



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**“INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL
TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LÓPEZ BASULTO JOSÉ DANIEL

**ASESORA: Mtra. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ
HERNÁNDEZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos.

Gracias a toda mi familia que me apoyaron durante la carrera, sobre todo a mi abuela que en paz descansa y a mi madre, quienes me animaban a seguir adelante a pesar de las circunstancias.

Agradezco a los profesores que compartieron su experiencia y conocimientos, a mi asesora, Mtra. Claudia Ramírez Hernández quien me acompañó y guió durante esta investigación, a mis sinodales, Mtro. Cesar Javier Arámbula Ríos y Lic. Blanca Perla Ruiz Viveros, quienes revisaron esta tesis haciéndome observaciones que me ayudaron afinar este trabajo.

Gracias al Dr. Rafael Vázquez Maldonado que, a través de sus conocimientos, experiencia y enseñanzas en el área de psicopatología, oriento mi formación y el gusto por la psicología clínica.

Contenido

Resumen.....2

Introducción.....3

Capítulo 1 Psicología Clínica

1.1 Antecedentes de la psicología7

1.2 Psicología científica9

1.3 Surgimiento de la psicología clínica.....12

1.4 Definición de la psicología clínica15

1.5 Funciones y campo del psicólogo clínico17

1.6 Principios éticos en la intervención psicológica.....24

Capítulo 2 La práctica del psicólogo clínico

2.1 Formación del psicólogo clínico27

2.1.1 Formación básica.....27

2.1.2 Especialización o posgrado.....29

2.1.3 Formación continua30

2.2 Niveles de intervención psicológica.....31

2.2.1 Prevención.....31

2.2.1.1 Prevención primaria32

2.2.1.2 Prevención secundaria32

2.2.1.3 Prevención terciaria33

2.3 Tratamiento.....35

2.4. Modelos y teorías psicológicas.....37

| | |
|--|----|
| 2.4.1 Modelos biológicos | 37 |
| 2.4.1.1 La genética..... | 37 |
| 2.4.1.2 Los factores bioquímicos..... | 37 |
| 2.4.1.3 Terapia electroconvulsiva. (TEC) | 38 |
| 2.4.1.4 Psicocirugía..... | 38 |
| 2.4.2 Modelos psicológicos | 39 |
| 2.4.2.1 La terapia psicodinámica | 39 |
| 2.4.2.1.1 El psicoanálisis | 40 |
| 2.4.2.1.2 La psicología de Carl Jung | 41 |
| 2.4.2.1.3 La psicología de Adler | 44 |
| 2.4.2.1.4 Terapia con orientación psicoanalítica o psicodinámica | 45 |
| 2.4.2.2 Terapia conductual | 46 |
| 2.4.2.3 Terapia cognitiva | 50 |
| 2.4.2.4 Terapia humanista | 52 |
| 2.4.2.4.1. El modelo de C. Rogers | 54 |
| 2.4.2.4.2 El enfoque gestáltico de Perls | 57 |
| Capítulo 3 Historia de la psicosis | |
| 3.1 Antecedentes históricos..... | 61 |
| 3.1.1 Un poco de historia | 61 |
| 3.1.2 Pensamientos sobre la locura | 65 |
| 3.2 La Psicosis | 70 |
| 3.2.1 Definición..... | 70 |
| 3.2.2 Tipos de psicosis según el DSM 5..... | 71 |

| | |
|---|----|
| 3.2.2.1 Características claves que definen los trastornos psicóticos según DSM5 | 71 |
| 3.2.2.2 Clasificación de los trastornos psicóticos según DSM 5 | 73 |
| 3.2.3 Diagnostico precoz de la psicosis..... | 76 |
| 3.2.4 Factores de riesgo para psicosis | 77 |
| 3.2.4.1 Factores ambientales y riesgo para la psicosis..... | 77 |
| 3.2.5 Programas | 79 |
| 3.2.6 Diagnóstico | 80 |
| 3.2.7 Intervención en la psicosis..... | 81 |
| 3.2.7.1 Terapia cognitivo conductual (TCC)..... | 81 |
| 3.2.7.2 Terapia psicoanalítica | 85 |
| 3.2.7.2.2 Psicoterapia de Kohut centrada en el self | 88 |
| 3.2.7.3 Farmacoterapia de la psicosis..... | 92 |
| 3.2.7.2.3 Terapia directiva con colaboración a la medicación psiquiátrica | 96 |

Capítulo 4 Estudios relacionados con la psicosis

| | |
|--|-----|
| 4.1 Un poco de historia..... | 100 |
| 4.2 Prevalencia de trastornos psicóticos | 103 |
| 4.3 Investigaciones sobre la psicosis | 107 |

Capítulo 5 Método

| | |
|--------------------------|-----|
| 4.1 Justificación :..... | 110 |
|--------------------------|-----|

| | |
|---|------------|
| 4.2 Planteamiento del problema | 112 |
| 4.3 Objetivos | 112 |
| 4.3.1. Objetivo general..... | 112 |
| 4.3.2 Objetivo específico..... | 112 |
| 4.4 Muestra. | 112 |
| 4.4.1 Criterios de inclusión..... | 112 |
| 4.4.2 Criterios de exclusión..... | 113 |
| 4.5 Muestreo..... | 113 |
| 4.6 Diseño de investigación..... | 113 |
| 4.7 Tipo de estudio | 113 |
| 4.8 Instrumento | 113 |
| 4.9 Material | 113 |
| 4.10 Escenario | 113 |
| 4.13 Procedimiento..... | 114 |
| Capítulo 6 Resultados..... | 115 |
| Capítulo 7 Análisis de resultado | 123 |
| Capítulo 8 Discusión de resultado | 126 |
| Capítulo 9 Conclusiones (limitaciones y sugerencias) | 129 |
| Referencias..... | 132 |
| Anexo 1..... | 137 |
| Anexo 2 | 138 |

Lista de tablas y figuras

Tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 Responsabilidades básicas del psicólogo clínico de acuerdo al lugar de trabajo. | 18 |
| Tabla 2 Técnicas usadas en el modelo conductual..... | 49 |
| Tabla 3 Medicación empleada con pacientes psicóticos | 94 |
| Tabla 4 Principios básicos de la terapia directiva. | 97 |
| Tabla 5 Prevalencia de los trastornos psicóticos..... | 104 |
| Tabla 6 Modelos de estadía de riesgo de viraje a una psicosis en función del momento de evaluación y los determinantes biológicos. | 106 |
| Tabla 7 Frecuencia más alta en la escala de Sí | 120 |
| Tabla 8 Frecuencia más alta en la escala de No..... | 121 |
| Tabla 9 Frecuencia más alta en la escala de A veces. | 122 |

Figuras

| | |
|---|-----|
| Figura 1 Representación por Sexo..... | 115 |
| Figura 2 Representación por Formación. | 115 |
| Figura 3 Representación por Edad..... | 116 |
| Figura 4 Representación por experiencia en la institución..... | 116 |
| Figura 5 Representación por experiencia en clínica. | 117 |
| Figura 6 Representación de resultados de los cuestionarios realizadas de manera | 118 |
| Figura 7 Frecuencia de Reactivo con respuesta afirmativa. | 118 |

Figura 8 Frecuencia de Reactivo con respuesta negativa119

Figura 9 Frecuencia de reactivos en respuesta a veces119



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**“INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL
TRATAMIENTO DE LA PSCOSIS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LÓPEZ BASULTO JOSÉ DANIEL

**ASESORA: Mtra. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ
HERNÁNDEZ**

CIUDAD DE MÉXICO

2016

Resumen

Se realizó una investigación de tipo exploratorio en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno que se encuentra ubicado en la autopista México Puebla, con el propósito de conocer la intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis por lo que se elaboró y aplicó un cuestionario con 33 preguntas cerradas y 26 preguntas abiertas, dicho instrumento se validó a través de jueces de expertos profesionales.

Se obtuvo una muestra de 19 psicólogos clínicos que laboran en la institución, 79% de sexo femenino y 21% masculino, todos con licenciatura en psicología concluida, el 32% cuenta con algún posgrado y el 79% con estudios de formación continua, su experiencia oscila entre 5 a 30 años en clínica y 5 a 25 años en la institución.

Los resultados obtenidos se examinaron a través de análisis de frecuencia, en los que se pudo observar la intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos en la institución, destacando funciones como evaluación, diagnóstico y rehabilitación social de los pacientes con trastornos psicóticos, sin embargo, por otro lado, encontramos limitaciones en el tratamiento, como; desconocimiento de información, el trabajo multidisciplinario, falta de capacitación entre otras.

Palabras claves: Psicología clínica, Intervención psicológica, psicosis, psicólogo clínico, función del psicólogo clínico, modelos o teorías psicológicas.

Introducción

La salud mental es un fenómeno complejo que se determina por múltiples factores: sociales, ambientales, psicológicos y biológicos que incluyen a la vez diversos padecimientos como, depresión, ansiedad, psicosis entre otros, y son los profesionistas de salud mental los que se encargan de ellos y han de trabajar de acuerdo a su disciplina

La psicosis es un problema de salud mental mundial que ha ido aumentando, la OMS (Organización de Salud Mental, 2010) considera que la falta de notoriedad, participación y poder de las personas con discapacidad mental o psicosocial requiere un esfuerzo adicional para atenderlas y hacer que participen de forma más directa en los programas de desarrollo, por lo que se considera un enorme reto ya que la OMS calcula que una cuarta parte de la población mundial sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida y que los trastornos mentales prioritarios son la depresión, las psicosis, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas, y los trastornos mentales de los niños (Alwan, 2010)

En 1994 se realizó una Encuesta Nacional de Adicciones en zonas urbanas detectaron la prevalencia de trastorno mentales entre 15 y 18% de la población en general, se comparado con otros estudios en concordancia indican que de cada seis personas sufrirá de un problema de salud mental por lo que podría requerir atención especializada, en otra encuesta realizada en México en 2009 y 2010, por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente encontraron que el diagnóstico más frecuente en los hospitales psiquiátricos y servicios ambulatorios fueron los

trastornos afectivos 30% hospitalares y 28% ambulatorios, y en segundo lugar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 26% en hospitales (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2012).

Por lo que la finalidad de este trabajo es explorar las funciones del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis, para lograrlo hemos obtenido una muestra en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno.

El Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno tiene como misión ofrecer atención integral de calidad con equidad de género, a través de acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras para los usuarios que acuden a esta unidad y que requieren de servicios especializados de salud mental está ubicado en Autopista México Puebla No. 83, Col. Ampliación Santa Catarina, Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.

Contenido por capítulo:

Capítulo 1. Trata sobre los antecedentes de la psicología, desde que el ser humano ha buscado la forma de explicarse el comportamiento de sus actos, pasando desde la filosofía expulsada por diversos pensadores como Hipócrates, Galeano, Platón, Descartes entre otros, para convertirse en una ciencia y está a tener la necesidad de fundamentar sus teorías dio paso a diversos trabajos y acontecimientos importantes que dio la creación de la psicología clínica.

Capítulo 2. Se habla sobre la formación del psicólogo clínico, las habilidades técnicas y mitológicas que debe de poseer, como las funciones que desempeña de acuerdo a su lugar o campo de trabajo.

Capítulo 3. En este capítulo se aborda la historia de la psicosis, conocida en época antigua como locura, vista de perspectivas religiosas antes de verla como una enfermedad mental, se hace mención sobre los tipos de psicosis, características que hoy en día la definen, síntomas que el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) establecer para el diagnóstico, de igual manera abordamos los factores de riesgo, la vulnerabilidad, como los programas y estrategias que se llevan a cabo, entre ellas modelos terapéuticos que son usados en el tratamiento de la psicosis

Capítulo 4. Se menciona los orígenes de la intervención psicológica en el tratamiento de la psicosis, estudios de prevalencia realizados como factores de riesgo para desarrollar la psicosis como aquellos estudios encontrados en la intervención de la psicosis.

Capítulo 5. Se expone la importancia y características de esta investigación, se establece el planteamiento del problema, los objetivos, el muestreo y diseño de investigación, el tipo de estudio, como el procedimiento a seguir.

Capítulo 6, Capítulo 7 y Capítulo 8. Se exponen los resultados obtenidos de nuestra investigación representadas en una serie de gráficas y tablas, se analizan cada una de ellas tomando en cuenta las frecuencias más altas obtenidas, se discuten los resultados en comparación del marco teórico y metodología con el propósito explorar la intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis.

Capítulo 9. Se establece las conclusiones obtenidos de la investigación, se

expone si los objetivos de la investigación fueron alcanzados, como aquellas limitaciones y sugerencias en la investigación.

Capítulo 1 Psicología clínica

1.1 Antecedentes de la psicología.

Etimológicamente psicología proviene de griego; psique que significa alma, espíritu, actividad mental y logos que significa estudio, tratado, ciencia. Por lo que tenemos como resultado a la psicología; como el estudio del alma o del espíritu, una forma de comprender al ser humano desde una perceptiva espiritual. El sentido de la palabra era la ciencia que estudiaba o trataba la naturaleza, los atributos, las facultades y las operaciones del alma (Centeno, 2012).

La psicología siempre ha estado presente en el sentido de que el ser humano ha tratado de explicar y comprender el comportamiento de sus actos, a lo largo de la historia nos encontramos con diversos pensadores, filósofos, religiosos que se preguntaban sobre la naturaleza del ser humana. Por lo que podemos afirmar que la psicología procede de muy distintas fuentes, sus orígenes como ciencia habrían de buscarlos en los comienzos de la filosofía y el pensamiento racional, en la antigua Grecia, allá por los siglos V o VI antes de Cristo (Centeno, 2012) por ejemplo:

Hipócrates (460-377 a.c.) considerado padre de la medicina, postulaba que todas las enfermedades tenían un origen específico y que no eran un castigo divino como muchos creían, estas pudieran estar en tres categorías; manía, melancolía y frenitis; ofreció descripciones clínicas muy detalladas de algunos trastornos incluidos en cada categoría (De La Fuente, 2011, Vallejo y Comeche, 2010).

Galeno (129-199), médico Romano, propuso que toda enfermedad era atribuible a lo que denominó patógeno (agentes específicos que producían

enfermedades (López Ibor, 1999). Además, pensaba que el mundo estaba compuesto de cuatro elementos tierra, aire, agua y fuego y estos a ser combinados con los fluidos esenciales del cuerpo provocaban cierto temperamento estos iban acompañados con ciertos atributos de la personalidad, sangre (sanguíneo), flema (flemático), bilis (colérico) y bilis negra (melancólico) (Vallejo y Comeche, 2010)

Platón (427-347) que escribe sobre las enseñanzas de Sócrates postulando que la salud se encuentra entre el equilibrio del cuerpo y el alma.

Descartes (1596-1650) que sin duda influyó en el pensamiento de la ciencia del siglo XVII postulando la dualidad sobre esencia del cuerpo y alma, Newton con sus formulaciones muestra la posibilidad de explicar todos los fenómenos, incluyendo la conducta humana, mediante la observación, la experimentación y el razonamiento (De la Fuente, 2011, López, 1999).

Así como Platón, Aristóteles, Hipócrates, Descartes, Galeno, entre otros filósofos de todos los tiempos atribuyen al pensamiento psicológico, cuestionando la conducta humana tratando de encontrar respuestas sobre los diversos comportamientos del ser humano, con ello llevando a generar hipótesis, teorías y explicaciones que han sido debatidos a lo largo de la historia, que hoy en día siguen haciéndolo.

Con el desarrollo de nuevas ideas, la psicología ha tenido la necesidad de desprenderse de la filosofía para convertirse en una ciencia, utilizar métodos empíricos, observables, cuantificables que le permitan comprobar sus teorías y contar con cierta validez científica.

1.2 Psicología científica

Pero no fue hasta finales del siglo XIX que la psicología fue tomada como ciencia, siendo de ella una ciencia muy joven teniendo un poco más de 100 años, la mayoría de los historiadores identifican el origen de la psicología científica con la creación del primer laboratorio dedicado al estudio de la percepción y la conducta por parte de Wilhelm Wundt en Leipzig Alemania, en mediados del siglo XIX (Compas y Gotlib, 2003).

La nueva psicología necesitaba fundamentar sus teorías por lo que el laboratorio le permite experimentos apropiados, recolectando datos y controlarlos al máximo permitiéndose abrir paso y separarse de la filosofía, llevando a la psicología como una disciplina independiente.

Sin embargo, como algunos historiadores lo hacen notar sería erróneo decir que el laboratorio de Leipzig es el comienzo de la psicología científica y experimental, sino que la psicología científica y experimental ya estaba en el ambiente y fueron una serie de circunstancias las que posibilitaron su surgimiento, sin embargo, se reconoce a Wilhelm Wundt ser iniciador de una labor institucional que hizo que la psicología fuera reconocida como ciencia (Saiz, Blanca, Civero, Gonzalo, Martin, Mulberger, Pastor, Pedraja, Pérez, Romero, Ruiz, Saiz, Sánchez, Tortosa, Valldeneu, Vera, 2009).

La psicología científica fue uno de los temas más discutidos en Alemania en el siglo XIX, Wundt es considerado como fundador de la psicología experimental, porque él fue quien más promovió la idea de la psicología como ciencia independiente. Wundt escribe en 1862 *Contribuciones a una teoría de la percepción*

sensorial, al año siguiente, *lecciones sobre alma humana y animal*, pero fue su obra, “*Principios de Psicología Fisiológica*” en que sentó las bases programáticas y funcionales de la nueva disciplina. En unos de sus principios divide la psicología experimental (que estudia los procesos inferiores, o sea la experiencia inmediata que nos llega a través de la percepción sensorial) y psicología colectiva o de los pueblos (aquellas que escapaban del laboratorio que eran producto colectivo no individuales) que con los años Wundt perfilará la división de la psicología general en su libro *Fundamental: Una psicología individual* (dedicada al estudio de los procesos inferiores como la sensación, los sentimientos y la voluntad) y una psicología comparada (dedicada al estudio del desarrollo de la mente) (Saiz et al, 2009).

Wundt proponía una psicología empírica basada en un método de introspección o auto-observación, utilizar como material del estudio el testimonio del mismo sujeto acerca de sus experiencias inmediatas, prácticamente consistía que el psicólogo debía analizar la mente bajo las experiencias de los fenómenos de la sensación, percepción y sentimientos.

Como hemos mencionado la psicología de Wundt fue uno de las más destacadas pero existieron otros centros de trabajo que sin duda aportaron a la psicología científica, por ejemplo las Universidades de Leipzig se generó el prototipo de la psicología que iba imperar durante los próximos años, Universidades como la de Berlín, Gottingen, Wurzburg desarrollaron trabajos representativos para la psicología como es el caso de Hermann Ebbinghaus (1850-1909) que se dedicó a su formación independiente y a la enseñanza como maestro o tutor, realizar experimentos sobre la memoria, trabajos que rompieron con los métodos

introspectivos abriendo un nuevo campo de investigación con el que demostró la posibilidad de utilizar el método experimental en los procesos cognitivos (Saiz et al, 2009).

La psicología como disciplina científica podía ser estudiada de forma controlada gracias a la creación de laboratorios dando paso a diversos trabajos empíricos que tuvieron la necesidad de ser divulgadas, siendo la primera revista *Philosophische Studien* (“Estudio de filosofía) fundada en 1881 hasta 1903, esta revista recogió 325 artículos de 121 autores, precedentes de Alemania y Estados Unidos (Saiz et al, 2009). A la medida que la psicología estaba avanzando creando más psicólogos, con ello laboratorios y revistas especializadas tuvieron la necesidad de crear reuniones que les permitía agruparse para discutir sus trabajos en campo creando así los primeros congresos de psicología científica.

El campo que más ha contribuido a la psicología científica ha sido la fisiológica es decir el estudio de las funciones de los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano, mientras la frenología alcanzaba la popularidad en Europa y América, pioneros de la psicología comenzaron a ocupar métodos científicos en la investigación (Centeno, 2012).

El fisiólogo Alemán Johannes Muller (1801-1858) hizo atribuciones importantes en campos de la fisiología, intento relacionar la experiencia sensorial con las actividades del sistema nervioso y el entorno físico de los organismos, pero los primeros representantes auténticos de la psicología experimental fueron el físico Alemana Gustav Theodor Fechner y el fisiólogo Alemán Wilhelm Wundt. Ambos considerados como fundadores de la psicología científica.

1.3 Surgimiento de la psicología clínica

Un acontecimiento fue cuando Lightner Witmer fundó la primera clínica psicológica en 1896 en la University of Pennsylvania, dedicada al tratamiento de niños con problemas de aprendizaje, creando una nueva rama de la psicología con el propósito de ayudar a las personas. Llamo a este nuevo campo psicología clínica estadounidense. Otro acontecimiento importante fue en 1892 la fundación de la Asociación Psicológica Estadounidense (APA).

Lightner Witmer fue uno de los estudiantes estadounidense que colaboró con Wundt en el Doctorado como no había el entrenamiento convencional de psicología en Estados Unidos a finales del siglo XIX por lo que aquellos que estaba interesados en el estudio científico de la conducta humana tenían que ir a capacitarse a Europa. Después de Doctorarse Witmer regresa a Estados Unidos a ocupar un cargo en el Departamento de psicología de la University of Pennsylvania donde pudo seguir sus trabajos sobre la percepción, pero no fue hasta 1896 donde un profesor le pide ayuda para trabajar con un niño de 14 años con dificultades para deletrear y reconocer palabras escritas. Witmer realiza un programa de tratamiento intensivo para intentar mejorar sus habilidades de lectura y deletrear, desde ahí Witmer obtiene fama suficiente y funda la primera clínica de psicología en 1896 en la University of Pennsylvania dedicada específicamente a la atención de niños con dificultades de aprendizaje, mismo año en que presenta a la recién formada American Psychological Association su idea sobre la aplicación de la psicología al tratamiento de los problemas humanos, obteniendo una respuesta negativa ya que la mayoría de los psicólogos se consideraban científicos y no creían que el papel escrito por

Witmer fuera de un modo apropiado para ellos (Compas y Gotlib, 2003), Witmer, empleo el término de psicología clínica para referirse al método de enseñanza e investigación y no solo como una extensión de la palabra clínica, lugar donde las personas son examinadas (Reisman, citado por Compas y Gotlib , 2003).

Witmer convence a la administración de la Universidad de Pennsylvania de ofrecer entrenamiento formal en psicología clínica, por lo que estudiantes de psicología clínica podían tomar cursos para acreditarse en psicología y en la escuela de medicina (Reisman Citado, por Compas y Gotlib, 2003).

Para 1907 Witmer funda un Hospital-escuela dedicada a la enseñanza de niños con retraso mental como una ampliación de su clínica, y para fundar y fungir como primer editor de una revista profesional (the Psychological Clinic) por lo que estos esfuerzos lo llevan a ser considerado fundador de la psicología clínica (Compas y Gotlib, 2003).

Los médicos preocupados por las enfermedades mentales también atribuyen al desarrollo de modernas teorías psicológicas como es el caso del pionero en psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1926) desempeñando un papel importante en la patología del cerebro en trastornos mentales sino, además, estableció las bases de los métodos de clasificación que aún están en uso y su predecesor de hoy conocemos como DSM (Vallejo y Comeche, 2010).

Bien tenemos el trabajo del Sigmund Freud quien fue uno de los más citados en el momento, por su elaboración de método de investigación y tratamiento conocido como psicoanálisis, los psicólogos clínicos empezaban asumir puestos reconocidos, que hasta en ese momento eran ocupados por los psiquiatras, aun no

hacían psicoterapia si no que estos métodos aún estaban en mano por los médicos psiquiatras (Centeno, 2012).

En la Primera Guerra Mundial (1917) se necesitaba reclutar soldados para el ejército y la marina en grandes proporciones, evaluarlos con precisión y rapidez, tomando en cuenta sus capacidades mentales e inteligencia por lo que llamaron a los psicólogos para realizar tales tareas, esto movilizó la construcción y aplicación de test psicológicos y estructuró el papel de los psicólogos clínicos que comenzaron adoptar las funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, entrenamiento reeducativo e investigación, a finales de la década de 1930 de la psicología clínica ya estaba organizado en seis actividades: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, asesoramiento y administración, así que a medida que va aumentando la población de psicólogos clínicos van a aumentando sus funciones, por lo que se sentían descontentos con el apoyo recibido por sus colegas de la American Psychological Association (APA); mayormente académicos y científicos, por lo que terminaron construyendo en 1937 una organización; La American Association of Applied Psychology que ocho años después se funcionaria con la American Psychological Association (APA) (Centeno, 2012).

La Segunda Guerra Mundial. Generó nuevas necesidades en el ámbito psicológico y psiquiatría, los psicólogos a diferencia de los psiquiatras contaban con la aplicación de pruebas y experiencia en métodos de investigación, siendo habilidades que separaron de los psiquiatras (Trull y Phares, 2003). Al terminar la guerra los VA (Veterans Administration) que participaron, sufrían de severos traumas, por lo que fue indispensable recuperarlos socialmente a estas personas,

llevando a los psicólogos clínicos realizar trabajo de rehabilitación social, así que pasaron de los niños a los adultos, la VA llegó a tener la expectativa de que los psicólogos clínicos condujeran psicoterapias individuales y de grupo, además de seguir con sus acostumbradas actividades de psicodiagnóstico.

En 1949 tuvo lugar una conferencia acerca de educación avanzada en psicología clínica en Boulder, Colorado. Resultando un acontecimiento en verdad significativo para la psicología clínica ya que se explicaba el modelo del profesional científico. Este modelo en resumen afirma que:

- 1) Psicólogos clínicos buscaran capacitarse en los departamentos de las universidades
- 2) Serían capacitados primero como psicólogos y después como clínicos
- 3) Se requerirá que presten servicios como internados clínicos
- 4) Deberán ser competentes en diagnóstico, psicoterapia e investigación
- 5) La culminación de la capacitación será la obtención de grado de doctorado, lo cual significa una contribución de investigación original para el ramo (Trull y Phares, 2003).

1.4 Definición de la psicología clínica

La psicología es un campo muy amplio por lo que ha tenido la necesidad abrirse terrenos, especializándose en diferentes áreas, por ejemplo, mencionando algunas encontramos; la psicología educativa, la psicología social, la psicología industrial, la psicología clínica, entre otras.

La psicología clínica es citada por primera vez por Witmer (1896) quien utiliza el término de psicología clínica para referirse como; una disciplina preocupada por el estudio de los individuos, mediante la observación o la experimentación con el propósito de facilitar los cambios en ellos (Witmer, citado en Compas y Gotlib, 2003), por lo que encontramos que la psicología clínica es una rama de la psicología, dedicada a la generación de conocimiento psicológico y a su aplicación, desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos (Compas y Gotlib, 2003).

El Colegio Oficial de Psicólogos (COP) define la psicología clínica como una disciplina o el campo especializado de la psicología que, aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para; evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Centeno, 2012).

