



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE
PSIQUIÁTRICO, CREACIÓN DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MONTSERRAT GUZMÁN GARCÍA



**DIRECTORA DE TESIS:
DAMARIZ GARCÍA CARRANZA
CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX..
2018**



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.

Introducción.....	5
Justificación	8
Capítulo 1. Historia de la Psicopatología	11
1.1 ¿Qué es el ser humano.....	11
1.2 Mundo primitivo y antiguo	16
1.3 Antigüedad.....	17
1.4 Edad Media.....	19
1.5 Renacimiento.....	20
1.6 Siglos XVII y principios del siglo XVIII	22
1.7 Finales del siglo XVIII y siglo XIX.....	22
1.8 Siglo XX	23
Capítulo 2. Psicología	25
2.1 Psicología en la antigüedad	25
2.2 Empirismo	28
2.3 Inicios de la psicología	30
2.4 Psicoanálisis	34
2.5 Cognoscitivismo	38
2.6 Teoría existencial humanista.....	50
2.7 Terapia Gestalt.....	56
2.8 Enfoque sistémico.....	59
2.9 Psicología estructural.....	62
2.10 Historia de la Psicología en América Latina	67
Capítulo 3. Psiquiatría.....	71
3.1 Antecedentes históricos	71
3.2 Antecedentes en México	71
3.3 Formación del Instituto Nacional de Psiquiatría	
Ramón de la Fuente Muñiz	82

Capítulo 4. Formación del Instituto Nacional de Psicología Clínica	86
4.1 Financiamiento de los Servicios de Salud Mental en México.....	86
4.2 Formación CISAME	90
4.3 Propuesta de la Creación del Instituto Nacional de Psicología Clínica	99
4.4 La interdisciplinariedad	102
4.5 ¿Por qué un Instituto Nacional de Psicología Clínica y no uno de Psiquiatría como los que ya existen en nuestro país?.....	106
 Conclusiones.....	 109
 Referencias	 112

Resumen

En esta tesis abordare que es el ser humano desde diferentes perspectivas de algunos de los principales autores en el campo de la psicología, para ayudarnos a comprender que el ser humanos no es solo una mente o un cuerpo físico, sino todo un conjunto de elementos que influyen en su desarrollo, continuare con la historia de la psicopatología para entender como a través del tiempo y las diferentes culturas era vista la enfermedad mental, dando lugar a la historia de la psicología, como inicio esta ciencia y como se ha ido desarrollando a través del tiempo, pero resaltando que aún nos falta mucho por hacer en el campo de la **Psicología Clínica**.

Mencionare un capítulo sobre la historia de la Psiquiatría, debido a que en nuestro país se entiende a la enfermedad mental como algo que debe ser atendido desde una solo perspectiva (psiquiatría) y no como algo que debe ser tratado integralmente, (**Tratamiento Integral**).

Por ello sugeriré la creación del Instituto Nacional De Psicología Clínica, argumentándolo con datos estadísticos de nuestro Sistema Nacional de **Salud Mental**, dejando en evidencia lo vacíos institucionales y de personal de la salud mental (Psicólogos) que aún existen en nuestro país.

Palabras clave: Psicología Clínica, Tratamiento Integral, Salud Mental.

Introducción

De acuerdo a datos del Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural. En términos epidemiológicos, la salud mental participa en la carga global de las enfermedades con alrededor del 12%, afecta hasta un 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre personas de 15 a 35 años debido al suicidio (IEMS-OMS 2011).

Estos datos indican que existe un problema. Esta tesis proporcionará información respecto al Sistema Nacional de Salud Mental, dejando en evidencia lo vacíos institucionales y de personal de la salud mental (Psicólogos) que existen en nuestro país, esperando que en un futuro esta información sea tomada en cuenta para reducir las tasas de reincidencia en los hospitales psiquiátricos y que acerque al paciente a una recuperación integral y con ello bajen algunos de los indicadores mostrados en el informe.

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de soporte de las redes sociales, así como la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos insalubres, dan por resultado una mayor prevalencia de problemas de salud mental que se agravan por la pobreza y la exclusión social. Estos problemas, aunados al incremento del consumo de drogas y de la violencia, repercuten cada vez más en la esfera psicosocial. La salud mental sigue siendo una de las demandas insatisfechas (IEMS-OMS 2011).

