁMICA ". COMUNMENTE ESTE ÚLTIMO TÉRMINO DENOTA UN ENFOQUE PSICOANÁLITICO MODIFICADO.

EXISTEN OTROS ENFOQUES, APARTE DEL PSICOANÁLITICO, ENTRE ELLOS LA ORIENTACIÓN ANÁLITICA DE JUNG Y LA RECIENTE OLEADA DE FILOSOFÍAS " TRANSACCIONALES " Y EXISTENCIALES, -- QUE SE EMPLEAN COMO FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS MANIOBRAS -- TERAPÉUTICAS.

SE HA DESARROLLADO UNA AMPLIA BIBLIOGRAFÍA QUE IN FORMA SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE TERAPEUTAS DE ESTAS DISTINTAS ESCUELAS, PERO LAS COMUNICACIONES HAN SIDO ANTE TODO ESPECULATIVAS Y ANECDÓTICAS, AUNQUE SUS AUTORES PREFIEREN USAR TÉRMINOS TALES COMO " CASOS TEÓRICOS " E " ILUSTRATIVOS " CONSIDERADOS EN CONJUNTO, LOS ÚNICOS EXPERIMENTOS EN LOS QUE SE PRESTA ATENCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, -- SON LOS REALIZADOS POR LAS ESCUELAS DE CONDICIONAMIENTO NO DIRECTIVO Y CONDUCTAL. EL COMPROMISO Y LA ENTREGA PSICOLÓGICOS DE LOS PSICOTERAPÉUTAS A SUS ORIENTACIONES, PRÁCTICAS Y TRADICIONES ES ALGO QUE A ELLOS LES DEPARA SATISFACCIONES, PERO NO A SUS CRÍTICOS. INCLUSIVE, CUANDO EXISTE EXPERIMENTACIÓN EN ALGUNA FORMA SISTEMÁTICA, LAS COMUNICACIONES PUBLICADAS INDICAN LA EXISTENCIA DE CONTROVERSIA RESPECTO A LOS

HALLAZGOS Y EN ESPECIAL ACERCA DE LAS CONCLUSIONES.

ESTAS DIVERGENCIAS TAL VEZ SE PRODUCEN DEBIDO A LA COMPLEJIDAD DE LOS PROBLEMAS INHERENTES A LOS DISTINTOS MÉTODOS DE MUESTREO Y SELECCIÓN MEDIANTE LOS CUALES LOS PACIENTES LLEGAN AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO, A LA INSEGURIDAD DE LOS RÓTULOS DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, A LA GAMA MÁS AMPLIA DE GRADOS DE PREPARACIÓN, EXPERIENCIAS Y ORIENTACIONES DE LOS PSICOTERAPÉUTAS, A LAS MUCHAS VARIABLES "EXTRAÑAS" QUE AFECTAN A LOS PACIENTES Y TERAPÉUTAS POR IGUAL, Y A LA CONFUSIÓN DE ESTOS DISTINTOS EFECTOS, ASÍ COMO A LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO QUE SON RAROS Y POCO SISTEMÁTICOS.

PERO AÚN FALTA EVALUAR LAS ABUNDANTES OBSERVACIONES DE PACIENTES Y TERAPÉUTAS SOBRE LOS EFECTOS EN APARIENCIA FAVORABLES DE AQUELLOS FACTORES, QUE CONSIDERAN CADA UNA DE LAS SITUACIONES DE LA PSICOTERAPIA PARA INTEGRAR SUS BENEFICIOS. EL QUE ESTA SITUACIÓN DE LOS ASPECTOS SEA RESPONSABLE DE LA PERSISTENTE IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA EN NUESTRA SOCIEDAD Y REFLEJE SÓLO LA OPINIÓN POPULAR ELABORADA A LO LARGO DE LAS DÉCADA, O QUE LAS PERCEPCIONES DE LOS INDIVIDUOS INTERESADOS SEAN MÁS IMPORTANTES QUE LAS "REALIDADES" OBSERVADAS Y TRASMITIDAS POR OTROS, O QUE "EN VERDAD" EXISTEN EFECTOS BENEFICIOSOS, A CORTO Y LARGO PLAZO, DE LA PSICOTERAPIA, ESPECÍFICOS DE UNO U OTRO TIPO DE TERAPÉUTAS O TERAPIA, SON CUESTIONES NO RESUELTAS. LAS EXPLICACIONES PROPUESTAS SON:

QUE LA RELACIÓN ENTRE LOS DOS INDIVIDUOS QUE CONSTITUYEN LA

DÍADA DE LA PSICOTERAPIA PUEDE SER LA DIMENSIÓN RESPONSABLE DE LOS CAMBIOS DE CONDUCTA DEL PACIENTE, O QUE PUEDE SERLO LA COMPRESIÓN DE LA PROPIA CONDUCTA, LA CUAL LLEGA GRACIAS A LA ORIENTACIÓN DE UN OBSERVADOR ADIESTRADO DE LA CONDUCTA HUMANA, O LA REMODELACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DE LA PROPIA - PAUTA DE RESPUESTA CONDUCTUAL A LA TENSIÓN, O LA ELIMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL MOMENTO, DE FORMA QUE LA PERSONALIDAD - DEL PACIENTE PUEDA SEGUIR SU CURSO NORMAL Y HABITUAL DE SATISFACCIONES Y RECOMPENSAS.

SEA CUAL FUERE LA RACIONALIZACIÓN SIMPLE O COMPLEJA, EL PROFESIONAL Y EL HOMBRE DE CIENCIA DEBEN BUSCAR Y ESTABLECER CON CERTEZA ALGUNAS DE LAS RESPUESTAS A ALGUNAS DE ESTAS INTERROGANTES.

HASTA LA FECHA LOS CLÍNICOS SE HAN DADO POR SATISFECHOS MÁS FÁCILMENTE QUE LOS INVESTIGADORES CON LO QUE ELLOS CONSIDERAN PRUEBAS DEL CURSO Y RESULTADO DE LA PSICOTERAPIA.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO HOMBRE DE CIENCIA, NO HA LOGRADO DEMOSTRAR LA VALIDEZ DE LA PSICOTERAPIA, PERO TAMPOCO HA SIDO CAPAZ DE ELABORAR UN EXPERIMENTO QUE PUEDA ACEPTAR AL PSICÓLOGO COMO TERAPEUTA.

LA PSICOTERAPIA SIGUE SIENDO UN FENÓMENO SOCIAL, PRACTICADO POR PERSONAS CON DISTINTA PREPARACIÓN CIENTÍFICA Y PROFESIONAL, PRINCIPALMENTE CON PACIENTES QUE PRESENTAN ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL.

LA PSICOLOGÍA CONOCE VARIOS ENFOQUES QUE SON POR

SU ORIGEN, ESPECÍFICOS DE ELLA. LAS MODIFICACIONES DE TALES ENFOQUES FUERON INTRODUCIDAS EN LA TERAPIA POR PERSONAS QUE NO ERAN PSICÓLOGOS, PERO ESA PARTE DEL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA SIGUE SIENDO PRINCIPALMENTE PSICOLÓGICA. DOS ORIENTACIONES IMPORTANTES, ADEMÁS DEL RECIENTE Y TUMULTUOSO INTERÉS SUSCITADO POR LAS INTERPRETACIONES E INTUICIONES -- TRANSACCIONALES Y EXISTENCIALES, SON:

- 1).- EL ENFOQUE NO DIRECTIVO, ROGERSIANO (CARL ROGERS, - 1942, 1951).
- 2).- EL PRINCIPIO DE LOS ASPECTOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE Y SU EMPLEO LAS BASES DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO.

DURANTE DOS DÉCADAS, ROGERS Y SUS DISCÍPULOS DIVULGARON LAS BASES TEÓRICAS Y PROCEDIMIENTOS PRÁCTICOS DEL PROCESO Y RESULTADOS DE SU TIPO DE TERAPIA. COMO ÉSTA SE DESARROLLA Y FLORECIÓ EN LAS RELACIONES DE ASESORAMIENTO (COUSLING), SE EMPLEA EL TÉRMINO DE CLIENTE Y NO EL DE PACIENTE.

ESTA DISTINCIÓN SEÑALA ASIMISMO EL CARÁCTER ESPECIAL DE LA ESCUELA DE ROGERS: LA CREACIÓN POR EL TERAPEUTA DE UN CLIMA DE ACEPTACIÓN Y COMPRENSIÓN, EN EL CUAL EL CLIENTE REFLEXIONA SOBRE SUS FORMAS DE CONDUCTA. ADEMÁS, NO HAY INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA NI INTERPRETACIÓN "PROFUNDA". POR EL CONTRARIO LA META CONSISTE EN CREAR UN CLIMA EMOCIONAL DE ACEPTACIÓN Y RESPETO, EN EL CUAL LAS TÉCNICAS DE REFLEXIÓN Y OTRAS - FUNDAMENTALMENTE NO DIRECTIVAS- DEL TERAPEUTA PERMITEN QUE EL CLIENTE SE ENTIENDA MEJOR A SÍ MISMO

Y A LOS DEMÁS.

UNA INFLUENCIA AÚN MÁS IMPORTANTE Y ESPECÍFICAMENTE ATRIBUIBLE A LOS PSICÓLOGOS SE ENCUENTRA EN LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE A LA PSICOTERAPIA, PRINCIPALMENTE EN LO REFERENTE A LAS TÉCNICAS DE --
CONDICIONAMIENTO. POR EJEMPLO, EL PSICÓLOGO CLÍNICO FORMADO EN EL PROGRAMA EXPERIMENTAL TRADICIONAL DE UNA ESCUELA SE SIENTE EN SU ELEMENTO CUANDO INTRODUCE MÉTODOS DE CONDICIONAMIENTO PARA MODIFICAR LA CONDUCTA Y CUANDO DESCRIBE SUS INTERVENCIONES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS RESPUESTAS DE SU PACIENTE.

AUNQUE SON MUCHAS LAS INTERPRETACIONES DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO QUE SE HAN PROPUESTO, EL MODELO DE APRENDIZAJE BASADO EN EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO, TANTO VERBAL COMO OPERATIVO, SATISFACE A LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE ACTUAN EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA PATOLÓGICA EXPERIMENTAL. EL PSICÓLOGO CLÍNICO DEDICADO A LA ORIENTACIÓN PSICOANÁLITICA EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA, NO COMPARTE ESTA ORIENTACIÓN, SEA POR SU ORIENTACIÓN PSICOANÁLITICA O DINÁMICA, O POR SU POSICIÓN CLÍTICA RESPECTO A LA ATMÓSFERA DE LABORATORIO QUE ACOMPAÑA AL CONDICIONAMIENTO CONDUCTUAL. QUIÉNES PROPONEN ESTAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS ARGUMENTAN QUE LA SESIÓN PSICOANÁLITICA ES SEMEJANTE A LA SESIÓN DE CONDICIONAMIENTO, EN EL CUAL EL TERAPEUTA INDUCE EN FORMA ESPLÍCITA UN CAMBIO CONDUCTUAL VERBAL O DE OTRO TIPO MEDIANTE EL REFUERZO DE CONDUCTAS ESPECÍFICAS, Y SOSTIENEN QUE ELLOS --

PLANTEAN ESPLÍCITAMENTE LOS ESTÍMULOS Y REFORZADORES QUE -
CUALQUIER OTRO TERAPEUTA OSCURECE CON DESCRIPCIONES TALES ←
COMO INTUICIÓN. COMO LA SESIÓN TERAPÉUTICA CONSTITUYE UNA
OCASIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL EN ESA CON-
TROVERSA, CADA UNA DE LAS PARTES DEFIENDA CON VIGOR SU JUS
TIFICACIÓN.

NUEVAS ORIENTACIONES DE LA PSICOLOGIA CLINICA, CIENCIA Y PROFESION.

LOS ORIGENES Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA CLINICA COMO CIENCIA TIENEN FUERTES RAICES EN EL TERRENO MADRE DE LA PSICOLOGIA.

PERO UN ESTUDIO DE LOS ENCUADRES OCUPACIONALES EN QUE HOY FUNCIONAN MUCHOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, INDICA QUE LAS APLICACIONES Y EXTENSIÓN DE LA CIENCIA DE LA PSICOLOGIA A LAS CLÍNICAS, ESCUELAS, INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, ETC., EQUIVALEN A SU PROFESIONALIZACIÓN.

LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA EVOLUCIÓN FUERON ESTUDIADOS EN FORMA SISTEMÁTICA, EN DOS OCASIONES DISTINTAS, DURANTE EL PERÍODO POSTERIOR A LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.

LA CRECIENTE PROFESIONALIZACIÓN SE REFLEJA DE DISTINTAS MANERAS LO CUAL REPRESENTA UNA NOTABLE MODIFICACIÓN DE LA RELACIÓN EXISTENTE ANTES DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL. HACE MÁS DE UNA DÉCADA EXISTÍAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES DE LA PSICOLOGIA, Y LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS SE DIFERENCIABAN DE SUS COLEGAS MÁS QUE CUALQUIER OTRO GRUPO.

EL CONSTANTE DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA CLINICA COMO PROFESIÓN OCUPÓ EL PENSAMIENTO Y EL TIEMPO DE MUCHOS DE SUS REPRESENTANTES DENTRO DE LAS INSTITUCIONES TANTO ACADÉMICAS COMO GUBERNAMENTALES.

UNA DEFINICIÓN ÚTIL DE UNA PROFESIÓN ES LA SIGUIENTE:

"UN GRUPO DE PERSONAS A LAS QUE, EN VIRTUD DE UNA PREPARACIÓN ESPECIAL, SE RECONOCE COMO CAPACITADAS PARA OFRECER SERVICIOS ESPECIALES A LA SOCIEDAD."

SEGÚN ESTA DEFINICIÓN, LA PSICOLOGÍA SE HA CONVERTIDO EN CIENCIA Y PROFESIÓN, EN GRAN MEDIDA COMO RESULTADOS DE LA DESCRIPCIÓN DEL PAPEL Y DE LAS CALIFICACIONES DE PREPARACIÓN PRESCRITAS, LA PROFESIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA QUEDÓ EN CIERTO MODO ADSCRITA A LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INDIVIDUOS Y A LA INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS CLÍNICOS.

LA INVESTIGACION EN LA PSICOLOGIA CLINICA.

LA PSICOLOGIA CLINICA SIGUIÓ VARIAS DIRECCIONES DURANTE SU DESARROLLO Y CRECIMIENTO, Y SUS APLICACIONES SE HAN CENTRADO CON FRECUENCIA EN EL CAMPO PROFESIONAL. PERO, DEBIDO PRINCIPALMENTE A QUE LA PREPARACIÓN BÁSICA DEL CLÍNICO ASENTÚA MARCADAMENTE LA INVESTIGACIÓN QUE CULMINA EN LA TESIS DE INVESTIGACIÓN CONTINUA DOMINANDO LAS ACTIVIDADES DE MUCHOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y CONSTITUYENDO, POR LO MENOS, UN INTERÉS PARA LOS QUE ESTÁN DEDICADOS A LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN. AUNQUE LA PSICOLOGIA CLINICA HA TENIDO MUCHOS CRÍTICOS, EN PARTICULAR A MEDIDA QUE SU PRESENCIA SE HIZO SENTIR EN LOS CÍRCULOS CIENTÍFICOS, PROFESIONALES Y GENERALES, ES POSIBLE QUE LOS CRÍTICOS MÁS SEVEROS SE HAYAN CONTADO ENTRE LOS PSICÓLOGOS MISMOS.

SIENDO LA INTELIGENCIA APENAS UNA ZONA DE LA PERSONALIDAD, AUNQUE UNA ZONA IMPORTANTE, LOS LLAMADOS TESTS DE INTELIGENCIA HAN SIDO APLICADOS A MUESTRAS CLÍNICAS Y A PERSONAS NORMALES. POR LO GENERAL, LOS LINEAMIENTOS BÁSICOS SE ESTABLECEN A PARTIR DE EXPERIENCIAS CON SUCESIVAS MUESTRAS DE INDIVIDUOS NORMALES. LUEGO, EXPERIMENTOS CON MUESTRAS CLÍNICAS BIEN DEFINIDAS AMPLÍAN EL ALCANCE Y LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA SU USO POR EL DIAGNOSTICADOR. SEGÚN SEAN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD, HAY DISTINTOS TESTS O SUBTESTS QUE PUEDEN TENER VALOR DIAGNÓSTICO DEBIDO A LA VULNERABILIDAD DEL PENSAMIENT-

TO U OTRAS RESPUESTAS DEL INDIVIDUO A CIERTOS ESTÍMULOS.

EN LAS INVESTIGACIONES CON INSTRUMENTOS Y SITUACIONES DE EVALUACIÓN SE HA PRESTADO ATENCIÓN, SOBRE TODO, A SU UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO. FRECUENTEMENTE, DICHS ESTUDIOS INDICAN LO INADECUADO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, Y SE CREARON CORRECCIONES QUE DEPEN-
DÍAN ANTE TODO DEL PERFECCIONAMIENTO DE LA CONFIABILIDAD Y DE LA AMPLIACIÓN DEL ALCANCE DE LA MUESTRA. UNO Y OTRA SON ENFOQUES MUY NECESARIOS Y VALIDOS. PERO LA HISTORIA Y LA EXPERIENCIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PROPORCIONAN AHORA OTRO TIPO Y METODOLOGÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN. DURANTE MUCHO TIEMPO, EN ESPECIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y DE LA ENFERMEDAD, PERO TAMBIÉN EN LO RELATIVO A LA SELECCIÓN DE PERSONAL Y EN OTRAS APLICACIONES FUE SURGIENDO LA CONCENCIA DE LO INADECUADO DE NUESTRA INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CONDUCTAS CRITERIALES QUE LOS RECURSOS DE EVALUACIÓN ESTÁN DESTINADOS A PREDECIR.

LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS SE HAN CONCENTRADO EN EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA, Y MUY POCOS EN LOS EFECTOS O RESULTADOS DEL PROCESO A LARGO PLAZO. LOS ESTUDIOS DEL PROCESO IMPLICAN:

- 1).- OBSERVACIONES EMPÍRICAS Y MÉTODOS SISTEMÁTICOS PARA EL REGISTRO Y EL ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES.
- 2).- LA INTRODUCCIÓN DE CONDICIONES EXPERIMENTALES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.

MUY POCAS INVESTIGACIONES HAN SIDO DEL SEGUNDO TI

PO, EXCEPTO LOS ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL CONDICIONAMIENTO CONDUCTUAL. EL ENFOQUE DE ROGERS, BASADO EN EL PROCESO NO DIRECTIVO, CONSTITUYE LA INTRODUCCIÓN DE MÉTODOS DE INTERACCIÓN ESPECIALIZADOS EN LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA; PERO EN TALES MÉTODOS NO EXISTE UNA PAUTA PROGRAMADA DE SIMULACIÓN, QUE ES PARTE INTEGRANTE DE OTRAS INVESTIGACIONES.

EL MÉTODO CIENTÍFICO HA TENIDO TANTO ÉXITO EN NUESTRA SOCIEDAD, QUE SE HAN EXPLORADO TODAS LAS FORMAS DE LA INTERACCIÓN, EN UNA GAMA QUE VA DESDE LA SESIÓN PSICOANALÍTICA HASTA LA ENTREVISTA NO DIRECTA, ADEMÁS LOS ESTUDIOS DE PROCESOS Y RESULTADOS, CON LA UTILIZACIÓN DE VARIABLES DE INTERACCIÓN Y CONTENIDO DE LA SITUACIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTERPERSONAL, PARA LOS PRIMEROS, Y DE ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO PARA LOS SEGUNDOS, QUEDA AÚN OTRO CAMPO DE ESTUDIO.

LAS EVIDENTES RELACIONES DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS EN EL ORGANISMO HUMANO PLANTEAN LA NECESIDAD DE ESTUDIAR ESAS INTERACCIONES, ASÍ COMO LOS FENÓMENOS VERBALES Y OTROS ASPECTOS CONDUCTUALES DE LA PSICOTERAPIA. ES POSIBLE QUE EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO Y LAS RESPUESTAS MOTRICES PROPORCIONEN PUNTOS DE INSERCIÓN MÁS OBJETIVOS QUE LOS COMPLEJOS CONDUCTAS PERSONALES Y SOCIALES PARA LA MEDICIÓN DE LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS.

LOS ESTUDIOS PSICOFISIOLÓGICOS HAN SUMINISTRADO TAMBIÉN DATOS SOBRE EL TERAPEUTA TANTO COMO SOBRE EL PACIENTE, Y SOBRE AMBOS A LA VEZ. TIENEN UNA IMPORTANCIA ESPECIAL, HISTÓRICA Y SUSTANTIVAMENTE. EN LOS PRIMEROS TIEMPOS DE LA

INVESTIGACIÓN SOBRE LA TERAPIA, EL FOCO DE ATENCIÓN ERA EL PACIENTE O CLIENTE. UNA FASE POSTERIOR SE CONCENTRÓ EN LA SITUACIÓN TERAPÉUTICA Y EN EL PROCESO DE LA INTERACCIÓN, LO CUAL INTRODUJO LA TERCERA FASE DE ESTUDIO, EN QUE LO CENTRAL ERA EL TERAPEUTA. EN LA ACTUALIDAD, LA INVESTIGACIÓN DE LA TERAPIA PARTE DE LA ENTIDAD COMPLEJA TRIPARTITA FORMADA POR EL PACIENTE, EL TERAPEUTA Y LAS PAUTAS DE INTERACCIÓN DE LA DÍADA.

CUANDO SE ANALIZAN LAS VARIABLES Y PARÁMETROS PSICOLÓGICOS, FISIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA COMPLEJA CONDUCTA SE PRESENTA EN LA TERAPIA, LA DIFICULTAD PARA EL DESARROLLO DE ESTUDIOS RIGUROSOS, CONTROLADOS Y SISTEMÁTICOS PARECE ABRUMADORA. LOS ELEMENTOS DE JUICIO CON QUE CONTAMOS, PRESUNTIVOS O DE OTRO TIPO, EN LO REFERENTE A LOS CAMBIOS CONDUCTUALES QUE ACOMPAÑAN A LA PSICOTERAPIA EN SUS DISTINTAS FORMAS Y ORIENTACIONES TEÓRICAS, NO PERMITEN, AFIRMAR QUE PUEDA ATRIBUIRSE A UNA DETERMINADA TEORÍA, O A DETERMINADA MANIOBRA O MÉTODO TERAPÉUTICO LA MODIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE.

ES POSIBLE QUE LAS CARACTERÍSTICAS MÁS ESPECÍFICAS DEL CONDICIONAMIENTO CONDUCTUAL NO ENTREN TOTALMENTE EN ESTA GENERALIZACIÓN.

DADO EL CONSENSO GENERAL, EN EL SENTIDO DE QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS SON ANTE TODO PSICÓLOGOS, SU CAPACITACIÓN HA ABARCADO DE MANERA UNIFORME TRABAJOS EN PSICOLOGÍA GENERAL Y SISTEMÁTICA, METODOLOGÍA ESTADÍSTICA Y DE INVESTI-

GACIÓN. ESTAS MATERIAS Y TÉCNICAS SON COMPARTIDAS POR TODOS LOS PSICÓLOGOS. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS COMO GRUPO, SE DIFERENCIAN DE LOS OTROS GRUPOS DE PSICÓLOGOS POR SU MAYOR FAMILIARIDAD E INTERÉS RESPECTO DE LA TEORÍA Y LA PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD, LAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO Y LA PSICOTERAPIA. PERO LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DIFIEREN ENTRE SÍ AMPLIAMENTE EN CUANTO A LAS TEORÍAS A QUE SE ADHIEREN Y A LAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO Y DE TERAPIA QUE UTILIZAN EN SUS ACTIVIDADES. EN RIGOR LA VARIACIÓN EN LO QUE SE REFIERE A LA ORIENTACIÓN TEÓRICA Y A LAS TÉCNICAS DE APLICACIÓN ESTAN GRANDE QUE RESULTA MUY DIFÍCIL AISLAR UN SOLO ASPECTO CONCRETO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA QUE PUEDA SER CONSIDERADO COMO DEFINITIVO DE ESTA DISCIPLINA. LO MEJOR QUE SE PUEDE HACER ES DECIR QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA ES AQUELLO ACERCA DE LO CUAL LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS PIENSAN Y ESCRIBEN, Y LO HACEN. SI SE USA ESTE CRITERIO, SE MUESTRA QUE LOS LÍMITES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SON CASI TAN AMPLIOS COMO LOS DE LA PSICOLOGÍA. SI BIEN EL PSICOANÁLISIS EN ALGUNA DE SUS VARIETADES HA SIDO Y SIGUE SIENDO LA ORIENTACIÓN TEÓRICA PREDOMINANTE ENTRE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, EXISTEN IMPORTANTES MINORÍAS IGUALMENTE COMPROMETIDAS CON OTRAS ORIENTACIONES, DEL MISMO MODO, EXISTEN AMPLIAS VARIACIONES EN CUANTO A LAS TÉCNICAS PREFERIDAS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA.

ESTA SITUACIÓN ES CASI INEVITABLE, POR EL SIMPLE HECHO DE QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS SE VEN CONTINUAMENTE ANTE PROBLEMAS DE SERVICIO PARA LOS CUALES AÚN NO EXISTEN

SOLUCIONES CIENTÍFICAS DE VALIDEZ RECONOCIDA. ES INEVITABLE QUE LAS PERSONAS INTELIGENTES, CUANDO SE VEN ANTE PROBLEMAS COMPLEJOS, PREFIEREN CONSIDERARLOS A LA LUZ DE ALGÚN GRUPO DE PRINCIPIOS ORGANIZADORES; Y NO ES SORPRENDENTE QUE CADA CLÍNICO ADOpte EL GRUPO DE PRINCIPIOS QUE DÉ MÁS SENTIDO A LO QUE PARA ÉL, EN CASO CONTRARIO, SERÍA UNA MASA INCOHERENTE DE MATERIALES DE CASOS CLÍNICOS. DEL MISMO MODO A FALTA DE TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO, DE VALIDEZ PROBADA, CADA CLÍNICO QUE SE VE ANTE LA NECESIDAD DE ADOPTAR DECISIONES PROFESIONALES DE IMPORTANCIA CRÍTICA PARA LA VIDA DE UN PACIENTE SE BASARÁ (Y ES COMPRESIBLE QUE LO HAGA) EN LA TÉCNICA O GRUPO DE TÉCNICAS QUE CON MAYOR FACILIDAD SE PUEDAN INTEGRAR A SU FORMULACIÓN TEÓRICA DEL CASO. Y, POR ÚLTIMO, A FALTA DE PRUEBAS CONCLUYENTES EN CUANTO A LA EFECTIVIDAD DE UNA TÉCNICA TERAPÉUTICA, NO ES POSIBLE CENSURAR A UN CLÍNICO POR UTILIZAR EL ENFOQUE TERAPÉUTICO QUE LE RESULTE MÁS CÓMODO EN SUS ESFUERZOS POR AYUDAR A UNA PERSONA CON PROBLEMAS.

SE ESPERA EN GRAN PROPORCIÓN QUE EL PSICÓLOGO SEA UN ESCÉPTICO, CRÍTICO Y RIGUROSO COMPROBADOR DE HIPÓTESIS, Y QUE SEA UN DIAGNOSTICADOR Y/O TERAPEUTA COMPETENTE. ATRAPADO ENTRE ESTAS DOS PRESIONES, NO ES SORPRENDENTE QUE ALGUNOS PSICÓLOGOS HAYAN PREFERIDO ELUDIR EL CONFLICTO PASÁNDOSE POR COMPLETO AL BANDO DE LOS PROFESIONALES, Y QUE SE COMPORTE, PIENSEN Y ESCRIBAN COMO LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LOS PSIQUIATRAS. OTROS ABANDONAN TODA FICCIÓN DE SER CLÍ

NICOS Y SE DEDICAN EXCLUSIVAMENTE A LA ENSEÑANZA.

COMO LA PSICOLOGIA CLINICA TIENDE A SER PROFESION RECONOCIDA Y VALORADA, LOS PSICOLOGOS TIENEN UNA MAYOR SENSACION DE SEGURIDAD (APARENTEMENTE) QUE LES PERMITE UNA CONDUCTA MAS INDEPENDIENTE Y REAL POR LO QUE TIENE ACESOS COMO:

A).- TEORIA. EXISTE UNA ACEPTACION MENOS SERVIL QUE LA TEORIA PSICOANALITICA ORTODOXA COMO UNICA QUE PUEDE ORIENTAR LA PRACTICA; YA QUE EXISTE UN INTERES, DE DESARROLLO MAS RAPIDO, POR LA " PSICOLOGIA DEL YO " Y LAS ORIENTACIONES NEOFREUDINAS QUE PONEN EL ACENTO EN LOS FACTORES SOCIALES DE LA PATOLOGIA. SE TRATA INCLUSIVE, DE UNA DISPOSICION A CONSIDERAR LAS FORMULACIONES NO ANALITICAS DE LOS PROBLEMAS CLINICOS. EN UNA PALABRA, EXISTE UN CRECIENTE RECONOCIMIENTO DE LAS ENORMES COMPLEJIDADES DE LA CONDUCTA HUMANA Y LA NECESIDAD DE MEJORES FORMULACIONES TEORICAS.

B).- CONTENIDO. PARECERIA QUE LOS PSICOLOGOS CLINICOS, A LA VEZ QUE CONTINUAN Y AMPLIAN SU ANTERIOR INTERES POR LA TEORIA Y LA PSICOPATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD HAN REDESCUBIERTO EL SOMA, POR LO MENOS ALGUNOS DE ELLOS. AUMENTAN RAPIDAMENTE EL INTERES Y LAS INVESTIGACIONES SOBRE PROCESOS NEUROFISIOLOGICOS Y PSICOFARCOLOGICOS. PARECE EXISTIR UNA DISPOSICION AL RECONOCER LA POSIBILIDAD, CASI OLVIDADA, DE QUE LOS -

FACTORES GENÉTICOS PUEDEN DESEMPEÑAR UN PAPEL EN -
CIERTAS SITUACIONES CLÍNICAS. JUNTO A ESTE REDESCU-
BRIMIENTO DE LOS FACTORES CONSTITUCIONALES, EXISTE -
UN CRECIENTE RECONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LAS
DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN TODAS LAS VARIABLES DE -
CONDUCTA.

C).- PRACTICA. (DIAGNOSTICO).- AL ENCONTRARSE FRENTE A --
UNA TREMENDA ACUMULACIÓN DE TAREAS DE DIAGNÓSTICO, PE-
RO SIN TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE VALIDEZ PROBADA, LOS
PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE POSTGUERRA SE VIERON ORILLADOS
A ADOPTAR CIERTOS PROCEDIMIENTOS, ANTE TODO SOBRE LA
BASE DE SU "VALIDEZ NOMINAL". EL HECHO DE QUE ESAS -
TÉCNICAS PERMITIERAN A QUIENES LAS EMPLEABAN PRESEN-
TAR INFORMES DE CASOS QUE FUERON BIÉN RECIBIDOS POR
SUS COLEGAS PSIQUIÁTRAS, HIZO QUE FUERAN MUY PRONTO -
ACEPTADAS COMO VÁLIDAS Y ESCENCIALES PARA LA PRACTI-
CA CLÍNICA. SE PODRÍA DECIR QUE EN 1950 SE HABÍAN --
CONVERTIDO EN PARTE DE UN RITUAL EN LA ÚLTIMA MITAD
DE LA DÉCADA, MUCHOS CLÍNICOS SE HAN COMPORTADO COMO
PSICÓLOGOS EN LO QUE RESPECTA A SUS HERRAMIENTAS, ES
DECIR, EMPRENDIERON INVESTIGACIONES PARA EVALUARLAS
PARA LOS FINES CON QUE SE LES USA. TALES ESTUDIOS SE
HAN PRODUCIDO UNA CONSIDERABLE REVISIÓN, TANTO DE LA
TEORÍA COMO EN LA PRÁCTICA, POR LO QUE EXISTE UN CLA-
RO RECONOCIMIENTO DE LA NECESIDAD DE PERFECCIONAR -
TÉCNICAS ANTIGUAS, A LA VEZ QUE SE BUSCAN MEJORES RE

CURSOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO.

D).- PRACTICA (TERAPIA). LA INVESTIGACIÓN SOBRE TERAPIA TIENE MÁS IMPORTANCIA QUE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN LA TERAPIA MISMA. EN LA ACTUALIDAD SE CONSIDERA QUE TALES INVESTIGACIONES SON ADECUADAS Y NECESARIAS. NO ES ACCIDENTE QUE LAS INVESTIGACIONES SOBRE TERAPIA SEAN REALIZADAS PRINCIPALMENTE POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS PREPARADOS COMO PSICÓLOGOS. SI BIÉN TALES INVESTIGACIONES NO HAN PROPORCIONADO AÚN IMPORTANTES CONTRIBUCIONES EN ESE DOMINIO PERO QUE CUANDO SE OBTENGAN DESCUBRIMIENTOS DE IMPORTANCIA SERÁN LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUIENES LAS REALICEN.

NOS ENCONTRAMOS EN LOS UMBRALES DE UN PERÍODO MÁS PRODUCTIVO AÚN EN LO REFERENTE A LA COLABORACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN, PRODUCTIVAS AMBAS PARA NUESTRA CLÍNICA EN SU APLICACIÓN PARA ENFRENTARNOS A LOS PROBLEMAS DE LA HUMANIDAD.

CONDUCTA ANORMAL.

LA CONDUCTA ANORMAL ES UN PROBLEMA CONSTANTE E IM
PORTANTE, DE LA SOCIEDAD. INVOLUCRA EN SUMA LA PARTICIPA -
CIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD MENTAL Y DE OTROS PROFESIONA
LES QUE DE ALGÚN MODO TIENEN ALGUNA RELACIÓN CON ELLA. Y
DE TODOS ESTOS GRUPOS HAN SURGIDO OTRAS DEFINICIONES DE --
ANORMALIDAD, BASADAS SOBRE DIFERENTES ASPECTOS Y REFEREN --
CIAS.

EN MUCHAS OCACIONES UNA PERSONA PUEDE MANIFESTAR
UNA CONDUCTA, LA CUAL AL SER OBSERVADA, PUEDE SER ESPECÍF-
CAMENTE ANORMAL, DESVIADA PROBLEMATICA Y QUE PUEDE DESEARSE
EL CAMBIO. ESA CONDUCTA PUEDE POR OTRO LADO SER LA CONSE -
CUENCIA RAZONABLE DE LA HERENCIA DE LA PERSONA Y DEL AMBREN
TE.

LA CONDUCTA LA CUAL ES LLAMADA ANORMAL DEBERÍA -
SER ESTUDIADA EN RAZÓN DE LA INTERACCIÓN DE TRES VARIABLES:

- A).- LA CONDUCTA EN SÍ MISMA.
- B).- SU CONTEXTO SOCIAL.
- C).- UNA OBSERVACIÓN DE CUAL ES LA POSICIÓN DEL PODER (IM
PULSO).

LA CONDUCTA ANORMAL ES INESPECÍFICA POR SÍ MISMA,
POR LO QUE SE CONSIDERA QUE EXISTEN TRES PUNTOS IMPORTANTES
ACERCA DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO:

- 1).- EL DIAGNÓSTICO RARAMENTE INDICA QUE CONDUCTA SOCIAL-
MENTE AGRADABLE DEBERÍA CONTRAINDICAR LA ETIQUETA --
PARTICULAR.

2).- ALGÚN ADJETIVO COMO PARANOIDE, ALUCINADO O DÉBIL IMPLICA UNA RELACIÓN RELATIVA QUE SU JUICIO ABSOLUTO. EN MUCHOS ASPECTOS EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO PUEDE REFLEJAR UN JUICIO INDIVIDUAL O ESTANDART Y VARÍA EN LO QUE RESPECTA A CIERTOS MEMBRETADOS.

3).- ^{Los} EN CASOS PUROS O CLÁSICOS SON RARAMENTE ENCONTRADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. LOS PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO SON FRECUENTES EN ALGÚN GRADO DE PATOLOGÍA, PERO RARA VEZ EN PRESENCIA DE CONDUCTA ANORMAL COMPUESTA DE MÁS DE UNA CATEGORÍA.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LOS ESPECIALISTAS DE LA CONDUCTA ANORMAL TIENEN CONOCIMIENTO DE LA CLASIFICACIÓN ESTANDART QUE EXISTE PARA DICHS CASOS; POR LO TANTO DIFÍCILMENTE PODRÍAN ESTRUCTURAR UNA ETIQUETA O DIAGNÓSTICO PERSONAL.

EL PROBLEMA FUNDAMENTAL EN LOS DIAGNÓSTICOS ES LA GRAN VARIEDAD DE TERMINOLOGÍA EXISTENTE PARA SEÑALAR LOS MISMOS ASPECTOS INCREMENTANDO ESTE PROBLEMA LA PREPARACIÓN Y CORRIENTES DEL PROFESIONISTA QUE LO UTILICE, SIENDO EL RESULTADO, UNA DISPARIDAD EN CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

SUPUESTOS DE LA PSICOLOGIA CLINICA.

LOS SUPUESTOS SON PREMISAS EVIDENTES EN SÍ MISMAS, QUE NO NECESITAN DEMOSTRACIÓN O PRUEBA EXPERIMENTAL Y SE LES UTILIZA CON EL PROPÓSITO DE ORDENAR Y CLARIFICAR LOS ANTECEDENTES DE LO QUE ES CONOCIDO EXPERIMENTAL, LÓGICO O CLÍNICA-MENTE.

EL CONTINUO DE SALUD Y ENFERMEDADES MENTALES.

EL MÉDICO CLÍNICO ENCUENTRA MUCHOS SIGNOS DE DESÓRDEN EMOCIONAL EN PACIENTES ENFERMOS FÍSICAMENTE Y LOS PSICÓLOGOS SUELEN ENCONTRAR MÁS CASOS PATOLÓGICOS ENTRE AQUELLOS QUE SON APARENTEMENTE NORMALES PARA LOS PSIQUIÁTRAS.

PROBLEMAS DE LA DEFINICIÓN DE SALUD Y ENFERMEDADES MENTALES.

LAS DEFICIENCIAS DE LAS ANTIGUAS NOCIONES DE NORMALIDAD, CONSIDERADAS EN SUS ASPECTOS CULTURALES Y ANTROPOLÓGICOS COMO DESDE EL PUNTO DE VISTA PURAMENTE ESTADÍSTICO Y CUANTITATIVO, SE MANIFESTARON EN LA ANTIGÜEDAD Y SERIEDAD DE TRATAMIENTOS Y APLICACIONES. POR OTRO LADO, AMBOS PUNTOS DE VISTA RESPECTO DE LA NORMALIDAD CULTURAL Y ESTADÍSTICA FUERON CRITICADOS POR LAS LIMITACIONES INHERENTES A SU UTILIDAD RESPECTO DE LA DISCRIMINACIÓN Y PREDICCIÓN DEL COMPORTAMIENTO.

UNA NOCIÓN DE NORMALIDAD SEPARADA DE CRITERIOS ADICIONALES Y REFERENTES EXPLÍCITOS NO CONDUCE POR SÍ MISMA A NINGUNA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA O APLICABLE RESPECTO DE

LA EDUCACIÓN ESPECÍFICA DE UN COMPORTAMIENTO DADO. TAMPOCO PARECE NECESARIAMENTE RELACIONADA A LA DEFINICIÓN DE SALUD PSICOLÓGICA EN TÉRMINOS DE CRITERIO SOCIAL.

CONTINUOS DE NORMALIDAD: ¿ EN QUÉ NIVEL ?.

SCOTT, REVISÓ LAS DEFINICIONES DE LOS INVESTIGADORES Y LOS CORRELATOS PSICOLÓGICOS SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PLANTEANDO CUATRO PUNTOS BÁSICOS DE DISCUSIÓN EN ESTE CAMPO:

- 1).- ¿SE REFIERE A LA ENFERMEDAD MENTAL A UN CONCEPTO UNITARIO? Ó A UN AGRUPAMIENTO ARTIFICIAL DE TRASTORNOS ESPECÍFICOS BÁSICAMENTE DIFERENTES.
- 2).- ¿ES UN ESTADO AGUDO O CRÓNICO DEL ORGANISMO?.
- 3).- ¿ES LA INADAPTACIÓN (O DESVIACIÓN DE LAS NORMAS SOCIALES) UN FACTOR CONCOMITANTE ESCENCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL?
- 4).- ¿DEBEMOS DEFINIR EXPLÍCITAMENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN VALORES DISTINTOS DE LA CONFORMIDAD SOCIAL?.

LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES, AL NO SER SATISFACTORIAS EN LA ACTUALIDAD, PROVENDRÁN, EN TODO CASO, DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, PUESTO QUE NINGUNA OTRO DISCIPLINA APLICADA TIENE ELEMENTOS PARA ELLO. LA FALTA DE INTERÉS DE OTRAS DISCIPLINAS POR ESTE CONCEPTO DE NORMALIDAD RESPOSABILIZA MÁS A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

SCOTT PLANEA LO SIGUIENTE: "... EL NIVEL DE ANÁLISIS INTERPERSONAL ES EL MÁS APROPIADO PARA BUSCAR LAS EXPLICACIONES AL DESORDEN MENTAL. SIN EMBARGO, ES PROBABLE -

QUE LA REFORMULACIÓN DE ALGUNAS DE LAS DIFERENCIAS MACROSO-
CIALES EN TÉRMINOS MICROSOCIALES SUGERIRÁ GENOTIPOS QUE EN
REALIDAD NO SON DISCERNIBLES EN LOS NIVELES MÁS SUPERFICIA-
LES DE CORRELACIÓN EMPÉRICA. AÚN SI ESTO NO BRINDA EXPLICA-
CIONES CAUSALES PARA MUCHAS DE LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓ-
GICAS QUE ACOMPAÑAN A LOS DESÓRDENES MENTALES, PUEDE POR LO
MENOS EXPANDER EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN EN DIRECCIONES QUE
EVENTUALMENTE OFRECERÁN UNA COMPRENSIÓN MAYOR ACERCA DE LA
NATURALEZA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL "...

ANTE LA FALTA DE ACUERDO RESPECTO DE LA DEFINICIÓN
DE NORMALIDAD FREIDES SUGIERE QUE DICHO CONCEPTO SEA ABANDO-
NADO. KORMAN, TOMANDO PARTIDO CON FREIDES, PROPUSO BUSCAR
UNA VARIEDAD DE ÍNDICES DE NORMALIDAD EN LUGAR DE CONSIDERAR
LA COMO CONCEPTO GENERAL.

LOS NIVELES DE PERSONALIDAD FUNCIONAN A LO LARGO
DE DETERMINADOS CONTINUOS QUE ESTÁN DEFINIDOS, POR LO MENOS
POR TRES POSTULADOS ADICIONALES: ESPACIO, TIEMPO Y ORGANIZA-
CIÓN EN LA PERSONALIDAD.

CONTINUOS DE ENFERMEDAD: ¿EN QUE NIVEL?

LA ENFERMEDAD ES FRECUENTEMENTE CONCEBIDA EN MEDICINA COMO ALGO PRESENTE O COMO ALGO AUSENTE. EL DIAGNÓSTICO DE LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA SE BASA EN LOS MISMOS SUPUESTOS QUE GOBIERNAN LA ENFERMEDAD FÍSICA; ES POR ELLO QUE PODEMOS ENCONTRAR VARIOS GRADOS DE ENFERMEDAD. EL SURGIMIENTO DE PUNTOS DE VISTA MÁS DINÁMICOS CUYO PROPÓSITO ES COMPRENDER AL INDIVIDUO MÁS QUE ENCASILLARLO DESPLAZÓ UN POCO EL CRITERIO ANTES EXPUESTO. DE ACUERDO CON EL PUNTO DE VISTA CLÁSICO AÚN FRECUENTE EN ALGUNOS PAÍSES, LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA ES CONCEBIDA COMO UNA ENTIDAD SEPARADA Y OPUESTA A LA NORMALIDAD. ES POR ELLO QUE EL PACIENTE QUE NO PADECE UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA QUE TENGA UN RÓTULO ESPECÍFICO SE CONVIERTE EN UNA PERSONA CON "PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN", SIN ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DIAGNOSTICABLE. CUANDO LOS PSIQUIATRAS QUE SUSTENTAN TAL OPINIÓN SE ENFRENTAN CON DATOS DE INVESTIGACIÓN DE LA MEDICINA INTERNA O DE LA CARDIOLOGÍA QUE MUESTRAN LA FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD EN UN GRAN PORCENTAJE DE PACIENTES, ARGUYEN QUE LA TAXONOMÍA ES UNA DE LAS TAREAS FUNDAMENTALES DE LA CIENCIA Y QUE SIN UNA CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA Y UN CRITERIO RÍGIDO, APARECERÍA EL CASO, QUE IMPEDIRÍA, ENTRE OTRAS COSAS, LOS ESTUDIOS COMPARATIVOS. LA CLASIFICACIÓN SIGUE SIENDO UNA DE LAS TAREAS FUNDAMENTALES DE LA PSIQUIATRÍA.

LA ORIENTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ES POR

LO GENERAL MENOS RÍGIDA RESPECTO DEL DIAGNÓSTICO, YA QUE EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTALES ESTÁ RELACIONADO - CON LA IDEA DE CONTINUIDAD EN EL COMPORTAMIENTO. CADA UNA DE ESTAS POSICIONES TIENE SU PRO Y SU CONTRA. SI LA PATOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO ES CONSIDERADA EN UN CONTINUO, NO TIENE UN ANCLAJE EN EL LADO NORMAL PUESTO QUE NO SE HA ENCONTRADO NINGÚN CONSENSO EN LOS CRITERIOS DE NORMALIDAD. POR OTRA PARTE, LOS MÁS ADICTOS "CONTINUISTAS" ACEPTARÁN - LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS QUE SE APLICAN A LOS GRUPOS DE PACIENTES MÁS AGUDAMENTE DIFERENCIADOS.

SON MUCHAS LAS RAZONES POR LAS CUALES LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ACEPTAN LA IDEA DE CONTINUIDAD EN LA PATOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO AL MENOS EN NUESTRO MEDIO AMBIENTE NACIONAL.

EN PRIMER LUGAR, PORQUE ESTUDIAN LA PERSONALIDAD LA PATOLOGÍA ENFATIZANDO LOS PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN. EN SEGUNDO TÉRMINO, PROQUE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA TIENDEN A VER MÁS CASOS DE LOS QUE LOS PSIQUIATRAS LLAMARÍAN INDIAGNOSTICABLES. REFIRIENDOME A PACIENTES QUE NO SUFREN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, PERO PADECEN UNA MULTITUD DE DESVIACIONES E INADAPTACIONES. LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CLARAMENTE DIAGNOSTICADOS NO SON VISTOS FRECUENTEMENTE POR LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, A NO SER QUE POR RUTINA SE APLIQUEN TESTS A TODOS LOS PACIENTES. LA MAYORÍA DE LAS CLÍNICAS Y HOSPITALES NO SE PUEDEN DAR EL LUJO DE RECURRIR A PSICÓLOGOS CLÍNICOS PARA APLICAR TESTS DE RUTINA. LAMENTABLEMENTE

LAS PRUEBAS CLÍNICAS PSICOLÓGICAS SON SELECTIVAS Y PREFORMADAS SOBRE TIPOS DE PACIENTES FRONTERIZOS Y MARGINALES DESDE UN PUNTO DE VISTA CLASIFICATORIO. EN TERCER LUGAR PORQUE - LOS DOS PUNTOS ANTERIORES DEBEN SER CALIFICADOS POR EL ENCUADRE EN EL QUE TRABAJA EL PSICÓLOGO CLÍNICO.

ES DIFÍCIL QUE SE RESUELVAN ALGUNA VEZ ESTA CONTROVERSIA SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS. ES OBVIO QUE ESTO IMPLICA PROBLEMAS IDEOLÓGICOS Y PROFESIONALES. EL PELIGRO PARA LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ES TOMAR PARTIDO INNECESARIAMENTE, ORGANIZARSE EN PRO O EN CONTRA DE PUNTOS EXTREMOS Y DEJARSE INCLUIR POR ELLOS. COMO YA SABEMOS POSITIVAMENTE, LA PRINCIPAL CONTRIBUCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO NO ES LA DE PROVEER DE UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO BURDO AL PACIENTE. DEJANDO DE LADO NUESTRA POSICIÓN EN DICHA CONTROVERSIA DEBEMOS DESTACAR QUE AÚN EN AQUELLOS SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS FÁCILMENTE RECONOCIBLES, EL OBJETIVO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO, AL HACER SU DIAGNÓSTICO, ES DESCRIBIR E INTERPRETAR LAS CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL MEDIO AMBIENTE PARA ANALIZAR SU DINÁMICA PROFUNDA.

OTRO PUNTO DE VISTA CONSIDERA LA EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA DE LA CONDUCTA SEGÚN UN CONTINUO DE COMPETENCIA Y DE EFICIENCIA SOCIAL. ESTE PUNTO DE VISTA SE BASA EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIER CONDUCTA OBSERVADA VARÍA SEGÚN NIVELES Y CONTINUOS Y NO SEGÚN TIPOS OPUESTOS DE COMPORTAMIENTO.

LAS PRUEBAS DE DIAGNOSTICO Y LAS NUEVAS ALTERNATIVAS.

MIENTRAS QUE LA CLÍNICA ES CONSIDERADA COMO INMOVIL, BASADA EN GRAN PARTE YA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA O SOBRE EL MODELO DE DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO, EN AÑOS RECIENTES HAN APARECIDO MODELOS ALTERNATIVOS DE ESTIMACIÓN: EL EXPERIMENTAL, EL CONDUCTUAL, LA TOMA DE DECISIONES Y LOS MODELOS OPERACIONALES DE INVESTIGACIÓN.

LOS PSICÓLOGOS HAN ESTADO INTERESADOS ACERCA DEL ESTATUS DEL PSICODIAGNÓSTICO O SU FUNCIÓN ESTIMATIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA (CARSON 1958, HOLT, 1967).

BREGER, 1968, HA ESTABLECIDO ARGUMENTOS QUE NO SEAN NECESARIOS PARA LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO. NO OBSTANTE EXISTEN REVISIONES QUE INDICAN QUE LOS RESTOS DE LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO QUE TIENEN FUNCIÓN EN HOSPITALES ES LA ACTIVIDAD QUE TIENE MÁS DEMANDA CON MUCHA FRECUENCIA. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y OTROS PROFESIONISTAS RARAMENTE DISCUTEN LA NATURALEZA DEL DIAGNÓSTICO, PARECE SER QUE SEMEJAN UNA PARTE ESTABLECIDA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA QUE POCOS SE DETIENEN A CONSIDERAR SU VALOR Y CONTENIDO, EN TODO CASO ES UN PREREQUISITO ESENCIAL PARA LA PRÁCTICA MEDICA (ENGLE Y DAVIS 1963).

LA INTRODUCCIÓN DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EN AREAS DEL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA, ASÍ COMO EN LA TOMA DE DECISIONES EN

EL CAMPO DE OTRAS CIENCIAS HA DADO COMO RESULTADO NUEVOS Y DIVERSOS MODELOS PARA LA ESTIMACIÓN PSICOLÓGICA LOS CUALES DESAFÍAN EL MODELO DIAGNÓSTICO.

MODELO DE DIAGNOSTICO.

ESTE MODELO ES BIEN CONOCIDO POR LO QUE SOLO SE OFRECE UNA BREVE OBSERVACIÓN. EL MODELO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DEBERÍA ESTAR CARACTERIZADO POR LA DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ANORMALIDAD O DISFUNCIÓN LOS CUALES SE DETECTAN POR LOS SÍNTOMAS, SIGNOS, QUEJAS O CONDUCTA DETERMINADA QUE REFLEJA UNASPECTO DE MALA SALUD. ADEMÁS SE DEBERÍA AGREGAR EN QUE DIRECCIÓN SE DETERMINA EL TRATAMIENTO. ENGLE Y DAVIS, 1963, DEFINEN EL DIAGNÓSTICO COMO EL ARTE CIENCIA, COMO EL ACTO DE RECONOCER LA ENFERMEDAD POR MEDIO DE LOS SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS DE LABORATORIO Y TAMBIÉN COMO UNA DETERMINACIÓN ALCANZADA. THORNE (1947), REGISTRÓ NUEVE OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO:

- 1).- LA DEMOSTRACIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS.
- 2).- LA DIFERENCIA ENTRE DESORDENES ORGÁNICOS Y FUNCIONALES.
- 3).- DESCUBRIR LAS REACCIONES DE LA PERSONALIDAD Y LA INCAPACIDAD DEL ORGANISMO.
- 4).- DETECTAR LA AUSENCIA DE DAÑO ORGÁNICO COMO RESULTADO DE UNA INCAPACIDAD FUNCIONAL.
- 5).- ESTIMACIÓN DE LA EXTENSIÓN E INTENSIDAD DE LOS PROCESOS ANORMALES EN RELACIÓN AL REGISTRO DE DATOS CONCERNIENTES AL TIPO Y SEVERIDAD.

- 6).- DETERMINAR EL PRONÓSTICO Y EL CURSO PROBABLE O EVOLUCIÓN.
- 7).- PROVEER DE BASES RACIONALES PARA LA PSICOTERAPIA ESPECÍFICA.
- 8).- PROVEER DE BASES RACIONALES PARA DISCUTIR EL CASO CON LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES.
- 9).- PROVEER DE UNA BASE CIENTÍFICA PARA LA CLASIFICACIÓN Y EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

ALGUNOS PSICÓLOGOS (GREENING Y BUGENTAL, 1962), DISTINGUEN LOS PSICODIAGNÓSTICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS. PSICODIAGNÓSTICOS ES EL ESTUDIO TOTAL DEL INDIVIDUO COMO OPOSICIÓN A LA DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL INDIVIDUO, INCLUYE UNA DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO COMÚN DE UN INDIVIDUO QUE INCLUYE SUS PAUTAS CONDUCTUALES ANTES DE ALGÚN ACCIDENTE O DESÓRDEN Y DEL FUNCIONAMIENTO QUE PUEDE SER ESPERADO RAZONABLEMENTE, O SI ES TRATADO, BAJO QUE MEDIDAS TERAPÉUTICAS SON DETERMINADOS.

DIAGNOSTICO CLINICO VS. DIAGNOSTICO ESTADISTICO.

EXISTEN DOS VARIANTES EN EL MODELO DIAGNÓSTICO: EL CLÍNICO Y EL ESTADÍSTICO. QUIÉN SE ADHIERE AL MÉTODO CLÍNICO TIENDE A APROPIARSE DEL TERMINO PSICODIAGNÓSTICO PARA SU USO EXCLUSIVO. DE ACUERDO CON BREGER (1968), ALGUNAS OCASIONES UN TEST PARTICULAR COMO RORSCHACH, O TÉCNICAS PROYECTIVAS POR SI SOLAS, SON IDENTIFICADAS COMO DIAGNÓSTICO. POR EJEMPLO UNA LECTURA CUIDADOSA DEL ARTÍCULO DE HOLT -

(1967), ESTABLECE QUE APARENTEMENTE ÉL LO UTILIZA PARA TRANSFERIR QUE EL TEST DE DIAGNÓSTICO ES EL USO HABIL DE UNAS POCAS TÉCNICAS TALES COMO EL RORSCHACH Y EL WECHSLER SIMILARMENTE, HARROWE (1965) ENCONTRÓ QUE ES DIFÍCIL LA CONCEPCIÓN DE ALGUNO DE LOS CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA FUERA DEL NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN. ELLA TAMBIÉN DEDUJO QUE ALGUNAS FORMAS DEL ANÁLISIS PERSONAL O INSIGHT DADO POR LA TERAPIA ES DESEABLE PARA UN RESULTADO PSICODIAGNÓSTICO.

ESTE SUBTIPO DEL MODELO DIAGNÓSTICO HASTA AHORA SE ENCUENTRA ORIENTADO PSICODINÁMICAMENTE Y ES INTUITIVO; SE ENCUENTRA DIRIGIDO HACIA LA DESCRIPCIÓN DE LA "INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD" DE LOS INDIVIDUOS EN UNA CONCEPCIÓN TEÓRICA DE LA ESTRUCTURA DE LA CONDUCTA HUMANA.

EL MODELO DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO NO SE ENCUENTRA BASADO EN NINGUNA ESTRUCTURA TEÓRICA PARTICULAR DE CONDUCTA HUMANA PERO SI SOBRE EVIDENCIAS EMPIRICAS COMUNES SOBRE EVIDENCIAS DE ASOCIACIONES DEL PREDICTOR (CARACTERÍSTICAS PRESENTES DE UN INDIVIDUO) Y EL CRITERIO (DIRECCIÓN DEL TRATAMIENTO, DIAGNOSIS, PRONÓSTICO, ETC). MIENTRAS QUE EL MODELO PSICODINÁMICO ES IDENTIFICADO CON EL USO DE PRUEBAS PROYECTIVAS COMO EL TORSCHACH Y EL ESTADÍSTICO CON EL USO DE DATOS CUANTITATIVOS, MUCHAS OCASIONES RESULTADO DE PRUEBAS TAMBIÉN PROYECTIVAS, MEEHL (1954) INTENTÓ HACER UNA DISTINCIÓN ENTRE AMBOS NO EN TÉRMINOS DE DIRECCIÓN, TEORÍAS Y DATOS PREFERIDOS POR AMBOS, SINO POR LAS DIFERENCIA EN LA LÓGICA DE LA COMBINACIÓN DE LOS DATOS Y DE LOS MÉTODOS DE IN-

FERENCIA. SEGÚN MEEHL, EN EL MÉTODO CLÍNICO, EL ESPECIALISTA DESARROLLA UN MODELO ESTRUCTURAL DINÁMICO DE UN INDIVIDUO Y ELABORA DEDUCCIONES DE ESTE MODELO. EL ESPECIALISTA EN ESTE MODELO TIENE COMPLETA LIBERTAD EN LA RESTRICCIÓN DE LOS DATOS Y SUS COMBINACIONES.

EN EL MÉTODO ESTADÍSTICO, SOLAMENTE UNA CLASIFICACIÓN DEL INDIVIDUO SEGÚN LOS ROLES CENTRALES Y SUS REQUISITOS, DESDE INFERENCIAS ACERCA DE LA CONDUCTA QUE SIGUE AUTOMÁTICAMENTE A LAS ASOCIACIONES DEL INDIVIDUO EN UNA CLASE.

LAS DISTINCIONES DE MEEHL ENTRE LOS DOS MODELOS HA RECIBIDO AMPLIA ACEPTACIÓN, PERO CONTIENE AÚN DEFECTOS. LA FORMULACIÓN DE UN HIPÓTESIS DE LA ESTRUCTURACIÓN DINÁMICA HACERCA DEL INDIVIDUO QUE PERTENECE AL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO, Y NO LA FORMULACIÓN HACIA LA PREDICCIÓN. ALGUNA HIPÓTESIS O TEORÍA HA DE SER VÁLIDA POR MEDIO DE PROCESOS OBJETIVOS DESPUÉS DE ALGÚN GRADO DE CONFIABILIDAD PARA PODER SER UBICADO EN LAS PREDICCIONES DERIVADAS DE LOS DATOS. LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PUEDEN SER EN EFECTO ESTADÍSTICOS; POR LO TANTO, LOS DATOS ESTADÍSTICOS Y EL MÉTODO SON SECUENCIALMENTE UN RESULTADO DE UNA "HIPÓTESIS CLÍNICA" Y NO SON ALTERNATIVAS DE ELLA. MEEHL, NO DEMUESTRA COMO SON REALIZADAS LAS PREDICCIONES DEL MÉTODO CLÍNICO, -- UNICAMENTE DA POR HECHO INTUITIVAMENTE, QUE SON EL PRODUCTO DE UN MODELO ESTEREOTIPADO DE CONDUCTA.

CONSIDERO QUE EXISTEN MAYORES DIFERENCIAS ENTRE LAS PREDICCIONES DE LA CLÍNICA Y LOS MODELOS ESTADÍSTICOS --

EN SUS FORMULACIONES, DIRECCIÓN Y CONDUCTA A SER DETERMINADA, EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y EN LA ELABORACIÓN DE INFERENCIAS.

EVALUACION DEL MODELO DIAGNOSTICO.

HOLT (1967), ENUMERÓ LAS SIGUIENTES RAZONES QUE PRODUCEN EL APARENTE DESCUIDO DE LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO: DECREMENTO EN LA CALIDAD DEL APRENDIZAJE DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, DEBIDO PRINCIPALMENTE A LA TREMENDA EXPANSIÓN DE LAS AREAS Y MEMBRETES QUE SE LES ASIGNAN ASI COMO DE SU ADIESTRAMIENTO, EL ASCENSO DE LA PREDICCIÓN ESTADÍSTICA, PASIVIDAD EN EL ROL DE DIAGNOSTICADORES DE LOS PSICÓLOGOS, LA NATURALEZA AUTORITARIA DEL APRENDIZAJE, DEFICIENCIAS EN EL EXITO DE LOS DIAGNÓSTICOS, HOSTILIDAD DE OTROS PROFESIONISTAS HACIA LAS PRUEBAS Y LA EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS MEDICOS PSICOLOGÍA CLÍNICA INTRODUCIDOS POR LA PSIQUIATRÍA.

ALGUNAS DE ESAS RAZONES SON OBJECIONES HACIA EL MODELO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PERO OTRAS, SON RELEVANTES HACIA EL MODELO DE DIAGNÓSTICO COMO UN TODO. PUEDEN SER CLASIFICADAS EN CUATRO GRUPOS:

- 1).- EVIDENCIA SOBRE LO INFORMAL DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.
- 2).- OBJECIONES HACIA EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.
- 3).- LAS LIMITACIONES DEL DIAGNÓSTICO.
- 4).- DESARROLLO DE OTRAS APROXIMACIONES ALTERNATIVAS.

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS.

ESTA AREA ES BIEN CONOCIDA EN EL ASPECTO DE PATOLOGIA MENTAL, DEBERIA NO OBSTANTE, ENFATIZARSE QUE LOS DEFECTOS DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO SÓLO SE CENTRA EN EL MEMBRETE O ETIQUETA QUE UTILIZAN SINO QUE EXISTEN DEFICIENCIAS EN TODOS LOS PROCESOS DEL DIAGNÓSTICO.

LAS DEFICIENCIAS PUEDEN RESUMIRSE EN:

A).- LOS PSIQUIÁTRAS Y LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS TIENDEN A LLEGAR A DIFERENTES ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS AÚN UTILIZANDO EL MISMO PACIENTE Y MÁS AÚN CUANDO LA OCASIÓN VARÍA, SIENDO MAYOR EL GRADO DE DIFERENCIACIÓN EN DESORDENES DE LA CONDUCTA LEVES, IGUALMENTE ES INSATISFACTORIO LA CONFIABILIDAD EN LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS O EN LA DETERMINACIÓN DE LA IMPORTANCIA EN LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO DE ESOS SÍNTOMAS.

B).- EXISTEN EVIDENCIAS DE LA INDEPENDENCIA QUE EXISTE ENTRE LOS SÍNTOMAS, EL DIAGNÓSTICO, Y EL TRATAMIENTO; YA QUE EXISTE EL DESACUERDO DESDE LA SELECCIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA ASÍ COMO PARA EL TRATAMIENTO.

EL DESACUERDO EN EL MEMBRETE DIAGNÓSTICO ES ORIGINADO POR LA NOSOLOGIA INADECUADA, DISTINCIONES EXCESIVAMENTE FINAS, CAMBIOS FORZADOS POR EL MISMO DIAGNÓSTICO, POR CRITERIOS AMBIGUOS, ETC.

KATZ, COLE, Y LOWEY, 1964, MOSTRARON QUE SOLAMENTE

EL 5% DE LA DISCORDANCIA FUERON ATRIBUIDOS A LA INCONSTANCIA DEL PACIENTE, EL 33% A LA VARIACIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA Y EL 62% A LO INADECUADO DE LO NOSOLÓGICO.

OBJECIONES AL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.

LO INADECUADO DE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD FÍSICA Y MENTAL HAN ORIGINADO DEFECTOS DE ORIENTACIÓN QUE SON AMPLIAMENTE CONOCIDOS.

- 1).- LA SALUD Y ENFERMEDAD SON CONCEPTOS AMBIGUOS.
- 2).- LA ENFERMEDAD NO ES UNA ENTIDAD.
- 3).- NO EXISTEN CRITERIOS INDEPENDIENTES PARA ENFERMEDAD MENTAL, ESPECIALMENTE PARA ENFERMEDADES FUNCIONALES Y NEUROTICAS. ES EL MOTIVO POR EL CUAL EXISTE LA TENDENCIA EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA A INVENTAR ETIQUETAS PARA DEFINIR LA "ANORMALIDAD" A PESAR DE NO EXISTIR FENÓMENOS AL RESPECTO.
- 4).- LA CONCEPCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN TÉRMINOS DE ENFERMEDAD MENTAL PROVIENEN DE UNA GRAN VARIEDAD DE OTRAS APROXIMACIONES. EN LUGAR DE DESARROLLAR SUS PROPIAS APROXIMACIONES BASADAS EN EL CONCEPTO DE MUCHOS DISTURBIOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES TIENEN ESTRECHA RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE. OTRAS CONCEPTUALIZACIONES DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SIGUEN ASPECTOS COMO SITUACIÓN, JUEGO, MEDIO AMBIENTE, PROBLEMAS REALES Y RESIDUOS DE DESVIACIÓN.

LIMITACIONES DEL DIAGNOSTICO.

ADEMÁS DE LOS DEFECTOS DEL SISTEMA DE DIAGNÓSTICO Y DE LAS APROXIMACIONES DE LA ENFERMEDAD, ES NECESARIO CONSIDERARLO Y ORIENTARLO COMO UN TODO.

EL DIAGNÓSTICO ES GENERALMENTE TOMADO COMO UNA TENTATIVA PARA DARLE SENTIDO A LA COMPRESIÓN DE UN INDIVIDUO EN FORMA MÁS ÚTIL. TODAVÍA ES POSIBLE QUE LAS DISCUSIONES DIFÍCILES AL RESPECTO REPRESENTAN UN FRACAZO DE LA DESCRIPCIÓN Y ORIENTACIÓN EXPLORADORA POR LO CUAL SE DETERMINÓ QUE NO ES ÚTIL PARA ALCANZAR EL PROPÓSITO, DE DETERMINAR TRATAMIENTOS ÓPTIMOS DESDE EL PRINCIPIO.

LA EXPLICACIÓN Y COMPRESIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES HAN RESULTADO EN SÍ MISMOS SER UNA TAREA DIFÍCIL. EN VISTA DE LAS AMPLIAS GAMAS DE EXPLICACIONES CON RESPECTO A LA CONDUCTA HUMANA, A LA POSTRE HAN RESULTADO INADECUADAS.

PARECE ILÓGICO INTENTAR EXPLICAR COMUNMENTE LA CONDUCTA DE INDIVIDUOS QUIENES SE PRESENTAN A LA CONSULTA, EXPLICACIONES DIAGNÓSTICAS TIENDEN A SER FORMULADAS EN TÉRMINOS DE UNA CONCEPTUALIZACIÓN SINGULAR DE LA NATURALEZA DE LOS DESÓRDENES DE CONDUCTA, Y SOLAMENTE EN PARTE POR LOS INTENTOS DEL TRATAMIENTO.

UN DIAGNÓSTICO DEBERÍA REFLEJAR CUALES SON LAS CONSIDERACIONES POSIBLES EN CAUSAS OCURRENTES CONSIDERADAS COMO LEVES, YA QUE UN CIENTÍFICO (PROFESIONISTA) NO PUEDE ARBITRARIAMENTE ELEGIR EL ACERCAMIENTO QUE ÉL PREFIERA O

QUE MEJOR DOMINE, ÉL DEBE ELEGIR OBJETIVAMENTE LA MEJOR APROXIMACIÓN PARA EL CASO ESPECÍFICO.

LA ESTRATEGIA QUE ES CONVENIENTE DISPONIBLE DESDE EL INICIO DEL PROCESO DIAGNÓSTICO ES LA CONCENTRACIÓN PREFERENTE SOBRE LOS INTENTOS DEL TRATAMIENTO Y COMO ALCANZARLOS ÓPTIMAMENTE. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS PUEDEN USAR LA AMPLITUD DEL RANGO DE SUS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS, ASÍ COMO SU CAPACIDAD PARA CREAR Y OBTENER RESULTADOS ÓPTIMOS EN EL TRATAMIENTO, DONDE EL ÚNICO REQUISITO ES QUE NO SE ENCUENTRE AFECTADO POR LOS DEFECTOS DE LAS NOCIONES COMUNES DE LAS CAUSAS DE LOS DESÓRDENES.

LA DESCRIPCIÓN O DIAGNÓSTICO EXPLICATIVO PUEDE SER INNECESARIO, SI EL PROBLEMA ES DE MEJORAMIENTO DE PAUTAS DE EJECUCIÓN, NO DEBERÍA EXISTIR ETIQUETA DIAGNÓSTICA, Y AMBOS TERAPEUTAS CONDUCTUALES Y DE CORRIENTES DINÁMICAS, DEBEN PRACTICAR INICIALMENTE TRATAMIENTOS FUERA DEL ALCANCE DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS, Y FUERA DEL EXAMEN DE SU ORIGEN, YA QUE BASTANTES ASPECTOS DE LA CONDUCTA HUMANA PUEDE SER INDEPENDIENTE DE LA DESORGANIZACIÓN CLÍNICA INSTITUCIONAL.

OTRA LIMITACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ES NO SER SUFICIENTE PARA DECIDIR ACERCA DEL TRATAMIENTO A SEGUIR YA QUE NO PROPORCIONA LA SUFICIENTE INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL ASPECTO CONDUCTUAL.

EN TÉRMINOS PRÁCTICOS, LA ACTIVIDAD DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS COMO CONSULTORES ES MUY LIMITADA Y DETERMINANTE, QUE SOLO PODRÁ CAMBIAR CUANDO CONOZCAN EXACTAMENTE CUAL ES

SU CAMPO, FUNCIONES LIMITACIONES REALES Y TRATAMIENTOS PARA MANEJAR LA PROBLEMATICA DE CADA PACIENTE. ADEMÁS DE LOS CO NOCIMIENTOS PREVIOS QUE LE PERMITIRÁN TOMAR DECISIONES ESPE CIFICAS PARA DEDUCIR INFORMACIÓN RELEVANTE.

EL DIAGNÓSTICO ES SOLO UNA HIPÓTESIS Y NO UNA COR TEZA Y POR CONSIGUIENTE EL TRATAMIENTO NO PUEDE DERIVAR DI RECTAMENTE DEL DIAGNÓSTICO, YA QUE TODOS ELLOS SON ORIGINA DOS POR MENTES CONSTANTES, POR LO QUE EL TRATAMIENTO DEBE ER LA SER ELEGIDO NO EN BASE DE UN DIAGNÓSTICO SINO SOBRE LA BASE DE UNA CONSIDERACIÓN COMPLETA DEL INDIVIDUO.

APROXIMACIONES ALTERNATIVAS.

MODELO EXPERIMENTAL. DESCRIBE AL PACIENTE INDIVIDUALMENTE

INCLUYE:

- A).- ESTANDARIZACION. EL USO DE MÉTODOS ESTANDARIZADOS DE OBSERVACIÓN.
- B).- VALIDEZ. EL USO HASTA DONDE SEA POSIBLE DE SÓLO MÉTODOS LOS CUALES DAN MUESTRAS DE VALIDEZ PARA CADA PROPÓSITO EN QUE SON UTILIZADOS.
- C).- CALIBRACION. EL USO DE MEDIDAS PRECISAS, LAS CUALES PERMITEN LA ESTIMACIÓN Y DETECCIÓN DE ERRORES.
- D).- PRUEBAS CIENTIFICAS DE INFERENCIAS. ALGUNA TEORÍA O HIPÓTESIS HECHA ACERCA DE UN INDIVIDUO VIENE A SER, SI ES POSIBLE, USADA COMO PRUEBA DE LA APLICACIÓN DE PRINCIPIOS CIENTÍFICOS Y DE INFERENCIAS EXPERIMENTALES (A DIFERENCIA DE LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS ES TRUCTURADAS DINÁMICAMENTE Y POR INFERENCIAS CLÍNICAS,

LAS CUALES SON PRESUMIBLEMENTE SOLO "PRUEBAS CLÍNICAS").

EL METODO EXPERIMENTAL ES USADO SOLAMENTE CUANDO EXISTEN TÉCNICAS ESTANDARIZADAS DE MEDICIÓN:

EN LA PRIMERA FASE, EL INVESTIGADOR FORMULA EN FORMA MÁS EXACTA POSIBLE LAS OBSERVACIONES LAS CUALES HAN DE SER EXPLICADAS O ESTUDIADAS. ESTAS SON NORMALMENTE SOBRE ALGUN TIPO DE CONDUCTA "ANORMAL". COMO ASPECTO PARTICULAR DE LA CONDUCTA QUE SERÁ ESTUDIADA DEPENDE LA IMPORTANCIA QUE TIENE PARA EL PACIENTE ASÍ COMO SOBRE LAS POSIBILIDADES PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN.

EN LA SIGUIENTE FASE, UNA ENUMERACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LOS FENÓMENOS. LA EXPLICACIÓN ES FAVORECIDA POR LOS ACONTECIMIENTOS Y LA GRAN CANTIDAD DE DATOS CLÍNICOS Y LAS IMPLICACIONES MÁS IMPORTANTES QUE TIENEN PARA EL TRATAMIENTO. ALGUNAS OCASIONES, UNA EXPLICACIÓN FÁCIL DE LAS PRUEBAS Y HECHOS PUEDE SER BLOQUEADA POR SER OBTENIDOS FUERA DE DIRECCIÓN O CONTENIDO. FINALMENTE, UNA EXPLICACIÓN DEBERÍA SER PREPONDERANTE EN EL SENTIDO DE QUE ES MÁS ADECUADO Y ALIENTA EN EL CONOCIMIENTO OCURRENTE DE LA PSICOLOGÍA Y PARA QUÉ TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN ESTA DISPONIBLE.

LA SIGUIENTE FASE EXPERIMENTAL INCLUYE DEDUCCIONES Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS RIGUROSAMENTE DERIVADAS DE LA EXPLICACIÓN. SI NO EXISTE CONFIRMACIÓN LA EXPLICACIÓN ES RECHAZADA Y SE FORMULA UNA NUEVA EXPLICACIÓN. TODA INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DEBERÍA SER CONDUCTIDA HACIA ALGUNO DE LOS

SIGUIENTES ESTUDIOS DEL PROCESO CLÍNICO:

- A).- RECOLECCION DE DATOS.
- B).- EVALUACION DE DATOS.
- C).- SUBRAYAR DATOS ADICIONALES.
- D).- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
- E).- TOMA DE DECISIONES.
- F).- EL TRATAMIENTO EN SI MISMO.
- G).- LA APRECIACION DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO.

LA FÁCIL APLICACIÓN DE LOS MODELOS EXPERIMENTALES PARA TRATAMIENTO FUERON DESCRITOS POR JONES (1956), MAYER (1957), YATES (1960), MODELOS QUE FUE POSIBLE APLICARLOS EN OTROS ESTADOS DE LA PSIQUIATRIA Y EN PROCESOS PSICÓLOGICOS.

EL MODELO EXPERIMENTAL REPRESENTA LA APLICACIÓN DE LOS METODOS CIENTÍFICOS PARA LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA CLÍNICA. LAS OBSERVACIONES SON HECHAS, UNA TEORÍA ES FORMULADA, Y LAS HIPÓTESIS SON DEDUCIDAS Y LAS PRUEBAS DE APOYO USADAS ADEMÁS DE LAS BASES DEL PROCESO CIENTÍFICO. LOS MODELOS CIENTÍFICOS NO ACEPTAN ALGÚN DIAGNÓSTICO PARTICULAR O ARMAZÓN TEORICA COMO CORRECTA Y UTIL. CON ESTOS MODELOS LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS TRABAJARIAN COMO CIENTÍFICOS QUE HARÍAN SU PROPIA Y ÚNICA CONTRIBUCIÓN PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN CLÍNICA.

UNA DE LAS CRÍTICAS AL MODELO EXPERIMENTAL SE REFIERE A QUE ES DEMASIADO EL TIEMPO CONSUMIDO, DEMANDA MUCHO PERSONAL COMPETENTE PARA LLEGAR A APLICAR TRATAMIENTOS DIFERENTES A CASOS DIARIOS, ADEMÁS DE CONSIDERARLO RESTRICTI-

VO POR SU INSISTENCIA EN EL USO DE TÉCNICAS VÁLIDAS SOLAMENTE. ES IMPORTANTE DETERMINAR QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DEBEN RETIRARSE DE TODAS LAS AREAS DE DECISIONES PSIQUIÁTRICAS QUE HAN ADOPTADO, LAS CUALES ESTAN PRESUMIBLEMENTE BASADAS EN EXPERIENCIAS PERSONALES, HABILIDAD, CREENCIAS Y OPINIONES, ASPECTOS QUE IMPIDEN MAYOR DISPONIBILIDAD PARA LA INVESTIGACIÓN, PARA EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y DE TÉCNICAS PARA EFECTUAR ELECCIONES O ALTERNATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA.

MODELO CONDUCTUAL.

EL ORIGEN DE ESTA APROXIMACIÓN SE ENCUENTRA EN LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL DE PAVLOV, WATSON, DUNLAP, HULL Y SKINNER. LA APLICACIÓN EN LOS PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO Y APRECIACIÓN ES RECIENTE Y EN SU MAYOR PARTE ASOCIADA CON TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. KANFER Y SASLOW DEFINIERON EL DIAGNÓSTICO COMO UN OBJETIVO SEGURO EN EL MEDIO AMBIENTE EXPLÍCITO Y LAS VARIABLES HISTÓRICAS LAS CUALES CONTROLAN LA CONDUCTA OBSERVADA. LA DIRECCIÓN DE LA APRECIACIÓN ES PARA DECIDIR O PARA ENCONTRAR QUE CONDUCTA ESPECÍFICA O QUE PATRONES REQUIEREN EL CAMBIO, CUALES SON LOS MEDIOS PARA PRODUCIR EL CAMBIO, Y QUE FACTORES OCURRENTES MANTIENEN LA CONDUCTA O SOBRE QUE CONDICIONES FUE ADQUIRIDA.

LA INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA ES SÓLO SI PUEDE SER DEMOSTRADA, QUE Y CUALES DATOS PUEDEN SER ÚTILES PARA ALCANZAR ALGÚN ASPECTO ESPECÍFICO DE LOS PROCESOS CLÍNICOS.

LA INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA EN LOS MODELOS CONDUCTUALES INCLUYE NO SOLAMENTE LA ENTREVISTA Y LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS SINO TAMBIÉN LA OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA ACTIVA DEL PACIENTE, REGISTROS TOMADOS DE LAS INTERACCIONES DEL PACIENTE, EN EL HOGAR, EN EL TRABAJO Y EN OTRAS SITUACIONES Y ACTUALMENTE ES POSIBLE DIRIGIRLOS HACIA ASPECTOS DEL CONDICIONAMIENTO SOBRE BASES EXPLÍCITAS.

UN PACIENTE PUEDE REQUERIR DE AYUDA EN LA FORMULACIÓN DE SUS PROBLEMAS DENTRO DE UN PATRÓN DE VIDA QUE RECONOCE COMO EL SUYO PROPIO. PERO ESTA CONCENTRACIÓN SOBRE CONDUCTA MANIPULABLE EXPLÍCITA, LA APROXIMACIÓN CONDUCTUAL DESOLVIDA EL TRATO CON LAS IDEAS, COMPLEJIDAD Y FORMULACIÓN DE NECESIDADES O DEGRADOS. POR OTRA PARTE, EXISTEN EVIDENCIAS DE QUE LA CONDUCTA NO ES SOLAMENTE UNA FUNCIÓN DE ESTIMULACIÓN OCURRENTE, PORQUE TAMBIÉN ES ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO, MODEAMIENTO A SIGHT. OTRO ASPECTO ES QUE OLVIDA EL TRATAMIENTO COMO CONSIDERACIÓN CLÍNICA COMÚN.

LA APROXIMACIÓN DEL MODELO CONDUCTUAL LA DECISIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA CASOS CLÍNICOS., IGNORA EL CONOCIMIENTO DE DECISIONES CONDUCTUALES BASADAS EN TESTS Y CLASIFICACIONES, LO MISMO QUE EN LA EXPERIMENTACIÓN, LA AUSENCIA DE PERSONAL ESPECIALIZADO NO PERMITE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS CONDUCTUALES.

MODELO DE TOMA DE DECISIONES.