Por lo que podemos resaltar que la psicología clínica es una rama de la psicología que se especializa en el funcionamiento del ser humano que tiene como objetivo su bienestar, que lleva a desempeñar diversas tareas y funciones, en las que destacamos que el psicólogo clínico debe:

1. Usar un método científico.
2. Comprender, Evaluar, Explicar, Diagnosticar, Tratar, Modificar, Prevenir.

3. Las funciones deben de estar encaminadas al bienestar de la salud física y mental de los individuos o en grupo.

1.5 Funciones y campo del psicólogo clínico

A pesar de que la psicología clínica es una especialidad de la psicología, nos encontramos que el psicólogo clínico interviene en diferentes campos de trabajo, bien dice Sánchez (2008) que la psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constante.

De acuerdo con Riesman (1991) “la psicología clínica es un campo científico y profesional cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de la conducta humana y promover el funcionamiento efectivo de los individuos. Los psicólogos clínicos están implicados en la investigación y aplicación de principios y técnicas psicológicas que ayuden a las personas. Los clínicos se ocupan de la investigación, la enseñanza, el diagnóstico, la evaluación y la psicoterapia, y colaboran en programas para mejorar el rendimiento” (Riesman, citado por Sánchez, 2008, p.347)

En él, se dice que el psicólogo trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. De tal manera como vemos en la tabla 1, los psicólogos clínicos cuentan con una gran diversidad de actividades y funciones y estas varían de acuerdo al lugar donde se encuentran desempeñando sus labores.

Tabla 1. Responsabilidades básicas del psicólogo clínico de acuerdo al lugar de trabajo (Compas y Gotlib, 2003).

| Lugar | Actividades Principales | Responsabilidades |
|--------------------------|--|--|
| Universidades o colegios | Profesor | Enseñanza Investigación Supervisión del entrenamiento clínico |
| Centro de Salud Mental | Psicólogo Clínico | Evaluación Diagnostico Tratamiento (Psicoterapia) Administración |
| Hospitales médicos | Psicólogo Clínico, Psicólogo médico, psicólogo en rehabilitación | Evaluación Diagnostico Tratamiento (Psicoterapia) Consultoría de enlace a los profesionales médicos |
| Hospital psiquiátrico | Psicólogo Clínico | Evaluación Diagnostico Tratamiento (Psicoterapia) |
| Practica Independiente | Psicólogo Clínico | Evaluación Diagnostico Tratamiento (Psicoterapia) |

En la tabla 1 podemos notar la actividad, como algunas de sus funciones de acuerdo al lugar de trabajo que se desempeña el psicólogo clínico.

Por lo que ahora describiremos algunas de ellas.

a) Función de enseñanza

La enseñanza implica compartir conocimientos ayudando al estudiante o al profesional en su desempeño, los psicólogos clínicos que se dedican a la enseñanza por lo regular llegan a trabajar en colegios, universidades, centros de investigación

especializados en la psicología clínica llegando impartir cursos como; psicología anormal, psicología de la personalidad, pruebas psicológicas, desarrollo humano, intervención psicológica entre otras, estas son impartidas por lo regular en salones de clases, auditorios que son prestados por las instituciones con el propósito de compartir sus conocimientos, con lo que lleva hoy en día, nos encontremos con infinidad de congresos, talleres, diplomados, seminarios, cursos, etc, donde el psicólogo clínico comparte sus experiencias de sus prácticas profesionales.

Por lo que los profesionales que se dedican a la docencia, formación de la clínica y de la salud, tiene varias modalidades y aplicaciones dentro de la enseñanza esto puede ser en: grados, posgrados, investigaciones, apoyo a profesionales, etc., esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeros, técnicos sanitarios, dentistas, profesores y demás profesiones que tenga que ver con algunas formas de trato y atención social (Centeno, 2012).

b) Función de investigación.

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. La investigación del psicólogo clínico llega ser variada ya que la complejidad del ser humano es enorme, va desde la construcción y validación de test hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, estas investigaciones por lo general las llevan a cabo universidades, colegios y centros especializados en la investigación de la salud mental (Centeno, 2012) estas investigaciones son de suma importancia ya que llegan

a proporcionar nuevos métodos de tratamientos, diagnósticos, evaluaciones, mostrando los errores y eficacias de la investigación, permiten al clínico actualizarse y no caer en posibles errores. Así que la investigación ofrece a los psicólogos clínicos una base de conocimiento para entender los fenómenos de interés, incluyendo la psicopatología, la salud mental y la relación entre factores psicológicos y enfermedad física (Compas y Gotlib, 2003).

c) Función de evaluar.

Implica recolectar información, analizarla con cuidado para poder utilizarla con un fin determinado (Alonso, 2011), se considera como toda actividad de solución de problema, parte de una información, de unos datos o de una demanda, que influye en la representación de la naturaleza de los mismo del objetivo a conseguir.

Esta actividad influye en cuestionamientos en la que tendremos que preguntar antes de empezar la evaluación; ¿qué queremos evaluar y como lo vamos a evaluar?, ya que la evaluación no es solamente evaluar por evaluar, sino lleva todo un proceso para obtener evaluación deseada, para eso Compas y Gotlib (2003) nos describe seis pasos a seguir:

1. Decidir que está siendo evaluado (tomando en cuenta la preocupación presentada, el psicólogo clínico necesita acudir a la teoría y a la investigación actual de la conducta humana para reconocer múltiples niveles de funcionamiento con el objetivo de formular un conjunto más completo de preguntas iniciales para guiar la evaluación formal, ya que la orientación teórica del psicólogo desempeña un papel crucial pues orienta su labor para obtener ciertos tipos de información y para ignorar

otros aspectos de la persona o el ambiente)

2. Determinar las metas de evaluación. (Para formular objetivos esto puede incluir clasificaciones de diagnóstico, determinación de la gravedad de un problema, detección de riesgos de futuros problema, efectos de tratamiento y predicciones acerca de la probabilidad de ciertos tipos de conductas futuras)

3. Selección estándares para toma decisiones. (Se requiere puntos de referencia para la comparación tomando estándares como puntos de referencia. Estos estándares involucran otra gente con padecimientos y condiciones semejantes (estándares normativos) o con la misma gente en otros puntos del tiempo (estándares auto-referidos) que ofrecen un criterio justo y significativo en la evaluación.

4. Recabar los datos para la evaluación (por lo que el psicólogo deberá seleccionar el método para conducir la evaluación, estos pueden incluir entrevistas, registros médicos, pruebas psicológicas, métodos de observación entre otras, estos métodos están muy influidas por la orientación teórica del psicólogo y por la taxonomía de la psicopatología. Tomando en cuenta la confiabilidad y validez de los instrumentos para una precisión de los datos a recoger.

5. Toma decisiones y emitir juicios. (en la que la información obtenidas se emplea una impresión y extraer conclusiones por lo que es importante los factores que influyen en las decisiones y juicios hechos por los psicólogos clínicos, ya que después de todo, los psicólogos clínicos son seres humanos entrenados para emitir juicios acerca de otros, pero también puede caer en errores por lo que se debe de evitar sesgos, tomando las diferentes herramientas como; métodos estadísticos, emisión de hipótesis y esta debe de ser probada de acuerdo con sus características

psicométricas (confiabilidad y validez) por lo que los datos que se recogen se analizan correlacionándolas con muestras normativas que dan lugar a general juicios y predicciones a partir de los resultados obtenidos en la evaluación)

6. Comunicar la información. Son los aspectos éticos de la evaluación, los psicólogos se guían por un conjunto de reglas o códigos de conducta, esto incluye reglas para la conducta ética en proceso de evaluación psicológica (American Psychological Association, 1992) en que se pretende proteger los intereses de los clientes de abuso que pueden llegar a cometer los psicólogos, asegurando la confidencialidad de la información, protegiendo los derechos de los clientes y asegurando que uso de procedimientos tiene una confiabilidad y validez bien establecida.

Por lo que entendemos la evaluación psicológica clínica; es el proceso en el cual se recoge, de manera sistemática, información, acerca de una persona en relación con su medio ambiente de forma que puedan tomarse decisiones, basadas en esta información, que van en el mejor interés del individuo (Compas y Gotlib, 2003).

La evaluación dentro de la psicología clínica puede ser utilizada de diferentes maneras pensando siempre en beneficio del ser humano, por ejemplo: puede ser utilizada para fines de la investigación, diagnóstico de un problema psicológico, orientación vocacional, medición de inteligencia, para la elaboración de un perfil psicológico, para determinar las técnicas necesarias, para resolver un problema, entre otras. Es una actividad de suma importancia para el psicólogo clínico que permite tener una impresión del evaluado y lograr tomar decisiones

adecuadas con un fin determinado.

d) Función del diagnóstico

Podemos decir que es un objetivo de la evaluación en que el psicólogo clínico debe utilizar sus conocimientos dándole un nombre a la evaluación, por lo general se ocupa una clasificación como es caso DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) del cual sirve de apoyo al clínico para identificar síntomas que lo conducen algún trastorno y con ello poder darle un tratamiento adecuado. Por lo tanto, diagnosticar implica identificar y rotular el problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de las persona, grupo o comunidad de que se trate, y debe entenderse como resultado del proceso de evaluación psicológica. (Centeno, 2012) a la vez la clasificación ayuda a delimitar el problema, dando la oportunidad de generar la intervención psicológica adecuada en la que se someterá al cliente con fin de ayudarlo a resolver el problema.

e) Función de tratamiento e intervención psicológica

Después de hacer una evaluación psicológica y tener una impresión de la problemática a tratar. El psicólogo debe; decidir si debe intervenir, dado que cuando las personas presentan problemas, no siempre es adecuado hacerlo (Barlow, 2010, citado por Alonso, 2011, pp. 68) por lo que pensar en intervención psicológica es pensar de qué manera se va atender, aliviar, resolver la problemática. Principalmente contar con el lugar adecuado, como el conocimiento y las herramientas necesarias para la intervención. Los psicólogos practicantes dedican gran parte de su tiempo al ejercicio del tratamiento psicológico, utilizando cualquiera de las docenas de enfoques psicoterapéuticos (Centeno, 2012).

Por lo que la intervención psicológica, es una actividad que requiere una gran dedicación profesional, es conocida comúnmente como; psicoterapia, terapia psicológica, asesoría psicológica, rehabilitación psicológica, tratamiento psicológico, intervención psicológica, etc. Por lo que podemos decir que es; la acción o el esfuerzo realizado destinado a resolver un problema, esta es variada, ya que depende de la formación del psicólogo, pero hay ciertas características que se comparten como los principios éticos o los niveles de intervención que involucran; la promoción, la prevención y el tratamiento.

1.6 Principios éticos en la intervención psicológica

Se guían por un conjunto de principios que protegen el bienestar y los intereses de los individuos que sirven en la participación de cualquier intervención psicológica, los individuos tienen derecho de estar bien informados de la naturaleza de la intervención antes de participar en ella, la decisión de entrar y continuar en la psicoterapia, de manera inteligente y voluntaria (Cita O'Neill, 1998, Pope y Vásquez, 1998, por Compas y Gotlib, 2003). Por lo que el psicólogo está obligado a explicar acerca de la intervención que está utilizando, el curso del tratamiento, como tiempo esperado, riesgos y métodos aplicados. En la intervención psicológica nos encontramos que los clientes revelen algunos de los aspectos más íntimos y privados de sus vidas por lo que el psicólogo debe manejar confidencialidad respetando la privacidad, excepto en algunos casos especificados por la ley. También esta obligados a definir su área de competencia y experiencia a operar, por lo que él no puede brindar servicios que estén fuera de su competencia basadas en formación y educación, por lo que no pueden falsificar o exagerar la eficacia de sus

métodos (Compas y Gotlib, 2003).

Según el código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de psicología

A. C. (2010) El propósito del código ético se entienda como un instrumento para:

1. Garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos
2. Garantizar la protección del psicólogo
3. Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales
4. Apoyar a la mayoría de áreas de aplicación de la psicología
5. Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones, como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.
6. Fomentar la confianza en la función del psicólogo.

Además, deberá:

1. Enunciar claramente las normas de conducta que prescriba
2. Enunciar valores morales
3. Basarse en casos reales que reflejen la práctica profesional actual.

Un código ético se considera un producto no terminado ya que siempre habrá nuevas situaciones dadas por el avance científico y tecnológico, y la práctica profesional que obliguen a renovarlo. Su permanente evaluación, la investigación continua de dilemas éticos y la retroinformación de su aplicación, además del conocimiento de casos concretos de conflictos de naturaleza ética sometidos al Comité Nacional de Ética en Psicología, servirán para mejorarlo y modificarlo

continuamente, siempre con la finalidad de aumentar su eficacia (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Capítulo 2 La práctica del psicólogo clínico

2.1. Formación del psicólogo clínico

El psicólogo se encarga de estudiar el comportamiento humano basándose en una metodología sistemática y científica, por lo que él psicólogo clínico tratará con personas, grupos en función de sus actitudes, conductas, comportamiento. Se especializará en la promoción de la salud mental, en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos (Sánchez, 2008).

Por lo que el psicólogo tendrá que prepararse en su formación para tener una intervención psicológica que le permita desarrollar sus habilidades como clínico.

Esta formación debe ser tanto teórica como práctica y utilizar la metodología apropiada, de acuerdo con los objetivos a cubrir, esta formación retomando a Centeno (2012) lo pudiéramos dividir en tres bloques:

2.1.1 Formación básica.

En la formación básica se obtiene la licenciatura en psicología general, que, al término el licenciado en psicología debe de estar familiarizado de una forma amplia y general en las técnicas y campos de aplicación de la psicología.

Esta formación deriva tanto de planes de estudios de la institución que la imparte, como del psicólogo en formación, por ejemplo;

a) La UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) en la formación básica de la licenciatura de psicología se obtiene un total de 300 a 450 créditos, siendo obligatorio:

1. 177 créditos equivalente 29 materias en área de formación general y contextual

2. 133 créditos que se obtienen de 144 materias optativas de acuerdo al interés del estudiante que se agrupan en seis campos de conocimiento:

- Ciencias cognitivas y del comportamiento
- Procesos psicosociales y culturales
- Psicobiología y neurociencias
- Psicología clínica y de la salud
- Psicología de la educación
- Psicología organizacional (UNAM., 2011).

b) Mientras la UAM (Universidad Autónoma Metropolitana) se debe cubrir 424 créditos distribuidas en:

1. 100 primer nivel (tronco general)
2. 216 segundo nivel (tronco básico profesional)
3. 108 tercer nivel (áreas de concentración (UAM., 2016).

c) El Instituto Politécnico Nacional (IPN) cuenta con la licenciatura en psicología con un plan de estudio con la que ofrece los conocimientos necesarios de un profesional capacitado en el ejercicio de psicología, estando organizados en 9 semestres consecutivos, conformado de 89 asignatura, 32 de tronco común obligatorias y 19 optativas dependiendo del área o campo ocupacional a elegir (Clínica, Educativa, Organizacional) con los cuales se obtienen un total de 413

créditos, los cuales se dividen en;

| | | |
|---|-----|------------------------|
| Básica interdisciplinaria (Institucional) | 24 | créditos |
| Científica básica | 122 | créditos |
| Profesional | 225 | créditos |
| Integral | 42 | créditos (IPN., 2010). |

d) La Secretaría de Educación Pública (SEP), las autoridades educativas estatales y universidades e instituciones de educación superior públicas otorga Reconocimiento Validez Oficial de Estudio (RVOE) contando con 792 institutos a nivel nacional que imparten la carrera de psicología (SES., 2016), basado al acuerdo 279 que establecen los trámites y procedimientos relacionado con el reconocimiento de validez oficial de estudios de tipo superior, menciona que los planes de estudio estarán integrados por 300 créditos equivalente por hora efectiva de actividad de aprendizaje, que se asignarán 0.0625 créditos por hora y la modalidad escolar deberán establecer como mínimo 2400 horas a nivel licenciatura (SES., 2016).

2.1.2 Especialización o posgrado

Una Especialización o posgrado en psicología clínica que brinde conocimientos teóricos y habilidades técnicas y metodológicas necesarias para una mejor formación y conocimiento psicológico, en la que se deberá apoyar en los avances científicos y técnicos aportados en la investigación básica y aplicada en psicología clínica.

Por ejemplo, el posgrado que ofrece la UNAM certifica la adquisición de competencias de alta calidad en diversas áreas de aplicación de la psicología. Al

conjuntar los estudios del nivel de maestría, el proyecto ha acentuado el desarrollo de habilidades para realizar investigación aplicada y el conocimiento profesional de la disciplina con la incorporación de programas de residencias, en los que se desarrollan competencias profesionales específicas por campo de conocimiento aplicado, busca la certificación profesional de acuerdo a los estándares internacionales de la profesión (UNAM, 2013).

El Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) no ofrece algún posgrado en psicología clínica, mientras que la SEP cuenta con un registro de 13 especialidades, 30 maestrías en psicología clínica (SES, 2016).

2.1.3 Formación continua

La formación continua reside en una adecuada formación del psicólogo clínico ya que se requiere adquirir conocimientos complementarios de carácter prácticos, al asistir a diversos cursos, esto le permite actualizarse al psicólogo clínico en la actividad profesional, intercambiar conocimientos sobre las intervenciones realizadas (Centeno, 2012).

En forma que el psicólogo clínico se va especializando y tomando diversos cursos adecuados, lo lleva a acreditar y algunos casos certificar los conocimientos complementando de carácter práctico de su formación, garantizando el uso correcto de su práctica.

La UNAM cuenta con un catálogo de formación continua con más 3000 actividades, 422 en el área de Biológicas de la salud, estos incluyen coloquios, conferencias, congresos, cursos, diplomados, foros, jornadas, mesas redondas,

módulos, seminarios, talleres, videoconferencia, mientras que el IPN y la UAM no cuentan con un catálogo como la UNAM, pero continuamente ofrecen cursos, diplomados, seminarios, etc., con diversos temas que ayudan a la formación del psicólogo clínico.

2.2 Niveles de intervención psicológica

En cuestión de la formación especializada (teórico, metodológico) y el campo de aplicación en la función del psicólogo clínico es variada en intervención, teniendo diferentes características como pudiera ser el lugar de trabajo, por ejemplo: en específico de la intervención del psicólogo en un hospital, una clínica psicológica, un consultorio privado y estas pudieran ser dirigida: al individuo, a la familia, al ambiente, a la institución o patología en cuestión. Por lo que tenemos que el tipo de intervención que se realice dependerá principalmente, de la población con la que tengan que intervenir (infantil, adultos, ancianos, familia, comunidad, sexo, etc.), así como el carácter de la intervención (preventiva, tratamiento y rehabilitación) (Centeno, 2012).

2.2.1 Prevención

Por lo que los estudios de carácter preventivo en sujetos con un desarrollo evolutivo normal, nos permiten localizar los acontecimientos vitales y las crisis evolutivas, que uniendo su comportamiento y desarrollo en su entorno nos dice la probabilidad de padecer algún trastorno o patología (Centeno, 2012).

De acuerdo al diccionario conciso de psicología (APA 2010) encontramos que prevención son las; intervenciones conductuales, biológicas o sociales ideadas para reducir el riesgo de trastornos, enfermedades o problemas sociales en caso de individuos y de poblaciones enteras, estas se dividen en tres tipos de prevenciones,

primarias, secundarias y terciarias.

2.2.1.1 Prevención primaria

En las primarias se realizan investigaciones y programas, diseñados para individuos a poblaciones no clínicas o poblaciones en riesgo, que buscan fomentar y sentar bases firmes para la salud mental, conductual o física de modo que no se desarrollen trastornos psicológicos, dolencias o enfermedades.

Por lo que las estrategias a prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir los factores nocivos para el individuo con el objetivo de disminuir la incidencia de la enfermedad, por ejemplo, el uso del condón con el propósito de evitar alguna enfermedad sexual, programas educativos o talleres en consecuencia de abuso de sustancias con el fin de evitarlas. Por ejemplo, dependencias relacionadas con la Salud Mental realizan campañas promoviendo la salud mental, como es el caso de la Secretaria de la Salud Pública en su campaña “Sana tu mente y Sana tu cuerpo” con finalidad de promover, prevenir, orientar y brindar atención en cuanto a los trastornos mentales, mediante actividades que les permitan a las personas identificar los factores de riesgo, en relación de las situaciones emocionales que viven de manera cotidiana (SEDESA, 2016).

2.2.1.2 Prevención secundaria

En las Secundarias son, intervenciones para individuos o grupos que manifiestan síntomas, dificultades o condiciones de orden psicológico o físico en forma temprana, con el cual se pretende prevenir el desarrollo de una disfunción o enfermedad más grave.

Por lo que necesitamos un diagnóstico temprano, tal vez en momento que se acude con un profesional de la salud por presentar algún síntoma o malestar de salud,

sea el momento adecuado para efectuar esta intervención, diversas instituciones imparten talleres, conferencias, pláticas sobre los síntomas y signos más comunes de la enfermedad orientando a desarrollar estrategias y procedimiento eficaces para la prevención secundaria con el fin de detener desarrollo de la enfermedad. Un ejemplo de esto sería aplicación de psicoterapia de grupo con el propósito de dejar fumar antes de que se desarrolle un cáncer.

2.2.1.3 Prevención terciaria

En la Terciaria son, Intervención y tratamiento para individuos o grupos con condiciones, trastornos o enfermedades psicológicos o físicos ya establecidos, comprenden esfuerzos por reducir el mínimo de los efectos negativos, prevenir enfermedades o trastornos adicionales relacionados con las complicaciones, prevenir las recaídas y restablecer el máximo funcionamiento físico o psicológico posible.

Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud, facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo, en lo relativo la rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

Esta fase de aplicación bien se pudiera adaptar con el concepto de rehabilitación ya que pudiera actuar en forma de tratamiento para;

- Reducir, por una parte, la probabilidad de recaídas
- Evitar, por otra, posibles complicaciones posteriores
- En caso de trastornos crónicos; Pretende reducir o aliviar los efectos

negativos de éstos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo, aunque no sea posible curar el problema.

Por lo que podemos ver que la prevención es una forma de intervención del psicólogo clínico con el objetivo de reducir o evitar el riesgo de caer en algún tipo de enfermedades de salud mental o física por lo que es común referirse por prevención: a una acción que lleva a evitar que se caiga en la enfermedad, y se valora como algo menos costosos que curar (Flores, 2007).

La OMS (Organización de la Salud Mental) relaciona la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Con la Salud mental vista como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS. 2016), por lo que tenemos que diferenciar la promoción y la prevención ya que pudieran confundir:

La promoción de la salud se entiende como el fomento de hábitos que protegen y mejoran la salud, se orienta hacia la modificación de los estilos de vida, fomenta al individuo a agrupar a través de la educación para la salud, esto es un proceso de aprendizaje apetitivo de adquisición de comportamientos por reforzamiento positivo

La prevención se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general, refiriéndose a la protección frente al riesgos y amenazas para la salud proveniente del medio ambiente, esto es un proceso de aprendizaje de evitación de riesgos o amenazas, es decir un proceso de modificación de comportamientos por reforzamiento negativo (Flores, 2007).

La prevención y promoción son tareas de suma importancia en el papel del psicólogo clínico, llegan a trabajar conjuntamente en tratamiento con el fin de obtener un bienestar psicológico, Weissberg (1991) enfatiza algunos elementos conceptuales propuestos que deben reunir los programas de promoción y de prevención que aspire a ser de alta calidad y verdaderamente afectiva, entre lo que se destaca sea multifactorial, multinivel, que sea masiva u objetiva.

En cuanto en la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención se refiere a la naturaleza aprendida de los estilos de vida, y a la necesidad de que sus transformaciones se materialicen en cambios objetivos del comportamiento de la gente, pero estas acciones no son un producto exclusivo de los fenómenos de aprendizaje y de motivación individual, sino que obedecen a múltiples determinantes de orden biológico, social y cultural (Flores, 2007).

2.3. Tratamiento

Al igual que las intervenciones, en el tratamiento, existen diferentes niveles, según Centeno (2012) pudiéramos tomar la siguiente clasificación:

- a) Intervención psicológica individual; se refiere al tratamiento personalizado de problemas psicológicos, a través de la comunicación, la interacción y la relación entre individuo y el terapeuta.
- b) Intervención psicológica grupal; facilita a sus miembros estrategias adecuadas de afrontamiento y recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio de manera grupal, busca mejorar su salud mental y su calidad de vida.
- c) Intervención psicológica Familiar y de pareja; aborda la intervención, el tratamiento de los sistemas, subsistemas familiares y no de un miembro individual, uno de sus objetivos es transformar los patrones negativos de conducta.

d) Intervención psicológica institucional; considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos así mismo aborda el estudio de la realidad mental y sociales de los sujetos desde los instituidos sociales (Centeno, 2012).

Por lo que podemos ver, que la intervención más usada en el tratamiento es la psicoterapia; que es la aplicación de la psicología clínica al tratamiento de los problemas mentales, a través de una relación terapéutica entre un profesional especialista (psicólogo/a, psicoterapeuta), y una persona que precisa ayuda, por sus síntomas y/o problemas psicológicos (Centeno, 2012).

Los psicólogos que trabajan con personas plantean algún tipo de modelo psicológico como tratamiento, existen una diversidad de psicoterapias, enfoques terapéuticos que se basan en factores psicológicos.

Parlo (1976, citado en Centeno, 2012), recabó la existencia de 130 enfoques terapéuticos, Corsini (1981, citado en Centeno, 2012, pp. 104), estima unos 250 enfoques, aunque estos enfoques psicológicos son diferentes en muchos aspectos todos ellos tratan de resolver los problemas psicológicos y pretenden modificar el comportamiento de las personas y ayudarlas a tener una mejor comprensión de sí misma, así como pasado, presente y futuro. En esta gran diversidad de enfoques psicoterapéuticos, la mayoría de los terapeutas emplean uno de los cuatro enfoques principales, como el psicoanálisis o psicodinámico, conductual, cognitivo y humanista (Feldman, 2010).

2.4. Modelos y teorías psicológicas

Durante siglos el ser humano a tratado de explicar y curar sus dolencias, debido a ello nos encontramos con diversas formas de tratar y explicar sus enfermedades, estas van desde modelos sobrenaturales, biológicos y psicológicos, que por lo que los profesionales de la salud llegan a considerar los modelos psicológicos y biológicos ya que estos llegan a tener bases sólidas y científicas.

2.4.1 Modelos biológicos

En los modelos biológicos en lugar de concentrarse en los conflictos psicológicos, traumas pasados o factores ambientales que pudieran producir un comportamiento anormal en el paciente, se dirige su atención a la química del cerebro u otros factores biológicos, por ejemplo (Feldman, 2010):

2.4.1.1 La genética

El estudio de la genética ha proporcionado evidencia convincente a los trastornos anémicos, la observación que estos trastornos son hereditarios en las familias está muy establecidas. Por ejemplo, los parientes que sufren de depresión tienen el doble de posibilidad de desarrollarla que el resto de la población (Sullivan, Neale y Kendler, 2006, citado en Halgin, 2009).