Un punto muy importante a considerar es la forma en la que se aproxima o se atiende el problema, es indispensable empezar a tomar algunas acciones o decisiones que cambien la manera en la que atendemos la enfermedad mental en nuestro país.

Desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud mental, donde aún prevalece, en muchos países, el antiguo paradigma de los grandes hospitales psiquiátricos asilares, que imposibilita la integración de la salud mental como un componente importante en la atención de la salud en general. (IEMS-OMS 2011).

La palabra integral es clave para el problema que tenemos enfrente. Es necesario cambiar la forma en la que percibimos el problema, darnos cuenta que así como el ser humano no consta solamente de un cerebro, la enfermedad tampoco es solamente una, aislada y sin relación alguna con su entorno, su salud física y emocional, su carga genética y todos los demás factores que influyen en la vida del ser humano.

A partir del año 2007, en México se inició la integración de una Red Nacional de Salud Mental conformada por Unidades Especializadas de Atención (UNEMES), organizadas bajo un modelo comunitario, se pretendió que funcionaran como el eje que estructurara la atención ambulatoria y comunitaria de la salud mental. Uno de los objetivos era establecer equipos multidisciplinarios que ofrecieran una atención integral y que tuvieran la posibilidad de considerar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de los usuarios.

Resulta importante tomar en cuenta que en todos los problemas médicos se encuentra, además de un componente psicológico, un componente social que debe ser ponderado. Darle importancia a la influencia social es lo más apropiado para alcanzar las raíces y las consecuencias de algunos problemas médicos.

Por lo que se menciona anteriormente es que el campo de la psicología clínica toma relevancia. La psicología clínica es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo del médico. Tiende un puente entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociomédicas. Al campo de la psicología clínica le interesan los aspectos

psicológicos que el médico encuentra en su trabajo cotidiano y se le separa del campo de la psiquiatría como especialidad.

Cerca de uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años tiene una historia de problemas psiquiátricos, los cuales producen niveles elevados de discapacidad. Sin embargo, sólo una quinta parte de los enfermos reciben atención. La Secretaría de Salud ha propuesto nuevos esquemas para atender a los pacientes en atención primaria especializada, pero es necesario proponer nuevos y mejores tratamientos, aumentar la cobertura de atención y atender las necesidades de la población en condiciones de mayor rezago. (Inprf, 2007)

Es por ello que sugiero el tratamiento integral (combinado) del paciente psiquiátrico interno y de consulta externa a través de la psicoterapia, así como el tratamiento integral de los pacientes que se encuentran en instituciones públicas, derivados de enfermedades físicas.

Diversos estudios demuestran que la combinación de psicofármacos y psicoterapia potencializa, en la mayoría de los casos, los efectos terapéuticos de ambas reduciendo costos y aumentando la efectividad del tratamiento. (Torres-Torija, 2009)

Un supuesto de Kandel, que ha sido demostrado por varios investigadores es que la psicoterapia actúa en la sinapsis al igual que los psicofármacos, lo que produce nuevas conexiones e incluso cambios estructurales en el cerebro. (Torres-Torija, 2009)

Estos hallazgos no son de extrañar y quizá, como lo supone Kandel, en un futuro cercano nos permitan disponer de métodos accesibles para monitorear y valorar en forma objetiva el desarrollo y los logros de los procesos psicoterapéuticos y así afirmar una vez más que la combinación de psicoterapia y psicofármacos son la mejor opción para el tratamiento del paciente psiquiátrico.

En la actualidad no existe ningún instituto avalado por el gobierno mexicano que esté dedicado a la atención psicológica como principal objetivo. Es por ello que también sugiero la creación de un Instituto Nacional de Psicología Clínica que regule y acredite a los psicólogos mexicanos para un buen funcionamiento de la práctica, así como del método. Este Instituto formaría parte de la red de Institutos Nacionales de Salud del país.

A lo largo de esta tesis documental podremos observar cómo se concibe el ser humano desde diferentes perspectivas, abordaremos también la historia de la psicopatología, la psicóloga y la psiquiatría en nuestro país, también mencionaremos que es lo que cura de cada una de las corrientes de psicología clínica que son más relevantes hasta este momento de la historia, y por último, veremos porque es importante el tratamiento integral de los pacientes psiquiátricos y la importancia de la interdisciplinariedad en dicho tratamiento, teniendo como objetivo principal la creación de un Instituto Nacional de Psicología Clínica.

Justificación.