TIPICAMENTE, LA CLÍNICA ESTA CONSTANTEMENTE COMPROMETIDA EN LA SECUENCIA DECISIVA OBTENIENDO MÁS INFORMACIÓN -

SIEMPRE QUE SEA NECESARIO Y VERIFICAR SUS DIAGNÓSTICOS O EL CAMBIO DE TRATAMIENTO EN LO REFERENTE A LA ELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN OCURRENTE Y SUS EXPECTANCIAS CON RESPECTO AL TIEMPO.

EN NINGUNO DE LOS DOS MODELOS DESCRITOS ANTERIORMENTE TOMA ACUERDOS DE SUS PROCESOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN SI MISMA, ADEMÁS DICHS MODELOS EN CUANTO ASUMEN PROCESOS PARTICULARES, DIRIGEN INFORMACIÓN Y TRATAMIENTOS QUE SON DECIDIDOS SOBRE O DENTRO DE SI MISMOS COMO MEJORES QUE LOS CLÍNICOS PODRÍAN ELABORAR, LAS MEJORES DECISIONES EN REALIDAD SON LAS QUE SE OBTIENEN EN LA TOMA DE DECISIONES YA QUE INTENTA TOMAR LA CONJETURA DE LOS PROCESOS Y LOS REEMPLAZA CON ROLES EXPLICITOS Y ESTRATEGIAS. ASÍ DE BÁSICO ES PARA TODOS LOS MODELOS DISCUTIDOS EN CUANTO SE LES PUEDA COLOCAR COMO ASPECTOS DE LA TOMA DE DECISIONES.

EL MODELO ESTRUCTURADO NO DEPENDE DE LA COMPRENSIÓN O SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN PARTICULAR DE UN DESORDEN PSIQUIATRICO, DINÁMICO O CONDUCTUAL. ESTO ES, UN INTENTO DIRECTO PARA ENCONTRAR UN CURSO DE ACCIÓN PARA LOGRAR DIRECCIONES E INFORMACIÓN QUE ES EVALUABLE HACIA UN DETERMINADO CURSO PARA ENCONTRAR GRADO ÓPTIMO DE ACCIÓN.

SOLAMENTE SI UNA DECISIÓN CLARA ES IMPOSIBLE O SI EL RESULTADO ESPERADO FALLAN SE CAMBIARÁ LA INVESTIGACIÓN.

UNA VENTAJA DEL MODELO DE LA TOMA DE DECISIONES ES QUE REPRESENTA UN FOCO DE INTERÉS DE OTRAS CIENCIAS, LO QUE HA DESARROLLADO PARA ALCANZAR EL GRADO DE TECNOLOGIA EN

TOMA DE DECISIONES.

EXISTEN CINCO ELEMENTOS ESENCIALES O INTERVALOS # EN CADA DECISIÓN:

- 1).- IDENTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA Y SU DIRECCIÓN
- 2).- DETERMINACIÓN DE TODOS LOS POSIBLES CURSOS DE ACCIÓN (TRATAMIENTOS)
- 3).- DETERMINACIÓN DE TODOS LOS POSIBLES RESULTADOS DE LA ACCIÓN INCLUYENDO LA ACCIÓN DEL " NO TRATAMIENTO ".
- 4).- ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILIDADES DE RESULTADOS PARA CADA ACCIÓN.
- 5).- DETERMINACIÓN DE LA VALORACIÓN DE TODOS LOS RESULTADOS.

OTRAS VENTAJAS DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES # SE RELACIONA CON LA PROBABILIDAD NATURAL DEL DIAGNÓSTICO PA RA RECOPIRAR INFORMACIÓN DE TODOS LOS ESTADOS POSIBLES DEL PACIENTE; LA TOMA DE DECISIONES HACE EXPLÍCITO Y PERMITE A LA CIENCIA LLEVAR SUS AMPLIOS RECURSOS PARA REALIZAR RESULTADOS SÓLIDOS Y DEMOSTRABLES Y NO IMPROVISACIONES.

EL MODELO DE TOMA DE DECISIONES ACOMODA LA FUN - CIÓN INVESTIGADORA DE LA PSICOLOGÍA PARA INDICAR LA DIREC - CIÓN SOBRE ALGUNO DE LOS CINCO ELEMENTOS ESENCIALES DE UNA DECISIÓN, QUE DEBERÍAN SER OBSERVADOS SIEMPRE QUE SE ESPE - REN OBTENER MEJORES INFORMACIONES, ASPECTO QUE COMPENSA LOS COSTOS.

LA TENSIÓN SOBRE LOS VALORES Y ESFUERZOS PSICOLO - GICOS ASÍ COMO LA OPTIMIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN

SUS RESULTADOS, ACONTECIMIENTOS, PRECISIÓN DE LAS PREDICCIÓNES LA COLOCA COMO CENTRO DE ACCIÓN DE LA CLÍNICA CUYO OBJETIVO ES EL INTENTAR PROPORCIONAR UN SERVICIO A LOS PACIENTES MÁS BIEN QUE PREDICCIÓNES IRRELEVANTES. EL ROL DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS NO DEBE PERMANECER ESTÁTICO, HACIA LA APARICIÓN SINGULAR DE UN PACIENTE, EL CUAL ES TAMBIÉN UTILIZADO PARA TODA UNA GAMA DE DECISIONES. EL ROL DEBERÍA INCLUIR DECISIONES SOBRE TODOS LOS ASPECTOS DEL MANEJO Y DIRECCIÓN DEL TRATAMIENTO, DISPOSICIÓN Y CONSECUENCIA DESPUÉS DE DISCHARGE. POR LO TANTO, TRAER LA TOMA DE DECISIONES COMO APROXIMACIÓN PRESENTA AMPLIOS RESULTADOS POSITIVOS POR LO QUE OTRA VEZ, EL PSICÓLOGO DEBERÍA PARTICIPAR MÁS ÍNTIMAMENTE EN LAS TOMAS DE DECISIONES COMUNES Y DIARIAS. CONCERNIENTES AL PACIENTE Y LO QUE HACE CON RESPECTO AL PRESENTE.

EXISTEN ALGUALMENTE POCOS EJEMPLOS DE LA APLICACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

CRITERIOS DE LA TEORÍA DE LA TOMA DE DECISIONES.

- 1).- LA OPTIMIZACIÓN DE DECISIONES PUEDE SER UN REQUISITO IRREAL EN EN AMBIENTE PRÁCTICO DESPUÉS DE OBTENER TODA LA INFORMACIÓN RELEVANTE, LO QUE PUEDE TAMBIÉN SER COSTOSO. SIMON (1957) SUGIERE QUE EN ESAS CIRCUNSTANCIAS, ES MEJOR ADOPTAR EL CRITERIO DE SATISFACCIÓN (SATISFACCIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA), ANTES QUE OPTIMIZAR. PRESUMIBLEMENTE, EN PSICOLOGÍA CLÍNICA LOS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN DEBERÍAN REUNIR EN BREVE TIEMPO Y SER SUPERADOS SI LA DECISIÓN FUESE REPETITI

VA Y PROPORCIONE HASTA DONDE SEA POSIBLE LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN TÉRMINOS DE LA DIRECCIÓN QUE LOS MISMOS PACIENTES DESEAN ALCANZAR.

OTRA DIFICULTAD ES OBTENER QUE LA ORGANIZACIÓN O, INSTITUCIÓN SE RESPONSABILICE DE LA TRAYECTORIA RECOMENDADA POR LA TEORÍA DEL ANÁLISIS DE LA DECISIÓN.

- 2) - LA OPTIMIZACIÓN PUEDE SER IMPOSIBLE DE DETERMINAR Y ESTIMAR EL RECORRIDO Y LOS EFECTOS DE LAS ACCIONES - DENTRO DE UNA INFINIDAD DE FACTORES DENTRO DEL TIEMPO Y ESPACIO. LOS TERAPISTAS PUEDEN USAR DE INMEDIATO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE, FAMILIA, AMIGOS Y SITUACIÓN LABORAL UTILIZANDO UN CRITERIO DE APRECIACIÓN.

LAS OBJECIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES SE REFIERE A LOS GRADOS DE CARENCIA EN LA INFORMACIÓN ACERCA DE POSIBLES RESULTADOS Y DE SU VALOR.

EL MODELO DE LA TOMA DE DECISIONES ACTUALMENTE SACACA A COLACIÓN QUE LAS DECISIONES SIN FUNDAMENTO SE ESTAN REALIZANDO EN LOS DIAGNÓSTICOS Y EN OTRAS APROXIMACIONES EN DONDE LOS VALORES SON IGNORADOS.

MODELO DE INVESTIGACION DE OPERACIONES

EL MODELO DE INVESTIGACIÓN OPERACIONAL ES UNA EXTENSIÓN DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES UTILIZADO PARA OPTIMIZAR EL ESFUERZO TOTAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, ANTES DE ADOPTAR DECISIONES SINGULARES.

- 1) - CADA DECISIÓN PUEDE SIEMPRE SER MEJORADA AL MENOS EN

PRINCIPIO POR NUEVAS INVESTIGACIONES, POR LO QUE EL TOTAL DE LOS RECURSOS DE TRATAMIENTO SON ESCASOS. - POR LO TANTO, ES NECESARIO RELATAR LOS VALORES Y COS TOS DE APRECIACIONES SINGULARES PARA EL TRATAMIENTO Y LOS ESFUERZOS.

2).- LA CONDUCTA INDIVIDUAL ESTÁ DETERMINADA POR UN BASTO NÚMERO DE VARIABLES QUE ESTÁN EN INTERRELACIÓN CON - UN DIVERSO NÚMERO DE DISCIPLINAS INDEPENDIENTES QUE PUEDEN COLABORAR A TOMAR DECISIONES, UN EQUIPO MULTI DISCIPLINARIO QUE ES NECESARIO PARA LA TOMA DE DECI- SIONES.

FINALMENTE EN EL CONSULTORIO CLÍNICO O EN LA INSTITU CIÓN DEBEN ESTAR ENTERADOS DE LAS DIRECCIONES, LAS - CUALES, SU PROPIA ESTRUCTURA Y PROCESOS DE HOSPITALI ZACIÓN AFECTAN EL TIPO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN - SOSTENIDA, TOMA DE DECISIONES Y MANTENIMIENTO Y TRA+ TAMIENTO.

CHURCHMAN, ACKOFF Y ARNOFF (1957) DEFINEN INVESTI GACIONES OPERACIONALES COMO LA APLICACIÓN DE MÉTODOS, TÉCNI CAS Y HERRAMIENTAS PARA PROBLEMAS QUE CONCERNEN A LAS OPE- RACIONES DE UN SISTEMA ASÍ COMO LA PROBABILIDAD DEL CONTROL DE DICHOS SISTEMAS POR SOLUCIONES ÓPTIMAS PARA LOS PROBLE - MAS. A PESAR DEL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS DE LA ORGANIZA CIÓN Y DE LOS ESTUDIOS DE CONDUCTA, LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS NO TIENEN UNA CONTRIBUCIÓN SIGNIFICATIVA PARA LA ORGANIZA - CIÓN DE LA ACTIVIDAD EN CLÍNICA. TAMBIÉN SE NOTA LA AUSEN-

CIA DE DISCIPLINAS ORIENTADAS PSICOLÓGICAMENTE EN EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN OPERACIONAL. SI LOS HOSPITALES MENTALES Y CLÍNICOS DESEAN EVALUAR SU EFICACIA CON LA CUAL SOSTIENEN SUS FUNCIONES, LAS NUEVAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA OPERACIONAL, ASÍ COMO LAS INVESTIGACIONES OPERACIONALES TIENEN MUCHO QUE OFRECER.

PARA UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO, GRANDES ORGANIZACIONES REQUIEREN DE MÁS DE UNA APRECIACIÓN INDIVIDUAL Y LA SOLUCIÓN ES REALIZAR CONTINUAS REVALORACIONES POR UN EQUIPO DE EXPERTOS EN VALIDACIÓN INSTITUCIONAL, PROCEDIMIENTOS Y EFECTIVIDAD.

NUEVAS Y EXITANTES PERSPECTIVAS TIENEN OCASIÓN EN EL ÁREA DE APRECIACIÓN, LA CUAL TIENDE A REEMPLAZAR LOS ANTIGUOS TESTS ORIENTADOS COMO FUNCIONAMIENTO CENTRAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO PODRÍAN CONTINUAR SIENDO ESENCIALES, PERO LAS NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES PLANTEAN UN FUERTE DESAFÍO PARA LAS TÉCNICAS POPULARES UTILIZADAS POR LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, LAS CUALES CARECEN DE UTILIDAD EVIDENTE.

PARA EL CONDUCTISMO, TOMA DE DECISIONES, Y LOS MODELOS DE INVESTIGACIÓN OPERACIONAL SU PRINCIPAL BASE Y FUNDAMENTO SE ENCUENTRA EN LAS EXPLICACIONES, UTILIDAD, Y CLARIDAD ASÍ COMO ASPECTOS DEMOSTRABLES VALUADOS EN EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO Y NO EN ÁREAS ABSTRACTAS DE DESCRIPCIÓN Y COMPRESIÓN PREDICTIVA, AQUÍ EL CRITERIO DE APRECIACIÓN ES EXACTO Y CORRECTO.

LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO, SIN INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA CON EL TRATAMIENTO, SE DIRIGEN A ESTAR BAJO CONSTANTES Y CONSIDERABLES ATAQUES DE DIVERSAS AREAS QUE SE ENCARGAN DE LOS ASPECTOS HUMANOS. ESTO REPRESENTA NUEVAS RESPONSABILIDADES ASÍ COMO NUEVAS OPORTUNIDADES PARA QUIÉN UTILIZA AÚN SOLAMENTE LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO PARA PARTICIPAR EN LA DIRECCIÓN, TOMA DE DECISIÓN Y DISPOSICIONES Y TRATAMIENTOS PARA UNA EXTENSIÓN Y ACTUALIZACIÓN NUNCA ANTES POSIBLE.

LA PSICOLOGIA CLINICA COMO PROFESION.

LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO CLÍNICO ES LA RESULTANTE DE DIVERSAS NECESIDADES SOCIALES, CLÍNICAS Y PSIQUIÁTRICAS QUE SE INCREMENTARON DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL Y DESPUÉS DE ELLA. ES ASÍ COMO LOS PLANES DE ESTUDIO Y LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN LA ESPECIALIZACIÓN SON RELATIVAMENTE RECIENTES.

ES PRECISAMENTE A CAUSA DE SU CORTA HISTORIA QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA ES UNA PROFESIÓN ESTABILIZADA, CARACTERIZADA POR UNA GRAN VARIEDAD DE PAPELES SUPERPUESTOS, CON TROVERSIAS Y OPINIONES MAL FUNDAMENTADAS.

LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS NO PODEMOS PERMANECER TRANQUILOS, NI DEJAR DE PRESTAR ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS. POR CONSENSO, CONFUSIÓN Y CONTROVERSIAS POBREMENTE DEFINIDAS, ESTAMOS EN EL PUNTO CRUCIAL DEL DESARROLLO DE NUESTRA PROFESIÓN. HACEMOS TANTAS COSAS, Y EN TAN VARIADAS DIRECCIONES QUE PODEMOS CAER EN EL PELIGRO DE NO SABER QUE SOMOS DESDE EL PUNTO DE VISTA PROFESIONAL. EN TODA PROFESIÓN ES PERMISIBLE E INCLUSO SALUDABLE CIERTO GRADO DE DIVERSIFICACIÓN QUE DE INTENSIFICARSE RESULTA PERJUDICIAL.

SI UNA PROFESIÓN POSEE TÉCNICAS CUYA PREPARACIÓN NO ALCANZA A SATISFACER LAS DEMANDAS PROFESIONALES, LA RESPONSABILIDAD ES DE LA PROFESIÓN Y NO DEL TÉCNICO COMO INDIVIDUO.

PROBLEMAS DE LA PRACTICA PROFESIONAL.

CUANDO EL ASPIRANTE A PSICÓLOGO CLÍNICO DECIDE QUE ÉSTA SERÁ SU PROFESIÓN, DEBE ASUMIR PAPELES CONTRADICTORIOS Y SUPERPUESTOS, EN ESPECIAL SI TRABAJA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. APRENDE A TRABAJAR CON PSIQUIATRAS Y CON TRABAJADORES SOCIALES Y CADA UNO DE ÉSTOS PRESENTA MODELOS PROPIOS A LOS CUALES EMULAR Y DEDICARSE. DE MANERA QUE EL PSICÓLOGO CLÍNICO NO SÓLO TIENE CONFLICTOS PRIMARIOS EN CUANTO A SU ELECCIÓN PROFESIONAL, SI NO QUE UNA VEZ QUE HA ELEGIDO, APARECEN CONFLICTOS SECUNDARIOS.

A TODOS NOS AGRADA ADOPTAR UN RÓTULO O ENCUADRARNOS EN UN CASILLERO, A FIN DE LOGRAR CIERTO GRADO DE CLARIDAD. SI BIEN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EL TÍTULO O RÓTULO QUE CORRESPONDE A UNA GRAN VARIEDAD DE ACTIVIDADES ES EL MISMO, POR LO QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS REQUIEREN DE DEFINIR CON MAYOR CLARIDAD SU IDENTIDAD PROFESIONAL.

SUS COLEGAS QUE SE DEDICAN A LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL SE AUTOTITULAN HULLIANOS O SKINNERIANOS, O SE CONSIDERAN DEDICADOS A LA PSICOLOGÍA COMPARATIVA O FISIOLÓGICA.

LOS PROTOTIPOS REPRESENTATIVOS EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA CUBREN TODA UNA GAMA, DESDE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE HASTA LOS FREUDIANOS TOTALMENTE ORTODOXOS O LOS NEOPSICOANALISTAS. LAS FUENTES DE SUS DISTINTAS CORRIENTES TEÓRICAS SON NUMEROSAS. LA PSICOLOGÍA ES UN VASTO CAMPO EN CONSTANTE MOVIMIENTO CON ABUNDANCIA DE CREADORES DE MODELOS, CONSTRUCTORES Y TEORÍAS, Y DE

SUS SEGUIDORES.

ENTRE LOS CONFLICTOS IDEOLÓGICOS EXISTE UNO QUE SE HACE PRESENTE EN MUCHAS DE LAS CONTROVERSIAS PROFESIONALES: UN PSICÓLOGO CLÍNICO DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE PUEDE SER ALGUIEN QUE CONSIDERA SU TRABAJO EN LA CLÍNICA O EN EL HOSPITAL COMO UN COMPÁS DE ESPERA, HASTA PODER VOLVER AL VIEJO RECINTO, EN EL QUE SUS CONSTRUCCIONES TEÓRICAS SON MÁS ACEPTADAS, O AL MENOS MEJOR COMPRENDIDAS. NO SUCEDA LO MISMO CON LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA QUE, A MENOS QUE SE HAYA LLEVADO A CABO BUENA PARTE DE LA INVESTIGACIÓN QUE LES INTERESA O QUE TENGAN MUCHO VIGOR, NO HALLAN MUY FELIZ LA IDEA DE RECLUIRSE EN LA TORRE DE FARBIL, PORQUE AHÍ SUS PREMISAS MÉTODOS E IDEAS SERÁN PUESTOS EN TELA DE JUICIO CONTINUAMENTE Y HASTA RIDICULIZADA POR SUS COLEGAS MÁS ASCÉPTICOS Y OBCECADOS.

ESTA SITUACIÓN DEBIERA SER SALUDABLE PARA LA PROFESIÓN, YA QUE SE BUSCARIA UNA DEPURACIÓN, PERO ESTA SITUACIÓN CREA VASTOS BERMENTOS IDEOLÓGICOS Y CAMPO PARA ACALORADAS CONTROVERSIAS QUE PUEDEN DAR LUGAR A DIVISIONES PROFESIONALES, POSIBLEMENTE IRREPARABLES.

CUANDO SE ROMPE LA UNIDAD DE UNA PROFESIÓN Y APARECEN NUMEROSOS GRUPOS, CADA UNO DE LOS CUALES PRETENDE SER EL PORTADOR DE LA VERDAD, DERIVA DE ELLO LA DEBILIDAD Y EL DOGMÁTISMO, SOBRE TODO CUANDO ENTRAN EN JUEGO CONFLICTOS PERSONALES O INTERPERSONALES, OCULTOS BAJO EL ROPAJE DE PUNTOS DE VISTA IDEOLÓGICOS.

EN QUE FORMA Y EN QUE MOMENTO SE PUEDE MANEJAR Y SOLUCIONAR ESTOS CONFLICTOS ACERCA DEL PAPEL QUE CABE A CADA ESPECIALIDAD. PARA EL CLÍNICO SE DISTINGUEN DISTINTAS VÍAS DE SOLUCIÓN, DENTRO DE LAS CUALES SE PUEDEN SEÑALAR DOS FORMAS PRINCIPALES:

A).- POR ELUSIÓN.

B).- POR APROXIMACIÓN.

ENTRE LAS FORMAS DE ELUSIÓN SE ENCUENTRA EN PRIMER LUGAR LA ENSEÑANZA Y EN SEGUNDO TÉRMINO LA INVESTIGACIÓN. ESTAS FORMAS PERMITEN AL PSICÓLOGO CLÍNICO EVADIR LOS CONFLICTOS RESPECTO A SU IDENTIDAD COMO TAL, QUE SON INEVITABLES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL. PROTEGIDOS POR EL AULA, O POR EL HOSPITAL, O POR EL LABORATORIO MANTIENE INTACTAS SU AUTOESTIMA Y SU INDEPENDENCIA.

ENTRE LAS SOLUCIONES POR APROXIMACIÓN SE ABREN VARIAS POSIBILIDADES PARA AMPLIAR LA EXPERIENCIA PERSONAL. SON LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE DISPONEN DE TODO SU TIEMPO PARA UNA SOLA TAREA ESPECÍFICA (POR EJEMPLO, SÓLO EL PSICODIAGNÓSTICO O SÓLO LA PSICOTERAPIA). LA MAYOR PARTE DE ELLOS COMBINAN POR LO MENOS DOS TIPOS DE TAREAS ENTRE LAS MUCHAS POSIBILIDADES QUE SE LE OFRECEN.

FUNDAMENTALMENTE HAN DE DECIDIR EL CAMINO A SEGUIR. ES NECESARIO DECIDIR SI SERÁN PECHES PARA TODO TRABAJO O EXPERTOS EN ALGUNO .

ESPECIALISTA O PRACTICO GENERAL.

ENTRE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ENCONTRAMOS A QUIENES SE INTERESAN EN DESARROLLAR INSTRUMENTOS Y MÉTODOS EXPERIMENTALES DE OBSERVACIÓN PARA APLICAR EL MÉTODO CIENTÍFICO O POBLACIONES DESVIADAS. OTROS, EN CONTACTO DIRECTO CON EL PÚBLICO, SE ESPECIALIZAN EN PSICODIAGNÓSTICO, PSICOTERAPIA CONSULTA DE ORIENTACIÓN, ETC. CON POCAS EXCEPCIONES, LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO CLÍNICO SE ANALOGA A LA DEL CLÍNICO EN MEDICINA GENERAL.

¿ QUE EXPERTO EN PSICODIAGNÓSTICO NO SABE ALGO DE TERAPIA ? ¿ COMO PODRÍA OPERAR SI AL RECOMENDAR UN TRATAMIENTO NO SUPIERA NADA DE ÉL ? . PUEDE ADEMÁS ESPECIALIZARSE EN ALGUNOS TESTS EN PARTICULAR O EN FORMA ESPECÍFICA DE TRATAMIENTO Y AÚN EN DETERMINADA AFECCIÓN.

A MEDIDA QUE UNA PROFESIÓN SE DESARROLLA, SE HACE MÁS RECIENTE ELEGIR UNA ESPECIALIDAD. CADA DISCIPLINA HA CRECIDO TANTO QUE SOLO LA ESPECIALIZACIÓN PERMITE QUE EL PROFESIONAL LLEGUE A SER HÁBIL Y COMPETENTE EN UN CAMPO DE INTERÉS ESPECÍFICO. DESPUÉS DE TODO, LA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL SIGUE LA TENDENCIA DE LA ESPECIALIZACIÓN CIENTÍFICA, QUE CONSISTE EN DESMENUZAR LA NATURALEZA EN PARTES CADA VEZ MÁS PEQUEÑAS. EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA NO ES DE NINGÚN MODO DIFERENTE. ESTAMOS TRATANDO DE SABER CADA VEZ MÁS RESPECTO DE ASPECTOS CADA VEZ MÁS PEQUEÑOS DE LA CONDUCTA.

LA ESPECIALIZACIÓN REQUIERE UN NIVEL DE TRABAJO -

PROFESIONAL DIFERENTE DEL DE LA PRÁCTICA GENERAL. PARA TRABAJAR EN FORMA EXITOSA Y COMPETENTE EL ESPECIALISTA DEBE MANTENER ACTIVO EL INTERÉS POR LA LITERATURA ESPECIALIZADA ESTAR AL TANTO DE LOS CAMBIOS, DESARROLLOS, IDEAS Y DISCUSIONES EN SU CAMPO DE TRABAJO. SI ELLO, DEJA DE SER ESPECIALISTA. SI BIEN SE SUPONE CON ALGUIEN PUEDE SEGUIR SIENDO ESPECIALISTA SI SE MANTIENE EN EL NIVEL ALCANZADO DESPUÉS DEL PERÍODO DE SU FORMACIÓN PROFESIONAL, EL ESPECIALISTA DEBE EN REALIDAD TENDER A LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS CONCEPTOS TEÓRICOS Y NUEVAS HABILIDADES TÉCNICAS. DE OTRO MODO SU PRÁCTICA SE ESTEREOTIPA, LIMITA Y ESTANCA EN LO YA CONOCIDO.

ESTAS MISMAS CONSIDERACIONES SON VÁLIDAS PARA EL CLÍNICO GENERAL. APARENTEMENTE SE HAYAN SATISFECHOS CON EL STATU QUE; HAN LOGRADO DETERMINADO NIVEL DE PERICIA PROFESIONAL Y SE INTERESAN POR APLICAR LO QUE HAN APRENDIDO. ENTRE ELLOS HAY QUIÉNES ESTÁN ACTIVAMENTE INTERESADOS POR MANTENERSE AL TANTO DE LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS NUEVOS CAMBIOS, COSA QUE SE LOGRA DESPUÉS DE CUMPLIR CON EL PLAN BÁSICO. EL PRACTICAMENTE GENERAL PUEDE NO AYUDAR AL DESARROLLO DE UNA CIENCIA, FUERA DE LOS ASPECTOS PROFESIONALES PROPORCIONA AYUDA A LOS PACIENTES.

UNA DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA CIENCIA ES EL CAMBIO ASÍ COMO LA INNOVACIÓN. EL CAMBIO IMPLICA UN CAMBIO PROFESIONAL EN LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. EL CAMBIO PUEDE SER LA CLAVE DE LA CIENCIA, PERO,

AL NIVEL PROFESIONAL, ÉSTE SE CONVIERTE EN UNA ACTIVIDAD PU
RAMENTE HUMANA. LOS CAMBIOS EN UNA PROFESIÓN SON MÁS LENTOS
Y NO ESTÁN DESPROVISTOS DE CRECIENTES PROBLEMAS Y CONFLICTOS
EL HECHO DE QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SÓLO PUEDA DESCRIBIRSE
LE COMO UNA ACUMULACIÓN DE CONCLUSIONES, ACASO INDIQUE UN -
SANO POTENCIAL DE FUTURA DIFERENCIACIÓN, ESPECIALIZACIÓN Y
CRECIMIENTO.

LOS PRACTICANTES O PASANTES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TAMPOCO PUEDEN OPERAR EN EL VACIO, SIN LA AYUDA DE ESPECIA-
LISTAS EN INVESTIGACIÓN DOTADOS DE UNA MENTE MÁS RIGUROSA Y
DE SENTIDO CRÍTICO.

POR LO TANTO, ENTRE LOS PSICÓLOGOS TENEMOS, PASAN
TES QUE SE TRATAN DE HACER CARGO DE TODOS LOS CASOS Y LOS -
ESPECIALISTAS, EXPERTOS EN UNA TÉCNICA PARTICULAR, EN CLÍNICA
CA PUEDE SER EL PSICODIAGNÓSTICO O ALGUNA FORMA DE TERAPIA
INDIVIDUAL O DE GRUPO.

DIAGNOSTICADOR O TERAPEUTA.

SI EN BASE A CONSIDERACIONES PARTICULARES, UN PSI
CÓLOGO CLÍNICO QUIERE ASUMIR OTROS ROLES (COMO EL DE TERA -
PEUTA) DEBE HACERLO PERO, SÓLO DEBE ASUMIR ESTOS ROLES UNA
VEZ QUE DOMINE LOS PRINCIPIOS Y METODOLOGÍA DE LA TÉCNICA -
QUE LE INTERESA. SI DESEA LLEGAR A SER UN TERAPEUTA, DEBE
HACER ANTES CURSOS ESPECIALIZADOS COMO POSTGRUADO; SI DE-
SEA APRENDER TÉCNICAS ESPECIALIZADAS, COMO LA SALUD MENTAL
DE LA COMUNIDAD, TRATAMIENTOS DE CASOS ESPECÍFICOS, DEBE -
CONTAR CON LA POSIBILIDAD DE INGRESAR A TODOS ESOS CURSOS -

UNA VEZ QUE HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

POR LO TANTO, CUALQUIER OTRA ESPECIALIZACIÓN EN UN ROL SECUNDARIO DEBE LLEVARSE A CABO DESPUÉS DE HABER CUMPLIDO EL PLAN DE ESTUDIOS INICIALES. SOBRE LA BASE DE ESTE ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO PUEDE ENTONCES HACER A UN LADO EL PAPEL TRADICIONAL DE PSICODIAGNOSTICADOR Y DEDICARSE A OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES.

SI LO QUE SE ELIGE ES LA TERAPIA, SON PRÁCTICAMENTE INFINITOS LOS RÓTULOS QUE PUEDEN APLICARSE A SÍ MISMO, HASTA EL PUNTO DE HACER INNECESARIA UNA REVISIÓN DE CONFLICTOS.

EN LO QUE SE REFIERE AL CONFLICTO ENTRE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA, LOS DIFERENTES AUTORES SUSTENTAN UNA VARIEDAD DE PUNTOS DE VISTA POR EJEMPLO; MEEHL, CONSIDERA QUE "EL PSICODIAGNÓSTICO ES UNA PÉRDIDA DE TIEMPO Y QUE EL JOVEN PSICÓLOGO CLÍNICO DEBE DEDICARSE A LA PSICOTERAPIA Y LA INVESTIGACIÓN". PARA ALGUNOS, ESTA SUGERENCIA ES COMO SALTAR DE LA SARTEN AL FUEGO. SI EL PSICODIAGNÓSTICO PECA DE INVÁLIDO E INÚTIL, ¿ QUÉ QUEDA DECIR RESPECTO A LAS CRÍTICAS DE LOS DUDOSOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA?. POR OTRA PARTE, HAY ESPECIALISTAS EN PSICODIAGNÓSTICO RESPETABLES Y RECONOCIDOS, CUYO CONSECUENTE INTERÉS EN EL INSTRUMENTO QUE ELIJERON SIRVE DE EJEMPLO A LOS FUTUROS PROFESIONISTAS. DE MODO QUE LA ELECCIÓN NO TOTALMENTE RACIONAL POR NINGUNA DE LAS DOS PARTES, Y SÓLO SE BASA EN LO QUE CADA UNO ENCUENTRA

MÁS COMODO. LO QUE MÁS LE AGRADA, Y CUAL ES LA TAREA QUE MEJOR REPRESENTA Y REALIZA SUS ASPIRACIONES PERSONALES Y PROFESIONALES.

EL PSICOLOGO CLINICO COMO EXPERTO EN PSICODIAGNOSTICO.

EL PSICODIAGNÓSTICO Y LA INVESTIGACIÓN FUERON LAS ACTIVIDADES TRADICIONALES POR EXCELENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. CABE DESTACAR QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA CONSTITUYÓ SUS TESTS EN LAS PRIMERAS TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS EXPUESTAS A TRAVÉS DE LOS TESTS DE INTELIGENCIA Y DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS QUE PERMITIAN LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN Y LAS NECESIDADES HISTÓRICAS Y SOCIALES AGREGARON OTRAS ESPECIALIDADES QUE SON MENOS TRADICIONALES EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

EL PSICODIAGNÓSTICO AFIRMA KELLY QUEDÓ RELEGADO A UN PAPEL SECUNDARIO. SI BIEN PUEDE SER VENTAJOSO EL ABRAZAR ESPECIALIDADES NUEVAS NO LO ES EN ABSOLUTO EL DEJAR A UN LADO LAS ANTIGÜAS.

ESTOS NUEVOS CAMPOS DE ACTIVIDAD CREARON EN LA PROFESIÓN UNA DISPERSIÓN Y CONFUSIÓN QUE PODRÍAMOS CONSIDERAR CAÓTICAS. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS SE CONVIERTEN EN ALGO ASÍ COMO PEONES PARA TODO TRABAJO. EL PELIGRO RADICA EN NO LLEGAR A SER EXPERTOS EN NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DE SU CAMPO; POR OTRO LADO, ESTE HECHO INCREMENTA LA FRACTURA ENTRE LO QUE SE ENSEÑA A HACER A LOS PSICÓLOGOS EN LAS CARRE-

RAS DONDE SE FORMAN Y LO QUE HACEN DESPUÉS EN SU TRABAJO CO
MO PROFESIONALES.

ES ASÍ COMO EL PSICÓLOGO CLÍNICO AMPLIA SU CAMPO DE TRABAJO SIN PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS SEÑALADAS DE SU POLIFACÉTICA ACTIVIDAD. ESTO ENTRAÑA EL PELIGRO DE CAER EN UNA FALTA DE PROFUNDIDAD DE RESPONSABILIDAD EN CUALQUIERA - DE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE.

LA TAREA DEL PSICODIAGNÓSTICO SE CONVIERTE EN LA ACTIVIDAD PROPIA DE LOS PASANTES EN PSICOLOGÍA, CONSIDERADOS MENOS CREATIVOS MENOS RENUMERADOS; DESDE OTRO PUNTO DE VISTA HAY PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE CONSIDERAN QUE EL PSICODIAGNÓSTICO ES LA MAYOR CONTRIBUCIÓN QUE UN PSICÓLOGO CLÍNICO PUEDE HACER, HOMOLOGÁNDOLO DE ESTA FORMA A LAS TAREAS DE INVESTIGACIÓN.

SÓLO EN EL FUTURO SE PODRÁ DETERMINAR CUÁL HA DE SER LA ORIENTACIÓN QUE TOMARÁ LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO CLÍNICO; NO OBSTANTE, EL PSICODIAGNÓSTICO ES LA ESPECIALIDAD - QUE CONTINÚA SIENDO UN CAMPO IMPORTANTE EN LA CONTRIBUCIÓN PROFESIONAL PARA TODO PSICÓLOGO CLÍNICO.

EL PSICODIAGNÓSTICO SIGUE SIENDO EL ELEMENTO PRIMORDIAL DE LA PREPARACIÓN PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, AUN - CUANDO ES TODAVÍA DEMASIADO LIMITADA LA FORMACIÓN DEL MISMO PARA QUE SU PRÁCTICA SEA SATISFACTORIA Y PERSONALMENTE GRATIFICANTE. EN PARTE, ESTO PUEDE DEBERSE A QUE LA PRÁCTICA - SE ENCUENTRA SATURADA DE PROBLEMAS INCERTIDUMBRES Y AMBIGUEDADES, ASPECTOS QUE EL PROFESIONISTA EVITA INGRESANDO A NUEVAS ÁREAS DE TRABAJO, QUE, PARADÓJICAMENTE NO SON MENOS AM-

BIGÜAS; UN EJEMPLO DE ELLO, ES LA PRÁCTICA DE LAPSICOTERA--
PIA QUE NO BRINDA UN CAMPO MÁS ESTRUCTURADO QUE CUALQUIER -
OTRA LABOR CLÍNICA.

HISTÓRICAMENTE, EL PSICODIAGNÓSTICO FUÉ UNA DE LAS
ÁREAS PRIMORDIALES DE TRABAJO PRIVATIVO DE LOS PSICÓLOGOS,
DESDE EL PUNTO DE VISTA LÓGICO, LA PREDICCIÓN Y EL CONTROL
DE CUALQUIER TIPO DE COMPORTAMIENTO NO PUEDE TENER LUGAR SI
EL MISMO NO HA SIDO ADECUADAMENTE COMPRENDIDO Y ES EL PSICO
DIAGNÓSTICO EL QUE NOS BRINDA LA BASE PARA LA COMPRESIÓN;-
ES POSIBLE RECOMENDAR LA ELECCIÓN DE UN TRATAMIENTO PSICOTE
RAPÉUTICO Y PREDECIR LA POSIBILIDAD DE ÉXITO EN LA TERAPIA
O EN LA ELECCIÓN VOCACIONAL, CON UNA ADECUADA CONSIDERACIÓN
Y COMPRESIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTES DE INTENTAR PRODUCIR
CAMBIOS DE HECHO, LA EVALUACIÓN RESULTA NECESARIA ANTES DE
CUALQUIER OTRA COSA, NO PODEMOS MEDIR NINGÚN CAMBIO SI NO -
ES SOBRE LA BASE DE MEDICIONES ANTERIORES Y ESTABLECIDAS.

SON POCAS LAS PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SA-
LUD MENTAL QUE PUEDEN LLEGAR A OBTENER MEDICIONES TAN OBJE-
TIVAS COMO LAS QUE OBTIENE EL PSICÓLOGO Y ES LAMENTABLE QUE
ESTÁ OBJETIVIDAD NO SEA UNA PREOCUPACIÓN CONSTANTE DE LOS -
MISMOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS.

LA ESPERANZA ES QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SE DESA
ROLLE COMO CIENCIA Y COMO PROFESIÓN HACIA MEJORES MODELOS
DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y CIENTÍFICA.

EL INTERES EN LOGROS PROFESIONALES CASUALES, LA
INSUFICIENTE FORMACIÓN TEORICA PRÁCTICA PARA EL TRABAJO PRO

FESIONAL, LOS ESFUERZOS LIMITADOS E INCOMPLETOS DE MUCHOS - PSICÓLOGOS CLÍNICOS, LA DIVERSIDAD DE ACTIVIDADES Y DE OPINIONES DENTRO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA SON PROBLEMAS Y CONFLICTOS QUE HAN CREADO LA NECESIDAD DE INTENSIFICAR Y DIRIGIR LA PRÁCTICA, DOMINAR LAS PRINCIPALES HABILIDADES Y PERFECCIONAR EL PAPEL PRIMARIO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

PARADOJICAMENTE, EL PSICODIAGNÓSTICO, QUE SIRVIÓ DE BASE A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA SURGIR COMO PROFESIÓN SEPARADA E INDEPENDIENTE NO PARECE COMO UNA CATEGORÍA AISLADA POSIBLE DE SER EXCLUIDA DE LA ENSEÑANZA, DE LA TERAPIA O DE LAS INSTITUCIONES; PARECERÍA QUE EL PSICODIAGNÓSTICO - NO ESTÁ EN DESCRÉDITO, PERO TAMPOCO CONSIDERADO COMO TAREA IMPORTANTE, LA MAYOR PARTE DE LOS EXPERTOS EN PSICODIAGNÓSTICO DESEAN DEJAR SU ACTIVIDAD POR ALGUNA OTRA QUE SEA MÁS RESPETADA POR ELLOS MISMOS Y POR SUS COLEGAS.

EL PSICÓLOGO QUE SE DEDICA AL PSICODIAGNÓSTICO - TIENE EL MISMO DERECHO AL RESPECTO QUE SUS COLEGAS, YA SEAN ACADÉMICOS O CLÍNICOS, Y SU CONTRIBUCIÓN NO ES ÚNICA COMO - ALGUNOS DE SUS PROFESORES LE HACEN CREER.

ENTRE LA VARIEDAD DE OCUPACIONES QUE EL PSICODIAGNÓSTICO ABRE AL PSICÓLOGO CLÍNICO SURGE CON CLARIDAD EL CONTRASTE EL PAPEL DEL PSICOMETRISTA Y EL DEL CONSULTOR. EN - EL PRIMER PAPEL, EL PSICÓLOGO CLÍNICO SE LIMITA A PROPORCIONAR DATOS DEL PACIENTE COMO SON PUNTAJE DEL NIVEL INTELECTUAL, RESPUESTAS A LOS TESTS, Y EN EL MEJOR DE LOS CASOS INTERPRETACIONES PARCIALES DE CADA UNA DE LAS PRUEBAS. ES --

FRECUENTE QUE TIENDA A HACER UN DIAGNÓSTICO EN FUNCIÓN DE -
LAS NECESIDADES DE LOS PSIQUIÁTRAS QUE LES ENCARGAN EL TRABAJO,
CON QUIÉNES TENDRÁN UNA RELACIÓN SUBORDINADA; LES PROPORCIONARÁ
DATOS PARA QUE ESTOS EXTRAIGAN CONCLUSIONES.