2.4.1.2 Los factores bioquímicos

Una de las teorías biológicas más generalizada, se concentra en el funcionamiento alterado de los neurotransmisores como causa de los trastornos de personalidad, por ejemplo, la neuropinefrina y la serotonina son los dos monoaminos donde se piensa que son de más importancia en el trastorno de la depresión mayor (Elhwuegi, 2004, citado en Halgin, 2009) y una forma de tratamiento es la terapia farmacológica, que mediante empleo de medicamentos

alteran la operación neurotransmisora y neuronal del cerebro, ya que algunos fármacos inhiben los neurotransmisores o las neuronas receptoras, reduciendo la actividad de determinadas sinapsis, los sitios por los que viajan los impulsos nerviosos de una neurona a otra. Otros fármacos hacen justo lo contrario; aumentan la actividad de ciertos neurotransmisores o neuronas, permitiendo que determinadas neuronas se activen con mayor frecuencia (Feldman, 2010).

2.4.1.3 Terapia electroconvulsiva. (TEC)

Es un procedimiento que se a utilizado en el tratamiento de la depresión grave demostrando ser rápidamente eficaz, su tratamiento consiste en aplicar brevemente una corriente entre 70 y 150 voltios en la cabeza del paciente, el TEC se recomienda para los individuos que están en un estado agudo manía y que no responden a la medicación, ya que en ocasiones los pacientes después del tratamiento llegan a experimentar desorientación, confusión y en ocasiones pérdida de memoria que puede durar meses (Feldman, 2010, Halgin, 2009).

2.4.1.4 Psicocirugía.

Cirugía cerebral en que el objetivo consiste en reducir el síntoma de los trastornos mentales, hoy en día utilizada raramente, dicho tratamiento que se presentó como último recurso en el año de 1930, conocida como lobotomía, consistía en destruir o eliminar una parte del lóbulo afectado del paciente que manejara la emoción o conducta a sanar (Feldman, 2010).

La mayoría de los terapeutas considera que estos tratamientos son insuficientes solos. En consecuencia, por lo común recomiendan la psicoterapia como complemento que ayude al individuo entender tanto la etiología del trastorno como las estrategias para impedir reapariciones (Halgin, 2009).

2.4.2 Modelos psicológicos

Estos ofrecen explicaciones sobre el comportamiento humano en general, describiendo el desarrollo de la conducta de acuerdo al abordaje del modelo a tratar, darnos como resultado diferentes puntos de vista de estudio del ser humano ya que, el hombre como campo de fenómenos resulta extremadamente complejo y sería absurdo suponer un conocimiento exhaustivo del mismo (Centeno, 2012).

Aunque los modelos psicológicos varían sobre sus corrientes y estilos de abordaje hay elementos que comparten entre ellos como; están basados en métodos sistemáticos, intentar cambiar favorablemente el punto de vista de los pacientes sobre si mismos, su relación con otros y/o sobre sus sistema de valores, tratan directamente o indirectamente de combatir los problemas de las personas, establecen una relación de confianza entre terapeuta y los/as usuarios/as, tratando de crear ambientes externos de cura con el fin de reafirmar el prestigio del terapeuta y aumentar la confianza del usuario, todas aportan fundamentos teóricos (teorías explicativas) y técnicas de cura que no pueden ser refutadas, no obstante todas creen en sus ventajas por encima de los demás, entre otras (Centeno, 2012).

Aunque también existen una gran diversidad de modelos podemos decir que son cuatro las más usadas por los profesionales de la salud en ámbito terapéutico, estas son; psicodinámico, conductuales, cognitivas y humanistas.

2.4.2.1 La Terapia psicodinámica

Se concentra en los procesos psíquicos internos como fundamentos de las alteraciones, busca llevar del inconsciente a la conciencia conflictos pasados no resueltos e impulsos inaceptables para que los pacientes puedan abordar los problemas en forma más eficaz, se basan en enfoques psicoanalíticos, sosteniendo

que las personas emplean mecanismos de defensa para protegerse de sus impulsos, estos pudieran ser consciente o inconscientemente (Stephen, 2010, Halgin, 2009).

2.4.2.1.1 El psicoanálisis.

Comprende aquellos procedimientos de psicoterapia basados en los principios freudianos, que pretenden disminuir los efectos indeseables de los conflictos inconscientes haciéndolos más conscientes, identificando su origen, reconociendo la expresión inadecuada de las emociones y comprendiendo el significado de los comportamientos actuales (Centeno, 2012).

Sigmund Freud médico neurólogo de Viena, considerado como padre del psicoanálisis, cuyo trabajo fue tan importante en la psicoterapia, que hoy en día casi todas están influidas por él. Sin embargo, no es sorprendente que existan muchas variaciones y derivaciones de ideas freudiana originales (Compas y Gotlib, 2003). Incluso el mismo Freud dice que el psicoanálisis. originalmente no constituía sino el nombre de un método terapéutico especial, pero ahora ha llegado a convertirse en el nombre de una ciencia, de la ciencia de lo psíquico inconsciente. Esta ciencia no es, generalmente, apta para resolver por sí sola un problema, pero parece llamada ofrecer a las más diversas disciplinas científicas importantísimas aportaciones. El campo de la aplicación del psicoanálisis es tan amplio como el de la Psicología. “Así pues, volviendo la vista a la labor de mi vida puedo decir que he iniciado muchas cosas y sugerido otras, de las cuales dispondrá el futuro” (Freud. 1981)

Sobre el tratamiento psicoanalítico freudiano cuya meta consiste en liberar los pensamientos y sentimientos inconscientes ocultos para reducir su poder en el control del comportamiento, ayudar al paciente a lograr insight o capacidad de introspección sobre las fuentes y orígenes de sus problemas, intenta ayudar al

individuo a ser consciente del material y la información inconsciente para llevarlo a nivel de la conciencia (Compas y Gotlib, 2003, Stephen, 2010).

De manera concreta el método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se apoya en los siguientes procesos (Centeno, 2012):

- a) Asociación libre. La expresión de cualquier deseo, pensamiento, sentimiento o actividad psíquica que venga a la mente de manera directa, por absurda que perezca.
- b) Análisis de transferencias. El proceso mediante el cual el paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (generalmente los padres)
- c) Análisis de contratransferencia. La respuesta específica del psicoanalista a la transferencia del paciente.
- d) Análisis de la resistencia. El conjunto de maniobras conscientes e inconscientes que el paciente utiliza para manejar su propia ansiedad y conflicto, y para eludir su trabajo terapéutico de libre asociación.
- e) Junto a estos procesos se establecen reglas de trabajo que presentan en el encuadre del psicoanalista y el paciente.

Aun así, el psicoanálisis ha tenido diversas modificaciones generando diversas corrientes, escuelas y sistemas que difieren en objetivos y estilos de trabajo, esto han generado polémica incluso por los profesionalistas que adoptan esta corriente por ejemplo tenemos.

2.4.2.1.2 La psicología de Carl Jung

Carl Jung (1875–1961) argumentaba que Freud había puesto demasiado énfasis en la sexualidad, creía que la personalidad es moldeada por la energía

psíquica, y no estaba de acuerdo en que esta energía fuera necesariamente sexual o agresiva, creía que el inconsciente se componía de dos partes, el inconsciente personal mantiene recuerdos reprimidos, deseos y sentimientos de la infancia y la niñez temprana y el inconsciente colectivo se compone por huellas de memoria latentes compartidas por todos los seres humanos (Compas y Gotlib, 2003) Según Jung la psicoterapia no se propone la curación del síntoma sino el crecimiento o autorrealización, una neurosis debe verse como algo enteramente positivo, en tanto abre el camino para un nuevo desarrollo de la personalidad, la neurosis puede alcanzar el valor de una crisis curativa que haga del terapeuta un acompañante para una jornada del camino de la individuación (Kriz, 2007).

En la psicoterapia de Jung el terapeuta, renuncia a todas las teorías y prácticas precedentes para seguir una actitud sin prejuicio, dialéctica (Zentralblatt, 1935, citado por Wolfgang en Hochheimer,1969) para cada comprensión de un proceso de desarrollo individual impone la realización de un estudio preliminar. Poco nos interesa detenerse aquí y allá en nuestro problema, tenemos que ocuparnos ante todo de necesidades prácticas, si las cuestiones filosóficas son un problema psicológico, entonces, es necesarios tratarlas, corresponda o no corresponda la filosofía a la psicología (Jung, citado en Hochheimer,1969).

En cuanto se cree en una teoría y un método determinada, está predestinado a fracasar en determinados casos, por lo que no hay ningún método de interpretación absolutamente seguro. Se debe de regir determinada, la regla fundamental de que cada caso es nuevo y se debe considerarse particularmente. Es necesario plantear la cuestión de si una actitud o un hábito es realmente lo que aparenta ser o constituye la compensación de una actitud o una costumbre opuesta. Si los resultados son

insuficientes, deberá orientarse al grado de lo irracional existente en el paciente, aunque las preguntas sobre las cuestiones aparenten no tener ninguna relación con la enfermedad actual en esencia.

El valor en el tratamiento es que el paciente viva plenamente las fantasías y las comprenda en cuanto sea aplicable la comprensión intelectual a la totalidad de la vivencia. El paciente debe intentar expresar sus estados de humor y tratar de vivirlas en su temática y síntomas. Es importante consignar por escrito todo el procedimiento en el momento de iniciarlo, por si llega el caso de contrarrestar eficazmente la tendencia siempre existente, no haya engañarse a sí mismo. Se debe de evitar formar juicios arbitrarios respecto a la explicación que debe darse a los principales intereses que de hecho muestre tener el paciente.

Otro método auxiliar utilizado son los dibujos o pinturas realizados por los pacientes en tanto acción que ejerce esta actividad en el paciente, quien da forma a sus creaciones representando sus fantasías, en un sentido en el que el Yo aparece como objeto de lo que en él actúa, así que mediante la imaginación activa nos hallamos en situación de poder descubrir los arquetipos, es necesario llevar al paciente por determinadas fases de confesión, establecimiento, educación y cambio, ya que el paciente nada sabe y apenas sería capaz de pasar por la conciencia. (Hochheimer, 1969)

Por lo que respecta los analistas jungianos llevan al paciente a explorar sus sueños, fantasías y uso de símbolos con la intención de ayudarlo a lograr introspección sobre su mundo interno (Compas y Gotlib, 2003, Kriz, 2007).

2.4.2.1.3 La psicología de Adler

Adler (1880 -1937) se singularizó por destacar los aspectos socio psicológicos del desarrollo y la variedad de las perturbaciones psíquicas. Según Adler todos los seres humanos tienen todas las capacidades, creía que la gente se motiva por intereses e impulsos sociales, que cada persona es una configuración única de motivos, rasgos, intereses y valores; cada acto ejecutado por una persona lleva el sello de su propio y distinto estilo de vida. Creía que el hombre está más motivado por sus expectativas respecto al futuro que por sus experiencias pasadas, por lo que hay una necesidad del finalismo, comprender cualquier fenómeno psicológico, la perspectiva desde la cual ellos han sido vividos, en particular de manera individual y su forma en qué se percibe, ya que se pone toda la vida psíquica al servicio del objetivo final de la vida. Respecto a este fin último del hombre considera tres estadios; Ser agresivo, Ser poderoso y Ser Superior, por lo que cada persona tiene un propio objetivo alcanzar o intentar la superioridad, estos sentimientos nacen de la imperfección en cualquier esfera de la vida, con lo que lleva a la motivación de alcanzar un mayor desarrollo que al obtenerlo comienza nuevamente a sentirse inferior. Cada individuo tiene su propio estilo de vida; nunca dos individuos desarrollan el mismo aun que el objetivo de cada individuo es uno, por ejemplo; si el niño es físicamente débil el estilo de vida ha de estar dirigido a proporcionarle vigor físico, o cuando no sea inteligente se empeñará a lograr la superioridad intelectual. Por lo que uno procura llegar a ser superior a través de su desarrollo intelectual, otro buscará la perfección muscular, esta conducta deriva de su estilo de vida que se constituye durante la infancia hacia los cuatro o cinco años de edad y a partir de entonces las experiencias son asimiladas y utilizadas de acuerdo

con ese único estilo de vida. Adler elaboró toda una teoría de personalidad, observaciones empíricas que tuvieron lugar al abordaje terapéutico que en su mayoría constituyeron reconstrucciones del pasado según los recuerdos del paciente y apreciaciones de la conducta presente basadas en su información verbal. Se centró en el consciente más que el funcionamiento inconsciente, como médico que era, llamó a su sistema psicología individual sin percatarse que el concepto ya había sido utilizado en la psicología social. Atribuye un papel importante a la posición dentro de la serie de hermanos, con diferenciador del sexo y estilo de vida.

En relación del individuo normal, el neurótico responde a modelos de conducta particularmente estereotipados, muy limitantes, orientados por funciones destinados a evitar lo que pudiera poner en descubierto su inferioridad y su fracaso. La neurosis según la formulación de Adler es la explotación de los síntomas sin conocimiento del propio paciente (Compas y Gotlib, 2003, Kriz, 2007, Hall y Gardner, 1977).

La terapia Adleriana el paciente se sienta en silla en contraste del diván de Freud, el terapeuta se concentra en fortalecer el interés social del paciente utilizando la relación terapéutica como modelo. El paciente y el terapeuta se concentra en los recuerdos de la niñez temprana, el orden de nacimiento del paciente y la calidad de sus interacciones con su familia (Compas y Gotlib 2003).

2.4.2.1.4 Terapia con orientación psicoanalítica o psicodinámica

A largo de la historia ha evolucionado, conforme pasan las generaciones, los teóricos, terapeutas, investigadores, profesionales que se dedican al análisis, han hecho valiosas aportaciones, generando modificaciones de los métodos originales de Freud. En la actualidad generalmente las prácticas psicodinámicas más

contemporizaciones difieren del psicoanálisis ortodoxo al menos tres maneras:

- Primero, han remplazado buena parte del lenguaje y los constructos complejos de la teoría freudiana con explicaciones más parcas o parsimoniosas de la conducta.
- Segundo, destacan la relevancia de las relaciones interpersonales tanto como los procesos intrapsíquicos interno.
- Tercero, se han desarrollado tratamientos más breves y definidos que los del psicoanálisis tradicional (Binder, Strupp y Henry 1995 citado en Compas y Gotlib, 2003) como es el caso de la psicología del yo, las relaciones objétales, la psicoterapia psicodinámica breve y la psicoterapia interpersonal, por ejemplo;

La psicología del yo, la cual resalta la relativa importancia del yo sobre las funciones del ello y del superyó, que en lugar de concentrarse en instintos y necesidades profundamente enraizados y de tomar como objetivo las experiencias de la niñez temprana, el análisis del yo se concentra de manera más directa, en dificultades y conflictos actuales y se esfuerza por fortalecer el funcionamiento del yo, este análisis en cierto sentido es más un proceso de nueva crianza o reeducación de lo que es el psicoanálisis, al cual Freud veía como reconstructivo (Compas y Gotlib, 2003).

2.4.2.2 Terapia conductual

Plantea que tanto el comportamiento anormal como el normal son aprendidos. Quienes se comportan de manera anormal no han logrado aprender las habilidades necesarias para afrontar los problemas de la vida cotidiana o han adquirido habilidades y patrones deficientes que se mantiene por alguna forma de

reforzamiento (Stephen 2010).

La modificación de conducta ha experimentado un crecimiento, ha demostrado ser efectiva y económica en una amplia variedad de sitios, desde aulas escolares hasta hospitales mentales, además de ser capaz de demostrar claramente relaciones de causa- efecto. Un comienzo de la terapia conductual puede situarse en los experimentos y escritos del fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936) investigaba la fisiología del aparato digestivo por medio de experimento con animales (perros) , que lo llevó a descubrir el reflejo condicionado y con ello a construir una vasta teoría del condicionamiento que perfecciono y difundió en Estados Unidos gracias al psicólogo John Watson que trabajaba para determinar los principios del aprendizaje, concentrándose sobre todo en la conducta manifiesta y observable. Watson creía que la gente nace con tres emociones básicas, ira, temor, amor, igual planteo que las personas aprenden diferentes asociaciones estímulo-respuesta a través del condicionamiento clásico, Watson con su estudiante de Doctorado Rayner (1920) condicionar el temor de un niño de 11 meses de edad, siendo de manera la primera demostración empírica de que las emociones pueden aprenderse, siendo también la primera demostración de laboratorio de una neurosis experimental. Los estudios de Watson plantaron las semillas para el desarrollo de intervenciones subsecuentes basadas en los principios del condicionamiento, en los siguientes 20 y 30 años se produjo al parecer una laguna en desarrollo de la modificación de la conducta, como lo explica Flanks (1969) que pudiera que el psicoanálisis fue creciendo continuamente y se convirtió en el centro de atención para la comunidad terapéutica que estaba dominada en gran medida por psiquiatría y que no había nadie que practicarse la terapia conductual. Después de la guerra investigadores, terapeutas

(B.F. Skinner, Joseph Wolpe, Hans Eysenck, Edward C. Tolman, entre otros), aportaron contribuciones importantes en el desarrollo de la terapia conductual (Compas y Gotlib, 2003, Kriz, 2007, Stumphauzer, 2010).

Skinner en 1953 movió el foco de los estudios del aprendizaje del condicionamiento clásico del aprendizaje al condicionamiento operante y abrió la puerta a una forma diferente de concebir la psicopatología, propuso que los principios del condicionamiento operante podían explicar buena parte del comportamiento (Compas y Gotlib 2003).

Joseph Wolpe (1958) un psiquiatra sudafricano, probó una hipótesis haciendo que los gatos comenzaran a comer a una distancia considerable de las jaulas donde habían recibido la descarga, Wolpe usó la respuesta alimentaria de los gatos en la inhibición de la ansiedad mediante procedimientos llamados contra condicionamiento el que llamó inhibición recíproca. Sugirió gran variedad de respuesta antagónicas, como la relajación muscular, las conductas asertivas y las conductas sexuales entre otras, desarrolló procedimientos conductuales para el tratamiento de la ansiedad y fobias basadas en el principio de inhibición recíproca y que se denominó como desensibilización sistemática (Compas y Gotlib, 2003).

Los conceptos empleados en los modelos conductistas se basan principalmente en la conducta observable. La conducta anormal o desviada, no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados, sino que se adquiere en su mayoría por el aprendizaje (clásico, operante y/o por moldeamiento), esta se va adquiriendo, la conducta es el resultado de asociación de experiencias, así que la intervención psicológica terapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta con el que se modifica esta (Centeno,

2012).

Los partidarios de modelos conductuales proponen que las personas deben de aprender nuevos comportamientos para reemplazar las habilidades deficientes que han desarrollado y desaprender sus patrones de conducta inadaptada. (Bergin y Garfield, 1994, Agras y Berkowitz, 1996, Krijin, Emmelkamp, Olafsson y Bienmond, 2004, Norton y Price, 2007, citado en Feldman, 2010).

Tabla 2 Técnicas usadas en el modelo conductual (Centeno, 2012).

| | |
|--|--|
| Técnicas basadas en el condicionamiento clásico | Desensibilización sistemática, desarrollado por Wolpe, conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación. Implica asociar progresivamente, la relajación muscular con estímulos ansiógenos, a fin de inhibir la ansiedad que produce una persona. |
| Técnicas basadas en el condicionamiento operante | Procedimiento encaminado adecuadas Reforzamiento positivo de conductas Procedimiento encaminado inadecuadas Extinción Castigo Contrato de conductas Control de estímulos |
| Técnicas basadas en modelamiento de Albert Bandura | Modelamiento Terapéutico (el paciente observa e imita el modelo y el terapeuta proporciona información correctora. El entrenamiento de habilidades sociales. El entrenamiento en asertividad |
| Técnicas basadas en los principios del autocontrol | Suelen combinar con otras técnicas, y las más utilizadas son: Auto-registro, bitácora de conducta, Buofeedback (cualquier técnica que utilice instrumentación para proveer información inmediata, precisa u directa a una persona, sobre la actividad de sus funciones fisiológica, facilitando la percepción de éstas y el someterse el control voluntario. |

Los terapeutas de conducta suelen manejar un amplio abanico de técnicas terapéuticas para diversos problemas las cuales algunas de ellas las podemos apreciar en la tabla, sin embargo, la terapia conductual es más que la utilización de estas técnicas, de un modo trata de entender a la persona y si comportamiento basados en

sus principios conductuales (Centeno 2012).

2.4.2.3 Terapia cognitiva

Buscan modificar los patrones de pensamiento que “atrapan” a la persona en forma de pensamiento de forma disfuncional. Trata de modificar la forma que los individuos piensan modificando sus cogniciones disfuncionales sobre el mundo y su persona (Stephen 2010).

Los orígenes de la psicoterapia cognitiva preceden de la filosofía estoica y budismo, la teoría y los estudios de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia, pero como padres de las psicoterapia conductual esta Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva) y Aaron Beck (Terapia Cognitiva) casi al mismo tiempo perfeccionaban su modelo de terapia para trastornos emocionales que no solo incluían un fuerte componente cognitivo, sino que resaltaban cogniciones disfuncionales, patrones de pensamiento problemáticos, causas directas de malestar psicológico y punto crucial para realizar el cambio terapéutico, por ejemplo entre sus ideas podemos ver como la actividad cognitiva afecta a la conducta, que los desórdenes de conducta se basan a sus pensamientos erróneos o irracionales que generan un efecto negativo sobre su estado emocional, estas pueden ser controladas y modificadas, ya que es posible mediante el cambio cognitivo (Centeno, 2012, Compas y Gotlib 2003).

Acorde al modelo cognitivo, el sistema de procesamiento de la información conduce a la aparición de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, los modelos cognitivos no afirman que el sesgo en el procesamiento de la información sea la única causa psicopatológica: las variables genéticas, del desarrollo, hormonales físicas y

fisiológicas también pueden estar involucradas en los desórdenes de la ansiedad y la depresión. (Clark y Beck 1989, citando por Riso, 2008)

Beck formuló su teoría cognitiva de la psicopatología términos claramente comprobables, el papel de los trastornos emocionales se han examinado de más sistemática en investigación clínica (Compas y Gotlib 2003), según Beck en la forma de pensamientos automáticos, es decir, tales que el paciente por regla general no tiene conciencia de ellos. Por lo que las perturbaciones emocionales con frecuencia descansan en falacias como las que Beck ha mencionado cinco grupos principales:

1. Personalización: sucesos del mundo exterior son referidos a la persona propia sin justificación y de manera extrema, y así adquiere una importancia selectiva.
2. Pensamiento polarizado; es la tendencia de pensar según los extremos buenos/malo, nunca/siempre.
3. Abstracción selectiva: se aíslan ciertos aspectos de sucesos o de situaciones, se les atribuye un valor excesivo o en detrimento de otros, se vuelve determinantes para el estado de la persona y sus acciones.
4. Hipergeneralización: algunos aspectos o vivencias son indebidamente generalizados en enunciados universales.
5. Exageración: alteraciones o sucesos mínimos se perciben de manera desfigurada y adquieren una importancia indebida (Kriz, 2007).

Albert Ellis expuso por primera vez en 1956 ante la reunión anual de la Asociación Psicológica Norteamericana, rogerianos, terapeutas gestálticos y psicoanalista que estuvieron de acuerdo, estimaron que su método era demasiado

elemental y opinaron que no daría resultado. (Shorr 1984, citado por Kriz 2007)

Uno de los principios de la Terapia Racional Emotiva (TRE) consiste en establecer cuáles son las creencias o hipótesis, irracionales de las personas sobre sí misma y sobre las demás y luego, discutir tales creencias si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales. La TRE dispone de una teoría estructurada y funcional para reconocer rápidamente las ideas irracionales centrales con las que el paciente tontamente se preocupa, podemos resumir la parte cognoscitiva de la teoría y la práctica de la TRE en forma siguiente; En el punto A, los pacientes tiene una experiencia activamente acerca de la cual se encuentra trastornado que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocionales (punto C), y el punto B es el sistema de creencias, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre en el punta A (Ellis, Abrahms, 2005). Este es el esquema A-B-C donde A es la causa de C y B es el sistema de creencias.

Las terapias cognitivas suelen apoyarse tanto en el empleo de técnicas experienciales o emocionales, estas han aportado métodos de terapia efectiva para determinados trastornos mentales, han sido criticados al igual que han hecho aportaciones a otras psicoterapias como modelos constructivistas, racionalistas entre otras (Compas y Gotlib, 2003).

2.4.2.4 Terapia humanista.

Se basa sobre planteamiento filosófico sobre la responsabilidad personal al desarrollar técnicas de tratamiento ya que nosotros tenemos control de nuestro comportamiento y podemos elegir la vida que queramos llevar, esto depende de nosotros y de resolver las dificultades que encontramos en nuestra vida (Stephen, 2010).

Los trastornos psicológicos son resultado de la incapacidad de los individuos para hallarle sentido a su vida y del sentimiento de la soledad y desconexión de los demás (Cain 2002 citado en Stephen 2010)

Las raíces de la psicología humanista se pueden rastrear con los orígenes de la psicología en Estados Unidos, como con los trabajos de William James a principios del siglo XX. James estudio filosofía, fisiología y medicina durante su batalla por desarrollar una identidad personal y profesional (Reisman,1976 citado en Compas y Gotlib, 2003) afectado por los escritos del filósofo francés Charles Renouvier, quien creía que la capacidad para la libertad o libre albedrío era una de las características que definían la naturaleza humana. Así que James incorporó los conceptos de libre albedrío y sentido de sí mismo como piedras angulares de sus opiniones emergentes sobre psicología (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, unas de la figura más destacable en la evolución de los modelos humanistas es el psicólogo estadounidense Carl Rogers que a partir de los años de 1940 elaboró una teoría de personalidad y un enfoque psicoterapéutico, realizó investigaciones con el fin de entender mejor el proceso de terapia y evaluar su eficacia. El cual fue dominado como psicoterapia no directiva más tarde psicoterapia centrada en el cliente y por último psicoterapia centrada en la persona, en el terreno educativo pudiéramos encontrar a John Dewey, quien creía que el aprendizaje óptimo ocurre cuando se permite que los estudiantes se comprometan por sí mismo en lugar de enseñarles con una estructura autoritaria. También tenemos al psiquiatra Otto Rank que sostenía que la terapia debe ocurrir sin control por parte del terapeuta y el individuo debía de seguir su capacidad para el libre albedrío. Firt Perl desarrolla la terapia Gestalt entre los años de 1950 y 1960, compartía la idea de Rogers en el

papel de los individuos para asumir sus responsabilidades de su propia conducta, pero el tema principal de la terapia Gestalt era ayudar a los clientes a entender y acertar sus necesidades, deseos, fortalezas y temores para aumentar su conciencia de como ellos mismo se impedían alcanzar sus metas y satisfacer sus necesidades (Compas y Gotlib, 2003).

Entre los principales fundamentos de las psicoterapias humanistas encontramos, que las personas son fenomenológicos, es decir que a la gente solo se le comprende desde la posición estratégica de sus propias percepciones y sentimientos únicos, se concibe a la persona como un todo integrado, es autónomo y vive en un contexto interpersonal, tiende a la autorrealización, el modo de como una persona vive su experiencia interna es fundamental para comprenderlo, ya que las personas tiene la capacidad de estar consciente de su propia conducta y motivaciones, el control sobre su vida y su destino, así que el terapeuta no deberían intentar manipular los acontecimientos de los individuo, sino su tarea consiste en ofrecer el apoyo y empatía para auxiliar a los clientes a explorar la verdadera naturaleza y significado de sus conductas (Centeno 2012, Compas y Gotlib 2003).