Los datos obtenidos en la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, muestra que prácticamente una tercera parte de la población adulta que habita en comunidades urbanas ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental. Los trastornos mas frecuentes son la ansiedad, el abuso de sustancias y los afectivos como la depresión (Medina, Borges, 2003). Estos datos confirman que los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud mental más importantes en México, por lo que representan un reto tanto en términos de políticas de salud como en la planificación de los servicios.

Los problemas de salud mental tienen efectos profundos sobre el comportamiento y las habilidades de las personas en su vida diaria. El deterioro atribuible a los problemas de salud mental incluye el pobre aprovechamiento escolar y laboral, los

desordenes y rompimiento de las relaciones interpersonales, así como la disminución de la calidad de vida (Kessler, 1999).

Los problemas de salud mental, también pueden provocar efectos profundos sobre la salud física y las enfermedades crónicas, una muestra de esto son los pacientes con cardiopatías, que experimentan síntomas de depresión después de un ataque cardiaco, incrementando así sustancialmente el riesgo de un segundo ataque (Frasure-Smith, 1999). Las adicciones también representan un problema relevante en la salud mental; fumar, es la causa principal del cáncer de pulmón, uno de los cánceres menos tratables y más mortíferos (American Cancer Society, 2000). Los trastornos de alimentación, incluidos la bulimia y la anorexia nerviosa, son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace más de tres décadas en los países desarrollados (guía clínica para los TCA, 2010). La ineffectividad para manejar el estrés en la vida es una coadyuvante para los problemas de salud, incluyendo la hipertensión y el decrecimiento de la capacidad de funcionamiento del sistema inmunológico del organismo (Adler, 1999). Con esto podemos ver que el factor psicológico de las enfermedades es de gran importancia para su tratamiento.

Los objetivos de la psicología clínica son comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental, así como sus efectos asociados en la salud física. La psicología juega un papel central en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estos problemas. (Bruce, 2007)

Mediante la práctica de las diversas formas de tratamiento psicológico, los psicólogos deberían de estar en la primera línea en el tratamiento de los problemas de la salud mental, pero no es así, en México se cuenta con 495 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 293 usuarios por cada 100,000 habitantes. De igual forma existe un psicólogo por cada 100, 000 habitantes (Indicadores Básicos de los Servicios de Salud Mental en México 2007-2012)

Los psicólogos deben involucrarse cada vez mas con el tratamiento de los factores psicológicos y conductuales relacionados con enfermedades psiquiátricas y crónicas degenerativas.

Es por ello que sugiero la creación del “Instituto Nacional de Psicología Clínica e Investigación” que forme parte de los 13 Institutos Nacionales ya existentes en nuestro país. Para así poder ofrecer un tratamiento verdaderamente integral a la población mexicana, trabajando en conjunto con los demás institutos y haciendo investigación para comprender mejor la naturaleza y la causa de los problemas mentales y físicos con el fin de perfeccionar los métodos de tratamiento, así como para desarrollar y evaluar la efectividad de nuevas técnicas de tratamiento y prevención.

Capítulo 1. Historia de la Psicopatología

Para iniciar este capítulo es importante entender que es el ser humano, por ello mencionaremos qué es el ser humano para algunos de los autores más representativos de la Psicología.

1.1 ¿Qué es el ser humano?

Iván P. Pávlov

Iván P. Pávlov tenía la idea de que los hechos fisiológicos existen en el universo de manera independiente de cualquier observación, y que lo subjetivo del ser humano es solo una parte de ese mismo universo que refleja dinámicamente la realidad. Armado con el saber fisiológico de su tiempo y considerando al organismo como un todo, Pávlov intenta comprobar por vía experimental la hipótesis materialista y determinista de los procesos psicológicos del ser humanos. Su tarea histórica consiste en demostrar experimentalmente, que el espíritu humano tiene origen causal, y que la vida mental es una función de la materia altamente organizada que se expresa en el cerebro. En el sistema teórico de Pávlov no hay acción sin causa en el espacio y en el tiempo.

Pávlov supone que todo cuanto acontece en el sistema nervioso central es un balance dinámico de energía entre los procesos de excitación, inhibición, irradiación y concentración, por lo tanto para el hombre es un sistema, una maquina, y esta sometido _como cualquier otro sistema en la naturaleza- a las leyes naturales inevitables y comunes. Se trata de un sistema que dentro de los límites de nuestros conocimientos científicos se nos presenta como incomparable por su capacidad de autorregulación.