ES INEVITABLE QUE TODA ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGÍA CUENTE
CON UNA CANTIDAD DE ALUMNOS QUE SE DETIENEN EN EL NIVEL DE
PSICOMÉTRAS Y QUE POR UNA U OTRA CAUSA NO LOGRAN SUPERAR ESA
ETAPA; EN CONSECUENCIA, LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGO CLÍNICO
INCLUYE EXPERTOS DE PSICODIAGNÓSTICO, CON SUFICIENTE CAPACIDAD
CLÍNICA PARA SU TAREA, PERO INSUFICIENTE PARA EL PAPEL DE
PSICÓLOGO CLÍNICO CONSULTOR.

EN MUCHAS DE LAS INSTITUCIONES Y EN EL NIVEL PRIVADO SE
CONTRATAN A PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE NO HAN ALCANZADO A
TITULARSE O A CONTINUAR ESTUDIOS SUPERIORES PORQUE:

- A).- RESULTA MÁS BARATO;
- B).- EXISTE UNA GRAN MAYORÍA;
- C).- PUEDEN CUMPLIR CON LO QUE SE REQUIERE DE ELLOS EN UN
MARCO PARTICULAR.

DEBIDO AL INEVITABLE DESGASTE DE LA CARRERA EXISTE CADA VEZ
MAYOR CANTIDAD DE NO TITULADOS QUE LO QUE DESEARÍAN MUCHOS
CON ESTUDIOS SUPERIORES, O TITULADOS; AÚN NO AFECTANDOLES
EN SUS RESPONSABILIDADES Y SALARIOS QUE SE OFRECEN A ESTOS
PROFESIONISTAS DEL NIVEL SUPERIOR, PUEDEN RESULTAR PERJUDICIALES
PARA LA JOVEN PROFESIÓN DE LA PSICOLOGÍA.

MUCHAS INSTITUCIONES CLÍNICAS CONTRATAN A PASANTES

O NO TITULADOS NO SOLO POR LAS RAZONES YA MENCIONADAS, SINO TAMBIÉN PORQUE OFRECEN MUCHAS DE LAS VENTAJAS DE UN PSICÓLOGO TITULADO SIN SUS INCONVENIENTES YA QUE UN PROFESIONISTA TITULADO GRAVITA MÁS EN EL PRESUPUESTO Y TIENE, SEGURAMENTE; MAYORES EXIGENCIAS ¿ PORQUÉ ENTONCES, CONTRATAR A UN TITULADO, CUANDO EN SU LUGAR SE PUEDEN CONTRATAR A DOS PASANTES O SIN TITULAR?. ESTA TENDENCIA HA TENIDO UN EFECTO PERJUDICIAL SOBRE EL PRESTIGIO Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. ELLO NO SIGNIFICA QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS NO TITULADOS SEAN INCOMPETENTES O QUE NO DEBIERAN TENER CABIDA EN EL DESEMPEÑO Y DESARROLLO DE LA PROFESIÓN, EL MAYOR PELIGRO RADICA EN QUE MUCHOS DE ESTE NIVEL HAN PERPETUADO Y REFORZADO LA IMAGEN DE QUE EL PSICÓLOGO CLÍNICO ES SÓLO UN TÉCNICO.

ESTA IMAGEN PERSISTE AÚN Y SE DEBE LUCHAR CONTRA ELLA. A CAUSA DE SU LIMITADA FORMACIÓN, DE SU INCERTIDUMBRE PERSONAL Y DE SUS LIMITACIONES PROFESIONALES, ADOPTA UN PAPEL DEPENDIENTE EN LA RELACIÓN CON EL PSIQUIÁTRA O LOS MÉDICOS QUE LE REMITEN UN PACIENTE.

ESTA PUEDE SER LA ACTITUD DE ALGUNOS PSIQUIÁTRAS NO SÓLO DESEAN SINO QUE INCLUSO, PUEDEN CONSIDERAR IMPORTANTE PARA APUNTALAR SU AUTORIDAD Y JERARQUIA.

LOS PROFESIONISTAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL PUEDEN ELOGIAR LA ACTIVIDAD DE EQUIPO, PERO ES HUMANO QUE SIENTAN CIERTA AVERSIÓN HACIA CUALQUIER MIEMBRO DEL EQUIPO A QUIÉN SIENTEN COMO COMPETIDOS EN LO QUE SE REFIERE A LA

ATENCIÓN DEL PACIENTE; LAMENTABLEMENTE LA SUMISIÓN A UN PA-
PEL CREADO POR OTROS, CONDUCE A QUE SE PERPETUE LA IMAGEN -
(QUE MUCHOS DESEAN ERRADICAR) EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO -
TÉCNICO.

LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO.	150
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLINICA (UNAM).	156
ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA CLINICA (UNAM).	157
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA.	161
FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.	164
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA APLICADA EN CLÍNICA.	169
CONSISTENCIA EN EL PSICÓLOGO CLÍNICO.	172

LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO.

ANTECEDENTES.

LA HISTORIA DE LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA EN MEXICO EN EL ASPECTO DE TENER UNA INSTITUCIÓN DOCENTE DEBIDAMENTE ESTRUCTURADA ES RELATIVAMENTE RECIENTE, NO OBSTANTE PODEMOS ENCONTRAR ANTECEDENTES DE SUS ORIGENES EN NUESTRO PAÍS.

DURANTE EL SIGO XVIII, SE INICIARON LOS INTENTOS DE HACER PSICOLOGIA A TRAVÉS DE LOS ESTUDIOS FILOSÓFICOS, SIN EMBARGO, POCO A POCO SE FUE EFECTUANDO EL ANÁLISIS DE ESTA CIENCIA, ENFOCÁNDOSE LAS INQUIETUDES HACIA DIVERSOS TEMAS REFERENTES A LA MISMA; ASÍ APARECE LA PRIMERA INVESTIGACIÓN EFECTUADA EN MÉXICO SOBRE LA HISTORIA REALIZADA POR BARTOLACHE, BASÁNDOSE EN SUS PROPIAS OBSERVACIONES.

MÁS TARDE, EN PUEBLA, SE EDITA LA OBRA DEL DR. RAFAEL SERRANO, "PSIQUIATRÍA OPTICA" QUE ES TOMADA COMO EL ANTECEDENTE EN LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA EN MÉXICO, ESTA OBRA ES EL INICIO DE MUCHAS OTRAS PUBLICACIONES, ENTRE LAS QUE SE SOBRESALEN. "ASILO PRISIÓN PARA ENAJENADOS CRIMINALES Y REOS PRESUNTOS A LA LOCURA", "EMBRIOLOGÍA EN SUS RELACIONES CON LA PSICOLOGÍA Y RELIGIÓN". AMBAS DEL DR. JOSÉ OLVERA (1904) Y "LA VIDA PSÍQUICA" DEL DR. JUAN CORDERO (1907).

A MEDIDA QUE PASA EL TIEMPO LOS FRUTOS DE ESTOS PRIMEROS ESTUDIOS SE REFLEJAN EN EL INTERÉS CRECIENTE POR ESTOS TEMAS; LOS DOCTORES EZEQUIEL A. CHÁVEZ, MEZA GUTIÉRREZ

T ENRIQUE O. ARAGÓN, SON LOS PRINCIPALES REPRESENTANTES DE ELLO.

A PRINCIPIO DEL SIGLO ES PRECISAMENTE EL DR. ARAGÓN EL QUE DESTACA LA CARRERA DE PSICOLOGÍA EN LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS EN EL AÑO DE 1944. ADEMÁS SE CONTABA CON LOS DEPARTAMENTOS DE FILOSOFÍA Y LETRAS, HISTORIA, GEOGRAFÍA, ANTROPOLOGÍA Y PEDAGOGÍA.

EL DR. FERNANDO OCARANZA ESTUVO AL FRENTE DEL DEPARTAMENTO CONSTITUIDO POR SIETE PROFESORES TITULARES. DOS ADJUNTOS Y UN AYUDANTE DE LABORATORIO. EL PLAN DE ESTUDIOS ERA DE TRES AÑOS Y SE OBTENÍA AL CABO DE ELLOS MEDIANTE TESIS PROFESIONAL, EL NIVEL DE MAESTRÍA.

EL PLAN DE ESTUDIOS DE 1949 ESTUVO VIGENTE POR VARIOS AÑOS; EN 1951, UNA COMISIÓN INTEGRADA POR CUATRO PROFESORES DEL DEPARTAMENTO, LOS DRES., GUILLERMO DÁVILA, FEDERICO PASCUAL DEL ROCAL, JOSÉ LUIS CURIEL Y OSWALDO ROBLES, PROPUGNÓ CON UN NUEVO PLAN LA CREACIÓN DE UN DOCTORADO ESPECIALIZADO EN PSICOLOGÍA INDEPENDIENTE DEL DOCTORADO DE FILOSOFÍA.

EN EL AÑO DE 1953 SE TRASLADA A LA FACULTAD DE FILOSOFÍA A LAS INSTALACIONES DE LA CIUDAD UNIVERSITARIA.

EN EL AÑO DE 1954, SE CREÓ EN LA UNIVERSIDAD EL DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA DEPENDIENTE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA UNIVERSIDAD Y UN DEPARTAMENTO DE PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

EL DR. SALVADOR AZUELA, DIRECTOR DE LA FACULTAD

DE FILOSOFÍA Y LETRAS SUBSTITUYE EN 1956 LA DENOMINACIÓN DE DEPARTAMENTO POR LA DE COLEGIOS. LOS PLANES DE ESTUDIOS PARA TODOS ELLOS, CONDUCÍAN A LA OBTENCIÓN DE DOS GRADOS; MAESTRIA Y DOCTORADO.

EN EL PERIÓDO DE 1957 A 1963 UNA NUEVA REFORMA ESTABLECE TRES NIVELES DENTRO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA: COMO ESCRITOR PROLÍFICO EN MATERIA PSICOLÓGICA.

CON LA CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÉXICO Y ASÍ MISMO DE LA ESCUELA DE ALTOS ESTUDIOS (7 DE ABRIL DE 1910) SE LOGRA UN GRAN AVANCE, PUES DENTRO DE LA SECCIÓN DE HUMANIDAD QUEDA LA PSICOLOGÍA ESTABLECIDA COMO PARTE INTEGRANTE DE LOS PROGRAMAS. MÁS ADELANTE ESTA MATERIA SE INCORPORA A LA SUBSECCIÓN DE CIENCIAS FILOSÓFICAS Y DE LA EDUCACIÓN LLEVÁNDOSE EN EL PRIMER AÑO PSICOLOGÍA GENERAL, TEORÍA Y EXPERIMENTAL; Y EN EL SEGUNDO AÑO PSICOLOGÍA ESPECIAL CON TEMAS RELATIVOS A LA PSICOLOGÍA INFANTIL, DE LAS MULTITUDES Y DE LOS PUEBLOS.

EN EL AÑO DE 1918, SE SEPARAN LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS (NOMBRE QUE TOMÓ LA ESCUELA DE ALTOS ESTUDIOS EN 1924) Y LA NORMAL SUPERIOR, PREVALECIENDO LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA EN AMBAS, AUNQUE CON DIFERENTES METAS.

LAS MATERIAS PSICOLÓGICAS EN LAS DIFERENTES FACULTADES UNIVERSITARIAS SE ENCONTRABAN PRINCIPALMENTE A CARGO DEL PROFESOR ENRIQUE O. ARAGÓN, QUIÉN LES DABA UN ENFOQUE TÉCNICO Y DE LA INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL, ASÍ COMO DE LABORATORIO Y PSICOLOGÍA COMPARADA,. ESTE CIENTÍFICO MUERE EN

1942 SIN ALCANZAR A VER EL FRUTO DE SU MÁS GRANDE ESFUERZO, LA FUNDACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

LA CAPACITACIÓN SOBRE LA PSICOLOGÍA Y SUS APLICACIONES DE DIVERSOS CAMPOS SE FORMALIZÓ MÁS, HACIÉNDOSE INDISPENSABLE EN CARRERAS DE DIVERSA ÍNDOLE TALES COMO LA EDUCACIÓN EN TODOS LOS ASPECTOS, CARRERAS COMERCIALES, DE ASISTENCIA, ETC.

LA NECESIDAD DE ESTOS ESTUDIOS CULMINA CON LA CREACIÓN DEL DEPARTAMENTO.

- 1).- PROFESIONAL (LICENCIATURA).
- 2).- MAESTRÍA.
- 3).- DOCTORADO.

EL H. CONSEJO UNIVERSITARIO RATIFICA EL 7 DE ABRIL DE 1970 EL PLAN DE ESTUDIOS DEL NIVEL PROFESIONAL DE LA CARRERA.

OTRA IMPORTANTE REFORMA ACADÉMICA, FUE LA QUE SE REALIZÓ EN 1966, MODIFICÁNDOSE PROGRAMAS, PLANES DE ESTUDIO Y ESTRUCTURAS ORGÁNICAS DEL COLEGIO AGRUPANDO LAS DIVERSAS ASIGNATURAS EN CINCO DEPARTAMENTOS CON SUS CORRESPONDIENTES COORDINADORES.

JEFES DE DEPARTAMENTO.

DEPARTAMENTOS.

PROF. ALBERTO CUEVAS NOVELO.	I	BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA.
PROF. LUIS LARA TAPIA.	II	PSICOLOGÍA GENERAL, EXPERIMENTAL Y DISEÑO.
PROF. HECTOS M. CAPELLO GARCÍA.	III	BASES ANTROPOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA PSICOLOGÍA.

PROF. JOSÉ CUELI GARCÍA.

IV MÉTODOS CLÍNICOS.

PROF. JULIÁN MCGREGOR Y
SÁNCHEZ-NAVARRO.

V PSICOLOGÍA ANORMAL Y
PATOLOGÍA.

LAS MEDIDAS DE MAYOR TRASCENDENCIA PARA SEPARAR EL COLEGIO Y CONVERTIRLO MÁS TARDE EN FACULTAD, FUERON TOMADAS COMO CONSECUENCIA DE LAS REFORMAS APROBADAS EN 1968, TALES COMO:

- A).- ELEVAR EL COLEGIO A LA CATEGORÍA DE SUBDEPENDENCIA - PARA PROPÓSITOS PRESUPUESTALES.
- B).- INTEGRAR UN CUERPO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASUNTOS DEL COLEGIO INDEPENDIENTEMENTE DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS.
- C).- ALOJAR AL COLEGIO UN LOCAL INDEPENDIENTE.
- D).- CREAR UNA PLANTA DE PROFESORES DE CARRERA, DE MEDIO TIEMPO Y TIEMPO COMPLETO.

EL INCREMENTO DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL, REPRESENTÓ TAMBIÉN UNA PRESIÓN QUE NO PODÍA IGNORARSE, ASÍ EL COLEGIO PASÓ A SER FACULTAD DE PSICOLOGÍA SEGÚN EL ACTA CONSTITUTIVA DEL 17 DE FEBRERO DE 1973, TOMANDO TAMBIÉN POSESIÓN CASI SIMULTÁNEAMENTE UNA NUEVA UBICACIÓN EN CIUDAD UNIVERSITARIA, EN SUS NUEVAS INSTALACIONES.

ACTUALMENTE LOS DIRECTIVOS DE LA FACULTAD SIGUEN PROPUGNANDO EL MEJORAMIENTO DE LOS ESTUDIOS Y POR LO TANTO DE LOS PROFESIONALES DE ESTA CARRERA LOGRANDO CONVENIOS CON INSTITUCIONES COMO: IMAN, S.A.S., S.E.P., ISSSTE, I.M.S.S.

SE ESTABLECEN RELACIONES CON ORGANIZACIONES COMO:

CONSEJO NACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA.

COLEGIO NACIONAL DE PSICÓLOGOS.

SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA.

SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

COMO RESULTADO DE LOS TRÁMITES REALIZADOS POR LA DIRECCIÓN DE LA FACULTAD ANTE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES, CON FECHA 17 DE ENERO DE 1974, SE INICIÓ LA EXPEDICIÓN DE CÉDULA PROFESIONAL, DE ACUERDO A LA PUBLICACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE FECHA 2 DE ENERO DE 1974, CONSTITUYENDO ESTO ÚLTIMO UNO DE LOS PRINCIPALES LOGROS PARA EL LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

LA CIENCIA DE LA PSICOLOGÍA DENTRO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, HA ESTABLECIDO FINALMENTE OBJETIVOS DEFINIDOS QUE ORIENTAN Y DIRIGEN LA PREPARACIÓN - ACCIÓN Y CONDUCTA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO:

- 1).- LA PSICOLOGÍA ES UNA DISCIPLINA CIENTÍFICA, TANTO EN SUS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN, EN EL USO DE TÉCNICAS, COMO EN LA FORMA APROXIMARSE A LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS BÁSICOS Y APLICADOS QUE LE SON INHERENTES.
- 2).- MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO DERIVADO DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO, LA PSICOLOGÍA HA GENERADO UN MODELO PARTICULAR PARA EL TRATAMIENTO DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA, LO QUE LE HA PERMITIDO LO SIGUIENTE:
 - A).- ABANDONAR EL MODELO FILOSÓFICO.
 - B).- ABANDONAR EL MODELO MÉDICO.

- C).- CONSOLIDAR UN MODELO PROPIAMENTE PSICOLÓGICO.
- 3).- LA CREACIÓN DE UN MODELO DE ACCIÓN PROPIAMENTE PSICOLÓGICO HA PERMITIDO QUE LA ORIENTACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA ROMPA CON LA CONCEPCIÓN DE UN PROFESIONISTA LIBERAL Y SE CONSTITUYA EN UN PROFESIONAL ORIENTADO HACIA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMAS SOCIALES, MÁS QUE INDIVIDUALES.
- 4).- EL RESULTADO FINAL DE TODAS LAS TRANSFORMACIONES OCURRIDAS CON EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA, PERMITIÓ QUE LA FACULTAD COMO INSTITUCIÓN MANTENGA COMO FIN BÁSICO, QUE TODA LA ENSEÑANZA PSICOLÓGICA SE DIRIJA A APORTAR CONOCIMIENTOS QUE PERMITAN FORMAS DE PREVISIÓN Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS NACIONALES.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLINICA.

ES PRECISAMENTE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA LA QUE SUSCITO INTERÉS ESPECIAL Y CONSTITUYÓ UNA DE LAS CORRIENTES QUE PROPICIÓ EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO.

ENTRE EL NACIMIENTO DEL ANTIGÜO COLEGIO DE PSICOLOGÍA Y SU TRANSFORMACIÓN EN FACULTAD, EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA HA SUFRIDO UNA REDUCCIÓN A SUS LÍMITES CORRESPONDIENTES, ENGLOBANDO LAS ÁREAS DE PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA EN UN SOLO DEPARTAMENTO QUE FUNDAMENTALMENTE HA LUCHADO POR DELIMITAR Y DIFERENCIAR EL CAMPO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DE LOS CAMPOS DE LA PSIQUIATRÍA, EL PSICOANÁLISIS, Y DE LAS DEMÁS RAMAS DE LA PSICOLOGÍA MISMA.

ESTE DEPARTAMENTO CAPACITA A LOS ESTUDIANTES PARA FAVORECER LA PREVENCIÓN, EL MANTENIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD A TRAVÉS DEL NÚCLEO FAMILIAR; PROPORCIONANDO ENTRENAMIENTO EN:

- DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.
- ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA.
- PREVENCIÓN PSICOLÓGICA.
- IMPLEMENTACIÓN DE DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA.

ACTUALMENTE EL PSICÓLOGO CLÍNICO HA VISTO ENRIQUECER SUS TÉCNICAS EN BENEFICIO DE LA CAPACITACIÓN PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS QUE SE ENCUENTRAN PREPARADOS PARA PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A LA COMUNIDAD, LABORANDO YA SEA EN FORMA PARTICULAR O ADSCRITO A DEPENDENCIAS ESTATALES, GUBERNAMENTALES, DESCENTRALIZADAS O PRIVADAS.

LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN MEXICO, MATERIAS DEL AREA DE PSICOLOGIA CLINICA. (UNAM).

- 1).- DESÓRDENES ORGÁNICOS DE LA CONDUCTA, SOCIOPATÍAS Y PERSONALIDAD, PSICOPÁTICA.
- 2).- DIAGNÓSTICO PSICOMÉTRICO EN CLÍNICA.
- 3).- INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.
- 4).- INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA.
- 5).- MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.
- 6).- PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD.
- 7).- PSICOPATOLOGÍA DE LA ÉPOCA DEL CRECIMIENTO Y DESARRO

LLO DEL HOMBRE, (DEL NACIMIENTO A LOS 18 AÑOS).

- 8).- PSICODINAMICA DE GRUPOS I.
- 9).- PSICODINÁMICA DE GRUPOS II.
- 10).- PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA I.
- 11).- PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA II.
- 12).- REHABILITACIÓN CONDUCTUAL.
- 13).- TEORÍA DE LA PERSONALIDAD II.
- 14).- TEORÍA GENERAL Y ESPECIAL DE LAS NEUROSIS.
- 15).- TEORÍA GENERAL Y ESPECIAL DE LAS PSICOSIS.
- 16).- TEORÍA Y TÉCNICA DE LA ENTREVISTA.

PLAN DE ESTUDIOS PARA EL AREA DE PSICOLOGIA
CLINICA EN ESTUDIOS SUPERIORES.

OBJETIVOS.

PREPARAR MAESTROS E INVESTIGADORES EN EL MANEJO -
DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA ELLO SE LE CARACTERIZA, NO -
TANTO POR LA HUMANIDAD O DELIMITACIÓN DE SU OBJETO (" SANO"
O " ENFERMO ") O EL ÁMBITO DE FENÓMENOS QUE ABARCA (INDIVI-
DUAL SOCIODINÁMICO, INSTITUCIONAL, COMUNITARIO), SINO POR
LA ACTITUD METODOLÓGICA QUE LE ES INHERENTE: CONSIDERAR LA
PERSONALIDAD HUMANA COMO UNA ESTRUCTURA PSICODINÁMICA EN -
"SITUACIÓN " (INTERACCIÓN CON SU MEDIO AMBIENTE) A PARTIR
Y EN FUNCIÓN DE DICHAS ESTRUCTURAS Y SITUACIONES ADQUIEREN
SENTIDO DE TODAS Y CADA UNA DE SUS CONDUCTAS.

EN EL MANEJO DEL MÉTODO CLÍNICO LE PERMITIRÁ, --
ADECUÁNDOLO A LAS LEYES DE ESTRUCTURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
DE LOS RESPECTIVOS ÁMBITOS, COMPRENDER Y ENFOCAR LLOS PRO-

BLEMAS GRUPALES, INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS, TANTO EN EL CAMPO DE LA PSICOPROFILAXIS COMO EN EL DE LA PSICOPATOLOGÍA.

REQUISITOS.

- 1).- TODOS LOS QUE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA UNAM, Y LAS NORMAS COMPLEMENTARIAS DEL MISMO, EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
- 2).- DEBIDO A LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL TRABAJO PROFESIONAL AL QUE HABRÁN DE DEDICARSE LOS ASPIRANTES, Y, SIGUIENDO LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LA MAYOR PARTE DEL MUNDO PARA CURSOS SIMILARES, ASÍ COMO LAS RECIENTEMENTE ESTABLECIDAS - A PARTIR DE ESTE - AÑO POR LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES EN LA MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, ESTABLECEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE VALORACIÓN DEL CARÁCTER Y LA PERSONALIDAD DE LOS ASPIRANTES A ALUMNOS DEL -- CURSO.
 - A).- ENTREVISTAS DEL ASPIRANTE CON TRES MIEMBROS DEL CUERPO DOCENTE, QUIÉNES VALORARÁN PRIMERO EN LO PERSONAL Y DESPUÉS CONJUNTAMENTE, A CADA UNO DE LOS CANDIDATOS, EN BASE A LOS SIGUIENTES CRITERIOS: AUSENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL.
AUSENCIA DE TRASTORNOS SEVEROS DE INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.
VALORACIÓN DE LOS RASGOS SOBRESALIENTES DEL CARÁCTER (PAUTAS CONDUCTUALES MÁS FRECUENTES DE INTERRELACION).

CAPACIDAD DE IMAGINACIÓN Y CREATIVIDAD.

EMPATÍA Y CAPACIDAD DE FILIACIÓN.

TENER LAS NECESIDADES DE SU VIDA PRIVADA SATISFACTORIAMENTE GRATIFICADAS.

B).- LOS RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LAS ENTREVISTAS -
SERÁN COMPLETADOS - EN LA DECISIÓN POR EL GRUPO DE -
MAESTROS ASESORES PARA LA ACEPTACIÓN DEL ASPIRANTE -
POR LAS SIGUIENTES PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

M.M.P.I.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS DE LOS 16 FACTORES
DE LA PERSONALIDAD DE RAYMUNDO B. CATELL.

PRUEBA PROYECTIVA DE FRASES INCOMPLETAS
DE SACKS.

3).- PREVIA ACEPTACIÓN, EL ASPIRANTE AL CURSO DE ESPECIALI
ZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, ESCOGERÁ UN ASESOR EN
TRE LOS MIEMBROS DEL CUERPO DOCENTE.

4).- DURANTE EL PRIMER SEMESTRE, LA OBSERVACIÓN DE LA CON
DUCTA INTERPERSONAL Y EL TIPO DE RELACIÓN QUE ESTA -
BLESCA EL ALUMNO CON LOS PACIENTES, ASÍ COMO SU INTE
RÉS Y DESARROLLO EN EL TERRENO DE LOS CONOCIMIENTOS
Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA, REPRESENTARÁN LA FOR
MA MÁS DEMOCRÁTICA Y OBJETIVA PARA VALORAR SU PERSO
NALIDAD Y DECIDIR SI CONTINÚA COMO ALUMNO DEFINITI
VO DEL CURSO. DICHA VALORACIÓN SEMESTRAL SERÁ EFEC
TUADA POR EL ASESOR DEL ALUMNO Y EL CUERPO DOCENTE -
DEL CURSO.

ESPECIALIZACION DE PSICOLOGIA CLINICA Y
PSICOTERAPIA EN INSTITUCIONES (DE GRUPO).

OBJETIVO GENERAL DEL CURSO:

AL TÉRMINO DE LOS DOS AÑOS DE PREPARACIÓN, EL PSI
CÓLOGO CLÍNICO ESTARÁ CAPACITADO PARA EJERCER LOS SIGUIEN -
TES SERVICIOS DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A LA COMUNIDAD, A -
TRAVÉS DEL MANTENIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL --
DEL NÚCLEO FAMILIAR:

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO.

AYUDA PSICOLOGICA.

PREVENCION.

REHABILITACION.

INVESTIGACION.

MATERIAS DEL PRIMER AÑO.

SINTESIS DE OBJETIVOS

DISCRIMINAR ENTRE EL CONTINUO
SALUD - ENFERMEDAD

MANEJAR PRUEBAS PSICOLOGICAS

INVESTIGAR PRUEBAS PSICOLOGICAS

NUEVAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

EVALUAR LA DINAMICA INDIVIDUAL
FAMILIAR Y SOCIAL.

ORIENTACIÓN AL INDIVIDUO Y A
LA FAMILIA PARA PREVENIR LA
ENFERMEDAD.

ORIENTAR AL INDIVIDUO Y A LA
FAMILIA PARA LOGRAR UN MEJOR
DESARROLLO HUMANO

MATERIAS.

PROPEDEUTICA PSICOLOGICA.

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

CURSO AVANZADO DE TEORIAS.

LAS NEUROSIS Y DE LAS PSI
COSIS.

EVALUACIÓN DE LA PERSONA-
LIDAD.

ESTUDIO DEL INDIVIDUO EN
SUS RELACIONES INTRAPSI-
QUICAS E INTERPERSONALES.

DINAMICA FAMILIAR Y DE -
GRUPO ECOLOGIA HUMANA.
PRÁCTICA DE DIVULGACIÓN Y
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA A
LA COMUNIDAD.

MATERIAS DEL SEGUNDO AÑO.

SINTESIS DE OBJETIVOS	MATERIAS.
DAR CONSEJO MATRIMONIAL.	TEORIA DE LAS RELACIONES MARITALES. ORIENTACIÓN MATRIMONIAL. AYUDA PSICOLÓGICA A MATRIMONIOS.
PRÁCTICA PSICOTERAPIA DE GRUPO.	TEORIA Y TÉCNICA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO. EXPERIENCIA DIDACTICA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.
REALIZAR MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.	PSICOTERAPIA DE GRUPO BAJO SUPERVISIÓN.
PRÁCTICAR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA.	TEORIA Y TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.
DAR AYUDA PSICOLÓGICA. FAMILIAR Y COMUNITARIA	TERAPIA OCUPACIONAL. PROFILAXIS FAMILIAR Y COMUNITARIA.

LOS REQUISITOS DE INGRESO PARA CONTINUAR ESTUDIOS DE POSTGRADO EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA CORRESPONDEN A LAS "NORMAS COMPLEMENTARIAS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA AL REGLAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES"; DEBIENDO ADEMÁS SUJETARSE EL INTERESADO A ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD QUE DETECTARÁN EL GRADO DE MOTIVACIÓN Y LAS APTITUDES CON QUE CUENTA EL SOLICITANTE PARA EL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

DEBIDO A QUE EN LA ACTUALIDAD ESTE DEPARTAMENTO SE ENCUENTRA EN PROCESO DE REESTRUCTURACIÓN EN FORMA TEMPORAL SE PROPORCIONAN LAS SIGUIENTES ASIGNATURAS PARA MAESTRÍA

Y DOCTORADO.

MAESTRÍA 76 CRÉDITOS.

DOCTORADO 80 CRÉDITOS.

ASIGNATURAS.

INVESTIGACIÓN DE DATOS CLÍNICOS, I, II, III, IV, SEM. DE INV. Y TESIS.

EVALUACIÓN DE PRUEBAS CLÍNICAS I, II, III, IV, SEM. DE INV. Y TESIS.

INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS DE PERSONALIDAD I, II, III, IV, SEM. DE INV. Y TESIS.

PSIQUIATRÍA CLÍNICA I Y II (OBLIGATORIA) SEM. DE INV. Y TESIS.

PSICOTERAPIA SUPERVISADA I, II, III, IV, SEM. DE INV. Y TESIS.

PSICOLOGÍA Y FILOSOFÍA CONTEMPORÁNEA SEM. DE INV. DE TESIS.

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA I, II, III, IV, SEMINARIO - MONOGRÁFICO PERSONALIDAD Y CAMBIO SOCIAL I, Y II, CURSO MONOGRÁFICO.

PATOLOGÍA SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANÁLITICO I Y II CURSO MONOGRÁFICO.

ETIOLOGÍA I Y II CURSO MONOGRÁFICO.

LITERATURA CONTEMPORÁNEA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA I Y II CURSO MONOGRÁFICO.

MODELOS CONCEPTUALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA I Y II CURSO MONOGRÁFICO.

PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA - FREUD (OBLIGATORIA).

PSICOTERAPIA SUPERVISADA (REVISIÓN TEORÍA PSICOANÁLITICA)

(OBLIGATORIA).

LOS SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN Y MONOGRÁFICOS SON OBLIGATORIOS.

FORMACION DEL PSICOLOGO CLINICO.

AUNQUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS REALIZAN DIVERSAS ACTIVIDADES PARA DISTINTA GENTE, EL PROCESO DE DIFUSIÓN DE SU PAPEL PUEDE SATISFACER EN PARTE LA NECESIDAD DE CIENTÍFICOS APLICADOS A LO SOCIAL, SIN FORMACIÓN MÉDICA, QUE SON REQUERIDOS POR UNA SOCIEDAD CUYOS PROBLEMAS PRINCIPALES SON - HUMANOS Y SOCIALES MÁS QUE FÍSICOS. LA PROFESIÓN MÉDICA NO PUEDE PREPARAR PERSONAL QUE CUMPLAN EL PAPEL DE PRACTICANTES EN MALES SOCIALES, AUNQUE ESTE PUEDE SER UN CAMPO DE INTERÉS PARA MUCHOS MÉDICOS. LAS TAREAS DE MAYOR PESO - EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPIA - EN LOS PROBLEMAS SOCIALES ESTÁN EN MANOS DE LOS CIENTÍFICOS SOCIALES ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS. EL PROBLEMA, NO CONSISTE, EN EVITAR LA DIFUSIÓN DEL PAPEL, YA QUE ESTA DISPERSIÓN ES INEVITABLE EN LA REALIDAD QUE NOS RODEA. EL PROBLEMA ES FORMAR INDIVIDUOS QUE, DE LA MANERA MÁS COMPETENTE MANEJEN LOS PROBLEMAS CON LOS CUALES HAN DE ENCONTRARSE.

ESTA ES LA RAZÓN POR LA CUAL ES IMPORTANTE FORMAR PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.

LE INCUMBE A LA EDUCACIÓN TRATAR QUE LOS PROFESIONALES NO SEAN LOS QUE "HACEN DE TODO PARA TODOS". LA SOCIEDAD ES DEMASIADO COMPLEJA PARA QUE UN SOLO INDIVIDUO MANEJE COMPETENTEMENTE TODOS LOS PROBLEMAS. DE LA MISMA FORMA QUE

EL CLÍNICO VA DESAPARECIENDO LENTAMENTE EN MEDICINA, LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DEBEN PREPARARSE PARA LA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL. ¿ COMO SE LOGRA ESTE OBJETIVO? NO ES ÉSTA UNA PREGUNTA FÁCIL DE RESPONDER SIN EMBARGO, DEBE RECONOCERSE QUE, ALLI DONDE ACTUALMENTE LA ESPECIALIZACIÓN SE LOGRA ARREGLÁNDOSE LAS CADA UNO COMO PUEDE A TRAVÉS DEL ENSAYO Y ERROR Y OTRAS TÉCNICAS NO SISTEMATIZADAS, EN EL FUTURO SE OBTENDRÁ DICHA ESPECIALIZACIÓN POR MEDIO DE LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN FORMAL.

LA IDENTIDAD DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ES CONFUSA Y DIFUSA. Y LO EGUIRÁ SIENDO MIENTRAS DEPENDAN, PARA SU FORMACIÓN, DE OTROS PSICÓLOGOS CON DISTINTAS ORIENTACIONES. EN LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO, LOS TEMAS SON TANTOS COMO AQUELLOS CON LOS QUE SE ENCUENTRA LA PROFESIÓN EN SU TOTALIDAD.

CUANDO CONSIDERAMOS LA SUPERPOSICIÓN DE PAPELES PROFESIONALES EN EL PSICÓLOGO CLÍNICO SE VUELVE MUY CLARO QUE NINGÚN GRADUADO PUEDE ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL ESPECIALIZADA. DE ALLÍ LA NECESIDAD DE UNA CLARA SEPARACIÓN RESPECTO DE LA FORMACIÓN CIENTÍFICA A NIVEL DE LICENCIATURA Y LA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL A NIVEL DE MAESTRIA. LOS PROGRAMAS DE ESTUDIO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EVIDENCIAN ALGUNAS DISCREPANCIAS LLAMATIVAS. AUN QUE LA RESPONSABILIDAD FUNDAMENTAL EN LA ENSEÑANZA DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS CORRESPONDIÓ SIEMPRE A LA UNIVERSIDAD, ES EVIDENTE QUE LOS DEPARTAMENTOS DE CLÍNICA DE LAS UNIVER

SIDADES RECHAZARON ESTA RESPONSABILIDAD DE VARIAS MANERAS.

EN PRIMER LUGAR, LIMITAN LOS PROGRAMAS CLÍNICOS AL MÍNIMO DE CURSOS, Y ÉSTOS SON DICTADOS GENERALMENTE POR UN MIEMBRO NUEVO DEL CUERPO DIRECTIVO O POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE CUMPLEN HORARIOS LIMITADOS. EN SEGUNDO LUGAR RESTRINGEN LA DURACIÓN DE LOS CARGOS DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y NO LES BRINDAN EL NOMBRAMIENTO DE TIEMPO COMPLETO.

EN TERCER LUGAR, IGNORAN LAS EVALUACIONES HECHAS POR OTROS CLÍNICOS Y CONFIEREN EL GRADO DE PROFESOR ADJUNTO A ESTUDIANTES CUYAS MOTIVACIONES Y CUYA COMPETENCIA PROFESIONAL SON LIMITADAS O INFERIORES. EL OTORGAMIENTO DEL GRADO SE REALIZA EN EL NOMBRE SACROSANTO DE LA INVESTIGACIÓN, ACASO LIGERAMENTE. COMO RESULTADO DE ESTE RECHAZO DE LA RESPONSABILIDAD, EXISTE UNA NOTORIA SEPARACIÓN ENTRE LAS FACILIDADES ACADÉMICAS Y LAS CLÍNICAS. ALLÍ DONDE TODOS LOS CONTROLES ESTÁN CLARAMENTE EN MANOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD. NO CREE QUE ÉSTE SEA EL ESTADO DE LAS COSAS MÁS DESEABLES PARA EL ESTUDIANTE. NO HAY EXPLICACIÓN POSIBLE PARA EL HECHO DE QUE LOS PROFESORES CLÍNICOS HABITUALMENTE ACADÉMICOS NO SE INTERESAN SALVO RARAS -- EXCEPCIONES POR LA PREPARACIÓN CLÍNICA DEL ESTUDIANTE. LOS DEPARTAMENTOS ACADÉMICOS ESTÁN EN MANOS DE PSICÓLOGOS EXPERIMENTALES, O DE PSICÓLOGOS CON MUY LIMITADA EXPERIENCIA EN PROBLEMAS APLICADOS.

EN CONDICIONES IDEALES, EL ENTRENAMIENTO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DEBERÍA SER PLANEADO ADECUADAMENTE, LAMENTA-

BLEMENTE, ES DIFÍCIL TRAZAR UNA LINEA DIVISORIA ENTRE LO SIG
NIFICATIVO Y LO FÚTIL. LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL COMO METO
DOLOGÍA ES SIGNIFICATIVA PARA LA PREPARACIÓN DEL PSICÓLOGO,
CLÍNICO EN SU FAZ DE CIENTÍFICO APLICADO, Y DEBE FORMAR PAR
TE DE SUS ANTECEDENTES ACADÉMICOS. LO INNECESARIO SON -
LOS DETALLES TÉCNICOS ESPECÍFICOS Y EL CONTENIDO DE LA PSI-
COLOGÍA EXPERIMENTAL Y COMPARADA, QUE OFRECEN ESCASAS CON -
TRIBUCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

POR OTRA PARTE, SI SE ELIMINAN LOS CURSOS INNECE-
SARIOS PODRÁ DARSE MAYOR RELIEVE Y MÁS TIEMPO A LOS CURSOS
ACADÉMICOS, CUYO VALOR ES MÁS DIRECTO PARA EL DESARROLLO -
DEL PROFESIONAL.

LA ELIMINACIÓN DE LO INNECESARIO Y LA CONSIGUIEN-
TE INSISTENCIA SOBRE LO MÁS SIGNIFICATIVO DETERMINARÁN CAM-
BIOS INEVITABLES EN LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL DEPAR-
TAMENTO, CAMBIOS QUE LA MAYORÍA DE LOS ACTUALES DEPARTAMEN-
TOS DE PSICOLOGÍA ESTÁN LEJOS DE DESEAR. LA PREPARACIÓN DE
LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUEDARÍA EN MANOS DE PSICÓLOGOS CLÍ-
NICOS. LOS PSICÓLOGOS EXPERIMENTALES PREPARARÍAN A LOS ES-
TUDIANTES EN LOS FUNDAMENTOS DE LA EXPERIMENTACIÓN Y LES DA
RÍAN LOS INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS ADECUADOS PARA SU TRABA-
JO.