2.4.2.4.1. El modelo de C. Rogers

Rogers parte de la idea de que la persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, rechaza el papel directo del terapeuta y propone tres estrategias básicas para lograr las metas terapéuticas;

1. La resonancia o comunicación espática del terapeuta hacia la experiencia del cliente.
2. La apreciación o consideración positiva incondicional del terapeuta hacia el cliente, para que exprese sus sentimientos y logre la auto-aceptación.

3. La congruencia interna o autenticidad del terapeuta con sus sentimientos vividos en la relación de la terapia. (Centeno 2012)

Rogers nos habla de un proceso terapéutico donde se desarrolla espontáneamente supuestas condiciones previas, el rapport donde el terapeuta trata de establecer una buena relación el cual a la vez obtiene la información que le dará una idea del carácter eminentemente práctico de la terapia no directivo con que permite al terapeuta seleccionar a los candidatos conforme a los criterios clínicos. Después de esto se llevará al cliente a pasar por tres momentos fundamentales en el proceso: Catarsis (promover la libre expresión de sentimientos, actitudes e impulsos que constituyen el núcleo de los conflictos del cliente), el insight (es un modo nuevo de percibir, comprende la reorganización y orientación del sí mismo.) y la ejecución de acciones positivas que van encaminadas hacia una mayor independencia. En este proceso el cliente es quien decide, quien dirige sus acciones y quien toma el mando. No obstante, la psicoterapia no directiva insiste constantemente en las técnicas terapéuticas necesarias para estructurar la relación y para facilitar el proceso terapéutico. En las que podemos observar (Gondra, 1981);

- Selección de clientes, en la que consiste en determinar si el cliente cumple las condiciones requeridas para estar en terapia.
- Crear una buena relación, donde se establece un vínculo emocional necesario para poseer unas determinadas actitudes para con el cliente.
- Técnica de definición verbal, donde el terapeuta explica al cliente la naturaleza de la relación con sus palabras y con su modo de proceder en todos los detalles, incluso en lo más insignificantes.

- El consejero no da respuestas concretas, sino brinda al cliente la oportunidad de elaborar sus propias soluciones a los problemas.
- No se dan Juicios morales
- El respeto de hora de duración de la entrevista, y no debe incurrir en conductas ofensiva para con otras personas.
- La facilitación de catarsis teniendo una actitud inicial amistosa, cálida y acogedora del terapeuta.
- Marchar detrás de los sentimientos del cliente a medida que estos surgen espontáneamente en su expresión, siendo que el cliente se exprese con tanta libertad como sea posible.
- Reconoce verbalmente, no el contenido intelectual de las expresiones del cliente, sino el sentimiento trasmitido por las mismas.
- Los sentimientos tanto positivos, como los negativos deben de ser aceptadas y reconocidos, por lo que se concede la libertad del cliente para poder cambiarlos sin sentimientos de culpa.
- Alentar la expresión de actitudes y sentimientos hasta que se produzca de manera espontánea el insight
- Se evitan preguntas directas al cliente ya ellas suscitan las defensas
- La interpretación ha de ser evitada, sobre todo en el caso en que sea precipitada
- Es prudente aguardar los acontecimientos, en lugar de precipitarse con riesgo de detener el proceso terapéutico.
- El terapeuta expone con brevedad y un modo muy claro las actitudes que

subyacen detrás de lo expresado por el cliente (Gondra, 1981).

4.4.2.4.2 El enfoque gestáltico de Perls

Perls parte de la noción del sujeto tienden a completar su existencia, de manera similar al enfoque de la auto-realización de Rogers, propone tareas específicas para lograrlo con lo que ocurre en tres procesos para facilitar la integración de los deseos y necesidades del individuo:

1. La valoración de actualidad: se trabaja en el aquí y ahora del presente y no sobre el refugio del pasado o la ilusión del futuro.
2. La valoración de la conciencia y la aceptación de la experiencia. Se trabaja con la experiencia sensorial y con emociones, evitando el discurso intelectual y las interpretaciones
3. La valoración de la responsabilidad e integridad; cada uno es responsable de su conducta por ilógica o extrema que parezca (Centeno, 2012).

Gestalt es una palabra alemana para la cual no hay un equivalente directo en inglés una ggestalt es una configuración, una forma, la forma particular en que se organizan las partes individuales que las constituyen. La premisa básica en la psicología ggestalt es que la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades y es vivenciada por el individuo en estos términos y pueden ser comprendidas únicamente en función de las formas o totalidades de la cuales se componen. Así que la palabra Gestalt o ggestalt no tiene una traducción al español, significa al mismo tiempo: forma, estampa y estructura. El ggestaltismo que inicialmente fue una escuela psicológica dedicada al estudio de la percepción, se propone aprender los fenómenos psíquicos en su totalidad, sin disociar los elementos del conjunto en que se integran y fuera del cual pierden su significado (Perls 1973). Estas totalidades es

decir la organización psicológica obedecen a ciertas leyes:

- Ley semejanza y proximidad (los elementos perceptivos aislados tienden a estructurarse espontáneamente.)
- Ley de cierre (las áreas cerradas son más estables que la que no están)
- Ley de buena continuidad. A iguales circunstancias, uno tiende a percibir como partes de todos estímulos que guardan entre si una continuidad de forma.

Estas leyes convergen en una más amplia, la figura-fondo donde se refiere a una realidad psicológica, ahí donde se da el proceso terapéutico. figura son todas las situaciones que está viviendo una persona en su presente (Situaciones, personas, detalles como dinero, papá, pareja, sexo, familia, casa, etc.), Fondo donde está el inconsciente donde están depositadas las experiencias de las personas desde su concepción hasta el presente (factores genéticos, introyectos, asuntos inconclusos, herencia, etc.) por el que efecto figura-fondo se manifiesta a diario y depende de las vivencias y aprendizajes depositadas en este fondo de manera en que la persona se relaciona con su medio ambiente. Por ejemplo, si la persona tuvo una historia de problemas con la autoridad del padre estos quedan guardados en el fondo como dificultades con las figuras de autoridad por lo que será susceptible a tener problemas con dichas figuras. Digamos que si la relación conflictiva es pasajera es posible que recupere su equilibrio a través de defensas, pero si el problema persiste su relación se vuelve más problemática, se pierde la percepción de la figura del presente con la del pasado; se le asigna comportamientos que no posee; se contamina la relación por que la persona atribuye a otros (personas que le rodean) comportamientos, por ejemplo: un conflicto con su padre hace que exprese lo que

no hizo o quería que hiciera. La figura de autoridad del presente se contacta con el fondo como; el vivir la relación de mi padre autoritario a través de otro, para haya un proceso gestáltico es necesario descubrir como una persona se conecta con su fondo entendiendo las resistencias o defensas que presenten y ayudarlo a descargar la carga emocional (García, 2005).

Los enfoques humanistas y existenciales comparten metas comunes, consisten en ofrecer apoyo, empatía para auxiliar a los clientes a explorar la verdadera naturaleza y significado de conductas, emociones y relaciones con los demás. Los terapeutas se esfuerzan por permitir que los clientes enfrenten y aclaren sus elecciones pasadas y presentes, que sus relaciones sean de manera auténtica, abierta, honesta y cariñosa con los otros (Compas y Gotlib, 2003).

Para lograr el objetivo terapéutico de las corrientes humanistas llegan apoyarse en otros modelos humanistas como estrategias terapéuticas algunas de ellas son las que presentamos a continuación:

- La silla vacía. Se establece un diálogo con el conflicto a tratar depositado en la silla vacía.
- Bioenergética es una técnica de contacto con el propio cuerpo, como la respiración, expresión verbal, posturas corporales, etc.
- Manejo de polaridades. Se ocupa la creatividad para ver ambas partes de un suceso y completar una mitad incompleta
- Fantasías guiadas. Comúnmente se les pide que cierren los ojos, mientras que el terapeuta, hace que se imagine un evento con el fin de resolver conflictos emocionales.

- Sensibilización. Emitir conciencia sensorial, a la detección de nuestras propias necesidades, a nuestras emociones y sentimientos.
- Psicodrama, se propone representación de roles, espontaneidad, creatividad.
- Confrontación.
- Manejo de refranes, metáforas y proverbios
- Psicodrama
- Manejo de Sueños, duelos y fantasías

Capítulo 3 Historia de la psicosis

3.1 Antecedentes históricos

3.1.1 Un poco de historia

En la época antigua no se habla de la psicosis como tal, pero si de una locura, una forma de comportarse diferente a los de más que no se acepta y que es rechazada por la sociedad.

Los arqueólogos han desenterrado cráneos que se remontan por lo menos 5000 años a.c. y que muestran señales de trefinación es decir que se aplicaron pequeños orificios circulares con la ayuda de herramientas de pedernal con lo que se lleva a pensar que posiblemente que tenían la creencia estas personas pudieran ser poseídos por demonios y esta era una forma de contenerlos. La locura aparece en forma de fatalidad o de castigo normalmente en fábulas o mitos religiosos por ejemplo en la Biblia, es el libro de Deuteronomio 28,28 se lee: “Yahve te herirá de locura”, al igual cuando nos introducimos a las lecturas bíblicas nos encontraremos que muchos individuos son atormentados por la locura. Las alteraciones desenfrenadas en el estado de ánimo, el habla y el comportamiento eran imputables generalmente a algún poder sobrenatural por ejemplo los babilonios y los mesopotámicos sostenían que ciertos trastornos eran causados por invasión de espíritus, hechicería, malignidad demoniaca, mal de ojo o violación de tabúes y posesiones, era a la vez juicio y castigo, como nos muestra Homero es su libro la Iliada donde la humanidad es llevada a la locura a causa de su odio, angustia, temores que tienen que enfrentar, dioses, demonios y furias, diversos personajes son

atrapados por su propia locura (Nemesis). Así que las percepciones sobre las enfermedades mentales eran causadas por demonios o un espíritu que luchaba con el cuerpo y el alma, una forma de curarla era acercando a los Dioses que te dotaban de fuerza para poder enfrentarlas (Poter, 2003).

Hipócrates ya mencionaba una clasificación de trastornos; la frenitis, la paranoia, la manía, la melancolía, la epilepsia y las enfermedades mentales que se producen a causa del alcoholismo, la gestación y otras complicaciones orgánicas (Garnica, 2007), en cuanto a las enfermedades sagradas decía: “no me parece que sea ni más divina ni más sagrada que el resto de las enfermedades, sino que tiene, como todas las demás aflicciones, una causa natural de la que se origina”(Hipócrates, citado en De la Fuente, 2011) Sin duda en esta clasificación ya nos habla de una sintomatología donde encontramos la locura y a la vez a rechazando las enfermedad sagrada por algún demonio que quiera poseer el espíritu. Pero parece ser que se detiene estos pensamientos y toma una gran fuerza las ideas religiosas en la historia.

Por ejemplo el año 313 d. de C. el emperador Constantino reconoció el cristianismo como la religión del imperio Romano; el consiguiente triunfo de la Iglesia y la conversión de los invasores bárbaros confirieron sanción oficial durante los siglos venideros a un pensamiento que recurría a lo sobrenatural para explicar la locura, a diferencia de la filosofía, el cristianismo negaba que la razón fuera la esencia del hombre sino, lo que contaba que era el pecado, la voluntad y el amor divino, como la fe del creyente a Dios (Porter, 2003).

La influencia de la iglesia toma un poder enorme el cual llega a detener los

pensamiento científicos por lo que lleva a pensar que las locura es como una causa de posesión demoniaca en la que es combatida solo con la fuerza de Dios, esto hizo que el pensamiento científico fuera alejado y que los enfermos mentales fueran tratada por la iglesia como un mal del alma, abordada desde la espiritualidad, por ejemplo en el libro escrito en 1486 por dos monjes dominicos llamado “*Martillo de la brujas*”, que se convirtió en un manual indispensable en toda Europa para la lucha de brujería, nos habla un poco sobre los castigos que tenían que pasar aquellos que eran poseídos, catalogados como endemoniados y eran torturados hasta morir, por lo que comprender la locura como enfermedad mental es meramente difícil en esa época sino hasta imposible.

Aunque había filósofos como Alberto el Grande (1193-1280) o Tomas de Aquino (1225-1274) que concluían que “la enfermedad mental es un mal de cuerpo, no del alma, ya que esta, por ser una creación de Dios, es perfecta y por lo mismo no puede enfermar (Garnica, 2007).

Durante la fiebre de la cacería de brujas más de 2000 personas fueron ejecutadas, en su mayoría mujeres, finalmente por las ideas de posesión demoniaca, que durante la edad media predominaba en europea, ya que eran los sacerdotes quienes se encargaban de las personas que padecían de locura (Vallejo, Comeche 2010).

Sin embargo, no todo era producto de la hechicería, entre los escepticismos tempranos, encontramos al médico suizo Paracelso (1490 -1541) quien fue uno de los primeros que crítico la creencia supersticiosa sobre la posesión diabólica, insistía que la manía no era tanto una posesión sino un tipo de trastorno y que se debía tratar

como tal (Vallejo, Comeche 2010), o al médico Johann Weyer (1515 -1588) que estudió medicina en París, se interesó fundamentalmente en el estudio de la conducta humana y sobre todo en las mujeres acusadas de brujería, advertía con tanta facilidad la enfermedad de los viejos, los solitarios y los ignorantes podían confundirse con la brujería (Garnica, 2007). Las brujas confesaban que sus monstruosidades eran producto de drogas alucinógenas, del mismo modo que los crímenes que se les acusaban como: muertes, malas cosechas y calamidades, desastres naturales, etc (Porter, 2003).

En el Renacimiento surgen las ideas humanistas haciendo caer las prácticas sádicas inquisitorias dándole un gran cambio a la interpretación de la locura, alrededor del siglo XVII se crean grandes internados y con ello se llevan a crear hospitales generales, que no son precisamente estancias médicas sino tenían que ver más bien una “estructura semi jurídica, una especie de entidad administrativa, que, al lado de los tribunales, son quienes deciden, juzgan y ejecutan” (Foucault, 2015, pp.79-82).

En lo que se sabe que estos encarcelamientos, se trataban a los enfermos, a prácticas poco humanas que muchas veces llevo a terminar con las vidas de las personas que fueron víctimas de estas prácticas, no fue hasta la llegada de Philippe Pinel (1745 -1826) médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, quien permite ver a la locura como una enfermedad, llevándola a la posibilidad de adaptación social, con la posibilidad del tratamiento y la readaptación se abre un camino al estudio y la investigación del trastorno mental (Garnica, 2007).

3.1.2 Pensamientos sobre la locura

Así que a través del tiempo la locura ha sido transformada desde el cristianismo. Vista como algo sobrenatural, desde Pinel, Tuke y Wagnitz, se sabe que los locos han sufrido un régimen de internamientos, este encierro esconde a la vez una metafísica de la ciudad y una política religiosa. La necesidad de internados, hospitales, capillas, etc., dedicadas a los que padecían de locura, cuya pensión pagaban los familiares o eran decretos emitidos por algún juez (Foucault, 2015).

Con el humanismo renacentista y el racionalismo científico, desarrollaron conceptos médicos y naturalista en relación con la locura, la filosofía mecanicista rechazó la idea de la posesión satánica mientras que insistían los doctores ilustrados, la manía y la melancolía no se originaban en el cielo sino en el cuerpo, así la etiología de la locura se volvió orgánica. La nueva ciencia reconfiguraba el cuerpo humano en términos mecánicos que ponen de relieve el papel de los sólidos (órgano, nervios y fibras). Los pensamientos cartesiano y newtoniano el alma se tomó inviolable por definición y consiguientemente, los doctores remitían los orígenes de la locura a lesiones corporales (Porter, 2003).

Tomas Willis (1621-1675) acuñó el término de neurología y llevó las ideas de Descartes por lo que propuso localizar las funciones mentales en regiones específicas del cerebro, Richard Mead (1673-1753) Médico Inglés manifestaba que según los lunáticos padecían de ideas falsas inducidas por las actividades caóticas de esto de espíritus animales, no eran una perturbación de la mente, sino del cuerpo, por lo que entendemos que el loco era como una máquina de motor sensorial atrofiada en estado de descompostura, y no como alma perdidas. Atribuciones como

el médico Herman Boerhaave (1668-1738), Friedrich Hoffmann 1660-1742) que desarrollaron una psicopatología en referencia de sólidos del cuerpo humano (vasos, fibras y poros,) creando diversos seguidores a sus planteamientos por ejemplo; nos encontramos el newtoniano Nicolás Robison en su obra Nuevo Sistema de Esplin donde sostenía que las fibras nerviosas eran las responsables de controlar el comportamiento, por lo que cada cambio de la mente indica un cambio en los órganos corporales (Porter, 2003).

Philippe Pinel (1745-1826) penitenció a un grupo de intelectuales para quienes las ideas progresistas y humanitarias del siglo de las luces era la esencia de su formación, escribió un libro titulado “tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía” con lo que intenta abarcar lo que se considera los aspectos más importantes de la patología mental, se ocupa de las causas entre ellas la gran importancia al factor de la herencia, la vida psicológica, los problemas afectivo; además asegura, que una educación defectuosa puede tener fuerte repercusiones en la génesis de la locura; por tanto todo tratamiento deberá de orientarse a educar nuevamente al enfermo mediante el trabajo y las buenas relaciones humanas (Garnica,2007).

En tanto la revolución psicológica a partir de 1750 ocurría una transformación teórica debida en parte a una creciente comprensión de las teorías filosóficas de la sensación y percepción que promovió el filósofo empirista John Locke (1632-1704) que había sugerido en su ensayo sobre el entendimiento humano (1690), la locura se debía a asociaciones falsas en el proceso mediante el cual los datos del mundo sensible se transformaban en ideas. Estas erróneas asociaciones de ideas se

convirtieron en un concepto central del nuevo pensamiento sobre la locura, especialmente en Gran Bretaña y en Francia. William Cullen (1710-1790) médico que aplicó parcialmente las ideas lockeano produjo un paradigma de la locura psicológica, reintegra el aspecto mental a los discursos médicos sobre la locura, sostuvo que la causa que precipitaba la demencia debía hallarse en una agudización de la actividad cerebral. La locura era un trastorno nervioso que surgía cuando ocurría un desequilibrio en la excitación del cerebro, así que acuñó el término neurosis para referirse a cualquier enfermedad que resultaba de dicho trastorno del sistema nervioso, significado que habría de cambiar radicalmente. Para Cullen la locura también era asociaciones de ideas insólita y generalmente apresuradas que conducían a juicios falsos y generaban emociones desproporcionadas (Porter, 2003).

Para 1780 había una ruptura de teorías somáticas, Alexander Crichton (1763-1856) decía que la psiquiatría debía basarse en la filosofía de la mente y se declaró en deuda para los psicólogos británicos, tales como Locke, Hartley, Reid, Priestley, Stewart, Kames. Este modelo en la que proponía la locura como una enfermedad psicológica, llevo la investigación de los psiquiatras a concentrarse en lugar de los órganos del cuerpo en la psique de los pacientes según sus comportamientos. Esto llevo a una búsqueda de observación psicológica sistemática, que se ve reflejada en los años 1770 trayendo consigo un auge de publicaciones psiquiátricas con esta tendencia, nuevas teorías exigían y apreciaban la observación de pacientes individuales y la publicación de los descubrimientos (Porter, 2003).

A finales del siglo XVIII en toda Europa ilustrada una notable unión entre el nuevo pensamiento psicológico y la reforma de las prácticas para crear lo que se ha

llamado terapia moral, una terapia de predominio psicológico sobre el paciente implementado por el doctor a través de su personalidad, de su experiencia. En Francia seguidor de Pinel fue Jean-Etienne Dominique Esquirol (1172-1840) que concentró sus investigaciones en los detonadores psicosociales de dichos males, desarrollo la diagnosis de la monomanía para describir formas parciales de locura que se identificaban con trastornos afectivos, involucraban paranoia, cleptomanía, ninfomanía y la piromanía que solo podían ser detectadas con anticipación por un experto. Al igual Esquirol redactó importantes informes de su experiencia clínica sobre la ilusión, la alucinación y la locura moral, llevo la transformación de clasificación y diagnosis de los trastornos mentales. Jean-Martin Charcot (1825-1893) profesor clínico del sistema nervioso realizaba cátedras sobre las enfermedades nerviosas que dieron marcha a toda una industria de investigaciones, Charcot dio orden a la nosología de los tipos de trastornos neurológicos, desarrollo técnicas patológicas anatómicas cuyo propósito era dar cierto orden al caos de las sintomatologías neurológicas. En Alemania alrededor del siglo XIX el médico Johann Christian Reil (1750-1813) desarrollo un enfoque holístico derivado de la preocupación del romanticismo por las profundidades irracionales de la psique proponía una variante idiosincrásica de tratamiento moral donde; el alienista carismático debía dominar la mente delincuente, un personal entrenado para actuación de ciertos papeles ayudaría en los esfuerzos del alienista para destrozarse las ideas fijas del paciente. Pero no fue hasta que Franz Joseph Gall (1758-1828) y J.C. Spurzheim Psychiat (1776-1832) desarrollaron la Frenología cuando ganó la atención internacional, la frenología hallaba en el cerebro la sede de la mente, cuyas configuraciones determinaban y al mismo tiempo revelaban la personalidad, parecía

ser una herramienta para el entendimiento de uno mismo, atrajo mucho alienistas ya que proponía una base biomédica real para la explicación de los trastornos mentales. A partir de 1850 la psiquiatría universitaria prosperó en todos los países de habla alemana que tenía como objetivo la comprensión científica de los trastornos mediante la observación sistemática, la experimentación y la disección (Porter, 2003).

La psiquiatría se convirtió en el diagnóstico, el estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales, es decir de procesos biológicos anormales dentro de la cabeza de los pacientes manifestados por los síntomas psicológicos y sociales de su enfermedad (Szasz, 2002).

Pero no es sino hasta el siglo XIX que aparece el término de la psicosis Feuchtersleben, introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar a los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis), para designar las dimensiones clínicas de las enfermedades mentales tratadas en el manicomio por los alienistas. En este periodo se efectúa una clasificación que permite establecer diagnósticos psiquiátricos, en el grupo de la psicosis reúne las siguientes entidades; la esquizofrenia, la paranoia, la manía y la melancolía, nosografía permitió que exponentes como Wilhelm Griesinger(1817-1868), Emil Kraepelin (1826-1856), Jean Martin Charcot (1825-1893), Pierre Janet (1859-1947), Sigmund Freud (1859-1939), Karl Jaspers(1883-1969), Jacques Lacan (1901-1981) entre otros aportaron todo un camino de investigación sobre la psicosis (Sinelnikoff, 2009. Garnica, 2007).

3.2 La psicosis

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de diferentes maneras, ninguna de ellas ha sido aceptada universalmente. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de naturaleza patológica, finalmente el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad (DSM IV-TR., 2002)

3.2.1 Definición

Etimológicamente la palabra psicosis proviene de griego psique (mente) y el prefijo (osis), que significa anormalidad por lo que podemos decir que la mente está fuera de normal, no sigue las características de una norma, cayendo en desórdenes mentales y afectivos que se caracterizan por grados severos de desorganización de la personalidad y la pérdida de contacto con la realidad (El Sahili, 2014).

El término de la psicosis se puede definir como un fenómeno subjetivo, influenciado por los esquemas cognitivos y socioculturales de individuo que se sustenta sobre una disfunción neurobiológica de las vías dopaminérgicas cerebrales, clínicamente dominado aquel estado mental alterado en el que el sujeto pierde el juicio (Obiols y Barrantes, 2014).

Aunque la psicosis se ha tratado desde los tiempos de los griegos, no se sabe con certeza su origen. Se cree que los factores genéticos juegan un papel muy importante, en conjunto con los factores desencadenantes del ambiente, es

considerada como un trastorno grave mental, por el grado de desorganización y pérdida de contacto de la realidad, acompañado de delirios, alucinaciones o trastornos cognitivos, características que pueden ayudar a clasificarlos (El Sahili, 2014).

3.2.2 Tipos de psicosis según el DSM 5

Ahora bien, según el DSM 5 (2014) un trastorno mental es un síndrome (grupo de signos y síntomas) caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su funcionamiento mental.

Encontrando a las psicosis en el grupo de Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: Delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida catatónica) y síntomas negativos.

3.2.2.1 Características claves que definen los trastornos psicóticos según DSM-5

- Delirios: son creencias fijas que no son susceptibles en cambio a la luz de las pruebas en su contra, su contenido puede incluir varios temas (por ejemplo, persecutorio, referenciales, somáticas, religiosos, de grandeza, erotomaniacos, etc.) Estos delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente, mientras que los delirios no extravagantes aquellos que proceden de la vida corriente.

- Alucinaciones: son percepciones que tiene lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pudiera ser normal en determinados contextos culturales.
- Pensamiento (discurso) Desorganizado, se infiere a partir del discurso del individuo, el sujeto puede llegar a pasar de un tema a otro, sus respuestas pudieran estar indirectamente relacionadas o no estarlos en absoluto, en ocasiones pudiera estar tan desorganizado que sería incomprendible su lingüística asemejándose a una afasia.
- Comportamiento motor muy desorganizado o anomalía (incluida catatónica). Se puede manifestar de diferentes maneras, desde la “tonterías” infantiloides impredecible. Puede evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a objetivos, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.
- Síntomas negativos, son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Por ejemplo, la expresión emotiva disminuida, abulia (disminución de actividades, demostrando escaso de interés por desempeños), Alogia (disminución del habla), Anhedonia (incapacidad para sentir placer), Asocialidad (falta de interés para interactuar socialmente) (DSM 5, 2014).

3.2.2.2 Clasificación de los trastornos psicóticos según DSM 5

1. Trastorno esquizotípico de la personalidad; aunque su descripción se encuentra en el capítulo de trastorno de la personalidad se considera parte del espectro de la esquizofrenia y según la Clasificación de enfermedades mentales CIE 9 y CIE 10.

2. Trastorno delirante; siendo característica esencial la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos 1 mes, aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no se manifiesta extravagante o extraño, si se han producido episodios maníacos o depresiones mayores han sido breves en comparación de los periodos delirantes, además de nunca haber cumplido un esquema de esquizofrenia, este trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica. Especificando el tipo de delirio, su contenido y duración y gravedad.

3. Trastorno psicótico breve; es una alteración que implica el inicio brusco (un cambio de estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo de 2 semanas) de, al menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos; delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento psicótico motor. Este episodio dura al menos 1 día, pero menos de 1 mes, retornando por completo al nivel funcionamiento premórbido.

4. Trastorno esquizofreniforme; son idénticos a los de esquizofrenia, se distingue por su diferente duración; es de menos de un mes, pero menor de 6 meses y en la ausencia de deterioro del funcionamiento social y laboral.

5. Esquizofrenia: comprende todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, el diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral y social. Durante un periodo de 1 mes o más se deben de presentar al menos dos síntomas de manera clara de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o muy desorganizado. Implica un déficit de una o más áreas principales del funcionamiento.

6. Trastorno esquizoafectivo; se basa en la valoración de un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica, durante el cual existe un periodo mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor), los delirios y alucinaciones deben estar presentes durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Los síntomas no son atribuibles a los efectos de una sustancia o a otra afección médica. Los estados de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de las fases activa y residual de la enfermedad. Requiere la valoración de los síntomas del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad psicótica, lo que difiere del DSM IV, que únicamente requería una valoración del periodo actual de la enfermedad. Si los síntomas del estado de ánimo solo están presentes durante un periodo relativamente breve, el diagnóstico es de esquizofrenia, no de trastorno esquizoafectivo.

7. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos: las características son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento. Alucinaciones que

el propio sujeto identifica como inducidas por sustancias/medicamentos y que se diagnostica como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, acompañada del especificador con alteraciones de la percepción. Para estas drogas deben encontrarse pruebas de consumo, intoxicación o abstinencia de sustancia en la historia, la exploración física o hallazgos de laboratorio.

8. Trastornos psicóticos debido a otra afección médica. Sus características esenciales son los delirios o las alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explica mejor por otro trastorno mental. Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial (visual, olfativa, gustativa, táctil o auditiva). En estos se debe de identificar la presencia de afección médica y considerar la etiología de la psicosis a través de un mecanismo fisiológico. Esta depende de cada individuo y las pruebas diagnósticas variaran dependiendo de esa enfermedad.

9. Síndrome de psicosis atenuada se encuentra en afecciones que necesitan más estudio. Se describe similar a los psicosis, pero están por debajo del umbral de un trastorno psicótico completo, los síntomas son menos graves y más transitorio, y se conserva la introspección relativamente, requiere un estado psicopatológico asociado a deterioro funcional y no un rasgo patológico de larga evolución. La psicopatología no habría progresado hasta alcanzar la gravedad de una psicosis completa.

Para aumentar la especificidad diagnóstico el DSM- 5 sustituye el diagnóstico previa de NE (no especificado) con dos opciones de uso clínico: otro trastorno especificado y trastorno no especificado que sirve para los clínicos puedan

comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios de ninguna categoría específica dentro de la clase diagnóstica. Dejando la decisión y juicio del propio clínico (DSM 5, 2014).

3.2.3 Diagnóstico precoz de la psicosis

Sin embargo, resulta difícil diagnosticar en una clasificación a muchos pacientes con trastorno de psicosis, aun teniendo todos los datos posibles en la mano, por lo que ciertos números de pacientes no encajan bien en ninguna categoría de entre las previstas en los sistemas actuales de clasificación, o lo hacen más de una (Molina, 2012). Al igual que es muy difícil saber qué curso tomara una enfermedad psicótica, como para poder pronosticar su comportamiento por lo que el tratamiento debe ser lo más rápido posible, ante la confirmación del diagnóstico, en dado caso que debe aplazarse se esperan episodios más agudos y de más difícil manejo con los fármacos (Vázquez Barquero, 2008, citado en El Sahili, 2014).

No obstante con cierta frecuencia en la literatura se han recorrido anomalías subclínicas (cuantitativas) durante el periodo premórbido de la enfermedad psicótica como; el retraso en el desarrollo psicomotriz, alteraciones en el lenguaje, alteraciones en el aprendizaje, rendimiento académico, síntomas autistas, signos neurológicos menores, entre otros, que llevan a los individuos, tener un alto riesgo de presentar una psicosis por lo que se busca efectuar un diagnóstico precoz de la psicosis en la que radica que cada persona reciba en cada momento, la intervención terapéutica más apropiada específica y basada en evidencia (Segarra, Eguíluz, Zabala, & Gutiérrez, 2013).

Sin embargo, la vulnerabilidad del ser humano para presentar cualquier

enfermedad mental debe contemplarse desde su condición como individuo que conoce y se reconoce en un medio social que se sustenta en la propia complejidad de la naturaleza humana. Más de la mitad de todas las personas que sufren de un trastorno en la vida adulta manifiestan sus primeros síntomas durante la pubertad y adolescencia, incluso en la psicosis se manifiesta características en la primera etapa de la vida, que afectan a las personas en el inicio de su vida adulta, lo cierto es que el estado estructural y funcional de nuestro cerebro cambia asombrosamente mientras vivimos. (Obiols y Barrantes, 2014).

3.2.4 Factores de riesgo para psicosis

Clásicamente, los factores de riesgo ambiental para la psicosis se clasifican en dos grupos; los factores ambientales que predisponen a la enfermedad, haciendo al individuo más vulnerable para el trastorno mayoría mente, se trata de factores prenatales, perinatales o de la infancia temprana y los factores precipitantes de la enfermedad que actúan en periodos posteriores o durante la edad adulta como el uso de cannabis (Obiols y Barrantes, 2014).

3.2.4.1 Factores ambientales y riesgo para la psicosis

a) Los factores de riesgo de origen prenatal sugieren participación de procesos inflamatorios e inmunológicos como mecanismos etiopatogénicos subyacentes al daño cerebral del sujeto expuesto, algunas moléculas como las citosinas han sido implicada por diversos autores, la neurogenesis y diferenciación neuronal o la migración y proliferación neuronal, alteraciones en proteínas como variantes en sus genes han sido relacionadas con una mayor susceptibilidad a la psicosis. Entre los factores de riesgo ambiental descrito pre y perinatales, los más replicados en la literatura son

según Obiols y Barrantes:

- Las infecciones maternas durante el embarazo (rubeola, gripe, toxoplasmosis, herpes simple)
- Los déficits nutricionales (hambrunas sostenidas, déficit de vitamina D y déficit de hierro y ácido fólico).
- La edad paterna elevada
- La hipoxia fetal o perinatal, y otras complicaciones obstétricas, incluida la incompatibilidad materno fetal por el RH.
- El estrés emocional materno extremo.

b) Factores de riesgo sociales (urbanidad e inmigración. Están asociados a un alto estrés vital tales como el bajo nivel cultural y socioeconómico, el desempleo o los acontecimientos vitales adversos durante la infancia, a la alta competitividad social, posiciones sociales subordinadas y sobre todo a exposiciones prolongadas al estrés que se encuentran entre:

- Vivir en zonas urbanas con alta densidad de población y bajo soporte social
- Pertener a una población minoritaria, usualmente inmigrante.

Otra condiciones psicosociales asociadas al riesgo para la psicosis hacen referencia a la diversidad ambiental de naturaleza esencialmente psíquica, especialmente en la infancia como el maltrato que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) son todas las formas de malos tratos, el abuso sexual, descuido o negligencia físico y emocional o explotación comercial o de otro tipo

que resulta en un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Por lo que la exposición a trauma durante la infancia puede tener un impacto profundo y duradero cuando se produce en edades críticas o transiciones del desarrollo, sobre todo si también implica interrupción en las relaciones de apego. Otro factor de riesgo ambiental se encuentra en la etapa de la pubertad y adolescencia con el consumo de drogas en especial el cannabis que se encuentra entre las más estudiadas, frecuentemente el inicio de consumo en edades cada vez más temprana convierte el cannabis en un factor de riesgo de gran relevancia a desarrollar una esquizofrenia. Por lo que podemos decir que existe un gran número de evidencias que ponen de manifiesto que la exposición a diversos factores ambientales, en diferentes periodos claves de nuestra vida, desempeña un papel relevante en la vulnerabilidad para sufrir algún trastorno del espectro a psicótico o esquizofrenia (Obiols y Barrantes, 2014).

3.2.5 Programas

Los programas de intervención en el periodo premórbido de las psicosis se han venido implantando en numerosos países a lo largo de la última década. La mayoría de ellos surgen como un apéndice de los programas específicos de intervención sobre los primeros episodios psicóticos con el objetivo es incrementar la detección precoz de la evaluación del individuo en el estadio prodrómico de la psicosis, disminuyendo en la medida posible la tasa de falsos positivos, su capacitación se realiza a través de equipos de detección cuya función consiste en la formación de personal de atención primaria y/o pediatras para la identificación de

síntomas prodrómicos, así como en establecimientos de campañas de información en medios comunicación: internet, servicios sociales, centros educativos y/o comunitarios. Por otro lado, se aplican intervenciones psicológicas o grupales, de corte cognitivo-conductual, tratamientos asertivo comunitario, intervención familiar, terapia grupal, rehabilitación cognitiva, psicosocial y laboral, e intervención sobre consumo de sustancias, eventualmente se aplica tratamientos farmacológicos en dosis bajas en individuos con alto riesgo de transición a una psicosis (Segarra et al, 2013).

3.2.6 Diagnóstico

Para diagnóstico, se requiere de análisis minuciosos, deben de basarse en la observación de los signos y síntomas que reporte el paciente, historial familiar, así como en el comportamiento histórico personal, indagar en diversas fuentes como; amigos, parientes, vecinos. La enfermedad se requiere hacer un examen mental con el cual según Goldber, 2008 (citado en Sahili, 2014) se deberá explorar las siguientes áreas:

- Desorganización. Refiriéndose principalmente a los movimientos de la persona y donde la articulación del habla será de suma importancia
- Percepción. La presencia de alucinaciones visuales o auditivas.
- Contenido del pensamiento. Sobre todo, si existe ideas delirantes
- Proceso del pensamiento. Si se dan razonamientos ilógicos, deterioro de la abstracción, incoherencia, neologismo o bloqueo.

Cuando las psicosis son severas la realidad suele quedar muy distorsionada, las ideas delirantes y las alucinaciones son intentos por controlar material

anteriormente inconsciente que penetra en las organizaciones tanto preconscientes como conscientes, según se va diseminando la regresión y se van perdiendo las fronteras del ego.

La psicosis es un problema de salud mental mundial, La falta de notoriedad, participación y poder de las personas con discapacidad mental o psicosocial requiere un esfuerzo adicional para atenderlas y hacer que participen de forma más directa en los programas de desarrollo (Alwan, 2010).

La complejidad y la severidad de los problemas que presentan las personas con psicosis ofrecen un considerable reto a los terapeutas, características de la psicosis que puede incluir casi todas las posibles mezclas de delirios, alucinaciones, anomalías perceptivas y experiencias subjetivas de trastornos del pensamiento y la voluntad. Los pacientes difieren también en grado con que se presentan problemas concomitantes de ansiedad, depresión, riesgo de suicidio, riesgo de suicidio, incapacidad social y peligro de recaída (Crowe y Marsison, 2009).

3.2.7 Intervención en la psicosis

3.2.7.1 Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC ha tenido un rápido desarrollo en la aplicación a la psicosis, muestra beneficios alentadores y son en la actualidad el foco de los esfuerzos activos de la investigación. Como hemos vistos son diferentes factores de riesgo para general una psicosis. Por lo que el terapeuta trata de desarrollar una estimación individual de las vulnerabilidades, estrés y respuestas de las personas (Forwler, 1998, citado en Crowe y Marsison, 2009).

Los modelos cognitivos de la psicosis buscan síntomas y experiencias nucleares, se manifiestan como perturbaciones de la cognición; por un lado, los procesos cognitivos básicos relacionados con el proceso de información que revierte en anomalías de la percepción y de la experiencia del self y por otro, estimaciones y juicios conscientes que llevan a creencias extravagantes. (Crowe y Marsison, 2009) por ejemplo Frith (1992) ha propuesto que se trata de un déficit en el autocontrol de pensamiento e intenciones de acción (proceso cognitivo que ocurre fuera de un darse cuenta consciente) que da lugar a los sistemas de pensamiento extraño impuesto y control ajeno, por tal motivo trata de dar sentido al mundo y a sus experiencias. Por lo que el punto central del tratamiento es ayudar a las personas a darse cuenta de los procesos que influyen en sus pensamientos y sus emociones y a reconsiderar sus opiniones sobre ellos mismos y la psicosis.

En la práctica la TCC van dirigidos a: reducir el malestar y la incapacidad causados por los síntomas psicóticos; reducir el trastorno emocional y ayudar a la persona, para que llegue a comprender la psicosis a fin de promover la participación activa del individuo en la regulación del riesgo de recaída y la incapacidad social.

La TCC es una terapia estructurada de tiempo limitado, aunque la duración y la frecuencia de las secciones varían de acuerdo a la naturaleza y la gravedad de los problemas de la persona y además de ser variable hasta el punto que los pacientes se comprometen a una serie de intervenciones, comprendida mediación (Crowe y Marsison, 2009).

Se empieza por un periodo de construcción y establecimiento de una relación terapéutica de colaboración por lo es importante que el paciente se sienta

comprendido lo que puede ser un reto para el paciente ya que si no se establece pudiera ser un abandono prematuro del tratamiento. Por lo que se busca un acercamiento flexible a la terapia que ha de ser sensible a las creencias y emociones de los usuarios del servicio y empieza trabajando desde su propia perspectiva, particularmente al mismo tiempo se hace hincapié en el examen y comentario con los pacientes de su impresión sobre las sesiones y de lo que piensan de sobre el papel del terapeuta, se reconoce la aparición de síntomas psicóticos durante la sesión, como alucinaciones o ideas paranoides y se comentan con naturalidad con el objetivo que las sesiones sean tolerables. El terapeuta evoluciona gradualmente desde una escucha empírica a una entrevista con intervenciones más estructuradas, en la que el terapeuta intenta establecer las particulares circunstancias vitales, los acontecimientos y experiencias que han nutrido el contexto para la relevancia de la psicosis y hace también un análisis detallado de los síntomas particularmente angustiantes, así como otros problemas. Por ejemplo, el objetivo pudiera ser que el paciente se sienta menos paranoide cuando está fuera de su casa o manejarse mejor cuando las voces que se presente (Crowe y Marsison, 2009).

Las estrategias se desarrollan desde la evaluación diagnóstica, después que hayan sido identificado los síntomas y las experiencias perturbadoras habituales, por ejemplo, cuando la persona oye voces, o se siente ansioso. Con el objetivo de favorecer sentimientos de control, esperanza y una ayuda práctica en la etapa temprana de la terapia. Por ejemplo un usuario de servicio desarrollaba ideas paranoides cuando pasaba por delante de la gente extraña en medio de la multitud, en la exploración se pudo apreciar que las ideas se desencadenaban por la

experiencia anómala de su atención, que se fijaba en los puntos negros de los ojos de la gente, con lo que se llevó a la estrategia de pararse regularmente para dirigir la atención a las personas durante un corto tiempo con lo que llevó a recorrer la ciudad sin sentirse agobiado por las ideas delirantes.

La experiencia y el significado de la psicosis es un elemento crucial en la TCC, el terapeuta puede vincular la naturaleza de los delirios expresados con la biografía de la persona, los contextos específicos en los síntomas que se produjeron, procesos que al parecer sustentan. Tratan de considerar las creencias con la normalidad, disminuir la culpa o la denegación asociadas a ella y ofrecer un sentido racional para adoptar conductas que promuevan la recuperación, según la capacidad y el interés del paciente, se comentan las teorías biopsicosociales de la psicosis y los modelos cognitivos del síntoma (Crowe y Marsison, 2009).

No obstante, los delirios y las creencias de los psicóticos están bien arraigados por lo que buscan de preferencia la confirmación de las creencias existentes y evitar cualquier cosa que pudiera desmentirlas (Garety y Hermsley, 1994, citado en Crowe y Marsison, 2009) por ello es necesario explorar las consecuencias emocionales de un cambio de creencias profundamente mantenidas. El terapeuta ha de juzgar cuidadosamente y hasta qué punto debe de confrontar las interpretaciones que el paciente hace, ha de aportar interpretaciones alternativas más que insistir reiteradamente en que sus cosas que se fraguan en la mente del paciente. A pesar de los esfuerzos algunos pacientes se resisten a una reconsideración de sus creencias, en estos casos se trata de trabajar por dentro de los delirios, intentando encontrar posibles maneras de reducir la zozobra y la incapacidad a pesar del

mantenimiento de la psicosis por ejemplo; una persona que creía que la voz de Dios le ordenaba tirarse por la ventana, causándole varias lesiones, el paciente tenía la creencia de tener una relación especial con Dios, el cual le fue posible reconsiderar al cuestionarse se era Dios que le hablara, desearía que se hiciera daño, motivándolo actual sobre tales ordenes, acompañándolo de estrategias para disminuir la ansiedad y síntomas emocionales (Crowe y Marsison, 2009).

3.2.7.2 Terapia psicoanalítica

La teoría estructural de las enfermedades mentales es un precedente teórico del psicoanálisis, clasificándolas en la estructura psicótica, neurótica y perversa desde Freud, pasado por Abraham, Reich, Ferenczi, Klein, Horney, Sullivan y los aportes significativos de Lacan, hipótesis que sientan las bases de los cuadros psiquiátricos se han tenido que enfrentar con los aportes de la ciencias biológicas quienes han cuestionado severamente los concepciones psicológicas por considerar poco fiables, sin un marco científico que le verifique y sostenga (Walter, 2009).

Ya que bien es cierto que no se puede llevar a cabo un análisis sin contacto emocional con el paciente y establecer el contacto, aunque éste sea efímero, constituye una posibilidad a recuperación del paciente, por lo que el intento de interrumpir la actitud autista del paciente, puede tener éxito. Ya que uno trata de insinuarse en el mundo del paciente para volver a este, gradualmente, al mundo de los objetos (Fenichel, 2005).

Las psicosis son enfermedades no dimensionales, no existe como sucede en las neurosis, los síntomas psicóticos evidencian la regresión a etapas del pasado, más anteriores aun que aquellas donde anclan los conflictos neuróticos,

específicamente en la etapa oral del desarrollo psicosexual, ha regresado a la primera etapa indiferenciada, perdiendo el contacto con los objetos, apartándose de la realidad. El Yo regresivo del psicótico/ esquizofrénico se ha derrumbado, siguiendo a Fenichel existe una serie de síntomas que ponen de manifiesto la grave alteración que sufre el Yo en la psicosis, denominados síntomas de regresión y comprenden (Walter, 2009):

- I. Fantasías de destrucción del mundo. Pérdida de la realidad objetal, vuelta a las primeras experiencias cenestésicas es vivida por el paciente que inicia un brote psicótico como derrumbe, se vive una despersonalización donde se muestra extrañeza de sí mismo de “ser o no ser, de estar o no estar” el sujeto está impedido de todo contacto.
- II. Ideas de grandeza. La retracción de la carga libidinal, puede ser que el Yo se expanda ante tanta exposición de libido, provocando un pensamiento de grandeza o megalomanía
- III. Pensamiento esquizofrénico. Responde a la lógica del proceso primario. Tratando de expresar sus deseos con total libertad.
- IV. Alucinaciones. Es el despojo libidinal que han sufrido los objetos, mecanismo perteneciente a la proyección el cual el proceso alucinatorio se refiere al exterior y usando los canales sensoriales normales (Audición, visión, olfato, gusto y tacto.) que se debe a la reaparición parcial de la realidad negada.
- V. Delirios. equivalente a las alucinaciones donde los juicios se basan en las proyecciones.

Sin embargo, la suposición de que los psicóticos no transfieren sus conflictos infantiles al analista es errónea, lo hacen, solo que estas manifestaciones de transferencia son de forma inconsciente, existiendo una tendencia a abandonar su relación al objeto. Estos pacientes tienden a defenderse de las tentaciones mediante una regresión narcisista y la transferencia por lo que la actitud del analista a consecuencia debe ir cambiando a tenor del papel que corresponde al delirio en el conjunto de los psicodinamismos y de la economía psíquica del paciente. Cuando el paciente necesita su delirio para fines de defensa, el analista debe de respetar este hecho, ya que en el caso de proceder de otro modo provocara las críticas del paciente y verse enredado en las ideas delirantes (Fenichel, 2005).

Según Otto Fenichel, el analista tendrá que seducir realmente al paciente, tratando de hacerse atrayente al mismo, y cuando sea necesario, prestarse a defender al mismo nivel del paciente, conducir lentamente al paciente a considerar el carácter fantástico de este mundo y a darse cuenta nuevamente del mundo real. Así que debe ser ante todo el representante de la realidad, conseguir por todos los medios posibles, que el paciente se percate de la realidad y de sus propios intentos de escapar de ella. Se debe de evitar perturbar demasiado pronto la transferencia mediante el análisis de la misma (Fenichel 2005).

Siguiendo a Otto Fenichel el análisis en los trastornos psicóticos podemos dividir en dos fases:

- I. Pre analítica. Que tiene como único objetivo establecer y mantener el contacto. Tanto la transferencia deberá ser llevada a un grado tal que más tarde pueda ser retomada, siendo un reto para el analista.

II.El periodo preliminar. de enlace con el objeto. Hacer que el paciente cobre conciencia de su enfermedad, y para estimular su deseo de ser curado.

La terapia será distinta a la de una neurosis, ya que se debe de tomar en cuenta la disposición del paciente a reaccionar con una pérdida de la realidad, no hay un “Yo razonable” capaz de valorar y usar interpretaciones. El objeto de la terapia es hacer que el paciente se enfrente con la realidad interna y externa no simplemente participar en sus fantasías al margen de la realidad. Por lo que hay que calcular hasta qué punto el análisis es apropiado, por lo que se necesitará una valoración precisa de las condiciones particulares del mismo tomando las debidas precauciones. No hay que olvidar que las técnicas clásicas no son suficiente y que además de las modificaciones que se sugieren en este tipo de análisis, el método será adaptado a las condiciones de cada caso en particular (Fenichel, 2005).

3.2.7.2.2 Psicoterapia de Kohut centrada en el self

Los psicoanalistas han estado discutiendo durante mucho tiempo si el verdadero factor terapéutico con los pacientes con psicosis se hace a través de la comprensión del terapeuta o través del apego del paciente al terapeuta (Gitterloson, 1922, Winnicott, 1971, Rosenfeld, 1987, citado en, Crowe y Marginson 2009). Siguiendo a Kohut podemos decir que tanto la comprensión como el apego son necesarios, pues ambos se requieren para el desarrollo de las estructuras mentales (Crowe y Marginson, 2009).

Heinz Kohut (1913- 1981) psicoanalista que trabajo con pacientes con trastornos de personalidad, fue presidente de la Asociación Americana de Psicoanálisis, dio aportes a las técnicas psicoanalíticas en la psicoterapia.

Principalmente su abordaje se elaboró para tratar casos de dificultad mayor, por ejemplo, los pacientes que sufren de trastornos narcisistas, graves y aquellos que se excluyen de las pautas psicoanalíticas tradicionales (Kohut 1977, citado por Siani y Siciliani en Crowe y Marginson, 2009).

La psicología del self considera y trata al paciente como un sujeto que se estructura en la relación terapéutica. El abordaje fomenta la flexibilidad y la modificación de la técnica para transformar la flexibilidad y la modificación de la técnica para transformar las resistencias del paciente en fuerzas impulsoras de los procesos objetivos terapéuticos (Kohut 1979,1991, citado por Siani y Siciliani en Crowe y Marginson, 2009).

De tal manera como que la psicoterapia centrada en el Self puede llevarse a cabo con pacientes con psicosis, el cual se piensa que hay necesidad de restaurar la autoestima del paciente que ha sido fragmentada por el proceso psicótico (Siano, 1992, Shapiro, 1995, Lichtenberg, 1996, citado en Crowe y Marginson 2009).

El psicoanálisis considera las pulsiones internas como la necesidad motivacional primaria de todo individuo, de tal manera arranca una motivación de búsqueda “cohesión del self” a través de la relación con los demás, pero Kohut sugiere que es una relación normal que satisface las necesidades narcisistas del self, por lo que mucha gente actúa como self-objetos es decir como objetos del narcista self. En las transferencias idealizadas el individuo experimenta al otro como perfecto con lo que afecta su autoestima, el Self-Objeto el individuo se siente inseguro de su talento y aptitudes y se vuelve hacia un alter ego fantasmático de cualidades más sólidas y

que proporciona un self-objeto externalizado al que se puede acudir en momentos de la soledad y desolación (Crowe y Marginson, 2009).

Así que el terapeuta actúa como self-objeto, que acompaña de manera empática en su dinámica transferencial (Mirtchell, 1988, en Crowe y Marginson 2009).

El terapeuta toma en cuenta las necesidades narcisistas del paciente, apoyando los recursos del yo del paciente, sin embargo, es prudente no dando solo una interpretación, ni considerarla como resistencia o cualquier otra interpretación. Este se conduce por el paciente, aceptando las funciones de objeto que el paciente le atribuye en aquel momento, de esa manera llega a una relación self-objeto. Aceptando las funciones atribuidas al terapeuta, se restaura la autoestima, y una vez restablecida, los efectos conectados con la separación pueden ser más tolerables sin que la autoestima se vea dañada (Lichtenberg 1996, citado en Crowe y Marginson, 2009).

Así que el modelo de self es interpersonal y brinda el modo de establecer una relación terapéutica con el paciente psicótico, concediendo un papel central a la empatía como factor terapéutico. Por lo que es necesario tratar de comprender al paciente porque está actuando de tal manera. Es posible suponer que el paciente considera al terapeuta como un “cómplice” de la gente extraña a la situación terapéutica o que la frustración externa ha activado el recuerdo de circunstancias previas en que el terapeuta resulta un factor frustrante o no muy empático, por lo que todo indica que hay que tomar en cuenta la contratransferencia y que, antes de comprender lo que ocurre en la mente del paciente, es importante prestar atención y

después intentar esclarecer y comprender lo que va ocurriendo en la mente del terapeuta(Lichtenberg, 1996, citado en Crowe y Marginson, 2009).

La empatía, según Kohut (1984), es ponerse en la piel del paciente o la capacidad de sentir lo que otra persona experimenta, aunque en general y adecuadamente, de una manera atenuada (Lichtenberg, 1996, citado Crowe y Marginson, 2009).

Por lo que es un factor terapéutico central en el abordaje de la psicosis por parte de la psicología self que trae una serie de variables como consecuencia:

1. La empatía les permite a los pacientes sentirse comprendidos cuando tiene dificultades de verbalizar sus propios sentimientos y emociones o disimular su propia incomodidad con razonamientos elusivos (como en los sujetos con psicosis)
2. Ayuda a comprender la función self-objeto que el paciente adscribe al terapeuta
3. Da el punto de partida de la siguiente fase del proceso terapéutico y de la experiencia emocional correctiva, por lo que después de aceptar la función de self-objeto, que experimenta, puede cambiar cautelosamente estas funciones.
4. Frustraciones optimas, estas se llevan con aceptación llevándolas tolerablemente, de una manera no traumática.
5. Confrontación con la realidad. Se da cuando es capaz de establecer entre su manera habitual de verse a sí mismo y el modo de como otros lo ven de vez en cuando. El terapeuta acredita su aceptación de las trasferencias del paciente y en la manera en que muestra sus reacciones negativas.

La psicología de self no va necesariamente ligada a la verbalización del insight sino más a la consolidación de una experiencia emocional correctiva. En tanto la

dinámica de la transferencia y las defensas narcisistas no se interpretan inicialmente como defensas, sino que al principio se apoyan durante la fase comprensión empática y solo más tarde se interpretan en relación a la dinámica de la transferencia y la contratransferencia.