LA INSISTENCIA EN LA FORMACIÓN Y CREACIÓN DE UN -
AÑO DE INTERNADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PRESENTA MUCHAS VEN-
TAJAS Y MUY POCOS RIESGOS - SEGÚN CREO COMO OBSERVADOR. -
FORMAR A UN INDIVIDUO QUE TIENE YA EL TÍTULO DE LICENCIADO,

PERMITE MAYOR SELECCIÓN, AL MENOS EN LO QUE RESPECTA A LA PREPARACIÓN ACADÉMICA, TAL VEZ TAMBIÉN EN LO QUE SE REFIERE A LA BASE MOTIVACIONAL DE SU TRABAJO. UNA SELECCIÓN DE ESTA CLASE NO PERMITIRÍA LA PROLIFERACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS SIN GRADUACIÓN FINAL Y CON PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL CUESTIONABLE. AUNQUE NECESARIAS EN LA ACTUALIDAD, DADA LA ESCASEZ DE PERSONAL PROFESIONAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL, ESTAS PERSONAS TRAEN CONSIGO TODOS LOS PROBLEMAS TÍPICOS DE LOS SEMIPROFESIONALES NO PREPARADOS E INCOMPLETOS. Y ES IMPOSIBLE AFIRMAR QUE ALCANCEN A LLENAR LAS NORMAS IDEALES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONAL.

MODIFICACION DE CONDUCTA APLICADA EN PSICOLOGIA CLINIA.

UN GRAN NÚMERO DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS SE HAN MOSTRADO INTERESADOS POR LAS TÉCNICAS UTILIZADAS POR LOS PSICÓLOGOS MODIFICADORES DE CONDUCTA.

SU INTERÉS EN UN PRINCIPIO SE CENTRA ALREDEDOR DE LOS CAMBIOS DE CONDUCTA QUE SE EFECTUAN EN LOS CLIENTES Y PACIENTES POR ESTE PROCEDIMIENTO.

ANTERIORMENTE UN IGUAL NÚMERO DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS SE MOSTRABAN DESCONFIADOS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y DE LOS ESPECIALISTAS QUE LA PRACTICAN, TODO ELLO ES LA CONSECUENCIA DEL DOGMATISMO QUE IMPERA EN EL MEDIO AMBIENTE PSICÓLOGICO YA QUE EN MUCHAS OCASIONES SE ATACAN CIERTAS TÉCNICAS SIN CONOCERLAS Y SIN HABER INTENTADO COMPRENDERLAS Y APLICARLAS.

ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS ANTES MENCIONADAS SON EL RESULTADO DE LA MALA O NULA COMUNICACIÓN QUE EXISTE ENTRE DIVERSOS ESPECIALISTAS DE LA RAMA DE LA PSICOLOGÍA APLICADA.

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN POCOS AÑOS HA LOGRADO Y EFECTUADO UN IMPRESIONANTE IMPACTO SOBRE LA TÉCNICA Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. EN ALGUNOS CASOS LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA HA CAMBIADO EL CARÁCTER DEL HOSPITAL, DEL PABELLÓN, DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA APLICANDO PROGRAMAS, DESARROLLANDO TÉCNICAS REHABILITADORAS, FÍSICAS Y HA HECHO POSIBLE LA EXTINCIÓN FELIZ Y ACERTADA DE TODO UN

SIN NÚMERO DE CONDUCTAS CONSIDERADAS ANORMALES.

ES FRECUENTE ENCONTRAR QUE LA APLICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA TIENE ÉXITO, CUANDO SE HAN USADO - OTRAS TÉCNICAS TRADICIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y HAN FALLADO; LAS REALIZACIONES SON SOBRE PACIENTES LOS CUALES FUE RON CLASIFICADOS COMO INTRATABLES, INMANEJABLES Y CRÓNICOS.

LOS RESULTADOS HAN PROPORCIONADO UN NUEVO ENTU - SIASMO E ÍNTERÉS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. ESTE NUEVO ÓPTIMISMO PUEDE SER OBSERVADO EN LA ACTUALIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA CLÍNICA EN LAS UNIVERSIDADES.

LOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS QUE SE UTILIZAN EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PROVIENEN DEL LABORATORIO DE - PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL; Y DEBIDO A ELLO EVITAN EL MODELO - MÉDICO DE ENFERMEDAD Y CURACIÓN.

EN REALIDAD LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PROPORCIO - NA TÉRMINOS ADECUADOS QUE DESPLAZAN EL MODELO MÉDICO Y EL - AMBIENTE QUE DETERMINA LOS PROCESOS Y CONCEPTUALIZACIONES - DE MUCHOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, LOS TÉRMINOS COMO; "PATOLO - GÍA", "DESVIACIÓN", "CURA", ETC. SON REMPLAZADOS POR: "ENTRE NAMIENTO", "PROCESOS EDUCATIVOS", "SOLUCION DE PROBLEMAS", ETC.

LAS CAUSAS QUE HAN IMPEDIDO LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS ESPECIALISTAS EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y LOS PRÁCTI - CANTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA PODRÍAN RESUMIRSE EN DOS - PUNTOS:

1).- EL ENFÁSIS QUE REALIZA LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA -

EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS.

2).- LA CONSECUENCIA ETICA CONCOMITANTE SOBRE LAS TÉCNICAS DE CONTROL CONDUCTUAL.

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA RETIRA EL ENFÁSIS EN LA ETIOLOGÍA, ADMITEN QUE LE ORGANISMO TIENE HISTORIA DE REFORZAMIENTO COMPLEJAS Y QUE VIENEN SIENDO INSTRUMENTOS EN EL PROCESO DE CONDUCTA CONCURRENTES, Y EL CAMBIO QUE OCURRE EN CONDUCTAS REALES SE RIGE POR EL REFORZAMIENTO Y LA EXTINCIÓN. LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS PUEDEN ARGUIR QUE LA ELIMINACIÓN DE SÍNTOMAS ES SOLAMENTE TEMPORAL PORQUE LA SUBORDINACIÓN DE LAS RAZONES PARA LA FORMACIÓN DE SÍNTOMAS NO HA SIDO ELIMINADA. A ESTO EL MODIFICADOR DE CONDUCTA REPLICA QUE MUCHOS DE SUS ESTUDIOS HAN INDICADO QUE LA MIGRACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PUEDE NO OCURRIR. DICEN QUE CUANDO UN SÍNTOMA SUBSTITUTO APARECE, TAMBIÉN PUEDE SER TRATADO Y ADQUIRIR UNA NUEVA CONDUCTA SOCIAL ACEPTABLE.

EN REALIDAD NO DEBERÍAN DE EXISTIR POLÉMICAS AL RESPECTO Y DEFENSA DE DETERMINADA POSTURA YA QUE LA PSICOLOGÍA SE INTEGRA POR TODAS LAS RAMAS QUE LA COMPONEN Y EN EL TRATAMIENTO DEL SER HUMANO SE DEBERÍAN UTILIZAR LAS TÉCNICAS Y METODOLOGIAS QUE SOLUCIONEN EN UN MOMENTO DETERMINADO LA PROBLEMATICA ESPECÍFICA DEL SER HUMANO SIN IMPORTAR LA CORRIENTE A LA CUAL SE PERTENEZCA.

EL APRENDIZAJE SOCIAL.

EN UN ENFOQUE QUE APROVECHA LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS, ES LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL. SE TRATA DE

UN PUNTO DE VISTA DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DEL INDIVIDUO. TOMA EN CUENTA EN FORMA IMPORTANTE, LA INFLUENCIA DE LA TEORÍA EN EL DESARROLLO Y CAMBIO DE LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS. DE ACUERDO CON LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL, LA CONDUCTA HUMANA ESTÁ DETERMINADA POR SUS OBJETIVOS. LA CONDUCTA ES SIEMPRE DIRECCIONAL, UN INDIVIDUO RESPONDE CON AQUELLAS FORMAS DE CONDUCTA QUE HA APRENDIDO Y LE CONDU^UCEN A LAS MAYORES SATISFACCIONES EN UNA SITUACIÓN DADA.

CADA PERSONA ASOCIA GRADUALMENTE CIERTOS OBJETIVOS Y CONDICIONES INTERNAS CON SATISFACCIONES INNATAS O NO APRENDIDAS. LOS MOTIVOS PSICOLÓGICOS, COMO ALGO DIFERENTE DE LAS SATISFACCIONES DEL ORGANISMO NO APRENDIDAS O CON BASES BIOLÓGICAS, SON RESULTADO DE LA EXPERIENCIA MÁS QUE DEL INSTINTO.

CONSISTENCIA EN EL CLINICO

EN CADA CLÍNICO, INDIVIDUALMENTE, PODEMOS CONSIDERAR POR LO MENOS DOS NIVELES DE CONSISTENCIA PROFESIONAL: EXTERNA E INTERNA.

CONSISTENCIA EXTERNA: SIGNIFICA CONSISTENCIA EN LOS FACTORES AMBIENTALES, COMO LA EDUCACIÓN PASADA Y EL PRESENTE --ASENTAMIENTO FÍSICO, QUE DETERMINAN SU NIVEL DE COMPETENCIA, TANTO COMO SU PERSPECTIVA DE LA VIDA.

LOS CLÍNICOS SON EDUCADOS POR CIENTÍFICOS Y POR OTROS CLÍNICOS. LOS PRIMEROS LOS SENSIBILIZAN RESPECTO DE LOS REQUERIMIENTOS DE VERACIDAD FORMAL Y ESTADÍSTICA; LOS SEGUNDOS LES ENSEÑAN A DESARROLLAR SUS PROPIAS NOCIONES DE

CONSISTENCIA CLÍNICA. CUANTO MÁS VARIADA LA CLASIFICACIÓN DE CONSENSOS ENTRE LOS CLÍNICOS, MÁS AMPLIA SE HACE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE LOS PRINCIPIANTES. LA CONSISTENCIA FORMA PARTE DEL PROCESO DE APRENDIZAJE. EL CLÍNICO QUE COMIENZA APRENDE MÁS DE UN MAESTRO QUE DE OTRO, PERO EN ÚLTIMA INSTANCIA, DESARROLLARÁ SU PROPIA AUTOCONSISTENCIA. LA CONSISTENCIA ESTÁ PRESENTE DURANTE TODA LA CARRERA PROFESIONAL DEL CLÍNICO. SIGNIFICA SER SENSIBLE A OTROS PUNTOS DE VISTA, OPINIONES Y PRÁCTICAS, ELIGIENDO AQUELLAS MÁS ACORDES Y COHERENTES CON LOS PROPIOS PUNTOS DE VISTA, HABILIDAD Y PERSONALIDAD.

EL LUGAR EN QUE EL CLÍNICO SE EDUCA, PUEDE O NO INFLUIR EN LA MANERA DE APROXIMARSE A LOS PROBLEMAS CLÍNICOS. POR CIERTO QUE SI UN PSICÓLOGO CLÍNICO ES EDUCADO EN LAS TRADICIONES DE LA ESCUELA ESTADOUNIDENSE, SU POSTURA SERÁ CARACTERIZADA POR UNA GRAN DEVALUACIÓN DE CUALQUIER OTRO PUNTO DE VISTA. AUNQUE ES CIERTO QUE LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS PUEDEN SER ECLÉCTICOS, O POR LO MENOS PLURALISTAS EN SUS ACTIVIDADES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS, LA ESCUELA Y LOS PROFESORES INFLUYEN EN SU VISIÓN DEL MUNDO. POR OTRO LADO, DEBEMOS RECORDAR QUE EL ADIESTRAMIENTO CLÍNICO NO TIENE LUGAR EN LA UNIVERSIDAD.

LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEL GRADUADO BRINDA AL ESTUDIANTE UNA IDEA DEL MEDIO EN QUE TRABAJARÁ DESPUÉS DE LA OBTENCIÓN DE SU TÍTULO. ADEMÁS DE UNA RECTA POSICIÓN ACADÉMICA DE ENSEÑANZA SE ABRE ANTE ÉL UN ESPECTRO TOTAL DE ELEC

CIONES Y OPORTUNIDADES. SUS INTERESES Y LAS RECOMENDACIONES DE SUS PROFESORES RESTRINGEN, EN CIERTA MANERA, SU ELECCIÓN, PUESTO QUE EL NIVEL Y LA CLASE DE TRABAJO QUE LE ASIGNEN NO SIEMPRE CORRESPONDERÁN A SUS PROPIAS ASPIRACIONES.

CADA UNO DE LOS TRABAJOS QUE PUEDE DESARROLLAR EL PSICÓLOGO CLÍNICO TIENE SUS EXIGENCIAS PECULIARES SOBRE LOS PAPELES PROFESIONALES Y LA HABILIDAD QUE REQUIEREN. EL MEDIO CLÍNICO NO IMPLICA SÓLO EL ASPECTO FÍSICO, SINO TAMBIÉN LA CALIDAD DE LOS OTROS PROFESIONALES QUE MUY FRECUENTEMENTE INFLUYEN EN EL PRINCIPIANTE.

¿ESTAN ELLOS ORIENTADOS PSICOANÁLITICAMENTE? ¿VALORIZAN LA INVESTIGACIÓN POR SOBRE TODO? ¿ESTAN ABIERTOS A LOS NUEVOS CAMINOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS? ¿O SE AJUSTAN DOGMÁTICAMENTE A LOS VIEJOS CLISÉS? ¿COMO VEN LA PROFESIÓN QUE ÉL REPRESENTA? ¿COMO SE VE EL EN RELACIÓN CON ELLOS, CON LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL TRABAJO, CON LA ESTRUCTURA PROFESIONAL DEL EQUIPO, ETC. ? MUCHOS DE ESTOS FACTORES INFLUYEN EN LA ACTITUD DEL PSICÓLOGO. DE TODOS MODOS, DESCONOCEMOS LA INFLUENCIA DE ESTOS FACTORES FÍSICOS Y HUMANOS, ASÍ COMO TAMBIÉN LA MEDIDA EN QUE AFECTAN LA MORAL DE LOS RECIÉN LLEGADOS. LA PERSPECTIVA QUE EL CLÍNICO TIENE DE SU TIEMPO Y LO QUE PRETENDE DE LA VIDA, DETERMINAN LA CLASE DE TAREA QUE ELIGIRÁ Y LO QUE HARÁ DE ELLA SI LAS OPORTUNIDADES LE SON PROPICIAS. ¿COMO SE VE A SI MISMO? ¿COMO CIENTÍFICO, COMO PRACTICANTE O COMO UNA COMBINACIÓN DE LOS DOS? ¿CREE QUE DEBE AYUDAR A CADA PACIENTE, O ADMITE QUE HAY TODAVÍA

MUCHAS PREGUNTAS SIN CONTESTACIÓN ? ¿ SON SUS FINES INMEDIATOS (EL PACIENTE Y ÉL) O TRASCENDENTE (PACIENTES, PROFESIÓN, ETC.)? LÓGICAMENTE, SU PERSPECTIVA INDIVIDUAL DEL TIEMPO - NO PUEDE SEPARARSE DE LO QUE ES COMO INDIVIDUO.

CONSISTENCIA INTERNA: HAY POR LO MENOS CUATRO NIVELES EN LA QUE SE PUEDE SEPARAR LA CONSISTENCIA INTERNA DE LOS CLÍNICOS. CADA UNO DE LOS CUATRO TIENE SU PROPIA CONSISTENCIA Y HAY, ADEMÁS CONSISTENCIAS O INCONSISTENCIAS ENTRE ELLOS. EL CLÍNICO DEBE SER CONSISTENTE COMO SER HUMANO INDIVIDUAL (HERMANO, ESPOSO, PADRE ETC.). AÚN CUANDO ACEPTAMOS COMO AXIOMA EL HECHO DE QUE LA PERSONALIDAD SE RELACIONA EN ALGUNA FORMA CON LA ELECCIÓN PROFESIONAL, LA CLASE DE CONSISTENCIA QUE NOS INTERESA ES LA QUE EXISTE ENTRE EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONAL Y COMO SER HUMANO.

EL CLÍNICO DEBE SER CONSISTENTE COMO ADMINISTRADOR DE TESTS. LA TAREA DE TOMARLOS PUEDE SER RELEGADA A LOS TÉCNICOS, DEJANDO PARA LOS CLÍNICOS EL PAPEL DE INTERPRETES E INFORMANTES. ALGUNOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS OBJETAN ESTA PRÁCTICA (ME INCLUYO ENTRE ELLOS), ARGUMENTANDO QUE LA INTERACCIÓN ENTRE PACIENTE Y EXAMINADOR ES UNA FUENTE IMPORTANTE DE INFORMACIÓN Y DE INFERENCIAS. ESTO NO SIGNIFICA QUE LOS PSICÓLOGOS QUE NO TOMAN LOS TESTS NIEGUEN NECESARIAMENTE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA A ESTA INTERACCIÓN. LA CONSISTENCIA DEBE, POR LO TANTO, SER CONSIDERADA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE LOS TÉCNICOS Y SUS RELACIONES CON EL PACIENTE ASÍ COMO CON EL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO MAESTRO Y

SUPERVISOR.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO PUEDE RELEGAR LAS PRUEBAS A LOS TÉCNICOS, PERO NO PUEDE NEGARSE A SÍ MISMO CONSISTENCIA EN EL PAPEL DE PRINCIPAL INTÉRPRETE. EN ESTE PAPEL CUMPLE SU MÁXIMA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL; LA DE BRINDAR JUICIOS COMPETENTES E INDEPENDIENTES. LA PRUEBA DE PSICODIAGNÓSTICO SE APOYA EN LAS INTERPRETACIONES. EL NIVEL DE LAS INTERPRETACIONES VARÍA DESDE EL DE SIMPLES CONCLUSIONES BASADAS EN ANTECEDENTES, ORIENTADAS SOBRE RESULTADOS DESNUDOS Y FRAGMENTADAS, HASTA EL DE INTEGRACIONES PERPICASES, ORIGINALES Y ÚNICAS, Y AÚN MÁS HASTA ABSTRACCIONES ALTAMENTE ESPECULATIVAS Y TEÓRICAS.

PARA CUMPLIR ESTE PAPEL, EL INTÉRPRETE NECESITAN

DE:

- A).- UNA EXPERIENCIA CLÍNICA SIEMPRE EN AUMENTO.
- B).- SU INVESTIGACIÓN E INFORMES.
- C).- LECTURAS EN EL CAMPO DE SU COMPETENCIA CLÍNICA.
- D).- SUS CONTACTOS CON COLEGAS DE OPINIONES PARECIDAS EN REUNIONES FORMALES E INFORMALES.
- E).- SUS EXPERIENCIAS EXTRAPROFESIONALES, VIAJES, AMISTADES, LECTURAS, ETC. CUANTO MENOR SEA LA EXPERIENCIA EN CUALQUIERA DE ESTAS ÁREAS, MÁS LIMITADAS SERÁN LA PROFUNDIDAD Y ALIENTO DE SUS INTERPRETACIONES. SON FUENTES MÁS PERSONALES DE COMPETENCIA CLÍNICA.
- F).- EL NIVEL INTELECTUAL Y COGNÓSCITIVO.
- G).- EL NIVEL DE DESARROLLO PERSONAL.

H).- LA IDENTIDAD E INTEGRIDAD PROFESIONALES.

DE ESTA FORMA SI LA CONSISTENCIA DEL INTÉRPRETE -
LLEGA A SER UN COMPONENTE TAN IMPORTANTE EN EL PROCESO CLÍ-
NICO INFERIMOS QUE LOS RESULTADOS DE LOS TESTS NO PUEDEN SE
PARARSE DEL INDIVIDUO QUE LOS EXTRAE. UN TESTS SERÁ TAN --
ÚTIL COMO CONSISTENTE SU INTÉRPRETE. SI HEMOS DE ASIGNAR -
AL INTÉRPRETE UNA POSICIÓN SUPERIOR EN EL PSICODIAGNÓSTICO,
DEBEMOS ACEPTAR QUE LA CALIBRACIÓN DEBE TOMARLE MÁS TIEMPO
Y ATENCIÓN EN LOS TESTS. SI EL PAPEL QUE SE LE EXIGE ES EL
DE PROFESIONAL, SU EDUCACIÓN PROFESIONAL DEBE SER TAN EXTEN
SA COMO EN CUALQUIER OTRA ESPECIALIDAD. SI LA PRESUNCIÓN -
DE QUE LAS VARIABLES PSICÓLOGICAS SON MÁS COMPLEJAS QUE LAS
FÍSICAS Y ANATÓMICAS ES CORRECTA, SE DESPRENDE QUE ES NECE-
SARIO POR LO MENOS UN AÑO DE INTERNADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CA. LA LIMITADA EDUCACIÓN CLÍNICA Y PROFESIONAL, QUE HA -
CREADO LA DIFUSIÓN EN LOS PAPELES, ¿ ES TAMBIÉN RESPONSABLE
DE QUE MUCHOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS TRATEN DE TRANSFORMARSE -
EN "COMODINES DE TODO UN POCO " Y NO EN MAESTROS DE UNA ES-
PECIALIDAD?. NO ES POSIBLE ATRIBUIR TODAS LAS RESPONSABILI
DADES DE UN ESTADO DE COSAS INSATISFACTORIO A LA EDUCACIÓN
INSUFICIENTE. EN LA ACTUALIDAD, ESTA CUESTIÓN QUEDA ABIER-
TA A LA DISCUSIÓN.

CUANTO MAYOR SEA LA CONSISTENCIA DE FUNCIONAMIENT-
TO REQUERIDA POR LOS DIVERSOS PAPELES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO
MAYOR DEBE SER EL EJEMPLO DE ÉSTE COMO MODELO DE SU PROFE -
SIÓN. UN ÍNDICE QUE SEÑALA FALLAS EN LA EDUCACIÓN PROFESIO
NAL Y EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS ES EL HECHO DE

QUE MUCHOS PROFESORES NO TRASMITIERAN UNA IMAGEN DE IDENTIFICACIÓN QUE HICIERA PREVALECER LA COMPETENCIA ACADÉMICA Y LA RIVALIDAD POR LA IDENTIDAD FUTURA DEL ESTUDIANTE.

EL CLÍNICO DEBE MOSTRAR CONSISTENCIA TAMBIÉN COMO INFORMANTE. EN OCASIONES ES DIFÍCIL TRAZAR LA LÍNEA ENTRE LA MERA VERBOSIDAD Y EL RAZONAMIENTO, LÓGICO Y PENSADO. EL HOMBRE QUE PIENSA CON CLARIDAD NO SÓLO HABLARÁ CLARAMENTE, SINO QUE TAMBIÉN—Y ESTO ES LO MÁS IMPORTANTE— INFORMARÁ CLARAMENTE. EL INFORME ESCRITO IMPLICA NO SÓLO LA HABILIDAD PARA TOMAR O INTERPRETAR TESTS, SINO TAMBIÉN EL CONOCIMIENTO Y EL USO SEMÁNTICO QUE HABILITA AL CLÍNICO PARA TRASMITIR SUTILES MATICES DE SIGNIFICADO. LA SENSIBILIDAD A LOS MATICES SEMÁNTICOS PUEDE MUY BIÉN SER UNA MANIFESTACIÓN EXTERNA DE LA SENSIBILIDAD PARA COMPRENDER E INTERPRETAR CONDUCTAS.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO PUEDE SER UN MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TESTS, PERO EL INFORME ESCRITO ES EL RESULTADO FINAL, Y REPRESENTA EL MÁS ALTO NIVEL DE CONOCIMIENTO POSIBLE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PSICODIAGNÓSTICO. LA CONSISTENCIA INTERNA ENTRE TODOS ESTOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO CLÍNICO DEBE REPRESENTAR EL IDEAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO. ESTE ESTADO DE COSAS, AUNQUE ALCANZABLE, SE RECIENTE, EN REALIDAD, CON LA IMPERFECCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN TODOS Y EN CADA UNO DE ESTOS NIVELES.

C A P I T U L O

V

PAGINA

EL PSICOLOGO CLINICO INSTITUCIONALIZADO.....	180
CUESTIONARIO APLICADO.....	181
DATOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN.....	182
ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS.....	185
ALGUNAS CONSIDERACIONES A LOS TESTS UTILIZADOS POR LOS -	
PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS.....	186
PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN	
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	194

EL PSICOLOGO CLINICO INSTITUCIONALIZADO.

LOS ANTECEDENTES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS SON BASTANTE RECIENTES; HASTA UN POCO ANTES DEL PROCESO DE REESTRUCTURACIÓN DE LAS INSTALACIONES EN NUESTRA COMUNIDAD DE LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN LA CONDUCTA ANORMAL DE LA POBLACIÓN, DIFÍCILMENTE HUBO BASTANTES REPRESENTANTES DE LA PROFESIÓN SALVO HONROSAS EXCEPCIONES QUE SE MANTUVIERON Y SOBRESALIERON EN BASE A SU PRODUCCIÓN EN FAVOR DE PROFESIÓN.

EN LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS SE PUEDE INTERPRETAR QUE EL PSICÓLOGO CLÍNICO FUE INCORPORADO AL SISTEMA INSTITUCIONAL ORGANIZADO CON EL OBJETO DE INTEGRAR A LOS PROFESIONISTAS CUYO CAMPO DE ESTUDIO ES LA NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DEL SER HUMANO Y NO POR CONSIDERARLO COMO UN PROFESIONAL IMPORTANTE Y CUYOS ADELANTOS EN EL CAMPO DEBERÍAN SER APLICADOS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN.

EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS DEPENDIENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, SE OBSERVA QUE LOS PROFESIONISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA SON EXAGERADAMENTE REDUCIDOS EN NÚMERO Y CALIDAD PROFESIONAL (SALVO HONROSAS EXCEPCIONES) PARA LA GRAN CANTIDAD DE SUJETOS QUE REQUIEREN SUS SERVICIOS.

CON LO ANTERIOR PODEMOS OBSERVAR QUE SI LA SITUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO TRADICIONAL E HISTÓRICAMENTE ES CAÓTICA, CRITICADA Y DESPRESTIGIADA, DEBEMOS AGREGAR, QUE -

EN NUESTRA COMUNIDAD:

- A).- EL PSICÓLOGO CLÍNICO NO CUENTA CON LA CONFIANZA DE LAS AUTORIDADES EN EL CAMPO DE SU EFECTIVIDAD Y ACTIVIDAD PROFESIONAL.
- B).- LA RIVALIDAD PROFESIONAL CON OTRAS CIENCIAS.
- C).- LA ACTITUD PASIVA Y SUMISA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y EL ACEPTAR LOS ROLES QUE LE IMPONEN OTRAS PROFESIONES.
- D).- LA SITUACIÓN ACADÉMICA QUE GUARDAN ALGUNOS DE LOS ELEMENTOS EN EL ÁREA.
- E).- NO ACTUALIZAR SUS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD EN LAS INSTITUCIONES.
- F).- LA INCOMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD DE SUS ACTIVIDADES.
- G).- LOS PROBLEMAS INTERNOS CON SUS COLEGAS.
- H).- PERMITIR QUE OTRAS CIENCIAS REALICEN ACTIVIDADES QUE SE CONSIDERABAN PROPIAS DE SU PROFESIÓN.

ANTE LOS PUNTOS ANTERIORES Y LO DRÁSTICO DE LA SITUACIÓN QUE VIVE EL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO, SE ELABORÓ UN CUESTIONARIO TOMANDO AL AZAR A ELEMENTOS DE LOS DISTINTOS HOSPITALES DE LA S.A.A. (25 ELEMENTOS DE 30 POSIBLES).

C U E S T I O N A R I O .

- 1).- ESCUELA O FACULTAD DE LA QUE PROVIENE.
- 2).- EN QUE AÑO TERMINÓ SU PREPARACIÓN ACADÉMICA.
- 3).- TÍTULO QUE OBTUVO.
- 4).- ESPECIALIDAD.
- 5).- ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN.

- 6).- DESCRIBA SU (S) ACTIVIDAD (ES) MÁS IMPORTANTE (S) EN EL HOSPITAL.
- 7).- OTRAS(S) ACTIVIDAD(ES) QUE PODRÍA DESARROLLAR.
- 8).- SEÑALE LAS ACTIVIDADES QUE CORRESPONDERÍA REALIZAR AL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN.
- 9).- CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA DESARROLLANDO ACTIVIDADES AL NIVEL QUE CORRESPONDEN AL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONISTA.
- 10).- ENNUMERE LA(S) CAUSA(S) POR LAS QUE SE DIFICULTA LA INTEGRACIÓN EN LOS GRUPOS DE TRABAJO Y LA COMUNICACIÓN CON OTROS PROFESIONISTAS.
- 11).- CUÁL ES LA IMAGEN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONISTA QUE TIENEN EN LA INSTITUCIÓN.
- 12).- QUE OPINIÓN TIENEN LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES DEL MISMO, DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.
- 13).- ENNUMERE LAS CAUSAS QUE OCASIONAN UNA DEFICIENTE INFORMACIÓN DE LO QUE ES LA PROFESIÓN.
- 14).- EL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO ACTUALIZA SUS CONOCIMIENTOS.
- 15).- SU OPINIÓN SOBRE LA PREPARACIÓN ACADÉMICA QUE RECIBIÓ.
- 16).- CUÁLES SON SUS SUGERENCIAS PARA CAMBIAR LA IMAGEN DEL PROFESIONISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
- 17).- CUAL ES SU ACTIVIDAD EN LOS PROBLEMAS A LOS QUE SE PRESENTA CUANDO LE ASIGNAN UN CASO DE HOSPITAL.

DATOS OBTENIDOS DE LA APLICACION.

- 1).- EL 65% DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS INSTITUCIONALIZADOS

LOS HAN ACEPTADO COMO PASANTES.

- II).- EL 30% DE LOS PSICÓLOGOS HAN CONTINUADO SUS ACTIVIDADES COMO PASANTES DESPUÉS DE TRES AÑOS DE HABER CONCLUIDO LA LICENCIATURA.
- III).- EL 75% NO CUENTAN CON EL NOMBRAMIENTO DE PSICÓLOGIA POR LO QUE SON INCLUIDOS EN NÓMINAS CON OTROS TIPOS DE CLASIFICACIONES.
- IV).- LA ACTIVIDAD EN GENERAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INSTITUCIÓN ES BÁSICAMENTE PSICOMÉTRICA.
- V).- CONSIDERAN QUE SUS ACTIVIDADES DEBERÍAN SER: INVESTIGACIÓN, APLICACION DE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL.
- VI).- SEÑALAN COMO PRINCIPAL OBSTÁCULO LA LIMITACIÓN QUE LE IMPONE LA INSTITUCIÓN Y LOS OTROS PROFESIONISTAS EN SUS ACTIVIDADES.
- VII).- SE ENCUENTRA DESUBICADO Y NO SE LOGRA INTEGRAR A LOS GRUPOS DE TRABAJO (PRESIONES A SU CAMPO DE ACTIVIDAD).
- VIII).- OTROS PROFESIONISTAS DE LA INSTITUCIÓN POR SISTEMA ATACAN LA ACTIVIDAD Y EL DESARROLLO DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.
- IX).- EXISTE UN TOTAL DESCONOCIMIENTO Y DESORIENTACIÓN EN LA COMUNIDAD DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN DE IGUAL VALIDEZ AQUE OTRAS CIENCIAS.
- X).- UNA DE LAS CAUSAS DEL PUNTO ANTERIOR ES LA POLÉMICA ESTÉRIL QUE SE LLEVA A CABO ENTRE LOS MISMOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN CUANTO POSTURAS TEÓRICAS.

- XI).- EL PSICÓLOGO CLÍNICO SÓLO EN ALGUNOS CASOS ACTUALI
ZA SUS CONOCIMIENTOS YA QUE AL RESTARLE RESPONSAB
LIDAD A SU LABOR, SU ACTIVIDAD SE CONVIERTE EN RU-
TINA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.
- XII).- CONSIDERA UNA MAYORIA LA PREPARACIÓN ACADÉMICA CO-
MO DEFICIENTE Y POCO PRÁCTICA.
- XIII).- DEMOSTRAR A UN GRAN NÚMERO DE SUJETOS DE LA COMUNII
DAD LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE
LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL DE LA POBLACIÓN.
- XIV).- LA ACTIVIDAD DEL PSICÓLOGO CLÍNICO PARA RESOLVER
LOS CASOS QUE SE LE ASIGNAN ES LA DE ESTRUCTURAR
UNA BATERIA EN BASE A LOS SIGUIENTES TESTS QUE SE
MANEJAN EN LA INSTITUCIÓN:

W A I S	B E N D E R	R A V E N
D O M I N O S	O T I S	M M P I
B A R R A N Q U I L L A	M A C H O V E R	T A T
A S O C I A C I O N D E P A L A B R A S		16. P.F.
F R A C T O S I N C O M P L E T A S	C O R N E L L I N D E X	R O R S C H A C H
T H U R T O N E	T E S T D E R O S E N W A I C	

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO.

- A).- SE OBSERVA QUE ES IMPORTANTE EL DATO DE LA CANTIDAD DE PSICÓLOGOS QUE NO HAN OBTENIDO EL TÍTULO CORRESPONDIENTE EN LO QUE RESPECTA A LA CREACIÓN DE UN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.
- B).- LA SITUACIÓN ANTERIOR SE REFLEJA EN QUE LOS PSICÓLOGOS INSTITUCIONALIZADOS PIERDEN INTERÉS EN SU SITUACIÓN ACADÉMICA Y POR LO TANTO VAN PERDIENDO INTERÉS EN REALIZAR ACTIVIDADES MÁS DEMOSTRATIVAS DE SU CAPACIDAD Y LO QUE ES LA PROFESIÓN.
- C).- DEBIDO A SU CONDICIÓN Y PREPARACIÓN LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE EN LA ACTUALIDAD EJERCEN EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, ACEPTAN LAS CONDICIONES Y REMUNERACIONES MEDIOCRES.
- D).- HAN ACEPTADO EL PAPEL QUE LES ASIGNAN LAS AUTORIDADES Y ADEMÁS TAL SITUACIÓN LES SIRVE COMO PRETEXTO PARA NO INTENTAR REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN CAMBIAR LA IMAGEN QUE SE TIENE DE SU PROFESIÓN.
- E).- LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS PARECE SER QUE SON MÁS SENSIBLES A LA DISTINCIÓN ENTRE CIENCIA Y PROFESIÓN QUE OTROS MIEMBROS DE PROFESIONES MÁS ANTIGUAS LO QUE LE PROVOCA SIERTA INSEGURIDAD Y DESUBICACIÓN EN SU CAMPO DE ACTIVIDAD: LO ANTERIOR REPERCUTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA POR LO QUE LA OPINIÓN PÚBLICA ES ADEMÁS DE NEGATIVA, LLENA DE SUPERSTICIONES Y FALSA CONCEPTUALIZACIÓN DE LO QUE ES LA PSICOLOGÍA EN GENERAL.

ALGUNAS CONSIDERACIONES A LOS TESTS UTILIZADOS POR LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS (HOSP. PSIQ.

"FRAY B. ALVAREZ").

1).- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

VENTAJAS:

- A).- LA DEMANDA ES ESTRUCTURADA: SE PIDE QUE DIBUJE UNA PERSONA.
- B).- NO HAY PAUTA DE COMPARACIÓN RESPECTO DE LA ACTUACIÓN DEL PACIENTE EXCEPTUANDO SU PROPIO JUICIO.
- C).- AGRADABLE PARA LOS NIÑOS.
- D).- ÚTIL SÓLO SI EL DIBUJO DE PIE PARA PROMOVER LA PRODUCCIÓN DE ASOCIACIONES MÁS AMPLIAS.

DESVENTAJAS:

- A).- PREJUICIOS PERSONALES DEL EXAMINADOR E INCOMODIDAD CONCERNIENTE A LA TAREA.
- B).- DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LAS RESISTENCIAS DE LOS PACIENTES.
- C).- RESULTA DIFÍCIL PARA PACIENTES SERIAMENTE PERTURBADOS.

TESTS DE ASOCIACION DE PALABRAS.

VENTAJAS:

- A).- ESTÍMULOS DISCRETOS Y PALABRAS SIMPLES.
- B).- AMPLIO MARGEN DE RESPUESTAS PERMITIDO A LOS PACIENTES.
- C).- LA TAREA NO IMPLICA ACERTAR O FALLAR.
- D).- DA ACENTAMIENTO SEGURO AL PACIENTE CUANDO, POR EJEMPLO, LE ENSEÑA A ASOCIAR LIBREMENTE Y A "DEJARSE IR".

DESVENTAJAS:

- A).- LAS PALABRAS DE ÍNDOLE SEXUAL PUEDEN MOLESTAR O BLOQUEAR AL PACIENTE.
- B).- LOS PACIENTES TIENDEN A SUMINISTRAR LA MISMA PALABRA EN LA SEGUNDA APLICACIÓN, PROPORCIONANDO ASÍ UNA CANTIDAD MÍNIMA DE MATERIAL. A PESAR DE ELLO, EN CIERTOS CASOS, LA SEGUNDA REVISIÓN PUEDE SER NECESARIA PARA AFIRMAR LA ESTABILIDAD DEL PROCESO ASOCIATIVO. PARA REDUCIR ESTA DESVENTAJAS ES ÚTIL ADOPTAR TÉCNICAS ADICIONALES QUE RINDAN MAYOR CANTIDAD DE INFORMACIÓN QUE LA DE LOS PROCEDIMIENTOS TRADICIONALES; ESTO SE PUEDE LOGRAR PIDIENDO AL PACIENTE QUE DÉ PALABRAS DISTINTAS DE LAS ASOCIADAS DURANTE LA PRIMERA PRUEBA, CON LO QUE SE AUMENTARÁ EL VOLÚMEN DE LA INFORMACIÓN Y EL NÚMERO DE RESPUESTAS OBTENIDAS, O BIÉN ADMINISTRANDO DURANTE CADA UNA DE LAS SESIONES EL MISMO TEST SI SEGUNDA REVISIÓN, CON LO QUE SE EVITARÁ EN PARTE LA FRECUENCIA DEL FACTOR MEMORIA EN LA REVISIÓN. ES MÁS: LA PRESENTACIÓN REPETIDA DE LA MISMA PALABRA, SESIÓN TRAS SESIÓN, PERMITE EL ASENTAMIENTO DE LA TENDENCIA A LA DISMINUCIÓN O AL AUMENTO DE LA ANSIEDAD POR EL TIEMPO.

ESCALAS DE MEMORIA DE WECHSLER:

VENTAJAS:

- A).- ES UN TEST CLÍNICO ADECUADO POR LAS PREGUNTAS SIMPLES QUE FORMULA INICIALMENTE A LOS PACIENTES (NOMBRE, --

EDAD, ETC.).

B).- COMIENZA COMO LA CLASE DE PRUEBAS QUE EL PACIENTE ES
TÁ ESPERANDO.

C).- CUBRE UNA EXTENSIÓN MÁS AMPLIA DE TAREAS: DIBUJOS, -
APRENDIZAJES, ETC.

D).- ES DE FÁCIL Y RÁPIDA ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN.

E).- SIRVE PARA PACIENTES CON DEFICIENCIAS MENTALES.

F).- BRINDA DOS FORMAS APROVECHABLES DE REEXAMEN.

DESVENTAJAS.

A).- ESTÁ ALTAMENTE CORRELACIONADO CON LA INTELIGENCIA.

BENDER-GESTALT O FIGURAS DEL TIPO DE LAS DE BENDER:

VENTAJAS:

A).- TAREAS RELATIVAMENTE FÁCILES.

B).- RAPIDÉZ DE LA EVALUACIÓN.

C).- POSIBILIDAD DE VARIACIONES FUERA DE LA APLICACIÓN CO
MÚN.

DESVENTAJAS:

A).- EXCEPTUANDO EL BENTON, LOS PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN
SON POBRES.

B).- PARA DEFICIENTES MENTALES O PACIENTES SERIAMENTE DE-
PRESIVOS PUEDEN SIGNIFICAR UN COMIENZO DIFÍCIL.
COMPLETAMIENTO DE FRASES.

VENTAJAS:

A).- ESTÍMULOS E INSTRUCCIONES ESTRUCTURADAS.

B).- TAREAS RELATIVAMENTE SIMPLES.

C).- PERMITE LIBERTAD DE RESPUESTAS AL PACIENTE.

D).- APROVECHABLE EN VARIAS FORMAS.

DESVENTAJAS:

A).- MATERIAL AUTORELACIONADO, AMENAZANTE PARA EL PACIENTE.

B).- EL PACIENTE PUEDE BLOQUEARSE O COMPLETAR EN FORMA IN SIGNIFICANTE Y CONVENCIONAL.

C).- SISTEMA DE MEDICIÓN DIFÍCIL Y QUE IMPLICA MUCHO TIEM PO.

WAIS (TEST DE INTELIGENCIA)

VENTAJAS:

A).- ESTÍMULOS E INSTRUCCIONES CLARAS.