3.2.7.3 Farmacoterapia de la psicosis.

A lo largo de los siglos la sedación ha sido virtualmente el único método de tratamiento para la psicosis, ansiedad y depresión. El alcohol, los bromuros, el opio, en la primera parte del siglo XX, los barbitúricos (sedantes del SNC) se han utilizado para calmar a los pacientes psicóticos. En 1952 se usó la clorpromacina para proteger al cuerpo durante la cirugía de sus propias reacciones compensatorias autónomas, se descubrió que tenía un efecto benéfico sobre los individuos psicóticos. Este fármaco y otros similares fueron las primeras sustancias terapéuticas en tener una acción antipsicótica específica en vez de efectos meramente sedantes. Se le conoce como neuroléptico, antipsicóticos o algunas veces y de manera inapropiada tranquilizadores principales. Aquellos fármacos antipsicóticos que actúan sobre la transmisión de la dopamina, presentados antes de 1990 se denominaron antipsicóticos típicos y después de 1990 antipsicóticos atípicos siendo mucho más específicos de los subtipos receptores de dopamina, teniendo un perfil de efectos secundarios mucho más favorable y quizás un rango más amplio de control de síntomas que los fármacos antiguos típicos (Goldman, 2008).

Ciertamente los neurolépticos tienen una gran eficacia y efectividad en los síntomas positivos de la psicosis, demostrando tener mayores resultados los antipsicóticos típicos comparados por los atípicos como:

- Son al menos tan efectivos como los típicos frente a los síntomas positivos
- Se consideran más efectivos que los típicos frente a los síntomas negativos primarios
- Producen menos síntomas secundarios y los que aparecen lo hacen con menor intensidad
- Son mejor aceptados por los usuarios generalmente y la adherencia al tratamiento suele ser mayor.
- Las tasas de recaídas tienen a ser inferior y las oportunidades para el mantenimiento comunitario se incrementan.
- El costo medio del tratamiento es muy superior (González, Kustner y Rosle 2005).

No obstante, hay algunos que no responden a uno de los fármacos, pero puede responder a otro, y por esa razón tienen que intentarse varios medicamentos para encontrar el más eficaz para una persona particular, es quizás que dicho fenómeno deba a diferentes perfiles de acción de los receptores de los diversos fármacos. Ya que la selección racional de los antipsicóticos suele basarse en las diferencias estructuras químicas y las farmacológicas concomitantes, ya que son mayores las disimilitudes entre los grupos de las desigualdades dentro de los grupos (Katzung, 2007). por lo que existe cinco clases de neuroléptico típicos y los neurolépticos

atípicos de dividen en dibenzodiadepina, Benziosoxasol, Dibenzotiazepina como lo mostramos en cuadro siguiente (Goldman 2008):

Tabla 3 Medicación empleada con pacientes psicóticos (Goldman.2008)

| NEUROLEPTICO | EQUIVALENCIA DE CLORPROMACINA | DOSIS COMUN (mg/dia) |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| NEUROLÉPTICOS TÍPICOS | | |
| <u>FENOTIACINAS</u> | | |
| Clorpromacina | 1 | 100-1000 |
| Tioridacina (Mellaril) | 1 | 100-800 |
| Mesoridacina | 2 | 50-400 |
| Trifluoperacina | 36 | 5-60 |
| Perfenacina | 11 | 8-64 |
| Flufenacina (Permitil, Prolixin) | 85 | 2-60 |
| <u>TIOXANTENOS</u> | | |
| Tiotixina | 19 | 2-120 |
| Clorprotixeno | 2 | 100-600 |
| <u>BUTIROFENOS</u> | | |
| Haloperidol | 62 | 2-30 |
| <u>DIBENZOAZEPINAS</u> | | |
| Loxapina | 7 | 20-160 |
| <u>DIHIDROINDOLONA</u> | | |
| Molindona | 10 | 20-200 |
| <u>DEPOSITO</u> | | |
| Decanoato de flutenacina | | 12.25-25/mes |
| Decanoato de haloperidol | | 50/100/mes |
| NEUROLEPTICO ATÍPICOS | | |
| <u>DIBENZODIAZEPINA</u> | | |
| Clozapina | 2 | 300-900 |
| Olanzapina | NE | 5-10 |
| <u>BENZISOXASOL</u> | | |
| Risperidona | NE | 2-6 |
| <u>DIBENZOTIAZEPINA</u> | | |
| Quetiapina | NE | 300-700 |

El uso principal de los neurolépticos es para el control de los síntomas psicóticos agudos, difieren en su lineamiento por lo que no deben asumirse como idénticos. El primer paso antes de iniciar la terapia farmacológica de un paciente psicótico agudo consiste en revisar el tratamiento anterior. El tratamiento exitoso de un episodio anterior sirve como lineamiento para la elección del neuroléptico y de su dosis ideal. Los efectos de los neurolépticos tardan, incluso aquellos sobre el nivel de excitación puede llevar una semana, las alucinaciones y los delirios tardan mucho más. El tomar neurolépticos de manera consistente es la principal razón para el reingreso al hospital de pacientes psicóticos. A los enfermos no les gusta tomar medicación neuroléptica porque vuelve lento el pensamiento y afecta la actividad motora. Se ha desarrollado neurolépticos de acción prolongada para facilitar su administración y mejorar el apego al tratamiento. En tanto los efectos adversos consiste en gran medida en síndromes extrapiramidales, lo más frecuentes son distonia aguda, acatisia y seudoparkinsonismo. El riesgo de síndromes extrapiramidales es mucho menor con los agentes atípicos, aunque no están ausentes (Goldman, 2008).

La terapia farmacológica lleva consigo efectos secundarios, por lo que se debe de complementar con tratamientos de base psicológica y social, intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales (Moreno y Rosales ,2005).

Algunos efectos adversos de los neurolépticos:

- Efectos anticolinérgicos (boca reseca, dificultad para orinar, estreñimiento, visión borrosa, estados de confusión).
- Bloqueadores adrenérgicos (Hipotensión ortostática, impotencia, problemas para eyacular).

- Bloqueadores dopaminérgicos (Síndrome extrapiramidales, galactorrea, amenorrea, impotencia, discinesia tardía, aumento de peso)
- Efectos antihistamínicos (sedación)
- Hematológicos. (agranulocitosis en especial clozapina)

3.2.7.2.3 Terapia directiva con colaboración a la medicación psiquiátrica

Un abordaje que trata de enfocar las deficiencias fundamentales, a menudo inconscientes, que están en base a los problemas psiquiátricos. El tratamiento con medicación neuroléptica es de beneficios para la mayoría de los pacientes sin embargo hay aquellos que no son eficaces particularmente o que sufren efectos secundarios por lo que un abordaje alternativo de confianza será beneficioso para mejorar la adhesión al tratamiento y reducir el conflicto entre el paciente y los profesionales de la salud. Los pacientes tienen una variedad de creencias, tanto positivas como negativas, con respecto al uso de medicación por lo que los modelos directivos y no directivos pueden explorar en términos de creencias que tiene sobre su enfermedad.

El abordaje con la terapia directiva se desarrolló a partir de dos momentos de trabajo terapéutico: el uso de la entrevista motivacional en lo que concierne al abuso de sustancias (Rollnick 1993, citado por Hayward, Kemp y David, en Crowe y Marginson, 2009) y avances recientes en TCC para la psicosis Garety 1994 citado por Hayward, Kemp y David en Michael Crowe y Marginson 2009) con la finalidad de ayudar a la persona con una enfermedad mental de larga duración, para que

acepte la medicación como un recurso útil en la consecución de objetivos personalmente valiosos, su abordaje se basa en los siguientes principios generales:

Tabla 4 Principios básicos de la terapia directiva (adaptada de Keemp1997)

| |
|--|
| <p>Énfasis en la elección y responsabilidad personal</p> <p>Atmosfera no acusatoria</p> <p>Centrado en clarificación de las preocupaciones del paciente</p> <p>Expresión de empatía</p> <p>Autoeficacia del apoyo</p> <p>TECNICAS CLAVE</p> <p>Escucha reflexiva</p> <p>Recapitulación regular</p> <p>Interrogatorio inductivo</p> <p>Exploración de la ambivalencia: cosas buenas y cosas malas acerca del tratamiento</p> <p>Desarrollo de la discrepancia entre la conducta presente y unos objetivos más amplios</p> <p>Uso de normalización racional</p> <p>EVITAR</p> <p>Discursos y sermoneo</p> <p>Insistencia en la etiqueta diagnóstica</p> <p>Transformar la sesión en un debate</p> <p>Proceder a una serie de preguntas (en su lugar, utilizar la reflexión selectiva)</p> |
|--|

Teniendo en cuenta estas premisas el abordaje con la terapia directiva se desarrolla en tres fases:

El mejor momento para empezar la terapia es cuando el paciente no está en fase aguda, por ejemplo, cuando la medicación empieza a hacer efecto. En la primera fase

el objetivo es, establecer la actitud del paciente con respecto a la medicación. Se da debido crédito a cualquier punto de vista negativo que paciente pueda tener sobre la medicación, no se discute en ese momento, en su lugar se reúne información para establecer lo mejor posible los hechos ocurridos. Por lo que el terapeuta debería considerar cual dispuesto estaría a tomar el neuroléptico o el estabilizador del humor durante un extenso periodo de tiempo. Tomando en cuenta los factores indeseables que puedan influir en una persona con actitud previa negativa y concederles así una importancia exagerada, detectando áreas de dificultad tales como problemas de relación y adaptación, que puedan sugerirse que el uso de medicación podría ser de alguna manera de utilidad sobre su problema.

En la segunda fase. Se supone una adhesión al modelo que el paciente sea capaz de una opción racional ya que si no se puede dar razones positivas para continuar con el medicamento es muy posible la interrupción de ellos. Por lo que se trata de convencer al paciente que acepte la medicación. La técnica clave es pedir al paciente que examine los pros y los contras del uso de la medicación y que decida si las posibles desventajas de su conformidad con el tratamiento medicamentoso pesa más que los beneficios. Por lo que el terapeuta tendrá que ocuparse de aquellos aspectos del uso de la medicación que el paciente percibe como negativos.

Durante la tercera fase el terapeuta comenta los beneficios y los inconvenientes de la conformidad continuada a largo plazo. Se ofrece un modelo de vulnerabilidad al estrés, con el objetivo de normalizar el uso de la medicación durante largo periodo. El objetivo ahora es aportar argumentos a favor de la aceptación o, en última instancia, intentando una pauta a largo plazo de la medicación. El terapeuta

puede acudir al uso de literaturas apropiadas como efectos de drogas y los efectos secundarios con la posibilidad de mantenerse en buen estado y fuera del hospital.

Capítulo 4 Estudios relacionados con la psicosis

4.1 Un poco de historia

En los orígenes modernos de la intervención psicológica en la psicosis se pueden remontar a la revolución francesa y a la aparición del tratamiento moral a finales del siglo XVII y principios del siglo XIX, Pinel en Francia, los crueles métodos que se ocupan tratar a la locura empezaron a suavizarse gracias al enfoque humanistas, los pacientes empiezan hacer atendidos en instalaciones con menos violencia, más libertad, actitudes humanistas y por formas tempranas de terapia de conducta.

Durante los siglos XIX y la mitad del siglo XX, los tratamientos psicológicos para esquizofrenia y otras psicosis fueron prácticamente abandonados durante este periodo por considerar que las psicosis eran enfermedades neuropsiquiátricas severas y degenerativas para las cuales no existía un tratamiento eficaz (Margison et al,2009).

Con los trabajos de Emil Kraepelin (1856-1926), estudios longitudinales a largo plazo dio paso a la construcción de la nosología psiquiátrica que hoy en día sirve de base para la clasificación de los trastornos mentales, promotor de estudios integrales de los problemas severos de la conducta humana, genero un profundo nihilismo terapéutico que perdura hoy en día, además de estimular las investigaciones científicas en esta área (Garnica ,2007). Kraepelin (1919) definió la demencia precoz como un trastorno metabólico cerebral que se caracteriza por un deterioro

intelectual progresivo (demencia) con un comienzo temprano (precoz) (Paredes y Gasto, 2014).

Con el avance de la década aumentaron los tratamientos psicológicos en la psicosis, en el paradigma del psicoanálisis se consideró, inicialmente que las personas con psicosis no podían tener beneficios con este tipo de tratamiento. Freud estipuló que en los pacientes no podían establecer una relación con el terapeuta, especialmente una relación de transferencia y por lo tanto podían ser tratados mediante el psicoanálisis (Ferdern 1952, citado en Margison et al,2009), sin embargo, los neofreudianos, especialmente la interpersonal encabezada por Harry Stack Sullivan (1892-1949), consideraban que el modelo de enfermedad orgánica para la esquizofrenia era un concepto erróneo y sostenían que el síndrome era en gran medida un problema de adaptación fundamentando en experiencias tempranas y en algunas predisposición constitucional. Al confiar más en la capacidad de los pacientes para relacionarse, desarrollaron un nuevo tipo de psicoterapia encaminada a la comprensión mutua médico-paciente y de los conflictos inconscientes que eran responsables de los síntomas (Margison et al, 2009), con la llegada de la medicación antipsicótica, el psicoanálisis se convirtió en el tratamiento de elección para la esquizofrenia, las psicosis fueron conceptualizadas como tratarnos con una base psicológica más que como enfermedad neuropsiquiátrica, siendo los fundamentos y las técnicas a nivel psicológico pobres (Margison et al,2009).

Así que una buena parte de las décadas recientes, la investigación en el campo de la psicosis se ha centrado en la ciencia del cerebro. Ya en los años 1990 se le conoció como la “década del cerebro” a causa del gran desarrollo de los

conocimientos en neurociencias que se llevaron en el campo de la psicosis, importantes investigaciones en el área de la genética, neuroanatomía, neuropsicología y farmacología (Margison , Martindale, Beteman y Crowe, 2009), con el creciente interés por el desarrollo de programas de intervención precoz sobre la psicosis, en especial focalizada en el acortamiento del DUP(Duration of Untreated psychosis o tiempo de psicosis no tratadas), como factor diagnóstico, curso evolutivo (clínico y funcional), tratamientos antipsicóticos o cuanto menos a corto plazo, así como numerosos estudios que acompañan la idea del DUP (Segarra et al, 2013). Sin embargo ha surgido una notoria preocupación porque este interés, no ha ido acompañado de un interés en los enfoques psicológicos, exceptuando los ensayos que investigan las relaciones entre aquellas múltiples áreas (Strauss, 1992, Robbins 1993, citado en (Margison et al,2009), en los últimos años se ha producido un renacimiento de interés por la intervención psicológica en la psicosis, este resurgimiento ha sido promovido por diferentes fuerzas, especialmente por un crecimiento del optimismo terapéutico, la llegada de nuevas terapias farmacológicas, el aumento de consumo de cuidados en la salud mental y por la continua extensión de las terapias cognitivas a través de todo el espectro de trastorno psiquiátricos, con el respaldo de los resultados empíricos (Gleeson,2004, McGorry, 2005).

El resurgimiento del interés por las intervenciones psicológicas en la esquizofrenia y en trastorno psicóticos tiene una especial relevancia para los pacientes con psicosis temprana, se identifican muchas necesidades, en las que las intervenciones psicológicas son adecuadas y necesarias para la recuperación ideal

de los pacientes con trastornos psicóticos, sin embargo no se han movilizado suficientemente todos los recursos para crear, evaluar trasladar y autorizar por completo estos elementos de tratamiento y cumplir este desafío. Por lo que es necesario mejores diseños de investigación, estudios multicéntricos y diseños integradores para clasificar y demostrar el papel y el valor complementario de las intervenciones psicológicas en psicosis tempranas (McGorry, 2005).

4.2 Prevalencia de trastornos psicóticos

Desde ámbito conceptual los primeros episodios psicóticos desde el prisma de la psiquiatría, el 90 % de los casos atendidos hablamos de trastornos que cubren el espectro esquizofrénico, que engloban trastornos como la esquizofrenia, esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno esquizotípico de la personalidad, psicosis atípicas y el resto de los porcentajes son notablemente inferior, obedece principalmente a trastornos del espectro afectivo como; depresión, unipolar con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, psicosis breves y suele excluirse en contadas ocasiones los estudios de primeros episodios por su menor representatividad y confusión a la hora de interpretar los resultados últimos, como lo muestra la siguiente tabla (Segarra et al,2013).

Tabla 5 (Prevalencia de los trastornos psicóticos, encuesta 2009 modificado por Peralta y Cuesta 2009 en Segarra et al, 2013)

| CLASIFICACIÓN | DIAGNOSTICO | N | % |
|---------------|--------------------------------------|-----|------|
| DSM-VI-TR | Esquizofrenia | 358 | 54.2 |
| | T. esquizofrénico | 61 | 9.2 |
| | T. Delirante | 27 | 4.1 |
| | Psicosis atípicas | 32 | 4.8 |
| | T. esquizoafectivo | 37 | 5.6 |
| | T. del humor con síntomas psicóticos | 88 | 13.3 |
| CIE-10 | Esquizofrenia | 419 | 63.5 |
| | T. Agudos transitorio | 66 | 10.0 |
| | T. delirante | 27 | 4.1 |
| | Psicosis atípicas | 23 | 3.5 |
| | T. esquizoafectivo | 66 | 10.0 |
| | T. del humor con síntomas psicóticos | 61 | 9.2 |

Según el DSM 5. La prevalencia del trastorno delirante a lo largo de vida está en alrededor de 0.2 % y el subtipo más frecuente es el persecutorio, más común en los hombres que en las mujeres, los trastornos psicóticos breves puede suponer 9% de los casos de primer episodio de psicosis, son más frecuentes en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, dos veces más frecuentes en las

mujeres que en los hombres, en los trastornos esquizofreniforme similar al esquizofrenia parece ser un aproximado del 0,3 al 0,7 % a lo largo de la vida, aunque han comunicado variaciones según la raza y grupo étnico según el país y origen geográfico. En los trastornos esquizoafectivo a lo largo de la vida es 0,3%, siendo mayor con las mujeres que en los varones, en los trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos en la población general no se conoce, se dice que entre el 7 y el 25% de los individuos presentan un primer episodio de psicosis en diferentes entornos, los trastornos psicóticos debido a otra afección médica son difíciles de estimar por la amplia variedad de etiologías, médicas subyacentes, se estima que la prevalencia a lo largo de la vida está entre el 0.21 y el 0.54%, entre los individuos de más edad puede haber una mayor prevalencia del trastorno, aunque las características adicionales asociadas al género no están claras y varían considerablemente con la distribución por géneros de los trastornos médicos subyacentes (DSM 5, 2014).

Las personas que sufren de psicosis tempranas están en una posición particularmente buena para beneficiarse de las formas eficaces de intervención psicológica. En la actualidad hay muchas necesidades psicológicas que no están siendo satisfechas, una comorbilidad considerable y aunque en esta fase de la enfermedad la tarea de recuperarse supone un desafío, también es posiblemente conseguirlo. Aunque las terapias farmacológicas son esenciales para la mayoría de las personas con trastornos psicóticos, en muy pocas ocasiones se logra la recuperación satisfactoria a nivel psicológico y funcional sin una asistencia psicológica especializada (Gleeson 2004, McGorry , 2005).

En tanto el riesgo a desarrollar una psicosis es variable, muchos de los pacientes presentan ciertas características, sustrato neural asociado a la psicosis, interfaz biológica- ambiental, actualmente no existe una identificación irrefutable de éste, ni en ninguna de las clasificaciones de la psicosis, ni siquiera los abordajes dimensionales psicopatológicos, evolutivos que incluyen datos biológicos que se apoyan en dianas terapéuticas o marcadores de estado o riesgo a contraer una psicosis como lo vemos en la siguiente cuadro.

Tabla 6 Modelos de estadía de riesgo de viraje a una psicosis en función del momento de evaluación y los determinantes biológicos. (Hecker 2009 en Segarra et al,2013)

| MOMENTO DE EVALUACIÓN | FACTOR DE RIESGO | EJEMPLOS |
|-----------------------------------|---------------------------|--|
| En cualquier momento | Genes | Regla migración neuronal, formación de sinapsis y su activación |
| | Historia Familiar | 50% concordancia TP. Esquizotípico |
| | Sexo | Perfil de riesgo bimodal |
| | Cultura | Estatus de inmigrante |
| | Entorno ambiental | Urbanidad |
| Al inicio de la enfermedad | Desarrollo Fetal | Malnutrición maternal |
| | Desarrollo Cognitivo | Bajo coeficiente intelectual |
| | Abuso precoz de drogas | Consumo de marihuana a los 13 años |
| Proximal al inicio de la psicosis | Cambios del estado mental | Síntomas psicóticos atenuados |
| | Biomarcadores | Disminución sustancia gris cortical. Incremento liberación de dopamina. |

El interés de realizar más estudios sobre la intervención de la psicosis lleva en parte asistencial, pues ya que es un problema muy frecuente, afectar de modo crónico a alrededor de un 1 por cada 100 de la población.

Las representaciones que el paciente psicótico se hace de su mundo objetivo y, sobre todo, las conductas derivadas de ellas, puede parecer inexplicables, consecuencia de su mayor o menor pérdida de contacto con la realidad, Esta incomprendibilidad trae a veces consecuencias muy desfavorables, e incluso desastrosas para el propio paciente o/y otras personas. La adaptación laboral, familiar y social es mucho peor en esas condiciones, y la desesperación puede empujar al paciente a dañarse así mismo o emprender acciones contra para defenderse de un daño imaginario, pues los delirios contienen la firme creencia en estar recibiendo un gran daño por parte de otras personas. El paciente psicótico realmente tiene problemas (aunque no todos coinciden en tenerlos) en reconocer los límites de su yo, reconocer los estados mentales ajenos, diferenciar los temores de las amenazas reales, distinguir pensamiento y percepciones y otros síntomas de indudable interés neurocientífico y epistemológico. (Molina, 2012)

4.3 Investigaciones sobre la psicosis

La mayor parte de la literatura sobre la investigación sobre la intervención de la psicosis se refiere a la medicación, trabajos durante episodios tempranos de síntomas psicóticos, entre los que encontramos la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) por ejemplo Bouchard et al (1996) revisaron quince estudios de reestructuraciones cognitivas en el tratamiento de la esquizofrenia donde utilizan el abordaje cognitivo-conductual con delirios y alucinaciones resistente a la

medicación, en los que consideran cinco de estos estudios son metodológicamente rigurosos con un total de 35 sujetos, en las que se concentraron en los cambios de signos positivos como medida más importante de resultados encontraron que estos abordajes son efectivos. (Crowe y Margison, 2009).

En un ensayo de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de la psicosis (London. East Anglia), comparaba a la medicación con la TCC, donde participaban en una prueba 60 personas distribuidas al azar, 28 en un grupo terapéutico y 32 en un grupo control que padecían psicosis resistente a la medicación y la que predominaba un diagnóstico de esquizofrenia, que como resultado final de tratamiento sólo el grupo de la TCC, había mejorado de forma evidente (Kuiper et al 1997 en (Crowe y Margison, 2009).

Una segunda prueba aleatoria controlada que se realizó en Manchester, tuvo efectos similares, aunque difiere en un número de aspectos (Tarrrier et al.1999 citado en Crowe y Margison, 2009). En este estudio TCC era un poco más limitada y consistía en tres factores de reforzamiento: reforzamiento de la estrategia de control, adiestramiento en la solución de problemas y labor preventiva de las recaídas, fue llevados a cabo de veinte sesiones de una hora, dos veces por semana, durante diez semanas, con el objetivo de reducir los síntomas positivos y prevenir la recaída. En este estudio la TCC se comparó no solo con un tratamiento habitual de control sino también con un factor de orientación y apoyo, que pretendía apostar apoyo emocional mediante el desarrollo de contacto y aprecio incondicional, los participantes eran 87 sujetos en su mayoría diagnóstico de esquizofrenia, eran análogas a las pruebas de London East Anglia, los resultados mostraron que la TCC

era superior al tratamiento de rutina, al reducir el número y la gravedad de los síntomas positivos y negativos mientras que el grupo de orientación y apoyo acreditó niveles intermedios de cambio (Tarrrier et al 1998 citando en Crowe y Margison, 2009).a diferencia del estudio de London-East Anglia con el estudio de Manchester se encontró que la mejoría era pronosticada por una duración más corta de la enfermedad y por tener síntomas menos graves al comienzo del tratamiento, se encontró que durante el tratamiento no hubo recaídas en la TCC, ni en los grupos de orientación y apoyo, mientras que en el grupo de tratamiento ordinario recayó un 14%.

Druy et al. (1996) informa de una prueba controlada de terapia cognitiva en la psicosis aguda, pacientes de un departamento psiquiátrico en Birmingham con episodios de psicosis funcional, no solo se limitaron en la terapia individual sino incluían la TCC en grupo, programa de intervención intensiva con un promedio de ocho horas por semana, con resultados de recuperación significativamente rápida, el efectos fue más aparentes en síntomas positivos, a los nueve meses de seguimiento, el grupo de terapia cognitiva tenía menos síntomas positivos que el de terapia individual: en este estadio, el 95% del grupo de terapia y el 44% del grupo de terapia individual no presentaban o solo muy escasamente, alucinaciones o delirios (Crowe y Margison, 2009).

Por lo que podemos notar son escasos los estudios de intervención del psicólogo clínico o psicoterapia con los pacientes psicóticos, la mayoría de los estudios hacen referencia a la TCC, acompañados de tratamiento farmacológico.

Capítulo 5 Método

4.1 Justificación

En el trabajo se pretende conocer la función del psicólogo clínico en el abordaje de la psicosis, según el DSM-IV el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

El abordaje a este trastorno ha cambiado de una forma sorprendente, en épocas remotas las enfermedades mentales en la edad media se veían como causa de posesión del alma, los endemoniados poseídos por espíritus que tomaban poder del cuerpo y la única forma de curación es la liberación del alma que se conseguía con exorcismos y penitencias religiosas, estas terminaban con la vida de la persona que tenía los síntomas, la mayoría en la psicosis fue presa de este método, posteriormente cuando la ciencia tiene un avance significativo, se deja de hablar de endemoniados ahora son alineados, idiotas, entre otros nombres. El ser humano va modificando sus creencias, como dice Carl G. Jung (1990) el hombre civilizado ya no cree en demonios, sino que comienza a llamar al médico. Los primeros métodos que se crearon para combatir las enfermedades mentales eran crueles, ya que no tenían conocimiento de estas, no es alrededor del siglo XIII se crean técnicas basadas en el manejo de la sugestión que abre camino a la psicoterapia que hoy en día los psicólogos clínicos usan para ser frente a estas enfermedades. Por lo que existen varias corrientes psicológicas que manejan perspectivas diferentes pero la

finalidad es la misma, la cura de las enfermedades mentales.

El tratamiento de la psicosis es un tema que, incumbe a los profesionales de la salud mental, por ejemplo, los psiquiatras en su formación de médicos tratan a la psicosis como un mal médico en su mayoría orgánico que es tratada con medicamentos, mientras que los psicólogos clínicos se apoyan de modelos psicológicos, por ejemplo: el psicoanálisis, que por medio del análisis se busca obtener las causas que lo llevan a disociarse.

La psicosis es un problema de salud mental mundial, La falta de notoriedad, participación y poder de las personas con discapacidad mental o psicosocial requiere un esfuerzo adicional para atenderlas y hacer que participen de forma más directa en los programas de desarrollo

Enorme reto. Se calcula que una cuarta parte de la población mundial sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida (OMS. Dr. Ala Alwan) y los trastornos mentales prioritarios son la depresión, las psicosis, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas, y los trastornos mentales de los niños (OMS Sr. Sha Zukang)

Por lo tanto, la psicosis es un problema que va aumentando en nuestra sociedad, diversos especialistas en el área de la salud metal se ocupan de ella, por lo que la finalidad de este trabajo es saber la tarea del psicólogo clínico para tratarla y así saber cuáles son los métodos más eficaces que se pueden ocupar para la cura y el tratamiento de ella.

4.2 Planteamiento del problema

¿Existe una intervención psicológica por parte del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Conocer la intervención psicológica que tiene el psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis

4.3.2 Objetivo específico

Indagar el tipo de intervención psicológica que tiene el psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis

Indagar el nivel de intervención psicológica que tiene el psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis

4.4 Muestra

19 psicólogos clínicos de centro de salud pública

4.4.1 Criterios de inclusión

- Psicólogos clínicos de instituciones de salud que tengan funciones con pacientes psicóticos
- Ambos sexos
- Tener en la institución mínimo 6 meses
- Experiencia en la intervención psicológica en trastornos mentales, mínima de 1 año, seis meses
- Tener una licenciatura en psicología

4.4.2 Criterios de exclusión

- Psicólogos que no realicen funciones de psicólogo clínico en algún psiquiátrico
- Experiencia menos de seis meses
- Contar con licenciaturas a fines a la psicología
- Contar con postrados y no tener la licenciatura en psicología
- Tener menos de seis meses en la institución

4.5 Muestreo

No probabilístico, muestra de expertos

4.6 Diseño de investigación

No experimental

4.7 Tipo de estudio

Exploratorio

4.8 Instrumento

Cuestionario de medición sobre la intervención del psicólogo clínico en tratamiento de la psicosis que se validó a través de jueces de expertos profesionales., costando de 26 preguntas abiertas y 33 preguntas cerradas el cual se le pide al psicólogo que exprese su reacción eligiendo con tres categorías. (Si, No y A veces)

4.9 Material

Ficha de identificación, Cuestionario de entrevista semiestructurada, Lápiz o Pluma

4.10. Escenario

Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.

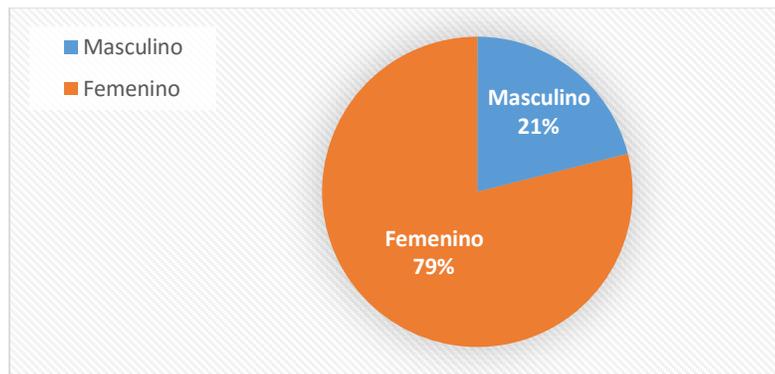
4.13. Procedimiento

Aplicación de cuestionarios a psicólogos clínicos, instrumento que pretender medir la intervención del Psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis en instituciones de salud.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

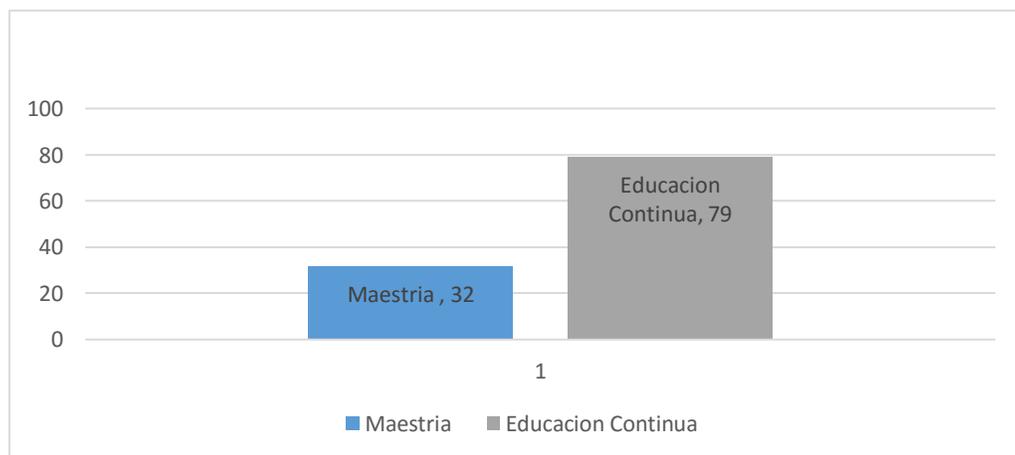
Se realizó entrevistas a 19 psicólogos clínicos que laboran en Hospital de psiquiatría Samuel Ramírez Moreno los cuales se presentan en las siguientes gráficas.

Figura 1 Representación por Sexo



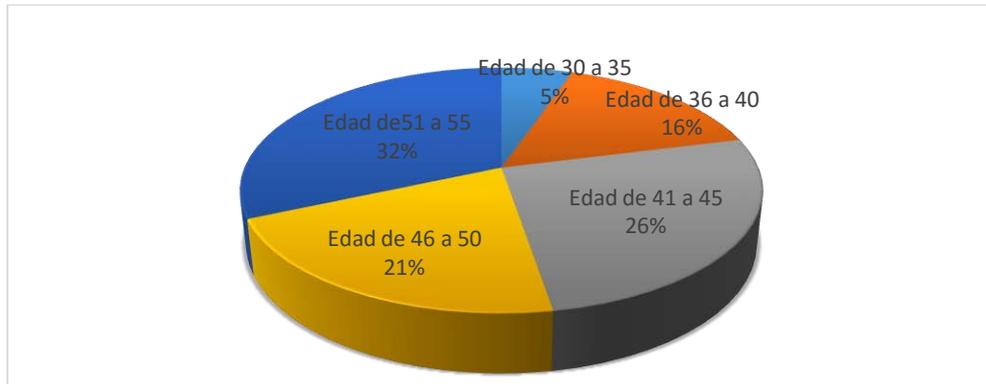
En la figura 1, se muestra que la población está conformada del 21% de sexo masculino y el 79% del sexo femenino.

Figura 2 Representación por Formación



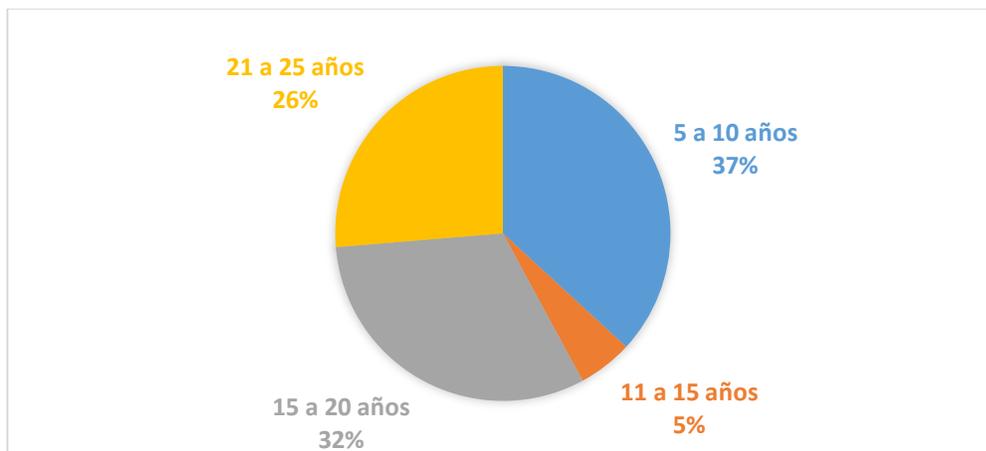
El 100% de la población cuentan con licenciatura en psicología, pero solo el 32% tienen un posgrado y el 79% han cursado entrenamiento en formación continua.

Figura 3 Representación por Edad.



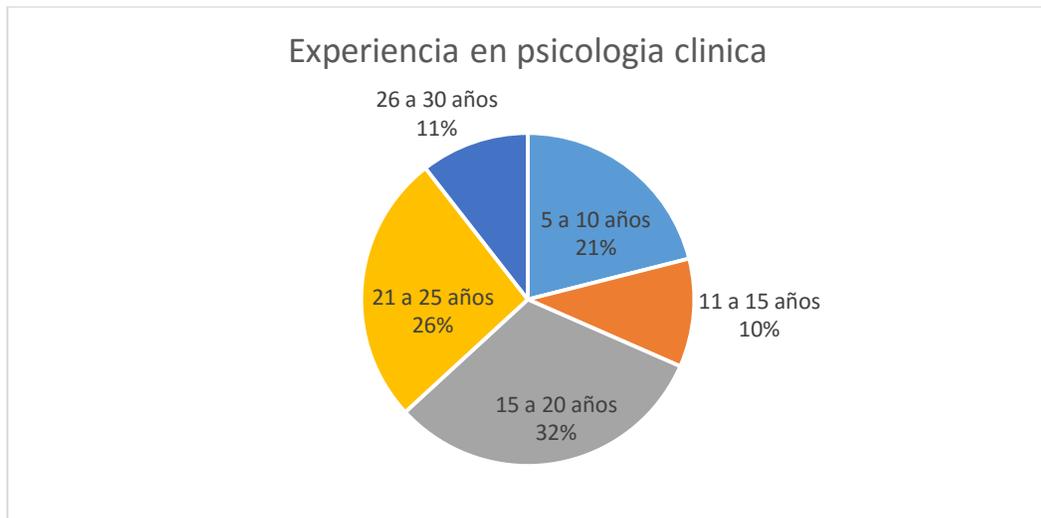
La edad de población de psicólogos se encuentra entre la edad de 30 a 53 años, como lo muestra la gráfica 3, el 5% tiene entre 30 a 35 años. El 16% entre 36 a 40 años, el 26% entre 41 a 45 años, 21% entre 46 a 50 años y el 32% entre los 51 a 55 años.

Figura 4 Representación por experiencia en la institución



La experiencia con la que cuentan los psicólogos en la institución es entre 5 a 25 años, por lo que se clasificaron en rangos obteniendo que 37% entre 5 a 10 años, 5% entre 11 a 15 años, 32% entre 15 a 20 años y el 32% entre 15 a 20 años de experiencia en la institución.

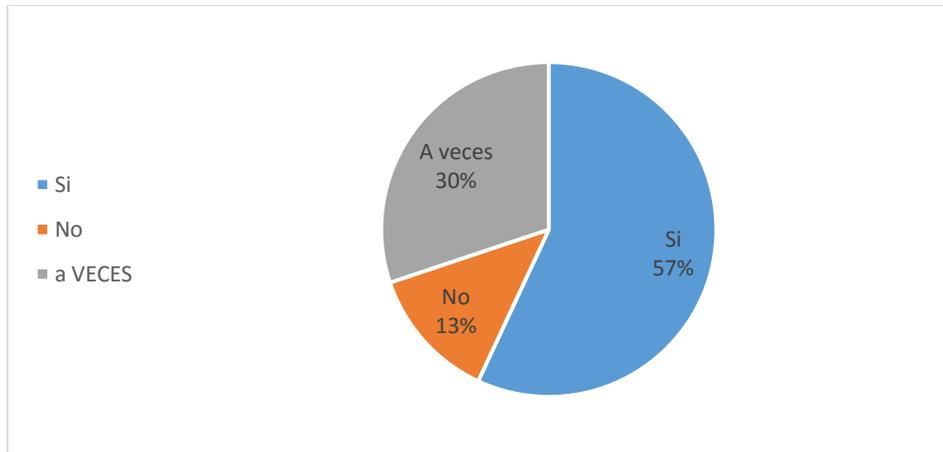
Figura 5. Representación por experiencia en clínica.



La experiencia con la que cuentan los psicólogos ejerciendo su profesión como clínico es entre los 6 a 30 años, por lo que se clasifica en rangos obteniendo como resultado el 21% entre 5 a 10 años, 10% entre 11 a 15 años, 32% entre 15 a 20 años, 26 % entre 21 a 35 años y el 11% entre 26 a 30 años de experiencia en clínica.

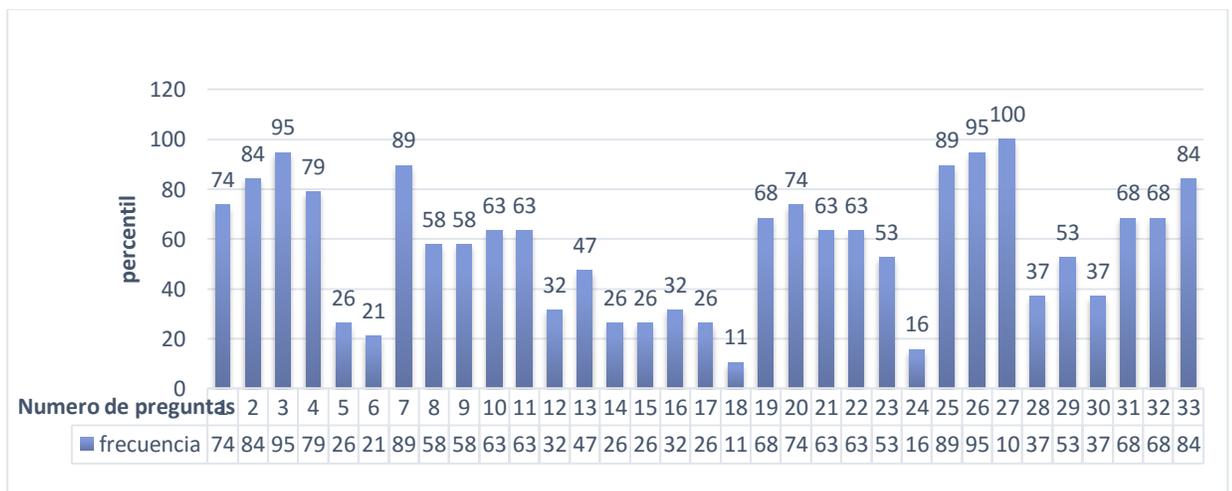
A continuación, se presentan los datos obtenidos de acuerdo a los cuestionarios aplicados a los 19 psicólogos clínicos que laboran en hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, sobre la intervención psicológica en los pacientes psicóticos.

Figura 6 Representación de resultados de los cuestionarios realizadas de manera general



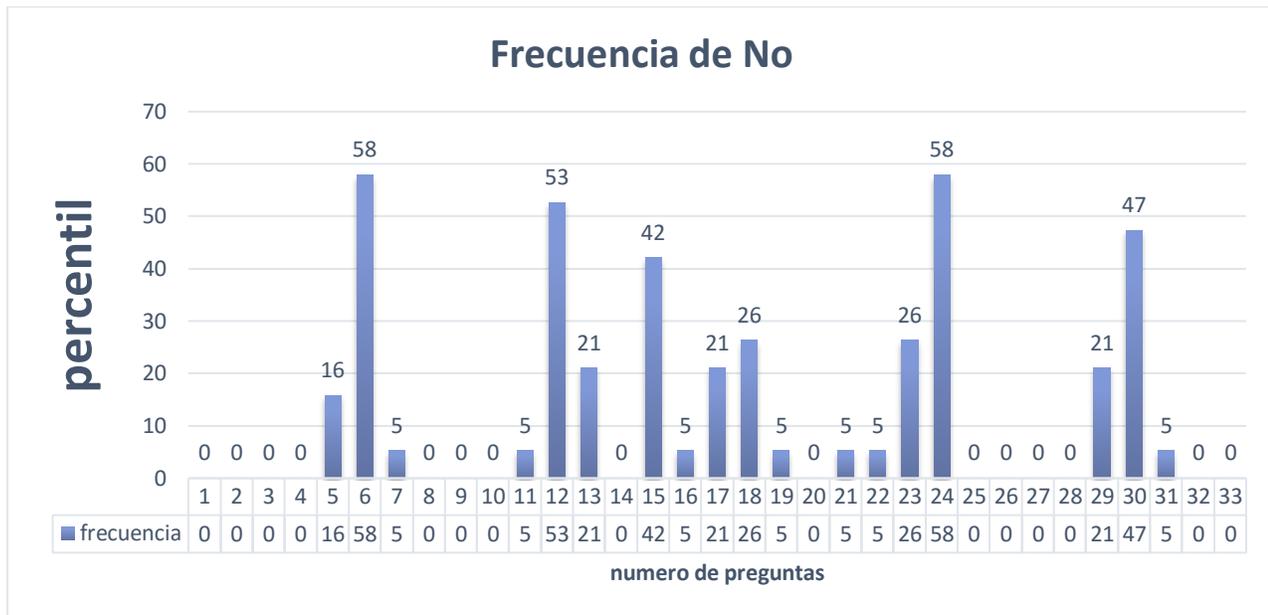
Se aplicó un cuestionario con 33 preguntas cerradas con la opción si, a veces y no, de manera general se obtuvo que el 57% contestaron que sí, el 30% a veces y el 13 % no.

Figura 7 Frecuencia de Reactivo con respuesta afirmativa



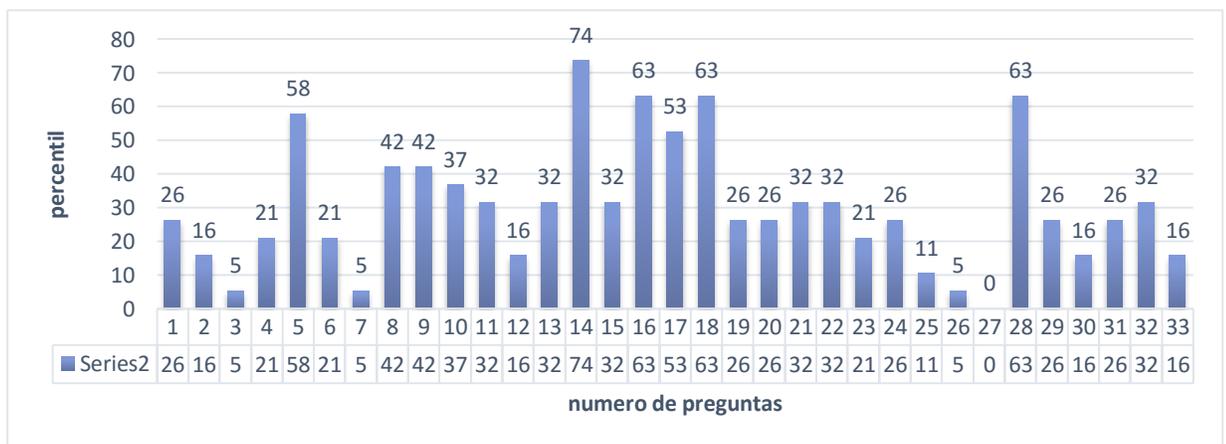
En esta grafica podemos observar la frecuencia convertida en percentil en la que respondieron Sí.

Figura 8 Frecuencia de Reactivo con respuesta negativa



En esta grafica podemos observar la frecuencia convertida en percentil en la que respondieron No.

Figura 9. Frecuencia de reactivos en respuesta a veces



En esta grafica podemos observar la frecuencia convertida en percentil en la que respondieron a veces.

A continuación, se presentan las frecuencias más altas obtenidas de las 33 preguntas en la escala Si, No y A veces.

Tabla 7 Frecuencia más alta en la escala de Sí

| Numero de pregunta | PREGUNTAS CON MAYOR FRECUENCIA DE SI | Frecuencia | Percentil |
|--------------------|---|------------|-----------|
| 27 | El tratamiento de la psicosis debe ser multidisciplinario | 19 | 100 |
| 3 | Los psicólogos clínicos están capacitados para diagnosticar a los pacientes con trastornos psicóticos. | 18 | 95 |
| 26 | Los fármacos son siempre necesarios en el tratamiento del paciente con trastorno psicótico | 18 | 95 |
| 25 | La intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis puede ayudar a que exista una integración social y laboral de pacientes psicóticos | 17 | 89 |
| 7 | La entrevista inicial es adecuada como herramienta para recoger signos y síntomas para el diagnóstico del paciente con psicótico. | 17 | 89 |
| 33 | El psicólogo clínico debe de tener conocimientos de la farmacología empleada por los pacientes con trastorno psicóticos. | 16 | 84 |
| 2 | Los psicólogos clínicos están capacitados para evaluar a los pacientes con trastornos psicóticos. | 16 | 84 |

Por lo que podemos observar en la tabla 7, la mayoría de los psicólogos están capacitados para diagnosticar, evaluar, ayudar a la integración social y laboral de los pacientes psicóticos, tomando en cuenta el trabajo multidisciplinario y los conocimientos farmacológicos.

Tabla 8 Frecuencia más alta en la escala de No

| Numero de pregunta | PREGUNTAS CON MAYOR FRECUENCIA No | Frecuencia | Percentil |
|--------------------|---|------------|-----------|
| 6 | Las investigaciones que se realizan en la institución que labora sobre la intervención psicológica en la psicosis se encuentran a la vanguardia hoy en día. | 11 | 58 |
| 24 | Los pacientes con trastornos psicóticos no pueden ser atendidas por el psicólogo clínico | 11 | 58 |
| 12 | Es pertinente la aplicación de pruebas proyectivas en la evaluación del paciente con psicosis. | 10 | 53 |

Por lo que podemos observar en los resultados de la tabla 6 es que los psicólogos no están a la vanguardia con las investigaciones, no consideran necesariamente la aplicación de pruebas proyectivas en la evaluación de paciente con psicosis y no se encuentran capacitados para atención de pacientes con trastornos psicóticos.

Tabla 9 Frecuencia más alta en la escala de A veces

| Numero de pregunta | PREGUNTAS CON MAYOR FRECUENCIA A VECES | Frecuencia | Percentil |
|--------------------|---|------------|-----------|
| 14 | Se logra la rehabilitación de los pacientes con trastornos psicóticos. | 14 | 74 |
| 16 | Es mejor el tratamiento personalizado con los pacientes psicóticos que en grupo | 12 | 63 |
| 18 | Es mejor el tratamiento del paciente psicótico grupal que en familia. | 12 | 63 |
| 28 | Las técnicas de modificación de la conducta son efectivas en el tratamiento de la psicosis | 12 | 63 |
| 5 | Hay capacitación adecuada para los psicólogos clínicos en el área de intervención psicológica de la psicosis. | 11 | 58 |
| 17 | Es mejor el tratamiento personalizado con los pacientes psicóticos que en familia | 10 | 53 |

Por lo que observamos en la tabla 9, la rehabilitación de los pacientes psicóticos es variable en tanto tratamiento, modificación de conducta y atención personalizada o grupal tal vez de que no siempre se da capacitación adecuada para la intervención de pacientes con psicosis.

Capítulo 7 Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Se realizaron dos cuestionarios con el fin de medir la intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis, uno conformado de 33 preguntas cerradas y el segundo conformado de 26 preguntas abiertas con el propósito de fortalecer el primero, estas fueron evaluadas por jueces de expertos profesionales.

En tanto el cuestionario abierto encontramos que la mayoría de los psicólogos entrevistados:

- Consideran que hay que prestarles atención especial a los pacientes psicóticos.
- Entre las funciones que debe de tener el psicólogo clínico en el tratamiento de pacientes psicótico esta: la evaluación, el manejo de conducta y pensamiento, aplicación de la psicoterapia, rehabilitación social, psicoeducación a la familia como al paciente.
- Muy pocos cuentan con un grado de posgrado, pero han seguido en su formación continua; como diversos cursos relacionados a los trastornos mentales.
- No hay alguna evaluación determinada por la institución, pero se puede observar que la mayoría se basan en la entrevista inicial como en la familiar, en criterios del DSM y CIE-10, como pruebas psicológicas según su formación del psicólogo clínico.
- Los niveles de intervención en el tratamiento de la psicosis se llevan a cabo el área de psiquiatría comunitaria y trabajo social, desconociendo muchas de las actividades que se realizan.

- Se desconocen los programas de promoción y de prevención que se llevan a cabo, pero se está conscientes que, si hay programas y se llevan a cabo en su mayoría por el área de servicio comunitario, corta estancia y trabajo social.
- El tratamiento con el paciente varía de acuerdo a la formación del psicólogo clínico, pero en su mayoría predominan los modelos cognitivos conductuales y el psicoanalítico.
- El modelo que prefiere la institución es el biológico.
- Consideran que el psicólogo clínico tenga conocimiento de fármacos.
- En tanto los avances que se han logrado, consideran que es el trabajo multidisciplinario, como nuevas técnicas empleadas en la intervención psicológica.
- Algunas limitaciones como: la falta de capacitación, desconocimiento de información, adaptación al cambio y el abandono del tratamiento por el paciente.

Sobre el cuestionario de preguntas cerradas se analizaron las frecuencias más altas, teniendo como resultado lo siguiente:

- Entre la muestra de psicólogos se puede ver en la figura 6, que el 57 % contestaron que sí, el 30% a veces y el 13% no, por lo que se establece que de manera general hay intervención del psicólogo clínico en los pacientes psicóticos.
- En la frecuencia más alta de si (tabla 7) podemos observar que los psicólogos encuestados están capacitados para realizar funciones de diagnóstico, evaluación y rehabilitación ayudando a la integración del paciente con trastorno psicótico a la

sociedad. Aceptando los trabajos multidisciplinarios, al igual que la necesidad de contar con conocimientos en fármacos. Por lo que negaríamos la intervención del psicólogo clínico en tratamiento de la psicosis, aceptando que hay cierta medida intervención en pacientes con trastornos psicóticos.

- En la tabla 8 se observa que los psicólogos encuestados en la escala de no, consideran no estar a la vanguardia en la intervención de los trastornos psicóticos, y de todos capacitados para la intervención de paciente con trastorno psicótico, y aunque su experiencia en la institución va de 5 a 25 años, y de experiencia en clínica esta entre 5 a 30 años (Figura 1), pocos tienen un posgrado, solo el 32% cuenta con un posgrado de maestría y el 79% con alguna formación continua. (Figura 2)
- Ahora bien, en la tabla 9, podemos observar que en tanto tratamiento, intervención, rehabilitación y capacitación se da a veces ya, confirmado por los cuestionarios abiertos que se interpretan, la mayoría de los psicólogos desconocen las actividades que se realizan en las diferentes áreas, teniendo como resultado desconocimiento de información de las actividades, entre ellas promoción y los niveles de intervención en las diferentes áreas de la institución, adaptación al cambio en especial el trabajo multidisciplinario, en especial médico psiquiatra y psicólogo clínico y abandono de tratamiento del paciente.