B).- HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO CON PROPÓSITOS VARIOS QUE PRUEBA ALGO MÁS QUE LAS FUNCIONES INTELECTUALES (COMO PUEDE SER UN DEFICIT CEREBRAL Ó DE CIERTOS DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS).

DESVENTAJAS:

A).- AMENAZA DE FRACAZO IMPLÍCITA EN LAS PREGUNTAS (BIEN O MAL, ACERTAR O FALLAR), Y EN EL REGISTRO DEL TIEMPO DE LA PRODUCCIÓN DEL PACIENTE.

B).- GRADO DE AMENAZA (IMPUESTA A LA INTELIGENCIA) MAYOR QUE EN CUALQUIER OTRO DE LOS TESTS ANALIZADOS.

MMPI:

VENTAJAS:

A).- PROVEE CRITERIOS ADICIONALES PARA EL INTÉRPRETE.

B).- PUEDE SER USADO PARA MEDIR EL PROGRESO DE LA TERAPIA.

C).- PERMITE EXÁMENES EN GRAN ESCALA PARA PROPÓSITOS DE -

PROYECCIÓN.

D).- PERMITE INVESTIGACIONES QUE PUEDEN AYUDAR A ESCLARE-
CER PROBLEMAS CLÍNICOS.

DESVENTAJAS: (MMPI).

A).- POR BRINDAR RÁPIDAMENTE UNA IMAGEN DEL PACIENTE, DA
AL CLÍNICO UN SENTIMIENTO DE SATISFACCIÓN, PERMITIEN-
DOLE APOYARSE EN INFERENCIAS DE ESTE TEST CON PREFEREN-
CIAS SOBRE OTROS.

B).- PUEDE TRANSFORMARSE EN "MULETILLA" PARA EL DIAGNÓSTI-
CO, QUE ORIENTE Y ENFOQUE LAS INFERENCIAS DEL INTÉR-
PRETE EN UNA DIRECCIÓN IMPROPIA, COMO SUCEDE EN EL -
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

C).- DESALIENTA AL INTÉRPRETE QUE DESEA APLICAR UN JUICIO
CLÍNICO INDEPENDIENTE.

D).- PUEDE TRANSFORMARSE EN UN ATAJO PELIGROSO PARA EL -
DIAGNÓSTICO Y PROVOCAR QUE SE ABANDONE EL USO Y LA -
EXPERIMENTACIÓN DE OTROS INSTRUMENTOS CLÍNICOS IGUAL-
MENTE ÚTILES.

TEST TAT (MICHIGAN, SYMOND, CAT, BLACKY, ETC.):

VENTAJAS:

A).- EL PACIENTE NO ESTÁ PREVENIDO ACERCA DEL VALOR Y SIG-
NIFICADO DE SU RESPUESTA.

B).- REDUCEN LOS SENTIMIENTOS DE INHABILIDAD Y FRACAZO PO-
SIBLEMENTE PRODUCIDOS POR LOS TESTS DE PERSONALIDAD
OBJETIVA.

C).- NO ESTÁN ESTRICTAMENTE BASADOS SOBRE DETERMINACIONES

ESTADÍSTICAS SINO SOBRE UNA INTERPRETACIÓN ESENCIAL-
MENTE CUALITATIVA. A PESAR DE ELLO LA CUANTIFICACIÓN
ES POSIBLE SI SE DESEA ESPECIALMENTE PARA PROPÓSITOS
DE INVESTIGACIÓN.

D).- NO POSEEN LAS LIMITACIONES DEL PROCEDIMIENTO FORMAL
Y RÍGIDO CON INSTRUCCIONES ESTEREOTIPADAS.

E).- ELLAS PROMUEVEN Y ALIENTAN LA PRODUCCIÓN CREATIVA Y
ORIGINAL, TANTO POR PARTE DE LOS PACIENTES COMO DEL
INTÉRPRETE.

F).- PERMITEN LA EXPRESIÓN TOTAL DE LA PERSONALIDAD EN VA-
RIOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO.

G).- AUMENTAN LA SENSIBILIDAD DEL INTÉRPRETE, EN LA COM-
PRENSIÓN Y FUNCIONAMIENTO ASÍ COMO DEL CONOCIMIENTO
DE LOS PROBLEMAS.

H).- AGRADAN EL HORIZONTE CIENTÍFICO CON NUEVAS TEORÍAS Y
VIEJAS PRÁCTICAS Y MÉTODOS.

IDEALMENTE, LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS REQUIEREN CIER-
TAS CONDICIONES:

A).- PODER ESTIMULAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD
A NIVELES DIFERENCIALES.

B).- SER FÁCILMENTE ADMINSTRABLES EN FORMA NO MUY PROLON-
GADA.

C).- SER VÁLIDAS PARA DISCERNIR DIFERENCIAS INDIVIDUALES
Y PARA REGISTRAR RASGOS Y CAMBIOS SÚTILES.

D).- DEBE HABER REGLAS DE INTERPRETACIÓN, A PESAR DE QUE
NO SE PUEDE EVITAR EL HECHO DE QUE LAS DIFERENCIAS -

INDIVIDUALES TAMBIÉN EXISTEN ENTRE EXAMINADOS E INTÉRPRETES.

E).- DEBEN TRATAR DE EVITAR PRESIONES EN LAS FUNCIONES INTELECTUALES Y EMOCIONALES DEL PACIENTE.

EL AHORRO DE TIEMPO PUEDE OBEDECER A RAZONES ECONÓMICAS, PERO TAMBIÉN SER UN MEDIO FÁCIL DE SALIDA Y UN ATAJO PARA EVITAR RESPONSABILIDADES. EL TIEMPO NO DEBE SER UN FACTOR DECISIVO, ESPECIALMENTE CUANDO ESTÁ EN JUEGO EL BIENESTAR DE UN INDIVIDUO. LA JUICIOSA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES DEBE GIRAR ALREDEDOR DEL HECHO DE QUE LOS EXÁMENES PSICOLÓGICOS SON TÉCNICAS QUE DEBEN SER RESPETADAS.

DESVENTAJAS:

A).- NO EXISTE SUFICIENTE ESTANDARIZACIÓN.

B).- EL PACIENTE PUEDE SER MUY SENSIBLE A LA RELACIÓN INTERPERSONAL CON EL EXAMINADOR (UNA CUALIDAD QUE ES CONSIDERADA VENTAJOSA POR MUCHOS CLÍNICOS).

C).- HAY INSUFICIENCIAS EN LA DESCRIPCIÓN Y DIFERENCIACIÓN ENTRE LAS RIGUROSAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE VARIOS GRUPOS NOSOLÓGICOS (ESTO PUEDE SER TAMBIÉN UNA VENTAJA SI EL INTÉRPRETE NO SE PREOCUPA POR EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO).

D).- PUEDE HABER DIFICULTADES SEMÁNTICAS EN LA INTERPRETACIÓN.

E).- HAY SUPERABUNDANCIAS DE MATERIAL EXAGERADAMENTE COMPLEJO Y COPIOSO, QUE A MENUDO, NO SE AJUSTA A LAS NECESIDADES Y DESEOS PRÁCTICOS INMEDIATOS.

- F).- SE SABE POCO ACERCA DEL CONTROL EMOCIONAL E INFLUENCIA DEL EXAMINADOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN (FACTOR QUE SE SUPONE EVITADO).
- G).- NO SE HA LOGRADO ALCANZAR CIERTO GRADO DE VALIDEZ ESTADÍSTICA Y EMPÍRICA.
- H).- ES DIFÍCIL ENLAZAR ESTAS TÉCNICAS CON TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD, TAMBIÉN ELLAS PUEDEN CARECER DE VALIDEZ.
- I).- ESTAS TÉCNICAS PUEDEN CONducIR A LA PERPETUACIÓN DE MANERAS DE PENSAR RÍGIDAS, AD HOC Y LIMITADAS ENTRE LOS QUE LA PRACTICAN (COMO ES TAMBIÉN EL CASO EN LOS TESTS OBJETIVOS).
- J).- EXISTE PELIGRO DE DESCREDITO POR EL USO EXCESIVO EN MANOS DE UN PSICÓLOGO NOVICIO, INEXPERTO O DEL INCOMPETENTE.

PROYECTO PARA LA INVESTIGACION EN PSICOLOGIA CLINICA.

DEBIDO AL PAPEL PRINCIPAL QUE DEBE JUGAR LA PSICOLOGIA CLINICA EN TODOS LOS CAMPOS DE LA ACTIVIDAD Y SALUD MENTAL, ES AHORA PRIMORDIAL QUE APOYE SU ACCIÓN SOBRE DATOS CIENTÍFICOS, Y NO SOBRE ESPECULACIONES, CONSTANTACIONES EMPIRICAS O EN ESTUDIOS TERAPEÚTICOS MAL CONTROLADOS.

LA PSICOLOGIA CLINICA PARA ALCANZAR EL NIVEL QUE LE CORRESPONDE DEBE HACER INCAPIE EN LOS TRES GRANDES CAMPOS DE SU ACTIVIDAD; LA ENSEÑANZA, LA CLINICA Y LA INVESTIGACIÓN.

¿EXISTE UNA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA EN CLÍNICA?

¿QUE ASPECTOS TRATA?

¿COMO DEBE Y EN QUE DIRECCIÓN ORIENTARSE?

TENEMOS EL HÁBITO DE CRITICAR QUE LA PSICOLOGIA CLINICA SE ENCUENTRA BASTANTE ATRASADA EN RELACIÓN CON LAS OTRAS PROFESIONES, Y ESTO NOS LLEVA UN POCO ANTES DE FREUD, QUE SIN EMBARGO, ELABORÓ SUS TEORÍAS A PARTIR DE UN CIERTO MÉTODO EXPERIMENTAL, EL CUAL FUÉ RARAMENTE UTILIZADO POR SUS DISCÍPULOS, LA OBRA DE FREUD ES EL FELIZ RESULTADO DE UN PENSAMIENTO INTUITIVO GENIAL, UNA HIPÓTESIS EXTRAORDINARIA DE INVESTIGACIÓN QUE TENEMOS POR OBLIGACIÓN COMPROBARLA.

DE UNA MANERA ALGO SIMPLISTA, PODEMOS RESUMIR TODA LA OBRA DE FREUD EN UNA TEORÍA BASADA SOBRE LA ESTRUCTURA Y EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

COMO PARA OTRAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN, LAS

IDEAS EMITIDAS POR FREUD SON OBTENIDAS POR OBSERVACIONES CLÍNICAS HECHAS DURANTE LA CURA ANÁLITICA. ES ENTONCES QUE SE INICIA LA GESTIÓN CIENTÍFICA Y QUE DEBE SER CREADO UN MÉTODO QUE NOS PERMITIRÁ COMPROBAR LA VALIDEZ DE LA HIPÓTESIS.

SE TIENE UNA CIERTA DIFICULTAD PARA COMPRENDER POR QUE, EN PSICOLOGÍA CLÍNICA VACILAMOS TANTO PARA SOLICITAR AYUDA A LA COLABORACIÓN DE INVESTIGADORES DE OTRAS DISCIPLINAS MÉDICAS, HUMANÍSTICAS O BIOLÓGICAS.

PROBABLEMENTE TENEMOS SER MÁS DEPOSEIDOS DE UN CAMPO EN DONDE JUZGAMOS QUE DEBERÍAMOS SER LOS PRINCIPALES PROFESIONISTAS. ASÍ SE REALIZAN MUCHAS INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL Y CONOCEMOS MUY MAL LOS TRABAJOS DE ESAS INVESTIGACIONES, QUE CUANDO TRABAJAN EN CLÍNICA ESTÁN MUCHAS OCASIONES OBLIGADOS A ABANDONAR EL GRUPO AL QUE PERTENECEN. EN TODAS LAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS, NUMEROSOS INVESTIGADORES ESTUDIAN TEMAS QUE DEBERÍAN INTERESARNOS, PERO SE CONOCEN POCOS PSICÓLOGOS QUE SEAN CAPACES DE COMPRENDER EL LENGUAJE DE LOS NEUROQUÍMICOS, DE LOS PSICO-FISIÓLOGOS, DE LOS NEUROFISIOLÓGICOS, Y DE OTRAS CIENCIAS MÁS.

SE DEBE RECONOCER QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA ES UNA ESPECIALIDAD INCAPAZ DE APOYARSE SOBRE CUALQUIER CIENCIA FUNDAMENTAL, CUALQUIERA QUE ÉSTA SEA; ESTÁ DE ESTA FORMA FORZADA A ELEGIR TODAS AL MISMO TIEMPO, YA SEA QUE SE TRATE DE CIENCIAS BIOLÓGICAS O DE CIENCIAS HUMANAS. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DEPENDE TANTO DE LA GENÉTICA COMO DE LA BIOQUÍMICA DE LA FILOSOFÍA, DE LA PSIQUIATRÍA, DE LA SOCIOLOGÍA -

COMO DE LA ANTROPOLOGÍA.

ES POSIBLE QUE ALGÚN DÍA POSEAMOS UNA CIENCIA FUN
DAMENTAL COMPLETA, PERO DEBEMOS CREARLA A PARTIR DE LA IN -
VESTIGACIÓN CLÍNICA QUE ES LO ÚNICO QUE ESTAMOS CAPACES DE
ALCANZAR EN LA ACTUALIDAD.

¿QUE ES LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA?. ES UNA INVE-
STIGACIÓN APLICADA QUE SE INTERESA EN LA DESCRIPCIÓN DE LA -
ENFERMEDAD MENTAL, AL ESTUDIO DE SUS CAUSAS Y A SU TRATAMIEN
TO. LA ÚNICA CONDICIÓN PRINCIPAL PARA LA INVESTIGACIÓN, YA
SEA FUNDAMENTAL O APLICADA, ES EL EMPLEO DEL MÉTODO EXPERI-
MENTAL CUYOS PRINCIPIOS NO DIFIEREN DE UNA CIENCIA A OTRA,
LO QUE VARIA, ES LA METODOLOGÍA QUE DEBEMOS DESARROLLAR PA-
RA ESTUDIAR LOS FENÓMENOS QUE DESEAMOS ESTUDIAR .

SE DEBE ADMITIR QUE EN PSICOLOGÍA CLÍNICA SE HAN
HEREDADO UN OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN PARTICULARMENTE DIFI-
CIL, YA QUE LAS ENFERMEDADES SON TODAVÍA MAL IDENTIFICADAS,
SUS CAUSAS SON MUCHAS VECES DESCONOCIDAS Y LOS TRATAMIENTOS
QUE SE EMPLEAN SON POR LO GENERAL EMPÍRICOS.

EL INVESTIGADOR EN PSICOLOGÍA CLÍNICA SE INTERESA
EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES MÁS QUE EN -
LA ENFERMEDAD MISMA Y A SUS CAUSAS, DEBIDO A QUE TIENE LA -
OBLIGACIÓN DE SER REALISTA Y MUCHAS OCASIONES DE PONER LOS
PIES SOBRE LA TIERRA.

EL INVESTIGADOR NO PUEDE SER SOÑADOR Y NO DEBE SO
BRE TODO COMPROMETERSE POR LA VÍA FÁCIL DE LA ESPECULACIÓN
Y DE LA EXTRAPOLACIÓN.

EL CAMPO PRINCIPAL DE LA ACTIVIDAD ES DIFÍCIL DE ESTUDIAR COMO ES LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, DE GRUPO, ENTRE OTRAS TÉCNICAS, PERO NO CREEMOS QUE ESTOS TEMAS SEAN INACCESIBLES, COMO TAMPOCO LO SON LAS ENFERMEDADES MENTALES Y SUS CAUSAS.

EN EL CAMPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL, LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS ES MÁS FÁCIL DE ALCANZAR QUE LA ENFERMEDAD MENTAL EN SU CONJUNTO, DEBIDO A QUE ES POSIBLE ESTUDIAR UN SOLO FACTOR ETIOLÓGICO A LA VEZ.

LA CONDICIÓN PRINCIPAL PARA APRENDER A HACER INVESTIGACIÓN CONSISTE EN TRABAJAR EN UN MEDIO AMBIENTE EN DONDE SEA POSIBLE HACER TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN. ASÍ COMO, EN LA PREPARACIÓN A LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA QUE EXIGE ESTADIOS CLÍNICOS NUMEROSOS Y VARIADOS EN HOSPITALES BIEN ORGANIZADOS, LA FORMACIÓN DE INVESTIGAR EXIGE LA CREACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN EN DONDE EL ESTUDIANTE SERÁ COLOCADO DENTRO DE UN MEDIO PROPICIO PARA HACER TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN SIN TENER QUE PAGAR UNA ESPECIE DE IMPUESTO PARA JUSTIFICAR SU PRESENCIA EN EL HOSPITAL.

EL INVESTIGADOR, SOBRE TODO EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA NO PUEDE ACEPTAR TRATAR ENFERMOS, SOLAMENTE BAJO LA CONDICIÓN DE SU INVESTIGACIÓN ASÍ LA REQUIERA. EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, EN EL MOMENTO ACTUAL, EXIGE UN COMPROMISO DE TAL MAGNITUD DE PARTE DEL PSICÓLOGO, QUE IMPOSIBILITA PERSEGUIR UNA INVESTIGACIÓN Y ES SIN DUDA ALGUNA UNA DE LAS CAUSAS POR LA CUAL CASI NO ENCONTRAMOS INVESTIGA

CIÓN EN EL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA PSICOTERAPIA.

SOBRE EL PLAN CIENTÍFICO, EL PSICOTERAPÉUTA O EL ANALISTA POR SU MISMO TRABAJO, NO PUEDE SER UN INVESTIGADOR, AL CONTRARIO, SE CONVIERTE EN UN TEMA DE INVESTIGACIÓN AL IGUAL QUE SU PACIENTE YA QUE EN PSICOTERAPIA NO SE PERMITE DISOCIAR LA PAREJA TERAPÉUTA-PACIENTE. POR OTRO LADO, LOS TERAPÉUTAS ACEPTAN DIFÍCILMENTE EL PAPEL DE UN OBJETO DE EXPERIMENTACIÓN, Y ENCUENTRAN NUMEROSOS PRETEXTOS PARA NO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN, AÚN Y CUANDO SE TRATA DE UNA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EXIGE DE UN CIERTO NÚMERO DE CONDICIONES MÁS O MENOS ESPECIALES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SU SUPERACIÓN.

LAS CONDICIONES SERÍAN:

1).- COOPERACION FINANCIERA GUBERNAMENTAL.- ESTA CONDICIÓN ES LA PRIMERA Y SIN DUDA ALGUNA LA PRINCIPAL DE TODAS, YA QUE LA INVESTIGACIÓN ES UNA ACTIVIDAD CUYA RENTABILIDAD NO PUEDE SER MEDIDA SINO INDIRECTAMENTE. PODEMOS CALCULAR LOS SERVICIOS DADOS POR UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA TOMANDO EN CUENTA EL NÚMERO DE ALTAS Y BAJAS, DE LAS SOLICITUDES DE CONSULTA EXTERNA, DEL NÚMERO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, ETC. NO SE PUEDE NECESARIAMENTE JUZGAR EL VALOR DE UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN BUSCÁNDOSE ÚNICAMENTE EN EL NÚMERO DE EXPERIMENTACIONES REALIZADAS DURANTE DETERMINADO TIEMPO EN EL VALOR DEL EQUIPO CIENTÍFICO FUE EMPLEADO -

POR LOS INVESTIGADORES, Y EN EL VOLÚMEN GLOBAL DE LOS SALARIOS PAGADOS.

HABRÍA MUCHOS ASPECTOS DE TRATAR SOBRE LOS MEDIOS DE COOPERACIÓN GUBERNAMENTAL Y LOS ORGANISMOS QUE SON CREADOS PARA AYUDAR AL DESARROLLO Y A LA CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN, CUANDO UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN SE FORMA NORMALMENTE Y QUE DIRA PRUEBAS DE SU CAPACIDAD PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SERIAS, ES FUNDAMENTAL QUE LA AYUDA FINANCIERA NO SERÍA AFECTADA POR INGERENCIAS POLÍTICAS O POR BLOQUEOS BUROCRÁTICOS, POR LO QUE LAS AUTORIDADES EN SALUD MENTAL PROVERÍAN UN MÍNIMO DE SEGURIDAD A SUS INVESTIGADORES EN ESTE CASO A LOS INVESTIGADORES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, CON EL PROPOSITO DE QUE ESTOS PUEDAN TRABAJAR EN CONDICIONES SI NO IDEALES POR LO MENOS NORMALES.

2).- OTRAS FUENTES FINANCIERAS.

EL GOBIERNO GARANTIZARÍA UNA SEGURIDAD A LOS INVESTIGADORES, PERO SIN CONVERTIRLOS EN DEPENDIENTES DE ÉL, POR LO QUE SERÍA UNA BUENA POLÍTICA EL PERMITIR QUE UNA PARTE DE LOS GASTOS DEL SERVICIO SEA CUBIERTA POR SUBVENCIONES PROVENIENTES DE FUNDACIONES PRIVADAS O DE INDUSTRIAS QUE PUDIESEN TENER UN INTERÉS DIRECTO O INDIRECTO SOBRE LOS TRABAJOS DE LOS INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN PSICOFARMACOLOGÍA - POR EJEMPLO, PARECE NORMAL QUE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA FAVOREZCA EL DESARROLLO DE CENTROS DE INVESTIGA-

CIÓN EN ESTE CAMPO, SIN QUE NECESARIAMENTE HAYA LAZOS DE UNIÓN QUE PUEDIERAN ALTERAR EL VALOR CIENTÍFICO DE LOS TRABAJOS.

3).- APROBACION UNIVERSITARIA.

EN CONDICIONES NORMALES, ES LA UNIVERSIDAD LA QUE DEBE ESTÍMULAR LA CREACIÓN DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y ES ELLA LA QUE PUEDE OFRECER UNA GARANTIA DE VALOR CIENTÍFICO DE LOS TRABAJOS REALIZADOS. (POR CONDUCTO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA). LOS INVESTIGADORES EN ESTE PROYECTO, DEBEN TENER TÍTULOS UNIVERSITARIOS, DAR CURSOS SOBRE EL CAMPO AL CUAL SE DEDICAN Y APROVECHAR CIERTOS SERVICIOS UNIVERSITARIOS, POR EJEMPLO, FACILIDAD EN EL ACCESO AL CENTRO DE CÁLCULO, INVITACIÓN A PROFESORES EXTRANJEROS CONSULTAS CON OTROS INVESTIGADORES, AL MISMO TIEMPO, LA UNIVERSIDAD DECIDIRÍA JUNTO CON EL HOSPITAL EN EL CUAL SE CREARA EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA - LAS NORMAS Y OBJETIVOS ADEMÁS DE LA ADMINISTRACIÓN DE SU PRESUPUESTO.

4).- INSTITUCION HOSPITALARIA.

LA ELECCIÓN DEL HOSPITAL EN DONDE SERÍA CREADO EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA ES IMPORTANTE, YA QUE NO SERÍA POSIBLE QUE TODOS LOS HOSPITALES CONTARAN CON DICHO CENTRO. EN LA ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA QUE SE ALIGERA, SE RESPETARÍAN LOS SIGUIENTES INCISOS:

- A).- ORGANIZACIÓN LÓGICA DE LOS SERVICIOS.
- B).- ACTIVIDAD DE LA ENSEÑANZA.
- C).- DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

EL HOSPITAL POR LO TANTO DEBE ESTAR DE ACUERDO EN CREAR EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DENTRO DE SU ORGANIZACIÓN. ES NECESARIO QUE LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL DESEEN TENER TAL SERVICIO, PROPORCIONÁNDOLE LOS LOCALES ADECUADOS Y ACEPTAR QUE LOS INVESTIGADORES TENGAN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA DE OTROS PROFESIONALES QUE PERTENECEN A SU ORGANIZACIÓN Y SERVICIOS.

UNA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA NO PODRÁ POR LO TANTO TENER EL MISMO TRATO Y RELACIÓN CON LOS INVESTIGADORES COMO LO TIENE CON EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA MISMA INSTITUCIÓN.

UN INVESTIGADOR TIENE QUE VIAJAR MÁS FRECUENTEMENTE QUE OTRO PROFESIONISTA YA QUE, DEBE COMUNICAR SUS TRABAJOS EN LOS CONGRESOS QUE SE REALIZAN EN DIFERENTES PARTES DEL MUNDO, Y LE ES NECESARIO ENCONTRAR Y COMPRENDER OTRAS INVESTIGACIONES QUE TIENEN LOS MISMOS INTERESES QUE SU TRABAJO ELABORADO O EN ELABORACIÓN. NO SE TRATA DE PRIVILEGIOS ESPECIALES QUE SE DAN A LOS INVESTIGADORES, SINO DE ACTIVIDADES NECESARIAS INHERENTES A LA NATURALEZA MISMA DE SU TRABAJO. EL MISMO INVESTIGADOR SE IMPONDRÁ LÍMITES MÁS RÍGIDOS, YA QUE CADA VIAJE AFECTA NECESARIAMENTE EL RITMO DE SU PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

5).- REMUNERACION DE LOS INVESTIGADORES.

LA OPINIÓN NO ES DE QUE EL INVESTIGADOR DEBE SER PAGADO COMO UN PSICÓLOGO CLÍNICO QUE TIENE UN PUESTO - DENTRO DE DETERMINADA INSTITUCIÓN ADEMÁS DE DETERMINADA ANTIGUEDAD SEMEJANTE A UN VALOR PROFESIONAL COMPARABLE EN SU CAMPO, PERO NO PUEDE SER MENOR EL SUELDO QUE EL DEL PROFESIONISTA ANTERIOR. PERO EN NUESTRO MEDIO SE OFRECE A LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS Y A LOS INVESTIGADORES, SALARIOS MUCHAS OCASIONES DE MASIADO BAJOS.

6).- EL PERSONAL TECNICO Y EL EQUIPO.

EL INVESTRIGADOR AISLADO EN SU LABORATORIO YA NO EXISTE, Y HA SIDO REEMPLAZADO POR EQUIPOS PERTENECIENDO SUS INTEGRANTES A MÚLTIPLES DISCIPLINAS. LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SON MUY NECESARIOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y CONSTITUYEN SIEMPRE EL RENGLÓN MÁS IMPORTANTE EN EL PRESUPUESTO. EN REALIDAD, EL EQUIPO DEL INVESTIGADOR REPRESENTA EN NUESTROS DIAS UNA CONSIDERABLE INVERSIÓN, PERO ESTE GASTO SOLO APARECE AL PRINCIPIO DE SU INSTALACIÓN.

EL PRESUPUESTO DEL PERSONAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DEBERÁ SER RENOVADO CADA AÑO Y DEBE SER POR LO TANTO PREVISTO POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA UNIVERSIDAD Y LAS AUTORIDADES DE SALUD MENTAL EXISTENTES.

7).- FORMACION DEL PERSONAL.

NO SE PUEDE NEGAR LA EXISTENCIA DE LA TECNOLOGIA MODERNA QUE DEBE SER CONTROLADA POR HOMBRES MÁS Y MÁS COMPETENTES. LA FORMACION DEL PERSONAL ES ASÍ OBJETO DE CONSTANTE PREOCUPACION PARA UN DIRECTOR DE INVESTIGACION, TAMBIÉN ES ABSOLUTAMENTE NECESARIA LA COLABORACION DE LA UNIVERSIDAD Y DEL GOBIERNO PARA PERMITIR LA FORMACION DEL PERSONAL. DENTRO DE CONDICIONES NORMALES E IDEALES SERIA OPORTUNO PROVEER UN CIERTO PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DESTINADO AL CENTRO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA CLINICA PARA ESTE FIN. ESTO EVITARIA IMPROVISAR DE MANERA CONSTANTE, SOLUCIONES AL VAPOR QUE SOLO LOGRARIAN PERDER POSIBLES EXCELENTES CANDIDATOS; ESTOS SON CONTINUAMENTE SOLICITADOS CON OFRECIMIENTOS ATRACTIVOS DE PAISES MÁS DESARROLLADOS.

EN CUANTO A LA UNIVERSIDAD Y EN ESPECIAL LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DESEO QUE PRONTO PUEDA HACER POSIBLE LA FORMACION DE PSICÓLOGOS INVESTIGADORES EN EL ÁREA CLINICA QUE ES LA INTENCION DEL PRESENTE PROYECTO, SIN QUE LOS ESTUDIANTES EN EL ÁREA CLINICA, ESTÉN FORZADOS A LLEGAR ANTES DE SER ESPECIALISTAS PARA REALIZAR SU FORMACION PROPIAMENTE DICHA DE INVESTIGADORES.

PAGINA

PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON PSICOSIS TOXICA POR
FARMACODEPENDENCIA.....205
INTRODUCCIÓN.....206
SUJETOS.....208
DESARROLLO.....220
RESULTADOS.....222

PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON PSICOSIS POR FARMACODEPENDENCIA.

EL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS DESDE UN PUNTO DE VISTA CIENTÍFICA, SE INICIA CON FREUD, QUIEN CENTRO SU INTERÉS EN LOS FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS. ADEMÁS LOGRÓ DESCUBRIR Y EXPLICAR, NO SOLO PARA LA NEURÓISIS, SINO TAMBIÉN PARA LA PSICOSIS, LA RELACIÓN ENTRE EL SÍNTOMA Y SU ACONTECIMIENTO BIOGRÁFICO.

ADEMÁS DE FREUD, DUBOIS (AUNQUE PARTIENDO DE IDEAS TEÓRICAS COMPLETAMENTE DIFERENTES) MANIFESTÓ LA OPINIÓN DE QUE ENTRE NEUROSIS Y PSICOSIS SOLO EXISTE UNA DIFERENCIA DE GRADO Y DE QUE, EN CONSECUENCIA, TAMBIÉN ES APLICABLE LA TERAPIA EN EL ENFERMO MENTAL.

UNA ORIENTACIÓN MUY IMPORTANTE FUE LA PROPORCIONADA POR LA OBRA DE C.G. JUNG, "DIE PSYCHOLOGIE DER DEMENTIA PRAECOX", EN LA QUE, SOBRE LA BASE DE UN MATERIAL MUY ALECCIONADOR, INVESTIGÓ EL CONTENIDO DE SENTIDO DE LA PSICOSIS.

EN LOS AÑOS 1910-1920, CORIAT, KEMP, Y CLARKE, COMUNICARON YA ÉXITOS INDIVIDUALES DEL TRATAMIENTO ANALÍTICO, PERO AL MISMO TIEMPO LA PSIQUIATRÍA SE INCLINÓ POR LA LABOR TERAPIA DE SIMON, QUE A SU MANERA SE PROPUSO APOYAR Y FOMENTAR EL NÚCLEO SANO DEL PACIENTE Y, EN CONSECUENCIA, PODRÍA ACREDITARSE EN CIERTO MODO EL HABER INFLUIDO PSIQUIÁTRICAMENTE EN ÉL.

EN EL PERÍODO DE 1920-1930, AUMENTARON LAS COMUNICACIONES DE ÉXITOS AISLADOS; BRILL, BYCHOWSKI, MENNINGER, --

SIMMEL, FEIGENBAUM. ETC. TAMBIÉN HUBO APORTACIONES POSITIVAS POR PARTE DE PSIQUIATRAS DE ORIENTACIÓN MÁS BIEN "SOMÁTICA": KRETSCHMER, SPEER Y OTROS.

LA FRUSTACIÓN QUE EN DEFINITIVA TRAJÓ CONSIGO LA INVESTIGACIÓN SOMÁTICA, QUE DEMOSTRÓ NO ESTAR EN CONDICIONES DE DESCUBRIR LAS BASES FISIOPATOLÓGICAS DE LA PSICOSIS, DIÓ PÁBULO TAMBIÉN EN ESA ÉPOCA A LOS ESFUERZOS PSICOTERAPÉUTICOS.

ES CARACTERÍSTICA LA COMPROBACIÓN RETROACTIVA DE QUE, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1935 Y 1940, LA TERAPÉUTICA DE LAS PSICOSIS DIÓ UN ENORME PASO ADELANTE EN DOS DIRECCIONES: POR UNA PARTE, FUE LA ÉPOCA DE LA INTRODUCCIÓN DE LOS GRANDES MÉTODOS DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON INSULINA Y ELECTROSHOCK; POR OTRA PARTE, LOS TRABAJOS DE FEDEM, SULLIVAN, FRIEDA FROMM, REICHMANN Y GERTRUD SCHWING ARROJARON NUEVA LUZ SOBRE LAS POSIBILIDADES DE UNA NUEVA PSICOTERAPIA CON BASES PSICOANALÍTICAS.

EN LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE LAS PSICOSIS SE ADVIERTE QUE EN TODO MOMENTO FUE DECISIVA PARA EL DESARROLLO DE LA MISMA LA CONCEPCIÓN DE ESENCIA DE LA PSICOSIS.

POR OTRA PARTE, TAMBIÉN LOS RESULTADOS DE ESTA CLASE DE TRATAMIENTO ABRIERON NUEVAS PERSPECTIVAS PARA LA COMPRENSIÓN DE LA PATOLOGÍA.

EL PUNTO DE PRINCIPAL ATENCIÓN, YA NO SE DIRIGE AL ASPECTO FORMAL, SINO A LA ORIENTACIÓN DINÁMICA DE LA

PSICOSIS. TODO DEPENDE DE QUE ENTENDAMOS EL SENTIDO DE LO QUE EL PACIENTE PRETENDE EXPRESAR EN SUS SÍNTOMAS. NO ES DE EXTRAÑAR, QUE EN MUCHOS TERAPEUTAS QUE SE ABOCAN AL TRATAMIENTO DE PSICÓTICOS ENCONTREMOS FORMULACIONES QUE EN PARTE ESTÁN MUY LEJOS DE LA TERMINOLOGÍA CLÍNICA HASTA AHORA USUAL. SE APOYAN EN LA NOCIÓN DE QUE LA GENUINA ESENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL NO PUEDE AVERIGUARSE ADOPTANDO UNA ACTITUD OBSERVADORA NEUTRAL, SINO COMPRENDIENDO E IDENTIFICÁNDOSE EL PADECIMIENTO PSICÓTICO.

EN LA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS, RACAMIER, SCHWEICH, LOBOVICI Y CAVÉ SON LOS PRINCIPALES EXPONENTES (FRANCIA). PARA RACAMIER ES IMPORTANTE QUE EL PACIENTE SEA GUIADO A TRAVÉS DE LAS DIFICULTADES GRACIAS A LA PRESENCIA DEL TERAPEUTA. SEGÚN LA PARTICIPACIÓN Y PRESENCIA, EN OCASIONES SILENCIOSA, EL PACIENTE PUEDE LLEGAR PAULATINAMENTE A UNA REESTRUCTURACIÓN DEL YO. EN LO POSIBLE EL ACTIN-OUT DEL PACIENTE DEBE IMPEDIRSE MEDIANTE LA ACTITUD FIRME DEL TERAPEUTA, ES DECIR, LA FINALIDAD DEBE CONSISTIR SIEMPRE EN LLEVAR AL PACIENTE A QUE FORMULE DE PALABRA SUS DOLENCIAS Y SUS ANGUSTIAS.

PROBLEMA: EN LAS INSTITUCIONES OFICIALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN GENERAL NO EXISTEN ANTECEDENTES DE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO.

DE LA POBLACIÓN DE PSICOSIS TÓXICAS POR FARMACODPENDENCIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

DE LA S.S.A., FUE TOMADA LA MUESTRA PARA VALORAR LA APLICACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

HIPOTESIS: "EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO ES DETERMINANTE PARA QUE SE OBTENGA UNA MAYOR INTEGRACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL DEL INDIVIDUO".

SUJETOS: 50 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS TOXICA POR FARMACODEPENDENCIA SELECCIONADOS AL AZAR.

MATERIAL: CAMARA DE GESSELL EN CONDICIONES DE UTILIZARSE PARA TRATAR A 10 PACIENTES EN PROGRAMA DE TERAPIA CENTRADA EN EL GRUPO.

ESTRUCTURACION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LAS CONDUCTAS DE LOS SUJETOS EN LA SITUACION TERAPEUTICA.

PROCEDIMIENTO:

LA SELECCIÓN DE LOS SUJETOS SE REALIZÓ BAJO LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1).- EL DIAGNÓSTICO.
- 2).- NO ENCONTRARSE BAJO EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.
- 3).- ESTAR PROGRAMADO SU EGRESO HOSPITALARIO EN UN LAPSO DE 60 DIAS.
- 4).- ACEPTAR FORMAR PARTE DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS.

EN LOS 50 PACIENTES SELECCIONADOS QUE ACEPTARON PARTICIPAR EN LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS SE EFECTUÓ UNA ENTREVISTA INDIVIDUAL OBTENIENDOSE LOS SIGUIENTES DATOS RELEVANTES:

CASO 1.- A.H.G. MASC. 21 AÑOS, PANADERO SOLTERO.

PACIENTE CON PADECIMIENTO DE 7 AÑOS DE EVOLUCIÓN. REFIERE

QUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES REALIZA INHALACIONES DE CEMENTO Y THINNER TODO EL DÍA, INICIÁNDOSE LA PRESENTACIÓN DE IDEAS DELIRANTES DE DAÑO Y PERJUICIO, ALUCINACIONES, HIPERACTIVIDAD PSICOMOTRIZ, SOLILOQUIOS, IDEAS DE GRANDEZA, MÍSTICAS Y AGRESIVIDAD HACIA LA FIGURA MATERNA.

AMBIENTE FAMILIAR: BUENAS RELACIONES CON SUS HERMANOS Y CON LA MADRE, NO ASÍ CON EL PADRE YA QUE SIENDO PEQUEÑO EL PACIENTE, FUE LLEVADO POR EL PADRE A LA CASA DE SU AMANTE Y COMO PACIENTE RELATÓ LO ANTERIOR A LA MADRE Y SUCITARSE EL PROBLEMA, EL PADRE RECHAZÓ TOTALMENTE AL PACIENTE Y EN FORMA ABIERTA. COMO CONSECUENCIA, EL PACIENTE, PRESENTÓ CAMBIOS DE CONDUCTA ESCOLAR Y FAMILIAR, TORNÁNDOSE AGRESIVO Y ESCAPANDO DEL HOGAR EN FORMA FRECUENTE. EN LA ÚLTIMA FUGA DE SU HOGAR, ES ENCONTRADO INHALANDO THINNER POR LO QUE ES REMITIDO AL TRIBUNAL PARA MENORES (A LOS 12 AÑOS) DURANTE 2 MESES, TRASLADÁNDOLO POSTERIORMENTE A UNA CASA-HOGAR EN DONDE PERMANECE 2 AÑOS. AL EGRESAR DE LA CASA-HOGAR SE DEDICA AL VAGABUNDEO Y EN ESA ÉPOCA PARTICIPA EN FORMA PASIVA EN UN ROBO POR LO QUE ES CONDENADO A 2 AÑOS. AL EGRESAR SE DEDICA A VARIOS OFICIOS EN FORMA TRANSITORIA DEBIDO A SU DROGADICCIÓN. HACE 2 AÑOS PARTICIPA EN OTRO ASALTO POR LO QUE VUELVE A SER CONSIGNADO 1 AÑO 6 MESES. AL EGRESAR SU SINTOMATOLOGÍA SE ASENTUA POR LO QUE ES TRAÍDO A ESTE HOSPITAL.

CASO 2.- M.A.H. EDAD 21 AÑOS SEXO MASC. ESTUDIANTE SOLTERO. REFIERE QUE HACE DOS AÑOS INICIA EL FUMAR MARIQUANA POR CURIOSIDAD, Y EN LA ACTUALIDAD LO HACE DIARIAMENTE FUMANDO 10 CIGARRILLOS AL DÍA. ADEMÁS HA INHALADO CEMENTO, INGERIDO PASTILLAS. PRESENTA COMO INICIO DE SU SINTOMATOLOGÍA CAMBIOS DE CARÁCTER, AGRESIVIDAD, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, AUTISMO, HIPERACTIVIDAD, SÍNTOMAS QUE PRESENTA AL SER TRAÍDO A ESTE HOSPITAL.

AMBIENTE FAMILIAR: COINCIDIENDO CON EL INICIO DE LA DROGADICCIÓN EN EL PACIENTE LA FAMILIA FUE UNIDA, DESINTEGRÁNDOSE POR TENER EL PADRE QUE TRABAJAR FUERA DEL D.F. DESCRIBE A LA MADRE COMO DE CARÁCTER FUERTE Y AUTORITARIA, EL PADRE ES DESCRITO COMO AUTORITARIO.