CAPITULO 8 DISCUSION DE RESULTADO

- De acuerdo a la tabla 7, se establece que la intervención del psicólogo clínico con trastornos psicóticos está enfocada a la evaluación, diagnóstico, y ayudar al paciente en su reintegración social, que de acuerdo a Compas y Gotlib (2003), Centeno (2012) las funciones del psicólogo varían de acuerdo al lugar de trabajo, teniendo diferentes características una de ellas es el lugar de trabajo, o población a intervenir, que en el caso de hospitales psiquiátricos las responsabilidades básicas son: la evaluación, diagnóstico y el tratamiento.
- Se observan las funciones de evaluación y diagnóstico por los psicólogos encuestados (tabla 7) en tanto el tratamiento se percibe de una manera escasa, no porque no exista, ya que como lo menciona Margison et al. (2009) durante los últimos siglos los tratamientos de la esquizofrenia y otras psicosis han sido abandonados al considerar que la psicosis eran enfermedades neuropsiquiátricas. Provocando con ello más la intervención en el tratamiento con la psiquiátrica que con los psicólogos clínicos. Sin embargo, con los avances de las décadas se han aumentado los tratamientos terapéuticos sobre la psicosis (Paredes y Gasto, 2014). De acuerdo a los psicólogos encuestados consideran una intervención multidisciplinaria y conocimiento de fármacos en tratamiento de la psicosis.
- De acuerdo a la tabla 6 no hay intervención en el tratamiento de la psicosis por parte del psicólogo clínico, pero encontramos las funciones de evaluación, tal vez esto se deba a que los psicólogos encuestados no se encuentran capacitados debidamente en el tratamiento de la psicosis. Hay que tomar en cuenta que la preparación depende del psicólogo mismo que de acuerdo a sus necesidades como

formación. Ya que él psicólogo se encarga de estudiar el comportamiento humano basándose en una metodología sistemática y científica por lo que se especializara en la promoción de la salud mental, en intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos (Sánchez, 2008). Esta formación debe ser tanto práctica y utilizar la metodología apropiada de acuerdo a los objetivos a cubrir (Centeno, 2012). Ahora bien, la especialización o posgrado brinda conocimientos teóricos y metodológicos necesarias para una mejor formación y conocimientos psicológicos en la que se debe apoyar los avances científicos y técnicos aportados en la investigación básica y aplicada en su área (UNAM, 2011), mientras que la formación continua requiere de conocimientos complementarios de carácter práctico, permitiendo la actualización (Centeno, 2012). Sin embargo, se considera que a veces se da esta capacitación (tabla 9) misma que podemos observar que la Figura 2 donde 79% han cursado entrenamiento de formación continua y el 32% de los encuestados cuenta con algún posgrado.

- En la Tabla 9, se considera que a veces se da la rehabilitación del paciente con trastorno psicótico, siendo mejor un tratamiento que otro. Considerando que el ser humano muestra individualidad propia, una organización sorprendentemente compleja, tanto pensamientos como emociones, por lo que no todo el tratamiento psicológico funciona por igual, hay que tomar en cuenta la decisión del psicólogo de poder intervenir como lo marca Barlow (2010): después de la evaluación y diagnóstico el psicólogo debe de decidir si debe de intervenir ya que no siempre es adecuado hacerlo (Alonso, 2011), esto respecta si el psicólogo cuenta con las habilidades y los conocimientos adecuados, para ello hay que actualizarse en su

formación. Contar con cursos o algún posgrado que certifique los conocimientos en el área por ejemplo un modelo psicológico, en la que el psicólogo practicante emplea gran parte de su tiempo utilizando cualquiera de las docenas de enfoques psicoterapéuticos (Centeno, 2012), de igual manera hay que tomar en cuenta el nivel de intervención en la que labore psicólogo clínico, de acuerdo a la APA, (2010). En las primarias se realizan investigaciones y programas, diseñados para individuos a poblaciones no clínicas o poblaciones en riesgo, que buscan fomentar y sentar bases firmes para la salud mental, conductual o física de modo que no se desarrollen trastornos psicológicos, dolencias o enfermedades, En las Secundarias son, intervenciones para individuos o grupos que manifiestan síntomas, dificultades o condiciones de orden psicológico o físico en forma temprana, con el cual se pretende prevenir el desarrollo de una disfunción o enfermedad más grave, y en la Terciaria son, Intervención y tratamiento para individuos o grupos con condiciones, trastornos o enfermedades psicológicos o físicos ya establecidos, comprenden esfuerzos por reducir el mínimo de los efectos negativos, prevenir enfermedades o trastornos adicionales relacionados con las complicaciones, prevenir las recaídas y restablecer el máximo funcionamiento físico o psicológico posible (APA, 2010).

CAPITULO 9 CONCLUSIONES (LIMITACIONES Y SUGERENCIAS)

A partir de la presente investigación se concluye que:

1. Se conoció la participación que tiene el psicólogo clínico en el tratamiento de pacientes psicóticos. Llegando a la conclusión que si hay intervención por parte del psicólogo clínico.
2. Esta intervención del psicólogo clínico en la institución radica en las funciones de evaluación, diagnóstico y apoyo en la rehabilitación del paciente a la sociedad, notando que la intervención en el tratamiento del psicólogo clínico es limitada, por lo que se observó que esto es debido a que la mayor parte de la intervención en el tratamiento es médica y este tratamiento lo lleva a cabo el psiquiatra, por lo que se sugiere trabajar de forma multidisciplinaria, como el manejo de modelos psicológicos por parte del psicólogo clínico en la intervención del paciente psicótico.
3. Que la capacitación del psicólogo clínico en la institución es limitada, no porque no exista sino muchas veces por el desconocimiento de la información, por lo que se sugiere que el psicólogo clínico se capacite constantemente, investigando, como informándose de los cursos, talleres, posgrados que se realizan, que le permitan contar con mejores herramientas y fortalecer sus habilidades como psicólogo clínico.
4. Se sugiere que el psicólogo clínico cuente con conocimiento de fármacos empleados en el tratamiento de la psicosis, saber las reacciones tanto positivas y negativas que tiene el medicamento, esto llevaría a un mejor tratamiento.

5. Al indagar sobre los niveles de intervención (primaria, secundaria, terciaria) en el paciente psicótico se observó que el psicólogo clínico desconoce la ejecución de ellos en la institución, debido que estas son realizadas por otras áreas como servicio comunitario, corta estancia y trabajo social.

Resumiendo, se observó que el tratamiento por parte del psicólogo clínico con personas que sufren de trastorno mentales son escasas, debido a que esta tarea se ha encargado el área de la psiquiatría dejando a los psicólogos clínicos auxiliares de sus quehaceres, por lo que es necesario aclarar las tareas del psicólogo clínico en el campo de las psicosis, identificar las problemáticas como las alternativas de tratamiento de las psicosis. Complejidad de dicha tarea radica en el compromiso de los profesionales de la salud mental ante su profesión, el seguir investigando, aportando conocimientos en el área de las enfermedades mentales además de trabajar de manera multidisciplinaria con otros profesionales de manera que permitan mejores abordajes de tratamiento no solo en la psicosis sino en todas las enfermedades mentales.

En tanto la psicología clínica juega un papel importante en el abordaje de la psicosis, sobre todo en los trastornos mentales, ya que muchas causas no son meramente fisiológicas o médicas, porque la vulnerabilidad es meramente diversa, es decir no todas las psicosis son orgánicas por lo que no solo el psiquiatra se le compete tratarla, sino hay la posibilidad que otras disciplinas puedan tratarla, en conjunto en el caso de la psicología hablamos de la labor del psicólogo clínico como profesional que trata de ayudar a los individuos a enfrentar acontecimientos traumáticos aplicando sus conocimientos y habilidades, como técnicas, teorías

psicológicas, etc., con el propósito de evaluar, diagnosticar, prevenir, explicar, modificar la conducta humana.

En tanto podemos notar que la psicología ha aportado diversos conocimientos en el área de la psicosis como en el tratamiento, estos varían de acuerdo al modelo psicológico, por ejemplo la terapia cognitivo conductual buscan síntomas y experiencias nucleares que se manifiestan como perturbaciones de pensamiento, el psicoanálisis habla sobre regresiones a etapas del pasado, pérdida de contacto, el cual uno de los objetivo es establecer y mantener el contacto con la realidad, haciendo que el paciente cobre conciencia de su realidad, los humanistas buscan que el mismo paciente tome la responsabilidad de su enfermedad por ejemplo continuar con su medicación prescrita por el médico.

Por lo que queda mucho camino que recorrer en el campo de la psicosis, como en el campo de la psicología clínica, el incremento de tratamientos psicológicos adecuados para mejor abordaje a estos tipos de trastornos, el trabajo multidisciplinario, la capacitación constante, solo son unas de las sugerencias para la mejora de los profesionales de la salud mental entre ellos los psicólogos clínicos.

Referencias

- Alwan, A. (2010). *Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales*. 18-03-2016, de OMS, Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. México, Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ta ed.). México: Médica Panamericana.
- Centeno, S. C. (2012). *Historia clínica aplicada*. Alcalá la Real, Jaén: Ed. Formación Alcalá.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003a). Psicoterapia: enfoques conductual y cognitivo. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 367-400). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003b). Psicoterapia: enfoques humanistas, existencial y experiencial. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 341-365). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003c). Psicoterapia: enfoques psicoanalítico y psicodinámico. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 309-340). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003d). Intervención psicológica promoción, prevención y tratamiento. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 281-307). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003e). Psicología clínica: pasado y presente. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 36-61). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003f). Una mirada a la psicología clínica. En B. E. Compas & I. H. Gotlib. *Introducción a la psicología clínica* (pp. 3-25). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Crowe, M. & Marginson, F. (2009a). Terapia cognitivo-conductual para pacientes con psicosis. En A. Garety, D. Fowler & E. Kuipers (Comps.). *Las psicosis: los trastornos psicológicos y su eficacia*. Barcelona: Herder.
- Crowe, M. & Marginson, F. (2009b). Terapia directiva: un abordaje en colaboración con la medicación psiquiátrica. En P. Hayward., R. Kemp & D. Anthony (Comps.). *Las psicosis: los trastornos psicológicos y su eficacia*. Barcelona. Herder.

- Crowe, M. & Marginson, F. (2009c). Pacientes con psicosis, psicoterapia y reorganización del self. Un modelo de terapia individual: descripción y estudio piloto. En R. Siani & O. Siciliani (Comps.). *Las psicosis: los trastornos psicológicos y su eficacia*. Barcelona. Herder.
- De La Fuente, R. (2011). Evolución histórica de los conceptos médico-psicológicos. En: R. De La Fuente. *Psicología Médica* (14ª. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- El Sahili, G. (2014). Trastornos mentales mayores. En G. El Sahili. *Psicopatología clínica: trastornos psicológicos, nerviosos y endocrinos relacionados con la conducta y las emociones* (2da. ed.). México: Trillas.
- Ellis, A. (2005). Teoría ABC de la TRE y problemas. En A. Ellis. *Terapia Racional Emotiva* (2da. Ed.). México: Paz México.
- Facultad de Psicología UNAM. (2011). *Oferta académica.05-02-2016*, UNAM,- Recuperado de: <http://oferta.unam.mx/carreras/36/psicologia>.
- Feldman, R. S. & Nuñez, H. J.L. (2006). Tratamiento de los trastornos psicológicos. En R. S. Feldman & H. J. L. Nuñez. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Fenichel, O. (1996). Esquizofrenia. En O. Fenichel. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.
- Flores, A. L. (2007). Significación psicológica de la promoción y de la prevención en salud. En A. L. Flores. *Psicología Social de la Salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Foucault, M. & Utrilla, J.J. (2015) El gran encierro. En: M. Foucault, & J.J. Utrilla,. *Historia de la Locura en la Época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1981). Historia del movimiento psicoanalítico. En Freud, S. *Freud Obras completas volumen II*, Madrid: Editorial Biblioteca nueva Madrid 1948.
- García, L. F. (2005). Resistencias y Defensas. En L. F. García. *Psicoterapia Gestalt, proceso figura-fondo* (2da. ed.). México: Manual Moderno.
- Garnica, P. R. (2007a). Antecedentes generales de la práctica psiquiátrica. En P. R. Garnica. *Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría*. México: Ed. Trillas.
- Garnica, P. R. (2007b). La psicopatología: base para el diagnóstico psiquiátrico. En P. R. Garnica. *Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría*. México: Ed. Trillas.
- Garnica, P. R. (2007c). Los excesos organicistas. En P. R. Garnica. *Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría*. México: Ed. Trillas.

- Goldman, H. H. (2008). Trastornos esquizofrénicos. En B. África., O. Freudreich & S. R. Schwartz. *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.
- Gondra, R. J. M. (1981). Descripciones y características de la terapia no directiva. En J. M. R. Gondra. *La psicoterapia de Carl R. Rogers: sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Halgin, P. R. & Krauss, W. S. (2009) Trastornos anímicos. En P. R. Halgin & S.W. Krauss. *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5ta ed.). México, McGraw-Hill Interamericana.
- Hall, C. S. & Lindzey, G. (1970). Alfred Adler. En S. C. Hall & G. Lindzey. *Las teorías psicosociales de la personalidad: Adler, Fromm, Horney y Sullivan*. Buenos Aires: Paidós.
- Hochheimer, W. & Antich, I. (1969). Sobre la metodología de la psicoterapia. En W. Hochheimer & I. Antich. *La psicoterapia de C. G. Jung*. Barcelona: Herder.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2012). *Indicadores básicos de los servicios de la salud mental en México*. 18-03-2010, de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Recuperado de: <http://www.inprf.gob.mx/clinicas/index.html>)
- IPN. (2010). *Mapa Curricular*, 08-02-2016, IPN Recuperado de: <http://www.cics-sto.ipn.mx/Paginas/Psicolog%C3%ADa.aspx>
- Katzung, B. G., Monteon, B. I. J. & Lazo de la V. S. M. (2007). Antipsicóticos y litio. En W. Z. Potter & L.E. Hollister (Comps.). *Farmacología básica y clínica* (pp.539-560). México: Manual Moderno.
- Kriz, J. (2003a). La psicología analítica (Jung). En J. Kriz. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrontu.
- Kriz, J. (2003b). Terapia racional-emotiva (Ellis). En J. Kriz. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrontu.
- López-Ibor, A. J. J. & Ortiz A. T. (1999). Fundamentos del pensamientos médico y psicológico. En J.J. A López-Ibor. *Lecciones de psicología médica*. Barcelona, España: Masson.
- Molina V. (2012) *La psicosis, ideas sobre la locura*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nuñez, H. J. L., Ortiz S. M. E., & Viveros, F. S. (2010) APA. *Diccionario Conciso de Psicología*, México: Manual moderno.
- Obiols, J. E., & Barrantes V. N. (2014) Signos de riesgo y detección precoz de psicosis. Madrid: Editorial Síntesis.
- OMS. 2016. *Salud Mental*. 09-02-2016, OMS Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

- Porter, R. (2003a). ¿El siglo del psicoanálisis? En R. Porter. *Breve historia de la locura*. Madrid, Turner, México: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R. (2003b). El Surgimiento de la psiquiatría. En R. Porter. *Breve historia de la locura*. Madrid, Turner, México: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R. (2003c). La racionalización de la locura. En R. Porter. *Breve historia de la locura*. Madrid, Turner; México: Fondo de Cultura Económica.
- Riso, W. (2008). Algunas consideraciones generales. En W. Riso. *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós.
- Saiz, M., Blanca, A., Civera, C., Gonzalo C., Marin J., Mulberger A., Pastor J. C., Pedraja M. J., Pérez-Garrido, Agustín A. R., Ruiz G., Saiz D., Sánchez N., Tortosa F., Velldeneu A. & Vera, J. A. (2009). Fundación y establecimiento de la psicología. En M. Saiz. (coord.). *Historia de la Psicología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Sánchez, E.P.A. (2008a). La ciencia y la psicología clínica. En E.P A. Sánchez *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, E.P.A. (2008b). La psicología clínica como campo profesional. En E.P.A Sánchez. *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- SEDESA. (2016). *Programas y acciones*, 09-02-2016, SEDESA Recuperado de <http://www.salud.df.gob.mx/portal>
- Segarra, E. R., Eguíluz, U. I., Zabala, R. A. & Gutiérrez, F. M. (2014). Formas de presentación clínica en los PEP. En E. R. Segarra & C. L. Delarze. *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis: una visión crítica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- SES. (2016). *Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Superiores Federales y Estatales*. 08-02-2016, SEP. Recuperado de: <http://www.-sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes>
- SES. (2016). *Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios Superiores Federales y Estatales*. 08-02-2016, SEP. Recuperado de: http://www.-sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/doc_pdf/ACUERDO%20279%20rvoe.pdf.
- Sinelnikoff, N. (2009). Psicosis. En N. Sinelnikoff. *Las psicoterapias, inventario crítico*. Barcelona: Heder.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2013). Antecedentes. *Código ético del psicólogo* (5/a ed.). México: Trillas.
- Stumphauzer, J. S. (2010). Introducción. En J. S. Stumphauzer, *Terapia conductual: Manual de entrenamiento para psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pedagogos, maestros*. México: Editorial Trillas

- Szasz, T. S. & Benet, M. (2002). La psiquiatría. En: T. S. Szasz. *Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría*. México: Ediciones Coyoacán.
- Tapia, J. A. (2011). Procesos de evaluación en psicología clínica y de la salud. En J. A. Tapia. *Evaluación psicológica, coordinadas, contextos, procesos y garantías*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Servicios de publicaciones.
- Torres, G. F., Moreno, K. B. & Rosales, V. C. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. México: Organización Panamericana de la Salud.
- Trull, T. J., Phares, E. J. J. & Velazquez, A. J. (2003). Panorama Histórico de la psicología clínica. En T. J. Trull. *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson Learning.
- UAM. (2016). *Plan de estudio*. 18-01-2016, UAM Recuperado de: http://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/66_2a.pdf
- UNAM. (2013). *Programa de maestría y doctorado de psicología*. 09-02-2016, UNAM Recuperado de: <http://psicologia.posgrado.unam.mx>.
- Vallejo, P. M. A. & Comeche, M. I. (2010). Perspectivas históricas y contemporáneas de la conducta patológica. En P. M. A. Vallejo & M. I. Comeche. *Psicología clínica y de la salud. avances y perspectivas*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Walter, H. G. (2009) La psicosis, En H. G. Walter. *Las enfermedades mentales*. Argentina: Ediciones LEA.

ANEXO 1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la institución:

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Escolaridad: Licenciatura () Maestría () Doctorado ()

Otros: _____

Licenciatura en: _____

Posgrado en: _____

Otros: _____

Puesto desempeñado: _____

Tiempo en el puesto: _____

Tiempo de experiencia en psicología clínica:

ANEXO 2

Cuestionario para explorar la intervención psicológica en tratamiento de la psicosis.

Por medio de la presente le envié un cordial saludo al tiempo de solicitar su opinión profesional, ya que me encuentro trabajando en una investigación que pretende explorar la intervención psicológica en tratamiento de la psicosis, por tal motivo le pido su ayuda como profesional para responder este cuestionario.

Instrucciones; A continuación, hallará un serie de preguntas, conteste de la manera más objetiva.

1. ¿Considera que hay necesidad de una intervención especial a las personas que sufren de algún trastorno de psicótico?
2. ¿Qué tareas o funciones considera que debe hacer el psicólogo clínico en la práctica clínica con un paciente psicótico?
3. ¿En su formación de psicólogo clínico ha tomado cursos, diplomados, posgrados, talleres, congresos, etc., relacionados sobre el tema de la psicosis?
_____ ¿Nos podrá hacer mención de ellos?
4. ¿Cuál es la evaluación en que te basas para realizar diagnóstico de una persona con trastorno psicótico?

5. ¿Cuál es el procedimiento o evaluación en la que se basa la institución en la que labora para hacer el diagnóstico clínico de un paciente con trastorno psicótico?

6. ¿Existe una evaluación del trastorno psicótico ya determinada por la institución en la que trabaja, explique de manera general en que consiste esta?

7. ¿Considera pertinente el uso de alguna batería de pruebas psicométricas o proyectivas para el diagnóstico del paciente con trastorno psicótico? _____
¿Cuáles pruebas considera adecuadas?

8. ¿Considera pertinente el uso de alguna batería de pruebas psicométricas o proyectivas para la evaluación clínica del paciente con trastorno psicótico? _____
¿Cuáles pruebas considera adecuadas?

9. ¿Mencione qué programas de prevención primaria, se llevan a cabo en la institución que labora, que den información sobre el padecimiento de la psicosis con el objetivo de disminuir o evitar trastornos psicóticos?

10. ¿Mencione que programas de prevención secundaria, se llevan a cabo en la institución para desarrollar estrategias que detengan la evolución de la psicosis con fin de que estas sean menos graves?

11. ¿Se maneja algún tipo de asistencia o programa para los familiares de pacientes con trastorno psicóticos? _____ ¿Nos podrá indicar cuáles?

12. ¿Qué tipo de técnicas o programas de rehabilitación psicológica llegan aplicarse a los pacientes con trastornos psicóticos?

13. ¿Podría mencionar algunas campañas o programas que se realizan para promover la salud mental con fin de prever algún tipo de psicosis?

14. Entre los tipos de tratamiento hacia el paciente psicótico, individual, grupal o familiar ¿Cuál considera más efectiva?

15. Entre los tipos de tratamiento, individual, grupal y familiar. ¿Cuál es la que se lleva a cabo en la institución que labora?

16. ¿Cuál es el tipo de ocupa usted en el tratamiento de la psicosis, individual, grupal o familiar?

17. ¿Cuál es el tipo o tipos de teorías o modelos psicológicos/biológicos que ocupa usted para explicar el trastorno de la psicosis?

18. ¿Cuál es el tipo o tipos de teorías o modelos psicológicos/biológicos que ocupa la institución para explicar el trastorno de la psicosis?

19. ¿Cuáles son o es el modelo de intervención psicológica que ocupa usted para el tratamiento de la psicosis?

20. ¿Cuál es el modelo de intervención psicológica que considera más adecuado para los pacientes con trastornos psicóticos?

21. ¿Mencione de manera breve en que consiste el modelo o enfoque que usted maneja para la intervención psicológica de pacientes con trastornos psicóticos?

22. ¿Cuáles son los objetivos que persigue la intervención psicológica con el paciente psicótico?

23. ¿Cuál es la opinión que usted tiene respecto al tratamiento psicofarmacológico sobre los pacientes psicóticos?

24. ¿Cómo profesional de la salud qué avances y logros considera que se han producidos en el último año respecto a la intervención psicológica?*

25. ¿Cómo profesional de la salud qué avances y logros se han producidos en el último año respecto a intervención en la psicosis? *

26. ¿Cuáles son las limitaciones que considera que tiene el psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis?

Cuestionario para medir la intervención psicológica en tratamiento de la psicosis.

Por medio de la presente le envié un cordial saludo al tiempo de solicitar su opinión profesional, ya que me encuentro trabajando en una investigación que pretende medir la intervención psicológica en tratamiento de la psicosis, por tal motivo le pido su ayuda como profesional para responder este cuestionario.

Instrucciones; A continuación, hallara una serie de oraciones marque con una X en el espacio que elija, no marque más de dos opciones, evite dejar de contestar algún reactivo, sea lo más objetivo en sus respuestas.

| REACTIVO | SI | A VECES | NO |
|--|----|---------|----|
| 1. Un paciente psicótico es candidato a ser atendido por los psicólogos clínicos | | | |
| 2. Los psicólogos clínicos están capacitados para evaluar a los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 3. Los psicólogos clínicos están capacitados para diagnosticar a los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 4. Los psicólogos clínicos están capacitados para intervenir en la rehabilitación de los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 5. Hay capacitación adecuada para los psicólogos clínicos en el área de intervención psicológica de la psicosis. | | | |
| 6. Las investigaciones que se realizan en la institución que labora sobre la intervención psicológica en la psicosis se encuentran a la vanguardia hoy en día. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 7. La entrevista inicial es adecuada como herramienta para recoger signos y síntomas para el diagnóstico del paciente con psicótico. | | | |
| 8. Es pertinente la aplicación de pruebas psicométricas en la evaluación del paciente con psicosis. | | | |
| 9. Es pertinente la aplicación de pruebas psicométricas en el diagnóstico de la psicosis. | | | |
| 10. Es pertinente la aplicación de pruebas proyectivas en la evaluación del paciente con psicosis. | | | |
| 11. Es pertinente la aplicación de pruebas proyectivas en el diagnóstico de pacientes con psicosis. | | | |
| 12. Hay programas adecuados para disminuir la incidencia de los trastornos psicóticos | | | |
| 13. Hay programas adecuados para el manejo de síntomas o control del padecimiento de la psicosis. | | | |
| 14. Se logra la rehabilitación de los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 15. Hay aplicación de programas de promoción que fomenten hábitos para una buena salud mental con el propósito de no caer en algún trastorno psicótico. | | | |
| 16. Es mejor el tratamiento personalizado con los pacientes psicóticos que en grupo | | | |
| 17. Es mejor el tratamiento personalizado con los pacientes psicóticos que en familia | | | |
| 18. Es mejor el tratamiento del paciente psicótico grupal que en familia. | | | |
| 19. Es adecuado manejar más de una teoría psicológica o modelo psicológico para la explicación de los padecimientos en los pacientes psicóticos. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 20. Es adecuado manejar más de una teoría psicológica o modelo psicológico para la intervención de los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 21. Es adecuado manejar más de una teoría psicológica o modelo psicológico para la rehabilitación de los pacientes con trastornos psicóticos. | | | |
| 22. ¿La mayoría de los pacientes con trastorno psicóticos pueden ser atendidas por el psicólogo clínico? | | | |
| 23. ¿La menoría de los pacientes con trastornos psicóticos pueden ser atendidas por el psicólogo clínico? | | | |
| 24. ¿Los pacientes con trastornos psicóticos no pueden ser atendidas por el psicólogo clínico? | | | |
| 25. ¿La intervención del psicólogo clínico en el tratamiento de la psicosis puede ayudar a que exista una integración social y laboral de pacientes psicóticos? | | | |
| 26. Los fármacos son siempre necesarios en el tratamiento del paciente con trastorno psicótico | | | |
| 27. El tratamiento de la psicosis debe ser multidisciplinario | | | |
| 28. Las técnicas de modificación de la conducta son efectivas en el tratamiento de la psicosis | | | |
| 29. Se lleva a cabo la promoción de información sobre los trastorno de las psicosis, dentro de la institución donde labora. | | | |
| 30. Se lleva a cabo la prevención primaria en la institución donde labora, con el fin prever el riesgo de desarrollar trastornos de psicosis. | | | |
| 31. Se lleva a cabo la prevención secundaria con los | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| pacientes que presentan trastornos de psicosis, en la institución donde labora, con el fin que no evolucionen a más graves. | | | |
| 32. Se lleva a cabo la rehabilitación de pacientes con trastorno de psicosis, con el fin de disminuir los efectos negativos de la enfermedad, en de la institución donde labora | | | |
| 33. El psicólogo clínico debe de tener conocimientos de la farmacología empleada por los pacientes con trastorno psicóticos. | | | |