ACTUALMENTE EL PACIENTE VIVE CON LA MADRE Y CON LOS HERMANOS CON LOS CUALES SE HABIA LLEVADO BIEN HASTA HACE 6 MESES QUE INICIAN LOS CAMBIOS DE CONDUCTA DEL PACIENTE. 8 DIAS ANTES DE SU INGRESO EL PACIENTE TIENE UN DISGUSTO CON LA MADRE (NO REFIERE EN QUE CONSISTIÓ), Y ABANDONA EL HOGAR VIENDO EN LA CASA DE UN AMIGO.

CASO 3.- A.B.A. 21 AÑOS MASC. ESTUDIANTE SOLTERO.

SE INICIA EN LA DROGADICCIÓN HACE 4 AÑOS POR INSTANCIAS DE SUS COMPAÑEROS DE ESCUELA FUMANDO MARIQUANA. POSTERIORMENTE CONTINUA FUMANDOLA YA QUE LE AGRADAN LAS EXPERIENCIAS OBTENIDAS. COMO CONSECUENCIA SE INICIA UNA DISMINUCIÓN EN SU RENDIMIENTO LABORAL Y ESCOLAR, AUMENTANDO UN DESINTERÉS PERSONAL POR LO QUE EL PADRE LO CONSIDERABA VAGO PERO NO SOSPECHABA DE UN PROBLEMA DE ADICCIÓN. AUMENTA SU DROGADICCIÓN CON LA INGESTA DE BENZEDRINA Y L.S.D., VIAJA A OAXACA CON EL OBJETO DE INGERIR HONGOS, LLEVANDO A CABO VARIOS "VIAJES". LA EXPERIENCIA DE ESTE TIPO DE TÓXICO LA RELATA COMO UNA COSA MUY ESPÍRITUAL YA QUE SE ES "CAPAZ DE COMPRENDER EN FORMA MÁS AMPLIA LO QUE SE REFIERE AL ESPÍRITU POR LO QUE SE LE QUITA A UNO LO EGOÍSTA".

AMBIENTE FAMILIAR: EL PACIENTE SE NIEGA A COMUNICARNOS LAS RELACIONES FAMILIARES TAL PARECE PORQUE EL PADRE LO LANZA DEL HOGAR.

CASO 4.- M.M.A. 19 AÑOS SOLTERO OCUP. NINGUNA.

PACIENTE DETENIDO POR DROGADICTO Y VAGABUNDO EN EL ORO EDO. DE MÉX. HACE UN AÑO INICIA FUMAR MARIQUANA LO CUAL EN UN PRINCIPIO ERA EN FORMA OCASIONAL, LO CUAL HASTA ANTES DE SU INGRESO LO EFECTUA DIARIAMENTE COMBINÁNDOLO CON CEMENTO, THINER Y L.S.D.

AMBIENTE FAMILIAR: REFIERE QUE COMO CONSECUENCIA DE LA MUERTE DE SU MADRE, TODOS LOS HERMANOS ABANDONAN AL PADRE POR

SU CARÁCTER AGRESIVO Y SU PROBLEMA DE ALCOHÓLISMO, EL PACIENTE ES LLEVADO A VIVIR CON LOS HERMANOS MAYORES, ENTRANDO EN CONFLICTO POR LA CONDUCTA IRRESPONSABLE DEL PACIENTE GOLPEANDO A UNO DE ELLOS. SE SALE DEL HOGAR INICIANDO EL VAGABUNDEO Y MALAS AMISTADES IDENTIFICÁNDOSE SU CONDUCTA CON LA DEL PADRE.

CASO 5.- D.R.L. 19 AÑOS MASC. OCUP. NINGUNA.

PACIENTE QUE INICIA LA INGESTIÓN DE VARIOS TÓXICOS HACE DOS AÑOS. SE INICIA FUMANDO MARIGUANA REGALADA POR UN "AMIGO", ACTUALMENTE, HA INHALADO THINNER Y CEMENTO DIARIAMENTE. SE TORNÓ IRRACIBLE SIN CAUSA APARENTE, SOLILOQUIOS, DESPERSONALIZACIÓN, DELIRIOS DE GRANDEZA, PENSAMIENTO SONORO, SENTIMIENTOS DE CULPA.

AMBIENTE FAMILIAR: EN SU INFANCIA VEÍA FRECUENTEMENTE PELEANDO A SUS PADRES TENIENDO UNA INTERVENCIÓN ACTIVA EL PACIENTE, YA QUE EN FORMA ANGUSTIOSA DEFENDÍA A SU MADRE RECIBIENDO LA AGRESIVIDAD FÍSICA DEL PADRE. AMBOS PADRES LE REPRENDIÁN FUERTEMENTE. POSTERIORMENTE SE DIVORCIARON SUS PADRES POR LO QUE QUEDA BAJO CUSTODIA DE LOS ABUELOS PATERNOS QUE NO EJERCEN NINGÚN CUIDADO NI AFFECTO, PROPORCIONÁNDOLE SATISFACTORES ECONÓMICOS QUE UTILIZA PARA ADQUIRIR LAS DROGAS. VISITA POSTERIORMENTE EL HOGAR MATERNO EL CUAL DESCRIBE COMO AGRESIVO Y HOSTIL. DESPUÉS VISITA EL HOGAR PATERNO EL QUE DESCRIBE COMO COMPRENSIVO ENTABLANDO BUENAS RELACIONES CON LOS MEDIOS HERMANOS. COMO CONSECUENCIA DE SU PADECIMIENTO PIERDE EL RESPETO POR LOS ABUELOS.

CASO 6.- J.V.J.L. 22 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.

INICIA LA DROGADICCIÓN HACE 6 MESES, INICIÁNDOSE CON MARIGUANA, TRECE DIAS ANTES DE SU INGRESO LEYÓ LA BIBLIA DURANTE TRES DIAS SEGUIDOS, SIN DORMIR Y SIN TOMAR ALIMENTO, POR LO QUE PRESENTA IDEAS EXPANSIVAS DE ÍNDOLE RELIGIOSO, POSTERIORMENTE PRESENTA SOLILOQUIOS, RISAS SIN CONDICIONANTE EXTERNO DROMEMANÍA, EXITACIÓN PSICOMOTRIZ Y AGRESIVIDAD FÍSICA Y VERBAL A LAS PERSONAS QUE LO RODEAN, AHORCANDO UN PERRO.

AMBIENTE FAMILIAR: EL ÚNICO DATO QUE PROPORCIONA ES QUE SU HOGAR ESTA DESORGANIZADO YA QUE SE DIVORCIARON SUS PADRES.

CASO 7.- Z.S.J.M. 20 AÑOS MASC. ESTUDIANTE SOLTERO.

INICIA SU PADECIMIENTO HACE 10 MESES FUMANDO MARIGUANA, INGIRIENDO L.S.D. PRESENTANDO EXITACIÓN PSICOMOTRIZ, TRASTORNOS DE CONDUCTA COMO DESNUDARSE, LENGUAJE INCOHERENTE E INCONGRUETE, ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE TIEMPO Y ESPACIO.

AMBIENTE FAMILIAR: PADRE DIVORCIADOS, MADRE DESCRITA COMO POCO AFECTUOSA PARA CON LOS HIJOS. PADRE ALCOHÓLICO CRÓNICO.

CO CON AGRESIVIDAD FÍSICA PARA LOS FAMILIARES. ANTECEDENTE DE UN HERMANO MAYOR TAMBIÉN ADICTO.

CASO 8.- S.A.J.L. 22 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA. PACIENTE QUE INICIA DROGADICCIÓN HACE 6 AÑOS, MARIQUANA, BARBITÚRICOS ANGETAMINAS HONGOS L.S.D., ÚLTIMAMENTE MEZCANDOLOS CON ALCOHOL. PRESENTA A SU INGRESO CEFALEA INTENSA EN REGIÓN OCCIPITAL Y NAUSEAS ASÍ COMO ANSIEDAD, ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS. AMBIENTE FAMILIAR: EL PACIENTE SE NEGÓ A DAR DATOS EN ESTE ASPECTO.

CASO 9.- M.P.J.R. 22 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUAN. INICIA SU PADECIMIENTO CON LA MARIQUANA, Y POSTERIORMENTE HACE USO INDISCRIMINADO DE THINNER Y CEMENTO, ES CONSIGNADO POR ROBARSE UNA ALCANCIA DE UNA IGLESIA. AL PRESENTARLO AL SERVICIO DE ESTE HOSPITAL PRESENTA AGRESIÓN VERBAL, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS ADEMÁS DE SOLILOQUIOS INCOHERENTE E INCONGRUENTE APLANAMIENTO AFECTIVO, NEGATIVISTA Y MUTISTA. AMBIENTE FAMILIAR: LOS PADRES SE SEPARAN CUANDO EL PACIENTE TENIA 17 AÑOS POR LO QUE ÉL Y LOS DEMÁS HERMANOS TOMAN DIFERENTES RUMBOS.

CASO 10.- R.L.F. 24 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA. INICIA LA INGESTA DE DROGAS HACE 4 AÑOS, Y POSTERIORMENTE LOS COMBINA CON ALCOHOL (MARIQUANA, CICLOPAL, CEMENTO, QUALUD, MANDRAX). PRESENTA ALUCINOSIS AUDITIVAS, DELIRIOS DE GRANDEZA, IDEAS DE DAÑO Y PERJUICIO, DELIRIO DE PERSECUSIÓN, PENSAMIENTO SONORO. ADEMÁS TIENE ANTECEDENTES DE ASOCIACIÓN DELICTUOSA, VIOLACIÓN, ROBO, HOMICIDIO. AMBIENTE FAMILIAR: EL PACIENTE NO SABE QUIEN ES SU PADRE, TIENE UN MEDIO HERMANO, Y LA MADRE POR TRABAJAR DESCUIDO A AMBOS, PROVIENE DE UN AMBIENTE FAMILIAR INADECUADO Y ESTRAC TO ECONÓMICO BAJO.

CASO 11.- G.M.E. 19 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. TABLAJERO. INICIA SU PADECIMIENTO FUMANDO MARIQUANA. REFIERE QUE NO HA INGERIDO O INHALADO OTRA DROGA. Es traído a este hospital por presentar risas sin condicionante externo aparente, SOLILOQUIOS QUE AUMENTAN POR LA NOCHE, HIPERACTIVIDAD PSICOMOTRIZ, IDEAS DE DAÑO, ALUCINACIONES Y DELIRIOS MAL SISTEMATIZADOS.

AMBIENTE FAMILIAR: PADRE MUERTO QUE PRESENTÓ CUADRO PSICÓ-
TICO PARANOIDE LA MADRE ABANDONÓ EL HOGAR POR INTENTOS POR
PARTE DEL PADRE DE MATARLA PRIMOS CON CUADROS DE ANORMALI -
DAD MENTAL.

CASO 12.- M.S.E., 22 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. OBRERO.
INICIA DROGADICCIÓN POR CURIOSIDAD Y ES CONDUcido AL HOSPI-
TAL POR ENTRAR A DOMICILIOS Y DESTRUIR OBJETOS ASÍ COMO DES-
NUDARSE, TRASTORNOS DE LA SENSOPERCEPCIÓN, ALUCINACIONES AU-
DITIVAS, DELIRIOS PERSECUTORIOS, LENGUAJE INCOHERENTE CON -
NEOLOGISMOS.
AMBIENTE FAMILIAR: DICE NO TENER FAMILIARES.

CASO 13.- B.Z.M. 18 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.
HASTA HACE DOS DIAS ANTES DEL INGRESO LA MADRE SE DA CUENTA
DE LA DROGADICCIÓN DEL PACIENTE YA QUE ÉL MISMO SE LO DIJO
QUE HACE 5 AÑOS QUE USA LA MARIGUANA. PRESENTA LENGUAJE IN-
COHERENTE, ACTITUDES DE ALUCINADO Y DROMOMANÍA.
AMBIENTE FAMILIAR: DESINTEGRADO SIN EXISTIR INFORMACIÓN EN
TRE SUS INTEGRANTES.

CASO 14.- H.R.E. 20 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.
INICIA DROGADICCIÓN CON MARIGUANA Y POSTERIORMENTE UTILIZA
LA VARIEDAD CONOCIDA DE TÓXICOS. PRESENTA AGRESIVIDAD, --
LENGUAJE INCOHERENTE, SE DESPOJA DE SUS ROPAS, IDEAS RELI -
GIOSAS Y DROMOMANÍA.
AMBIENTE FAMILIAR: FAMILIA PROBLEMÁTICA DEBIDO AL ALCOHÓ -
LISMO CRÓNICO DEL PADRE.

CASO 15.- R.L.T. 19 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE.
DICE HABER FUMADO MARIGUANA Y LA INHALACIÓN DE THINNER SOLA
MENTE. PRESENTA DESDE HACE 8 DIAS ANTES DE SU INGRESO ERRO-
RES DE CONDUCTA, DESINTERÉS POR SU PERSONA, IDEAS DELIRAN -
TES DE REFERENCIA, DAÑO Y PERJUICIO, ALUCINACIONES AUDITI -
VAS Y VISUALES, TENDENCIA A LA AGRESIVIDAD, SOLILOQUIOS E -
IDEAS MISTICAS.
AMBIENTE FAMILIAR: LOS PADRES HAN SIDO ESTRICOTOS EN CUANTO
A LA EDUCACIÓN Y TRATO DE LA FAMILIA POR SER LA MAYORÍA HOM-
BRES, PERO SIN LLEGAR A SER SEVEROS APARENTEMENTE, PROPOR--
CIONANDOLES IQUAL AFECTO A TODOS.

CASO 16.- A.E.P. 19 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.
INICIA DROGADICCIÓN HACE SEIS MESES, COMBINANDOLAS CON ALCO

HOL. PRESENTA CONDUCTA EXTRAÑA CON TENDENCIA AL VAGABUNDEO DELIRIOS DE GRANDEZA, ACTITUD AGRESIVA, LLANTO SIN MOTIVO APARENTE, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, IDEAS MÍSTICAS, Y DESNUDARSE EN PÚBLICO.
AMBIENTE FAMILIAR: HERMANO MAYOR DROGADICTO, PADRE ALCOHÓLICO CRÓNICO Y TÍOS CON PADECIMIENTOS MENTALES.

CASO 17.- L.A.L. 20 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE. ADICCIÓN A MARIGUANA DESDE HACE DOS AÑOS. PRESENTA ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ASÍ COMO HIPERACTIVIDAD Y PROBLEMAS AFECTIVOS HACIA SUS FAMILIARES.
AMBIENTE FAMILIAR: PADRE CON CARÁCTER IRRITABLE AGRESIVO, SEPARADO DEL HOGAR Y MADRE DE CARÁCTER RÍGIDO SIN DEMOSTRAR AFECTO POR LOS HIJOS.

CASO 18.- J.R.S. 26 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE. HACE 4 AÑOS INICIA EL FUMAR MARIGUANA, ANTES DE SU INGRESO. PRESENTA CONDUCTA DESCRITA COMO EXTRAÑA, HÁBITOS HIGIÉNICOS ABANDONADOS, ADOPTA ACTITUDES DE ALUCINADO. DISCURSO INCOMPREENSIBLE RESPONDE CON BRASES INCOHERENTES A LAS PREGUNTAS QUE LE FORMULABAN LOS FAMILIARES, AGRESIVIDAD.
AMBIENTE FAMILIAR: HOGAR DESORGANIZADO Y CONFLICTIVO POR LA INCOMPATIBILIDAD DE CARÁCTERES DE LOS PADRES.

CASO 19.- M.U.R. 18 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA. LA MADRE DESCUBRE QUE DESDE HACE 3 MESES INHALA EL PACIENTE CEMENTO EN SU CASA Y COMO CONSECUENCIA HA PRESENTADO IDEAS MÍSTICAS FUNDAMENTALMENTE.
AMBIENTE FAMILIAR: PADRE MUERTO, POR LO QUE LA MADRE SE DEDICA A TRABAJAR EN LA PROSTITUCIÓN POR LO QUE EL PACIENTE TIENE DOS MEDIOS HERMANOS.

CASO 20.- J.E. 20 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. OBRERO. CUATRO MESES ANTES DE SU INGRESO INICIA DROGADICCIÓN PRESENTANDO IRRITABILIDAD HACIA SUS FAMILIARES, POCO COMUNICATIVO COPROLALIA, AGRESIVIDAD Y DEPRESIÓN.
AMBIENTE FAMILIAR: FAMILIA UNIDA Y ORGANIZADA, EL PADRE ES DESCRITO COMO PERSONA RESPONSABLE DEDICADA A TRABAJAR POR LO QUE HA DESCUIDADO LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS. LA MADRE ES DESCRITA COMO CARIÑOSA Y COMPENSIVA.

CASO 21.- D.D.S. 20 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. CORTINERO. ES TRAÍDO AL HOSPITAL BAJO LOS EFECTOS DE LA MARIGUANA APA-

RENTEMENTE FUE OBLIGADO A FUMARLA. LOS FAMILIARES LO LOCALIZAN DETENIDO EN LA CARCEL DE TOLUCA POR VAGAR, Y ABORDAR UNA CAMIONETA OCUPADA POR NIÑOS, SUBIENDOSE A LOS TOLDOS DE LOS AUTOMOVILES Y SALUDANDO DE MANO A TODO MUNDO. PRESENTA ERRORES DE CONDUCTA, DESVESTIRSE, IDEAS DE DAÑO Y PERJUICIO, IDEAS DE REFERENCIA, LLORA, GRITA, SE RIE SOLO Y DESCONOCE A LOS FAMILIARES.

AMBIENTE FAMILIAR: SE CONSIDERA DENTRO DE LO NORMAL Y LAS RELACIONES FAMILIARES INTEGRADAS.

CASO 22.- V.D.M. 19 AÑOS MASC. SOLTERO COUP. NINGUNA.

HACE APROXIMADAMENTE UN AÑO INICIA EL ABUSO DE DROGAS: MARI GUANA, CEMENTO, PASTILLAS, HONGOS. PRESENTA A SU INGRESO SOLILOQUIOS, RISAS SIN CONDICIONANTE EXTERNO, ROBOS, INTENTOS DE ASESINATO (A UN HERMANO).

AMBIENTE FAMILIAR: DESORGANIZADO, EL PADRE ABANDONA LA FAMILIA, Y LA MADRE ADEMÁS DE NO PREOCUPARSE POR LOS HIJOS VUELVE A CASARSE DOS OCASIONES MÁS Y EL ÚLTIMO PADRASTRO CORRRE DE SU CASA AL PACIENTE.

CASO 23.- R.L.H. 18 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.

HACE 7 MESES INICIA DROGADICCIÓN FUMANDO MARI GUANA, NIEGA USO DE OTRO TIPO DE TÓXICO. PRESENTA A SU INGRESO INSOMNIO, ALUCINOSIS, CAMBIOS BRUSCOS DE TEMÁTICA, AGRESIVIDAD, IDEAS DELIRANTES, RISAS INMOTIVADAS.

AMBIENTE FAMILIAR: LA FAMILIA LE PROPORCIONABA TODO AL PACIENTE YA QUE ES UN MATRIMONIO SIN HIJOS QUE ADOPTÓ AL PACIENTE DE PEQUEÑO. EXISTE ACTUALMENTE CIERTA DEPRESIÓN Y FRUSTRACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES.

CASO 24.- G.L.M.A. 20 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.

PACIENTE CON DROGADICCIÓN MÚLTIPLE DE TRES AÑOS DE EVOLUCIÓN Y A ÚLTIMAS FECHAS LAS ACOMPAÑA CON ALCOHOL. PRESENTA AGRESIVIDAD FÍSICA Y VARVAL HACIA SUS FAMILIARES Y HACIA LAS PERSONAS EN LA CALLE, ALUCINACIONES, IDEAS DE DAÑO, DELIRIOS DE PERSECUSIÓN.

AMBIENTE FAMILIAR: PADRE DESCRITO COMO ENÉRGICO PERO BUENA GENTE, CARIÑOSO Y COMPRENSIVO, MADRE SOBREPROTECTORA "COMO UNA SANTA", UN HERMANO DEL PACIENTE ADICTO TAMBIÉN.

CASO 25.- B.S.J.A. 17 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE.

INICIA DROGADICCIÓN HACE 8 MESES UTILIZANDO ÚNICAMENTE CEMENTO. PRESENTA A SU INGRESO CAMBIOS DE CONDUCTA, INTROVERTIDO, AGRESIÓN VERBAL, IDEAS DE REFERENCIA Y ALUCINACIONES VISUALES "MIRADA FIJA".

AMBIENTE FAMILIAR: FAMILIA CON RASGOS REURÓTICOS POR PROBLEMATICA DE PADRE ALCOHÓLICO.

CASO 26.- C.M.E. 18 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE. DROGADICCIÓN MÚLTIPLE DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN. A SU INGRESO PRESENTA RISAS INMOTIVADAS, NEGATIVISMO, AUTISMO, SOLILOQUIOS AGRESIVIDAD VERBAL. AMBIENTE FAMILIAR: BIEN ESTRUCTURADOS SIN PROBLEMAS IMPORTANTES EN SUS RELACIONES NI ECONÓMICOS.

CASO 27.- P.G.R. 19 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ZAPATERO. NO HAY DATOS DE ANTECEDENTES DE DROGADICCIÓN. 4 DIAS ANTES DE SU INGRESO, PRESENTA POSTERIOR A LA INGESTA DE ALCOHOL - AUNADO A LA INHALACIÓN DE THINNER Y CEMENTO, DROMOMANÍA, -- AGRESIVIDAD FÍSICA Y VERBAL, SOLILOQUIOS, ALUCINACIONES, RISAS INMOTIVADAS. AMBIENTE FAMILIAR: PADRE ALCOHÓLICO OCASIONAL TOLERANTE Y COMPRENSIVO MADRE PASIVA Y TOLERANTE RELACIONES ENTRE HERMANOS ARMONIOSAS.

CASO 28.- T.L.J.M. 22 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE. DROGADICCIÓN DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN. ANTES DE SU INGRESO - AL INGERIR HONGOS, L.S.D. Y FUMAR MARIJUANA PRESENTA IRRITABILIDAD, AGRESIVIDAD FÍSICA Y VERBAL, IDEAS DELIRANTES, DESPERSONALIZACIÓN, DELIRIOS DE GRANDEZA IDEAS MÍSTICAS, PRENDER VELAS PARA ACTOS MÍSTICOS EN SU CASA Y DESCONOCER A LOS FAMILIARES. AMBIENTE FAMILIAR: BUENAS RELACIONES ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, ÚNICAMENTE ALTERADAS POR EL PACIENTE.

CASO 29.- T.G.G.E. 23 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. ESTUDIANTE. INICIA DROGADICCIÓN POR DESEPCIÓN AMOROSA, ALCOHÓLISMO, MARIJUANA Y HONGOS, RELACIONES SEXUALES INDISCRIMINADAS, A SU INGRESO PRESENTA, ALUCINACIONES, DESCUIDO PERSONAL, AGRESIVIDAD, SUSPICAZ, SOLILOQUIOS, RISAS Y LLANTO SIN CAUSA APARENTE. AMBIENTE FAMILIAR: LAS RELACIONES FAMILIARES SON CLASIFICADAS COMO NEURÓTICAS.

CASO 30.- A.A.E. 23 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA. INICIA EL FUMAR MARIJUANA HACE 10 MESES, A SU INGRESO PRESENTA ERRORES DE CONDUCTA RISAS INMOTIVADAS, AGRESIVIDAD FÍSICA Y VERBAL, IDEAS DE DAÑO, NEGATIVISMO, AUTISMO, INSOMNIO MEGALOMANÍACO. AMBIENTE FAMILIAR: DESINTEGRADO TOTALMENTE Y PROMISCUIDAD.

CASO 31.- G.H.D. 43 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. CHOFER. INICIA DROGADICCIÓN DESDE HACE 25 AÑOS, A LA MORFINA, A SU INGRESO SE ENCUENTRA BAJO EL SÍNDROME DE AGSTINENCIA. PRE-

SENTA, ALUCINACIONES, IDEAS DELIRANTES, AGRESIÓN, IRRITABILIDAD, (ROBOS, DEUDAS, ARRESTOS), IRRESPONSABLE.

AMBIENTE FAMILIAR: EL PADRE CONSIENTE DEMASIADO AL PACIENTE EXISTEN DIFICULTADES EN EL HOGAR POR LA ENFERMEDAD DE LA MADRE, POR LO QUE SE DIVORCIAN. POSTERIORMENTE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE ES EL CENTRO DE DIVERGENCIAS FAMILIARES.

CASO 32.- V.M.F. 38 AÑOS MASC. UNIÓN LIBRE OCUP. ROTULISTA.

INICIA SU PADECIMIENTO HACE 10 AÑOS Y A ÚLTIMAS FECHAS SE AGUDIZA CON LA MARIJUANA, ANTES DE SU INGRESO PRESENTA ERRORES DE CONDUCTA COMO REHUSAR LOS ALIMENTOS, IDEAS MÍSTICAS, AGUDIZÁNDOSE ÉSTAS CON LA MUERTE DE SU PADRE, INTERPRETATIVO ANTE CUALQUIER ACTITUD DE SUS FAMILIARES, ILOGICO, INCOHERENTE E INCONGRUENTE.

AMBIENTE FAMILIAR: COMPAÑERA DESINTERESADA POR EL PACIENTE, ABANDONÁNDOLO TEMPORALMENTE.

CASO 33.- F.Q.E. 38 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA.

INICIA ADICCIÓN A MARIJUANA HACE UN AÑO AUNADO A SU ALCOHOLISMO CRÓNICO A SU INGRESO PRESENTA ALUCINACIONES AUDITIVAS, SOLILOQUIOS, DELIRIOS DE PERSECUSIÓN BLOQUEO DEL PENSAMIENTO.

AMBIENTE FAMILIAR: NO EXISTE YA QUE EL PACIENTE NO ESTABLECE LAZOS AFECTIVOS FIRMES Y DURADEROS.

CASO 34.- T.M.V. 38 AÑOS MASC. CASADO OCUP. ABOGADO.

DROGADICCIÓN MÚLTIPLE ACOMPAÑADA CON ALCOHOLISMO COMO CONSECUENCIA DE UN FRACAZO LABORAL. PRESENTA A SU INGRESO EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

AMBIENTE FAMILIAR: EN UN PRINCIPIO Y A PESAR DE SU SINTOMATOLOGÍA FUERON ARMONIOSAS, ACTUALMENTE AGRESIVAS, TIRANTES, DESINTERÉS POR EL HOGAR.

CASO 35.- F.C.L. 43 AÑOS MASC. CASADO MÉCANICO.

INICIA SU PADECIMIENTO 8 DIAS ANTES DEL INGRESO COMO CONSECUENCIA DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO CON MARIJUANA. PRESENTA A SU INGRESO IDEAS DE DAÑO, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, IDEAS MÍSTICAS.

AMBIENTE FAMILIAR: LA ESPOSA LO ABANDONA A LOS 8 DIAS DE HABERSE CASADO Y ACTUALMENTE EL PACIENTE SE ENCUENTRA SOLO.

CASO 36.- M.R.C. 51 AÑOS MASC. CASADO OCUP. MÉDICO.

INICIA DROGADICCIÓN HACE 8 AÑOS UTILIZANDO ANFETAMINAS Y BARBITÚRICOS. PRESENTA IRRITABILIDAD, TRASTORNOS ASOCIATIVOS, IDEAS DELIRANTES, CELOPATIAS, ERRORES DE CONDUCTA, COPROLALIA, INDIFERENCIA AFECTIVA, IDEAS DE REFERENCIA Y PERSECUSIÓN.

AMBIENTE FAMILIAR: LA FAMILIA SE HA OLVIDADO DEL PACIENTE,

HOGAR DESORGANIZADO, CONFLICTIVO, ESPOSA ENÉRGICA Y DOMINANTE.

CASO 37.- A.V.E. 39 AÑOS MASC. DIVORCIADO OCUP. PINTOR. INICIA ALCOHOLISMO HACE 5 AÑOS Y ANTES DE SU INGRESO FUMA MARIJUANA POR LO QUE PRESENTA ALUCINACIONES VISUALES, HIPERACTIVIDAD, ERRORES DE CONDUCTA, AGRESIVIDAD Y DELIRIOS DE GRANDEZA EN EL ÁREA SEXUAL.
AMBIENTE FAMILIAR: NO EXISTE YA QUE EL PACIENTE SE SEPARÓ DE SU ESPOSA VIVIENDO EN AMASATO EN TRES OCASIONES NO SIENDO DURADERAS.

CASO 38.- Z.J.F. 48 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. COMERCIANTE. INICIA INGESTA DE BARBITÚRICOS POR LO QUE AL INGRESAR EL PACIENTE PRESENTA IDEAS DELIRANTES, ESTADOS DE DEPRESIÓN Y AÚTISMO, DESCONOCE Y AGRESIÓN A SUS FAMILIARES.
AMBIENTE FAMILIAR: NEGATIVO YA QUE PROVIENE DE UNA FAMILIA DE ALCOHÓLICOS TANTO PADRES COMO HERMANOS.

CASO 39.- F.F.L. 18 AÑOS MASC. SOLTERO OCUP. NINGUNA. INICIA SU SINTOMATOLOGÍA CON MARIJUANA, POR IMITACIÓN, POSTERIORMENTE Y EN FORMA COMPULSIVA UTILIZA LA INHALACIÓN DE CEMENTO Y THINNER. A SU INGRESO PRESENTA; IDEAS MÍSTICAS, FILOSÓFICAS, AGRESIÓN HACIA LA FIGURA MATERNA, ALUCINACIONES DE SERES EXTRATERRESTRES.
AMBIENTE FAMILIAR: HOGAR DESORGANIZADO YA QUE LA MADRE NO CONVIVIÓ CON SUS HIJOS YA QUE A LA MUERTE DEL PADRE, SE DEDICA A TRABAJAR CONVIVIENDO AL MISMO TIEMPO CON DIFERENTES HOMBRES.

CASO 40.- L.T.M. 24 AÑOS MASC. CASADO OCUP. NINGUNA. INICIA DROGADICCIÓN MÚLTIPLE HACE 2 AÑOS HASTA LA FECHA. A SU INGRESO PRESENTA IDEAS DE DAÑO, DELIRIOS DE PERSECUSIÓN, IDEAS MÍSTICAS Y AGRESIVIDAD SEXUAL INDISCRIMINADA.
AMBIENTE FAMILIAR: NO EXISTE YA QUE EL PACIENTE ABANDONA EL HOGAR PATERNO PARA DEDICARSE AL VAGABUNDEO EN DONDE SE ENCUENTRA A LA QUE ES SU ESPOSA, LA CUAL LO OBLIGA A PERMANECER EN DETERMINADOS LUGARES EN COMPAÑÍA DE VARIOS HOMBRES.

CASO 41.- P.M.J. 20 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. SIRVIENTA. INICIA SU PADECIMIENTO TRES DIAS ANTES DE SU INGRESO YA QUE EN UNA FIESTA INGERIÓ UNA BEBIDA QUE LE PROPORCIONÓ UN JOVER, POSTERIORMENTE ES ENCONTRADA CON SÍNTOMAS DE ATAQUE SEXUAL, PRESENTANDO IDEAS DELIRANTES DROMOMANÍA, AISLACIONISMO, ANOREXIA, INSOMNIO.
AMBIENTE FAMILIAR: SIN ESTRUCTURAR POS SU OCUPACIÓN.

CASO 42.- G.L.T. 18 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. ESTUDIANTE. INICIA DROGADICCIÓN HACE 6 MESES POR CURIOSIDAD POR LO QUE AL SERLE AGRADABLES LAS EXPERIENCIAS ABANDONA EL HOGAR PATERNO PARA DEDICARSE AL VAGABUNDEO CON UN GRUPO DE JOVENES DE AMBOS SEXOS. ES TRAÍDA AL HOSPITAL EN ESTADO INCONSCIENTE POR UNA SOBREDOSIS TÓXICA. AMBIENTE DAMILIAR: PRACTICA LA PROMISCUIDAD PARA OBTENER - LOS TÓXICOS.

CASO 43.- J.R.G. 24 AÑOS FEM. CASADA OCUP. HOGAR. INICIA CON UNA SOBREDOSIS DE BARBITÚRICOS SEIS DIAS ANTES - DEL INGRESO, PRESENTA ERRORES DE CONDUCTA TALES COMO REZAR, LIMPIAR CON EXCESO, AGRESIVIDAD Y DESTRUCTIVIDAD, DESNUDARSE Y ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS. AMBIENTE FAMILIAR: ES CONSIDERADO COMO BUENO CON CIERTAS - ETAPAS DE AGRESIVIDAD FÍSICA Y VERBAL ENTRE LA PACIENTE Y - SU ESPOSO.

CASO 44.- M.G.R. 20 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. ESTUDIANTE. INICIA DROGADICCIÓN HACE 2 AÑOS, ÚLTIMAMENTE ES MÚLTIPLE, EN CONTRANDOSE EMBARAZADA SIN SABER CUANDO NI QUIÉN ES EL RESPONSABLE. PRESENTA A SU INGRESO COPROLALIA, AGRESIVIDAD, - TRASTORNOS PERCEPTUALES, IDEAS DELIRANTES, EXITACIÓN PSICOMOTRIZ, DESTRUCCIÓN HACIA LAS FIGURAS PATERNAS. AMBIENTE FAMILIAR: ARMONICO, RELACIONES INTERPERSONALES EN - TRE PADRES E HIJOS SON DESCRITAS COMO SANAS Y ESTABLES, AL - TERANDO EL AMBIENTE FAMILIAR LA CONDUCTA DE LA PACIENTE AL NO ACEPTAR QUE LOS PADRES DEMANDARAN AL SUJETO QUE LA INDU - JO A LA DROGADICCIÓN Y QUE ADEMÁS LA VIOLÓ.

CASO 45.- C.V.C. 22 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. HOGAR. INICIA DROGADICCIÓN CON TRANQUILIZANTES CASEROS, TRES DIAS ANTES DE SU INGRESO LA ENCUENTRAN SUS FAMILIARES INCONSCIENTE POR UNA SOBRE DOSIS, A SU INGRESO AL HOSPITAL SE ENCUEN - TRA CONFUSA, DEPRIMIDA, CON INTENTOS DE SUICIDIO. AMBIENTE FAMILIAR: HOGAR DESORGANIZADO, PADRE IRRESPONSA - BLE ALCOHÓLICO QUE RELEGA SU RESPONSABILIDAD EN EL HIJO MA - YOR, MADRE DESCRITA COMO BUENA COMPENSIVA, RELEGADA AL HO - GAR MOSTRNADO MARCADA PREFERENCIA POR EL HIJO MAYOR. EL HI - JO MAYOR TRATA DE CUMPLIR CON TODAS SUS "OBLIGACIONES".

CASO 46.- M.F.C. 18 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. HOGAR. INICIA DROGADICCIÓN INGERIENDO TRANQUILIZANTES QUE LE ASIG - NABAN A UN FAMILIAR ENFERMO MENTAL. A SU INGRESO PRESENTA SOLILOQUIOS, RISAS SIN CONDICIONANTE EXTERNO APARENTE, DROMO - MANÍA, INSOMNIO, AGRESIVIDAD FÍSICA ERRORES DE CONDUCTA CO - MO DESNUDARSE EN PÚBLICO. AMBIENTE FAMILIAR: APARENTEMENTE ORGANIZADO SIENDO EL PRIN - CIPAL PROBLEMA LAS LIMITACIONES ECONÓMICAS.

CASO 47.- R.L.P. 18 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. ESTUDIANTE. INICIA SU DROGADICCIÓN HACE 6 MESES, MARIGUANA Y L.S.D., -- PRESENTANDO EN CONSECUENCIA ABANDONO DE LOS ESTUDIOS, ABULIA DESINTERÉS Y DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR LO QUE ES INTERNA- DA. SIENDO SU CONDUCTA DE INDIFERENCIA, CINICA, DESHINIBIDA CON RESPECTO A SU VIDA PASADA.

AMBIENTE FAMILIAR: PADRE ALCOHÓLICO CRÓNICO, HABITUALMENTE AGREDIA FÍSICAMENTE A SU FAMILIA, SE SEPARA LA MADRE DE ÉL, PERO CONTINUAN VIVIENDO EN EL MISMO TECHO, LLEVANDO EL PA - DRE MUJERES A SU CUARTO SIN IMPORTARLE LA FAMILIA, AMBIENTE TOTALMENTE DESFAVORABLE.

CASO 48.- G.H.J. 25 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. ESTUDIANTE. INICIA DROGADICCIÓN COMO CONSECUENCIA DE COMPLEJO DE INFE - RIORIDAD EJERCIDO POR EL PADRE FUMANDO MARIGUANA E INHALAN- DO CEMENTO, PRESENTA AL SER INGRESADA, ANSIEDAD, TARTAMUDEO TONO AFECTIVO BAJO, COMPLEJOS DE INFERIORIDAD, ESTADOS DE - PRESIVOS.

AMBIENTE FAMILIAR: MADRE MUERTA HACE 10 AÑOS, PADRE FRIO, RÍGIDO CON TRES MATRIMONIOS POSTERIORES.

CASO 49.- A.S.I. 20 AÑOS FEM. SOLTERA OCUP. SIRVIENTA. INICIA DROGADICCIÓN COMO CONSECUENCIA DE DESCUBRIR QUE SU - NOVIO ERA CASADO, 10 DIAS ANTES DE SU INGRESO AUMENTA LA DO SIS DE TÓXICO POR LO QUE PRESENTA INQUIETUD, DROMANÍA, SOLI LOQUIOS, RISAS SIN CONDICIONAMIENTO EXTERNO, ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES, IRRITABLE, EXITACIÓN PSICOMOTRIZ.

AMBIENTE FAMILIAR: LA PACIENTE TENIA 4 MESES DE LABORAR POR LO QUE LA FAMILIA DESCRITA COMO PERSONAS INTERESADAS EN SÍ MISMAS, APROVECHAMIENTO PERSONAL, MALOS TRATOS Y AGRESIONES, SIN APOYO ENTRE ELLOS.

CASO 50.- L.U.G. 33 AÑOS FEM. CASADA OCUP. HOGAR. EN UN VIAJE FUERA DE MÉXICO INGIERE MEDICAMENTOS NO ESPECI - FICADOS POR LO QUE HASTA SU INGRESO (TARDÓ 15 DIAS CON LA - SINTOMATOLOGÍA), PRESENTA EXITACIÓN PSICOMOTRIZ, EXHIBICIO - NISMO, AGRESIVIDAD FÍSICA INDISCRIMINADA, CONFUSIÓN MENTAL, BERBORREICA, RISAS INMOTIVADAS.

AMBIENTE FAMILIAR: BUENAS RELACIONES FLOTANTES CON ESPOSO E HIJOS YA QUE LA PACIENTE TAMBIÉN ES ALCOHÓLICA CRÓNICA.

POSTERIORMENTE, SE PROCEDIÓ A DISTRIBUIR A LOS SU JETOS EN 5 GRUPOS DE 10 SUJETOS CADA UNO. LOS 40 SUJETOS - DEL SEXO MASCULINO FUERON ASIGNADOS AL AZAR EN CUATRO GRU - POS; EL 50. GRUPO FUE FORMADO POR LAS PACIENTES DE SEXO FE -

MENINO CON EL OBJETO DE CONTROLAR LAS MANIFESTACIONES AFECTIVAS QUE SE PUDIESEN SUSCITAR EN LA TERAPIA. JUNTO CON LOS GRUPOS SE ESTABLECIERÓN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- 1).- COMPLETAR 10 SESIONES TERAPÉUTICAS.
- 2).- TENER CADA SESIÓN UNA HORA DE DURACIÓN.
- 3).- ESTAR EN SESIÓN UNA HORA DOS VECES POR SEMANA.

INSTRUCCIONES INICIALES "LOS AQUÍ PRESENTES ACEPTARON FORMAR PARTE DE ESTOS GRUPOS CON FINES TERAPÉUTICOS, BUSCANDO EN EL OBJETIVO COMÚN QUE ES EL DE LLEGAR A UNA MEJOR ADAPTACIÓN AL MEDIO AMBIENTE EXTERNO Y SUPERAR LAS CAUSAS POR LAS CUALES LLEGARON A ESTE HOSPITAL: TODOS Y CADA UNO DE USTEDES PODRÁN EXTERNAR SUS OPINIONES, EXPRESAR SUS EXPERIENCIAS, SENTIMIENTOS, SENSACIONES, PLANES HACIA EL FUTURO Y SITUACIONES DE INTERÉS COMÚN, YA QUE, LOS AQUÍ PRESENTES NOS VAMOS A AYUDAR MUTUAMENTE PARA UNA MEJOR COMPRESIÓN Y ADAPTACIÓN PARTIENDO DE LA PROBLEMÁTICA COMÚN A TODOS NOSOTROS".

TERAPIA DE GRUPO (CENTRADA EN EL GRUPO).

SE ESPERA QUE LOS PACIENTES COMPARTAN SUS PROBLEMAS, LAS EXPERIENCIAS COMUNES TIENDEN A FACILITAR LA EXPRESIÓN INDIVIDUAL. EL TERPEUTA TRATA DE PROMOVER UNA ATMÓSFERA DE GRUPO EN LA CUAL LOS MIEMBROS COMUNIQUEN EMPATÍA Y ACEPTACIÓN UNOS A OTROS. SE CONSIDERA QUE CADA MIEMBRO DEL GRUPO NECESITA ENCONTRAR EL MISMO SENTIMIENTO DE ACEPTACIÓN POR OTRA PARTE DE LOS OTROS MIEMBROS.

LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS SE EXAMINAN ME-

DIANTE INDICACIONES DE TRANSFERENCIA.

RESULTADOS.

LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS OBSERVADOS EN LOS 50 PACIENTES FUERON: ALUCINACIONES, IDEAS DELIRANTES, DELIRIO DE PERSECUSIÓN, DE GRANDEZA, AGRESIVIDAD, CONFUSIÓN, ANGUSTIA Y EXITACIÓN.

ES IMPORTANTE HACER NOTAR EL ALTO PORCENTAJE DE PACIENTES ADICTOS A MARIJUANA, BARBITÚRICOS, E INHALANTES. AUNQUE ALGUNOS DE LOS ENFERMOS MOSTRARON PREFERENCIA POR ALGUNA DROGA EN ESPECIAL, LO COMÚN FUE LA DEPENDENCIA MÚLTIPLE.

LA MAYORÍA DE LOS CASOS TENÍA PADECIMIENTO PREVIO, PREDOMINANDO LOS ENFERMOS CON RASGOS PSICOPÁTICOS. LAS PSICOSIS FUERON MÁS FRECUENTES EN EL SEXO MASCULINO.

LA EDAD PROMEDIO DE PSICOSIS TÓXICAS ES DE 20 AÑOS.

FUE COMÚN EL ANTECEDENTE DE HOGAR DESORGANIZADO.

REACCIONES ADVERSAS DE LOS ESTIMULANTES CON ABUSO DISCRETO.

INESTABILIDAD EMOCIONAL.	NERVIOSISMO	INQUIETUD.
PÉRDIDA DEL GUSTO.	NAUSEAS	VOMITO.
ESCALOSFRÍOS.	COLAPSO.	SINCOPE.
TRAST. CARDIOVASCULARES.	TRAST. GASTRO INT.	TAQUICANDIA
PÉRDIDA DE APETITO.	PÉRDIDA DE PESO	HIPERTENSIÓN.
SEQUEDAD DE LA BOCA.	POLIURIA.	CONSTIPACIÓN.

TIPOS DE DEPENDENCIA DE LOS 50 CASOS.

TOXICO.	NUMERO DE ENFERMOS	%
MARIJUANA.	40	80 %

BARBITURICOS	26	52 %
ANFETAMINAS	22	44 %
ALUCINOGENOS	20	40 %
ALCOHOL	16	32 %
HIPNOTICOS Y SEDANTES	11	22 %
THINNER	10	20 %
CEMENTO	10	20 %
OPIO	1	2 %
ANALGESICOS	1	2 %

CONDUCTA PREDOMINANTE DE LOS PACIENTES
(50 CASOS).

CONDUCTA OBSERVADA	NUMERO DE PACIENTES	%
ALUCINACIONES VISUALES	33	66 %
ALUCINACIONES AUDITIVAS	33	66 %
DELIRIO DE PERSECUSION	19	38 %
DELIRIO DE GRANDEZA	16	32 %
AGRESIVIDAD	15	30 %
CONFUSION	13	26 %
ANGUSTIA	11	22 %
MISTICISMO	10	20 %
SENTIMIENTOS DE CULPA	9	18 %
DEPRESION	5	10 %

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA DE
ACUERDO A LA OBSERVACION REALIZADA EN
LAS SESIONES TERAPEUTICAS.

- 1).- INTERES SOMATICO. PREOCUPACIÓN POR LA SALUD FÍSICA, MIEDO A LAS ENFERMEDADES FÍSICAS, HIPOCONDRIASIS.
- 2).- ANSIEDAD. INQUIETUD, MIEDO, TEMOR AL PRESENTE O FUTURO.
- 3).- INESTABILIDAD EMOCIONAL. FALTA DE INTERACCIONES ESPONTÁNEAS AUTISMO, DEFICIENTES RELACIONES CON OTROS.
- 4).- DESORGANIZACION CONCEPTUAL. PROCESOS DEL PENSAMIENTO CONFUSOS, DISOCIACIÓN, DESORGANIZACIÓN, DESINTEGRACIÓN.
- 5).- SENTIMIENTOS DE CULPA. CULPA A SÍ MISMO, VERGÜENZA, REMORDIMIENTOS POR CONDUCTA PASADA.
- 6).- TENSION. FÍSICA, MOTORA, AMBAS, MANIFESTACIONES NERVIOSAS, HIPERTENSIÓN.
- 7).- CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS. MANERISMOS, POSTURAS PECULIARES, ESTILO DEL LENGUAJE, ORIGINALIDADES, (NO INCLUYENDO TICS.).
- 8).- DELIRIOS DE GRANDEZA. EXAGERACIONES EN LA OPINIÓN DE SÍ MISMO ARROGANCIA, CONVICCIONES DE PODER O HABILIDADES SOBRENATURALES.
- 9).- ESTADOS DEPRESIVOS. DOLOR, PENA, TRISTEZA, ABATIMIENTO, PESIMISMO.
- 10).- HOSTILIDAD. HACIA SÍ MISMO, DESPRECIOS, INDIFERENCIA, DESDEN POR OTRAS PERSONAS.
- 11).- SUSPICACIAS. DESCONFIANZA, OTRAS CREENCIAS MALICIOSAS, INTENTOS INCRIMINATORIOS.
- 12).- CONDUCTA ALUCINATORIA. PERCEPCIONES ANORMALES, SIN ESTIMULACIÓN EXTERNA APARENTE.
- 13).- RETARDO MOTOR. RETRASO, DEBILIDAD EN LOS MOVIMIENTOS O EN EL LENGUAJE, REDUCCIÓN INTELECTUAL.
- 14).- RESISTENCIAS. NO COOPERACIÓN, DEFENSIVO, DESCONOCIMIENTO DE LA AUTORIDAD Y EL ÓRDEN.
- 15).- ALTERACION EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO. EXTRAÑO ANORMAL.

- 16).- ANORMALIDAD AFECTIVA. REDUCCIÓN DEL TONO EMOCIONAL, REDUCCIÓN EN LA INTENSIDAD NORMAL DE LOS SENTIMIENTOS, APLANAMIENTO AFECTIVO.
- 17).- EXITACION. HIPERACTIVIDAD EMOCIONAL, AGITACIÓN, INCREMENTO REACTIVO.
- 18).- DESORIENTACION. DISSOCIACIÓN Y CONFUSIÓN CON RESPECTO A LAS PERSONAS.
- 19).- ACEPTACION. DEL PACIENTE A SUS FAMILIARES.
- 20).- REACCION EMOCIONAL. POSITIVA DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE.
- 21).- INFLUENCIA. NEGATIVA DEL PACIENTE A LA FAMILIA.
- 22).- INFLUENCIA. DE LA FAMILIA EN EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE.
- 23).- COOPERACION DE LA FAMILIA. EN EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE.
- 24).- INFLUENCIA DEL GRUPO TERAPEUTICO. EN EL PACIENTE.
- 25).- PRONOSTICO. EVALUACIÓN DE LA TERAPIA POR EL PACIENTE.

CRITERIO DE EVALUACION.

A) NINGUNA B) LIGERO C) REGULAR D) BUENO

OBTENCION DE RESULTADOS:

UNA VEZ RECOPIADOS LOS REPORTES DE ACUERDO A LA ESCALA DE EVALUACIÓN EN DONDE SE ESTABLECE EL CAMBIO NO EVOLUCIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE DENTRO DE LA TERAPIA EN LAS SESIONES ESTABLECIDAS:

No. DE PACIENTES	INFLUENCIA DE LA TERAPIA	PRONOSTICO.
30	BUENA	POSITIVO
6	REGULAR	MODERADO
4	NINGUNA	NEGATIVO
10	NO DETERMINADO	NO DETERMINADO

TABLA DE DISTRIBUCION (%) AL TERMINAR LA
TERAPIA DE GRUPO.

CAMBIOS EN EL PACIENTE	NUMERO DE PACIENTES	%
IMPORTANTE	30	60 %
MODERADO	6	12 %
NINGUNO	4	8 %
SIN ESPECIFICAR	10	20 %

EVALUACION:

EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESARROLLA LA ACCIÓN TERAPEÚTICA DESEMPEÑA UN PAPEL DE DECISIVO, EN EL HOSPITAL SE ENCONTRÓ UNA ACTITUD REACIA HACIA LA PSICOTERAPIA, POR LO QUE EL PERSONAL TUVO QUE SER CONVENCIDO PARA QUE COOPERARA EN EL TRATAMIENTO Y SE INCORPORARA A ÉL.

EN LA EVALUCACIÓN SE ENCONTRÓ UN PORCENTAJE DEL 60 % DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA, A PESAR DE QUE ALGUNOS PACIENTES CONTABAN CON VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE SU PADECIMIENTO.

EN EL 12 % DE LOS CASOS LOS PACIENTES OBTUVIERON UNA LIGERA MEJORIA YA QUE DESPUÉS DEL CRITERIO ESTABLECIDO (60 DIAS) SE PRESENTARON AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN A PADECIMIENTOS COLATERALES CON EL INICIO DE SU PROBLEMÁTICA.

EN EL 8% DE LOS CASOS NO SE OBTUVO CAMBIO ALGUNO YA QUE LOS PACIENTES AÚN PERMANECIENDO EN TERAPIA NO COOPERARON, MANTENIENDOSE AISLADOS Y PRESENTANDO RESISTENCIAS

POR LO QUE DICHOS PACIENTES AL TERMINAR SU TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y TERAPÉUTICO FUERON CANALIZADOS A UNA GRANJA PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS.

POR ÚLTIMO EL 20 % DE LOS CASOS NO FUE POSIBLE EVALUARLO YA QUE ANTES DE CONCLUIR EL TRATAMIENTO ABANDONARON EL HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN, POR LO QUE NO FUE POSIBLE LLEGAR A LA EVALUACIÓN EN ESTOS CASOS (10).

LOS DATOS INDICAN QUE LA PSICOTERAPIA SI ES EFECTIVA EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS, YA QUE LA ENFERMEDAD MENTAL PUEDE TRATARSE PSICOTERAPEÚTICAMENTE, EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA NO PUEDE ELUDIRSE LA NECESIDAD DE CONFIGURAR EL MEDIO AMBIENTE DE LAS INSTITUCIONES, PREPARAR Y SELECCIONAR EL PERSONAL, DE DAR NUEVA INSPIRACIÓN A LA FORMA DE COLABORACIÓN EN EL EQUIPO DE TRABAJO QUE TRATA LA ENFERMEDAD MENTAL INSTITUCIONALIZADA.

C A P I T U L O

V I I

P A G I N A

SUMARIO	229
CONCLUSIONES.....	234
BIBLIOGRAFIA.....	239

S U M A R I O .

EL CONCEPTO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TRADICIONAL CREADO PARA PROTEGER A LA SOCIEDAD DEL ENFERMO MENTAL MÁS -- QUE PARA ATENDERLO DESDE EL PUNTO DE VISTA ASISTENCIAL, SE HA VENIDO TRASFORMANDO EN UNA FORMA TOTAL EN LOS ÚLTIMOS -- AÑOS.

NUEVOS CONCEPTOS HAN VENIDO A SUBSTITUIR A LOS -- CONCEPTOS VIGENTES DURANTE LARGO TIEMPO, Y EN LA ACTUALIDAD SE ESTABLECE QUE EL AMBIENTE EN EL QUE TIENE QUE VIVIR EL PACIENTE SEA TERAPÉUTICO DE POR SÍ, TRATANDO DE QUE EL HOS-- PITAL FUNCIONE COMO UNA COMUNIDAD EN DONDE EL PERSONAL Y -- LOS PACIENTES CONSTITUYEN PARTES INTEGRANTES DE UN SOLO OR-- GANISMO.

LA REESTRUCTURACIÓN EN EL CONCEPTO DEL HOSPITAL -- PSIQUIÁTRICO SE DEBIÓ A UNA POSTURA MENTAL MÁS DINÁMICA DE LAS AUTORIDADES RESPONSABLES DE LA SALUD MENTAL DE LA COMU-- NIDAD, SIENDO EL PRINCIPAL BENEFICIADO CON ESTE MOVIMIENTO EL PACIENTE CON TRASTORNOS MENTALES, YA QUE SE LOGRÓ UNA DE-- PURACIÓN DE CASOS AGUDOS Y PATOLÓGICOS, CANALIZANDOLOS AL -- HOSPITAL CORRESPONDIENTE SEGÚN EL CASO. OTRA CONSECUENCIA COLATERAL FUE LA ACTUALIZACIÓN DE LAS CIENCIAS ESPECIALIZA-- DAS EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL, YA QUE ESTE MOVI-- MIENTO PERMITIÓ DINAMIZAR LAS APLICACIONES CIENTÍFICAS EN -- CASOS DE ANORMALIDAD MENTAL Y AL MISMO TIEMPO SE LOGRÓ EFEC-- TURAR UN TRATAMIENTO PERSONALIZADO LO QUE NUNCA SE LOGRÓ EN

LA HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL INSTITUCIONA
LIZADO.

EL CAMBIO MÁS IMPORTANTE QUE SE LOGRÓ ES EN LO -
QUE RESPECTA A LA OPINIÓN, CREENCIAS, TABÚES, MITOS Y MALA
INFORMACIÓN QUE TENIA EL MEDIO AMBIENTE Y LA FAMILIA DE LA
ENFERMEDAD MENTAL; LOGRANDO QUE LA COMUNIDAD ACEPTÉ DICHA -
ENFERMEDAD COMO CUALQUIER OTRA QUE PUEDE AFECTAR AL SER HU-
MANO EN UN MOMENTO DETERMINADO.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DESDE SU ORIGEN HA TENIDO
QUE LUCHAR PARA SER RECONOCIDA COMO UNA PROFESIÓN EN EL CAM-
PO DE ESTUDIO RELACIONADO CON EL SER HUMANO TANTO EN LA SI-
TUACIÓN NORMAL COMO ANORMAL DE SUS MANIFESTACIONES CONDUCTA
LES.

LA DOBLE PROBLEMÁTICA QUE PRESENTA LA PSICOLOGÍA
CLÍNICA COMO PROFESIÓN ES, POR UNA PARTE, QUE SUS MÁS ACE-
RRIMOS DESIDENTES SON LOS MISMOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE AL
NO ESTAR DE ACUERDO CON UNA TEORÍA O METODOLOGÍA ESPECÍFICA
TRATAN DE NEGARLE MÉRITOS O UTILIDAD, POR OTRA PARTE, LA LU-
CHA QUE SEGUIRÁ ENTABLANDOSE CON LAS OTRAS CIENCIAS RELACIO-
NADAS CON EL COMPORTAMIENTO HUMANO CON RESPECTO A LA ACTIVI-
DAD Y EL CAMPO DE ESTUDIOS DE CADA UNA DE ELLAS.

AMBAS CAUSAS NO HAN PERMITIDO QUE LA PSICOLOGÍA -
CLÍNICA ADQUIERA UN MARCO DE REFERENCIA ESTABLE Y ACEPTADO
TANTO POR LAS OTRAS CIENCIAS COMO POR LOS MISMOS PSICÓLOGOS
CLÍNICOS.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA HA RECIBIDO GRAN IMPULSO -

POR PARTE DE LAS AUTORIDADES RESPONSABLES EN ESTUDIOS SUPERIORES, TRATANDO CONSTANTEMENTE, DE QUE EL PROFESIONISTA ESPECIALIZADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA RECIBA UNA PREPARACIÓN QUE LE PERMITA ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD TANTO NORMAL COMO ANORMAL.

DENTRO DE LA REESTRUCTURACIÓN EFECTUADA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, EL HOSP. PSIQ. "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, TIENE GRAN IMPORTANCIA DENTRO DE LA COMUNIDAD YA QUE ALBERGA LOS CASOS AGUDOS DE ANORMALIDAD MENTAL, Y ADEMÁS NOS PROPORCIONA UN INDICE DE LOS PRINCIPALES CASOS DE MORBILIDAD DE LA COMUNIDAD.

OTRO SERVICIO DEL HOSPITAL ES EL TRATAMIENTO A PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON LO QUE, SE DEMUESTRA, QUE EL ENFERMO MENTAL NO NECESARIAMENTE DEBE ESTAR HOSPITALIZADO.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO, AUNQUE SEA DIFÍCIL ADMITIRLO, EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS POCO O NADA HA REALIZADO PARA SER ACEPTADO POR LOS OTROS PROFESIONISTAS DE LA INSTITUCIÓN COMO INTEGRANTE Y ELEMENTO IMPORTANTE DE UN GRUPO DE TRABAJO; HA ACEPTADO EN FORMA PASIVA EL PAPEL QUE HISTÓRICA Y TRADICIONALMENTE SE LE HA ASIGNADO DENTRO DE LAS INSTITUCIONES, EN NUESTRA COMUNIDAD SE REFLEJA CON MAYOR INTENSIDAD DICHO PROBLEMA.

DEBIDO A LOS IRREVELANTES DE SU PARTICIPACIÓN DENTRO DE LAS INSTITUCIONES, EL PSICÓLOGO NO HA LOGRADO ADQUI-

RIR EN LA COMUNIDAD LA IMPORTANCIA QUE MERECE COMO PROFESIONISTA DE UNA CIENCIA QUE ATAÑE A TODO SER HUMANO.

EL PAPEL TRADICIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO DEBE DEJARSE ATRAS POR RESULTAR INOPERANTE PARA NUESTRA SITUACIÓN ACTUAL YA QUE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS ACTUALES PERMITEN UNA PSICOLOGÍA MUCHO MÁS DINÁMICA.

LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS SON EL MEDIO POR EL CUAL SE DEBE CAMBIAR LA IMAGEN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO YA QUE TIENE UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE TODOS LOS NIVELES SOCIALES DE LA COMUNIDAD.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO ESTÁ CAPACITADO PARA REALIZAR ADEMÁS DE LABORES DE PSICODIAGNÓSTICO, OTRAS ACTIVIDADES DENTRO DEL ÁREA DE ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE LE PUEDEN SER MUCHO MÁS EFECTIVAS Y ASIMISMO MÁS VÁLIDAS POR EL DINAMISMO DE SU CAPACIDAD PROFESIONAL.

EL PRIMER CAPÍTULO SE REALIZA UNA REVISIÓN HISTÓRICA DE LA CONDUCTA ANORMAL Y LOS AVANCES QUE SE HAN REALIZADO EN MÉXICO EN LO QUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO Y READAPTACIÓN DEL ENFERMO MENTAL, ADEMÁS DE SUS RELACIONES EN EL ASPECTO FAMILIAR, SOCIAL Y LEGAL.

CAPÍTULO DOS, SE REvisa LO MÁS RELEVANTE DE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO PROFESIÓN ESPECIALIZADA EN LA HIGIENE MENTAL.

EL TERCER CAPÍTULO SE REFIERE A UNA REVISIÓN DEL ESTADO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO EN BASE A LA UNAM.

EL CUARTO CAPÍTULO DESCRIBE AL HOSPITAL PSIQUIÁ -
TRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ Y SU IMPORTANCIA EN LA COMUNI
DAD ASÍ COMO LOS PRINCIPALES CASOS DE MORBILIDAD Y LO QUE -
PODRÍA REALIZAR EL PSICÓLOGO CLÍNICO INSTITUCIONALIZADO EN
DICHOS CASOS.

EL QUINTO CAPÍTULO SE REFIERE A UNA EVALUACIÓN DE
LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PSICÓLOGO CLÍNICO
INSTITUCIONALIZADO ASÍ COMO SUS LIMITACIONES, INCLUYENDO UN
PROYECTO PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

EL SEXTO CAPÍTULO TRATA SOBRE LA APLICACIÓN DE TE
RAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON PSICOSIS TÓXICA POR DEPEN -
DENCIA DE DROGAS.

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y ASISTENCIALES, LA CONDUCTA ANORMAL HA PADECIDO FUERTES PRESIONES A TRAVÉS DE LA HISTORIA, OCASIONANDO QUE EL DESARROLLO CIENTÍFICO DE LA CONDUCTA ANORMAL SEA LENTO Y EN LA ACTUALIDAD SE IGNOREN BASTANTES FENÓMENOS DE LA MENTE HUMANA.
- 2.- EN NUESTRA SOCIEDAD ACTUALMENTE, SE HA PROPORCIONADO AL INDIVIDUO QUE PRESENTA CONDUCTA ANORMAL LAS INSTALACIONES ACORDES CON LA ÉPOCA, PERO LAMENTABLEMENTE, PARA CIERTOS TIPOS ESPECÍFICOS DE ESTOS PACIENTES PRESENTAN UN ALTO RIESGO DE SEGURIDAD PARA SU INTEGRIDAD FÍSICA.
- 3.- LOS HOSPITALES GRANJAS CREADOS PARA LA CONDUCTA ANORMAL CRÓNICA PIERDEN PARTE DE SU OBJETIVO PRINCIPAL ASISTENCIAL DEBIDO A LA NEGLIGENCIA E IRRESPONSABILIDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE, YA QUE LOS ABANDONAN EN ESOS CENTROS.
- 4.- PARA UN ÓPTIMO FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARA CASOS AGUDOS, SE REQUIERE DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL ENFERMO, DE LOS FAMILIARES Y DE LA SOCIEDAD PARA LOGRAR UN CONTROL MÁS RÁPIDO DEL PADECIMIENTO Y UN RESTABLECIMIENTO MÁS CONSISTENTE.
- 5.- EL ENFERMO MENTAL EN NUESTRA SOCIEDAD DEBE SER CONSI-

DERADO COMO UNA UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL QUE REQUIERE DE LAS MISMAS O MÁS ATENCIONES Y CUIDADOS SIMILARES A LAS QUE SE PROPORCIONAN A OTRO TIPO DE PADECIMIENTOS DEL SER HUMANO.

- 6.- CORRESPONDE A LA CIENCIA JOVEN QUE ES LA PSICOLOGÍA, CAMBIAR LAS ACTITUDES TRADICIONALES DEL ENFERMO, DE LA FAMILIA Y DEL ASPECTO LEGAL QUE SE UTILIZA EN NUESTRA SOCIEDAD.
- 7.- LOS PROFESIONISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INSTITUCIONALIZADA, DEBEN ADOPTAR MEDIDAS ADECUADAS TENDIENTES A LOGRAR SU ACEPTACIÓN Y RECONOCIMIENTO DENTRO DEL GRUPO DE TRABAJO EN EL CUAL PARTICIPAN.
- 8.- EN NUESTRA SOCIEDAD, NO SE ENCUENTRA BIEN DEFENDIDA LA IMAGEN Y FISONOMÍA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO COMO PROFESIONISTA, PROBLEMA DEBIDO A QUE ÉL MISMO HA PERMITIDO QUE LA TRADICIÓN JERARQUICA LE IMPIDA ACTUAR Y AMPLIAR EL CAMPO QUE POR SU PREPARACIÓN ACADÉMICA DOMINA Y DEBERÍA DESARROLLAR EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.
- 9.- EN TODOS LOS ETIQUETADOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS PARA DESCRIBIR LA CONDUCTA ANORMAL, EXISTEN TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS Y ADECUADOS QUE, LAMENTABLEMENTE, EL PSICÓLOGO CLÍNICO NO LLEVA A LA PRÁCTICA DENTRO DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS, CONCRETANDO SU LABOR A LA DE TÉCNICO PSICOMETRA.
- 10.- NUEVAS Y EXITANTES PERSPECTIVAS TIENEN OCASIÓN EN EL

ÁREA DE APRECIACIÓN, LAS CUALES TIENDEN A REEMPLAZAR LOS ANTIGUOS TESTS ORIENTADOS COMO FUNCIÓN PRINCIPAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO, LOS TESTS DE DIAGNÓSTICO PODRÍAN CONTINUAR SIENDO ESCENCIALES, PERO NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES PLANTEAN UN FUERTE DESAFÍO PARA LAS TÉCNICAS POPULARES ESTILIZADAS POR LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS INSTITUCIONALIZADOS, LAS CUALES CARECEN DE UTILIDAD EVIDENTE EN EL ENFERMO CON CONDUCTA ANORMAL HOSPIRALIZADO.

- 11.- EN LOS PROGRAMAS DE ESTUDIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M., ES IMPORTANTE QUE SE SENSIBILICE A LOS ESTUDIANTES FUTUROS PROFESIONISTAS, EN EL SENTIDO DE QUE CUENTAN CON UN NIVEL ACADÉMICO Y UN PRESTIGIO SIMILAR AL DE OTRAS PROFESIONES PARA QUE ASUMAN EL PAPEL QUE LES CORRESPONDE DENTRO DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS SOCIALES.
- 12.- ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES AL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, ESTABLEZCAN COMO REQUISITO PARA EL FUTURO PROFESIONISTA EN ESTA RAMA DEL CONOCIMIENTO HUMANO, UN INTERNADO DE SEIS MESES MÍNIMO DE DURACIÓN A REALIZARSE EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS, CON EL OBJETO DE QUE SE ENFRENTA Y RESUELVAN PROBLEMAS REALES QUE ENCONTRARÁ EN SU VIDA PROFESIONAL.
- 13.- LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M., DEBE TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS INSTITUCIONALIZADOS CUENTEN CON EL TÍTULO PROFESIO

NAL CORRESPONDIENTE QUE LOS ACREDITE, YA QUE AL REGULARIZAR SU SITUACIÓN PROFESIONAL Y ACADÉMICA, ELEVAN EL PRESTIGIO, Y PROYECTAN OTRA IMAGEN DE LA ESPECIALIDAD.

14.- LA CREACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ES DE VITAL IMPORTANCIA, YA QUE, PERMITIRÁ - QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE SE DEDIQUEN A LA INVESTIGACIÓN CUENTEN CON LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU LABOR, Y CUYOS RESULTADOS TAMBIÉN SE PODRÁN APLICAR EN EL PROCESO DE CAMBIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA QUE SE DEBE UTILIZAR EN NUESTRA SOCIEDAD DE ACUERDO A NUESTRA MENTALIDAD, MEDIO AMBIENTE Y PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE NUESTRA SITUACIÓN BIOPSIOSOCIAL.

15.- CUANTO MÁS SE DESARROLLA UNA CIENCIA, MAYOR ES LA DIFERENCIACIÓN. ACTUALMENTE, LA PSICOLOGÍA CLÍNICA - TIENDE A UNA REORGANIZACIÓN DEBIDO AL SURGIMIENTO DE ESPECIALIDADES AFINES, GRUPOS DIVISORIOS Y GRUPOS INTERESADOS. TAL VEZ LA FLUIDEZ DE LA PROFESIÓN GARANTICE EL CRECIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

LA DEMANDA SOCIAL DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS, QUE ESTÁ LEJOS DE SER SATISFECHA, DEBE PRODUCIR UN AUMENTO EN - LOS INGRESOS Y TAMBIÉN EN EL ESTATUS COMO PROFESIONISTAS; LA ESTRUCTURACIÓN DE CAMBIOS DINÁMICOS NUTRIRÁN INDEFECTIBLEMENTE LA IMAGEN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INSTITUCIONALIZADA COMO PROFESIÓN Y COMO CIENCIA. TAL VEZ, LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS INSTITUCIONALIZADOS

POSEEN DE SÍ MISMOS UNA IMAGEN DEMASIADO CONFLICTIVA,
QUE NO LES PERMITE DESEAR LA INDEPENDENCIA PROFESIO -
NAL Y PARA ASUMIR ABIERTAMENTE LA RESPONSABILIDAD QUE
LES CORRESPONDE PARA CON LA SOCIEDAD Y LAS CIENCIAS -
EN GENERAL.

B I B L I O G R A F I A .

- ABARCA R. EL DERECHO PENAL EN MEXICO. EDIT. -
JUS 1969.
- ADLER A. EL CARACTER NERVIOSO. EDIT. -
MORATA 1963.
- ADLER A. EL SENTIDO DE LA VIDA. EDIT. -
MORATA 1963.
- ALEXANDER F. Y STAUBI H. EL DELINCUENTE Y SUS JUECES DES
DE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO. EDIT. JUS 1969.
- ALMARAZ J. ALGUNOS ERRORES Y ABUSOS DE LA
LEGISLACION PENAL. MEXICO 1967.
- ALVAREZ ORDONEZ J. COL. PROGRAMAS ARQUITECTONICOS Y
MEDICO SOCIALES DE SALUD MENTAL
EN EL D.F. REV. SALUD PUBLICA
MEXICO. 1966.
- ALVAREZ V. ELEMENTOS DE PSICOLOGIA EDIT. -
AGUILAR 1969.
- ALVAREZ V. PSICODIAGNOSTICO CLINICO EDIT.
AGUILAR 1969.
- APPICCIAFUOCO R. MANUAL DE PSICOLOGIA EDIT. -
KAPELUZ 1971.
- ARDILAR R. PSICOLOGIA EXPERIMENTAL EDIT. -
TRILLAS 1973.
- ARIAS GALICIA F. INTRODUCCION A LA TECNICA DE -
INVESTIGACION DE PSICOLOGIA EDIT.
TRILLAS 1973.
- AYLLON T Y AZRINN ECONOMIA DE FICHAS CARACTER DE
BACHRACH A.J. LA INVESTIGACION PSICOLOGICA.
EDIT. MORATA 1966.
- BANDURA A Y RIBES E. MODIFICACION DE CONDUCTA -
TRILLAS 1974.
- BARRON DEMENT. NUEVAS DIRECCIONES EN PSICOLOGIA
RINEHART 1965.

- BENAVIDES TORRES J. ENFOQUE DE LA TERAPIA AMBIENTAL EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO TESIS PROF. U.N.A.M. 1975.
- BENKREKAIR HAWARD. TERAPIAS REHABILITADORAS TESIS PROF. U.N.A.M. 1958.
- BERKAP PROBLEMAS HUMANOS EN UN HOSPITAL MENTAL ESTATAL. EDIT. MCGRAWHILL. - 1966.
- BINOIS R. LA PSICOLOGIA APLICADA EDIT. PAIDOS 1973.
- BORIG B.G. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL EDIT. PAIDOS 1967.
- BRILL A. CONTRIBUCIONES DE FREUD A LA PSIQUIATRIA EDIT. NORTON N. YORCK. 1957.
- BUNKER H.A. AMERICAN PSYCHIATRIC LITERATURE DURING THE PAST ONE HUNDRED YEARS. EDIT. COLUMBIA 1944
- BURTT H.E. PSICOLOGIA APLICADA EDIT. PRENTICE HALL. 1957.
- CABILDO H.M. ENCUESTA PARA CONOCER LA MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ISSSTE. 1968.
- CAINE-SMALL. EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EDIT. INTERNATIONAL UNIVERSITIES. 1971.
- CAMERON-NORMAN. BEHAVIOR PATOLOGY EDIT PRENTICE/ HALL. 1951
- CANTRIL HADLEY. THE PSYCHOLOGY OF MOVEMENTS SOCIAL. EDIT. ALDINE. 1963.
- CARMONA ROMERO E. MEXICO ENFERMEDAD MENTAL TESIS PROF. U.N.A.M. 1971.
- COLE WITTEBORN DRUG ABUSE EDIT. CHARLESC. THOMAS. 1969.
- CORDOVA G.E. GENESIS DE LAS NEUROSIS TESIS PROF. U.N.A.M. 1975.
- CORTES HERMAN CARTAS DE RELACION EDIT. PORRUA 1960.

- CUEVAS J. GARCIA I. DERECHO PENITENCIARIO EDIT. PORRUA
1970.
- DAVIS J.A. EDUCATION FOR POSITIVE MENTAL HEALTH
EDIT. ALDINE. 1966.
- DIAZ DEL CASTILLO BERNAL. HISTORIA DE LA CONQUISTA DE LA NUEVA
ESPAÑA EDIT. PORRUA. 1960.
- EMMART EMILY WALCOTT. EL MANUSCRITO BADIANO EDIT. HOPKINS
1940.
- ENGLISHJOS -PEARSON S.H. EMOTIONAL PROBLEMS OF LIVING EDIT.
NORTON 1945.
- ERISMAN. PSICOLOGIA GENERAL EDIT. GLEZ.PORTO,
1968.
- EY HENRY. TRATADO DE PSIQUIATRIA. EDIT. TORAY.
1973.
- FERNANDEZ DEL CASTILLO F. LA MEDICINA DE TLATELOLCO. GACETA
MEDICA 1964.
- FINN-BROWN. TRAINING FOR CLINICAL PSYCHOLOGY
EDIT. INTERNATIONAL UNIVERSITIES -
1971.
- FLORES F.A. LA MEDICINA EN MEXICO SR1A. FOMENTO
1964.
- FLOUGEL J.C. CIEN AÑOS DE LA PSICOLOGIA. EDIT.
INTERNACIONAL 1971.
- FUELLER L.L. LA NORMAL DEL DERECHO. EDIT. TRILLAS
1973.
- FOULDS G.A. PERSONALITY AND PERSONAL ILLNESS.
ALDI EDIT. ALDINE 1965.
- GARFIELD S.L. INTRODUCCION A LA CLINICA PSICOLO -
GICA EDIT. NUEVA YORK. 1967.
- GERALD F.A. FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA.EDIT. -
TRILLAS. 1973.
- GUEVARA OROPEZA M. LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN EL D.F.
1953.
- GUNTRIF N. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD E -
INTERACCION HUMANA. EDIT. PAIDOS.
1971.

- GUZMAN V.I. EL CONOCIMIENTO DE LO SOCIAL EDIT. JUS. 1971.
- HEBB D.D. PSICOLOGIA. EDIT. INTERAMERICANA. 1968.
- HOCH E.L. CONTRIBUCION EXPERIMENTAL A LA PSICOLOGIA CLINICA EDIT. MADSHORTH 1971.
- HOCH. E.L. PSICOLOGIA CLINICA EDIT. WADSWORTH. 1971.
- HORNEY K. LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO EDIT. PAIDOS 1951.
- HOWELLS. J.C. FAMILY PSYCHIATRY EDIT. CHARLES C. THOMAS. 1963.
- HYMAN COMO INVESTIGAR EN PSICOLOGIA EDIT. UTEHA. 1965.
- HYNS. R.W. THE PSYCHOLOGY OF PERSONAL ADJUSTMENT EDIT. RINEHART-WINSTON. 1958.
- JACK MICHAEL Y LEL MEYERSON. UN ENFOQUE CONDUCTUAL AL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO HUMANO. EDIT. HARVARD 1962.
- JAMES R. EL DISEÑO DE UNA CULTURA REHABILITADORA PARA ADOLESCENTES MODERADAMENTE RETARDADOS EDIT. GLENVIEW -- ILLINOIS. 1970.
- JUNG. C.G. TIPOS PSICOLOGICOS. EDIT. SERNA 1955.
- KLIN-RIGGS. PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. EDIT. -- WINSTON. 1970.
- LIABATE L. PRINCIPIOS DE PSICOLOGIA CLINICA - EDIT. PAIDOS. 1967.
- LUBIN-NEVITT. LA PSICOLOGIA CLINICA. EDIT. ALDINE. 1967.
- LURIA A.R. LA NATURALEZA DE LOS CONFLICTOS HUMANOS. NUEVA YORCK. 1962.
- MAYER GROSS S. PSIQUIATRIA CLINICA. EDIT. INTERAMERICANO. 1969.
- MC. GUIGAN F.J. PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. EDIT. -- TRILLAS. 1969.

- MELO VAZQUEZ R. SALUD MENTAL PUBLICA EN EL D.F. --
TESIS PROF. U.N.A.M. 1968.
- MILLON.T. PSICOPATOLOGIA Y PERSONALIDAD EDIT.
INTERAMERICANA. 1974.
- MIRA Y LOPEZ E. MANUAL DE PSICOLOGIA GENERAL.EDIT.
KAPELUZ. 1971.
- MORGAN ENGEL S. THE CLINICAL APPROACH TO THE --
PATIENT. EDIT. PRACTICE-HALL. 1969.
- NOYES KOLB. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. EDIT.
PRENSA MEDICA MEX. 1969.
- OLVERA Y LOPEZ AURORA. HOSPITAL PSIQUIATRICO. TESIS PROF.
U.N.A.M. 1971.
- PRONKO H.H. PANORAMA DE LA PSICOLOGIA. EDIT.
WODEWORTH. 1971.
- PASCAL G.R. CAMBIO CONDUCTUAL EN LA CLINICA.
EDIT. GRUNE-STRATTON. 1959.
- PEATMAN J.G. LA PSICOLOGIA APLICADA Y EL PSICOLOGO
EDIT. PAIDOS. 1973.
- RAIMY V.C. GRADUATE EDUCATION IN PSYCHOLOGY.
EDIT. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASS. 1959.
- RAMIREZ MORENO S. DATOS HISTORICOS SOBRE NOSOCOMIOS Y
LA PSIQUIATRIA EN MEXICO. REV. MED.
1944.
- RAMIREZ MORENO S. LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN MEXICO.
EDIT. REV. MOD. 1950.
- REWALD P.A. PRACTICA DE LA PSICOTERAPIA. EDIT.
HALL. 1971.
- ROE A. TRAINING IN CLINICA PSYCHOLOGY.
EDIT. CLIFFS. 1950.
- ROTTER J.A. PSICOLOGIA CLINICA.EDIT.GLEZ. PORTO,
1971.
- RUIZ MAYA M. PSIQUIATRIA PENAL Y CIVIL. EDIT. -
MADRID. 1069.
- SAFFER G.W. CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA
PSICOLOGIA CLINICA. EDIT. NUEVA
YORCK. 1952.

- SAHAGUN BERNARDINO. HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE LA NUEVA ESPAÑA. EDIT. PERMEX. 1956.
- SALMOLINDOS DIARDOS G. LA MEDICINA PSIQUIATRICA LIBERADA. EDIT. REV. GACETA MED. 1964.
- SHAKOW D. PSICOLOGIA CLINICA COMO CIENCIA Y PROFESION EDIT. ALDINE. 1969.
- SHELDON C. PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA ANORMAL. EDIT. PRENTICE-HALL. 1972.
- SIMS A. SALUD MENTAL. EDIT. LANUT. 1973.
- SANFORD-CAPALDI. PSICOLOGIA Y VIDA. EDIT. WADSWORTH. 1971.
- STERNE Y COL. LA PSICOTERAPIA EN LA ACTUALIDAD. EDIT. EUDEBA 1965.
- STROTHER C.R. PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL. EDIT. WADSWORTH. 1956.
- SUAREZ A° Y COL. RAZON LOCURA Y SOCIEDAD. EDIT. S. XXI. 1973.
- SWARTZ. PSICOLOGIA EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA. EDIT. CECSA. 1973.
- SZASZ T.S. LAW, LIBERTY AND PSYCHIATRY. EDIT. MCGRAWHILL. 1963.
- THOMPSON-DEBALD. UNA INTRODUCCION SISTEMATICA A LA PSICOLOGIA EDIT. MC.GRAW-HILL. 1970.
- URIBE L.T. DERECHO PENAL MEXICANO. EDIT. JUS. 1972.
- VELA T.S. CULPABILIDAD E INCULPABILIDAD. EDIT. JUS. 1973.
- VILLORO TORANZO M. DERECHO PUBLICO Y DERECHO PRIVADO. EDIT. JUS. 1973.
- WALLEN R.W. PSICOLOGIA CLINICA. EDIT. MC.GRAW-HILL. 1956.
- WEBB W.B. LA PROFESION DE PSICOLOGO. EDIT. NUEVA YORK. 1962.
- WITTAKER J.O. PSICOLOGIA. EDIT. INTERAMERICANA 1971.

WOLFF W.

QUE ES LA PSICOLOGIA. EDIT. GRUNE- -
STRACCTON. 1956.

ZAX M.

PSICOPATOLOGIA. EDIT. INTERAMERICANA.
1973.