Para Pávlov el ser humano es el producto superior de un largo proceso evolutivo. Es un organismo autorregulable y dinámico, ya que en él nada es inmóvil, nada es inflexible, sus células nerviosas son lo más sensible que ay en la naturaleza, y todo su sistema nervioso tiene la inherente característica de la plasticidad y del

cambio. Con esta orientación mecanicista Pávlov no niega los estados subjetivos factibles de análisis científico, pues, además de ser una maquina, es un ser humano con todos sus ideales, sus aspiraciones, sus progresos.

El concepto que tiene del ser humano es el de un ser material hecho de una sola sustancia. Es una parte de la naturaleza, una unidad, un ser que evoluciona de manera dinámica y un sistema que se adapta, que busca el equilibrio con el medio externo, que se autorregula en cada momento.

B.F. Skinner

En el pensamiento skinneriano existen dos puntos de vista sobre el ser humano en aparente contradicción. Uno pretende exaltarlo- o por lo menos reconocer su complejidad- y otro desvalorizarlo, pues lo concibe solo como un ser pasivo e indefenso ante el ambiente. Skinner parte de un presupuesto fisiológico-epistemológico que concibe a la especie humana como un sistema puramente biológico y a la conducta de los organismos humanos como determinada por dicho medio. En otras palabras, es el ambiente el que se autoconstruye a través de los seres humanos que sirven como instrumentos; es el ambiente el que determina la conducta con todas las implicaciones teóricas y metodológicas de la explicación determinista y biologicista de las acciones humanas. En la teoría skinneriana el ser humano es visto como un organismo biológico.

La persona es ante todo un organismo, miembro de una especie y una subespecie que posee una dotación genética con ciertas características anatómicas y fisiológicas que son el producto de las contingencias de supervivencia a las cuales se ha expuesto la especie en el proceso de la evolución. El organismo se convierte en persona en la medida en que adquiere un repertorio de comportamiento bajo las contingencias de refuerzo a las cuales se expone durante su vida.

Todo es obra del ambiente y no del individuo, afirma Skinner reiteradamente en toda su obra. Considerado el ser humano una maquina determinada por las contingencias del medio ambiente, la libertad tradicionalmente reconocida al ser

humano es puesta en duda por este autor, para Skinner , el ser humano no era responsable ni de lo bueno ni de lo malo que hacía, lo que lo exime de toda responsabilidad ética sobre sus acciones. Para este psicólogo, todo era responsabilidad del ambiente, el cual determinaba el comportamiento de los individuos irremediabilmente.

Sigmund Freud

Para Freud, el ser humanos es cualitativamente diferente de los animales como consecuencia de la producción realizada por aquél, y que da lugar a un orden nuevo y diferente del natural; es decir, se refiere a la cultura. El término “cultura” designa la suma de producciones e instituciones que distancian nuestra vida de la de nuestros antecesores animales y que sirven a dos fines: proteger al hombre de la naturaleza y regular las relaciones de los hombres entre sí.

Asimismo, encontramos que Freud entiende por cultura todo aquello en que la vida humana ha superado sus condiciones zoológicas y se distingue de la vida de los animales. Por la manera como es definida y caracterizada la cultura encontramos que el ser humano al cual se refiere Freud se constituye como tal en el momento en que se modifica a si mismo y a su entorno. Por lo tanto se puede caracterizar al ser humano como un ser social cuya pertenencia a una organización social permite que se constituya como tal, a la vez que le impone una serie de exigencias, modificándolo de manera radical.

Carl Gustav Jung

El concepto de ser humano que Jung proyecta es el de una entidad formada histórica u cotidianamente, depositaria y creadora, al mismo tiempo, de la experiencia colectiva de la humanidad. Esta entidad pasa por un ciclo de vida que la lleva a la individualidad, entendida como un desarrollo espiritual sin referencia a un credo o religión específicos.

Para Jung el ser humano no es ajeno a la vida cotidiana. Por el contrario, es esta la que en sincronicidad con su propia evolución le da la oportunidad de desarrollar

su proceso de individuación, proceso que tarde o temprano lo confronta con su muerte. El ser humano es un individuo formado por la historia, la sociedad y la cultura, en mutua interacción con las fuerzas y contenidos del inconsciente colectivo. Todo ser humano es heredero del pasado de su raza, y en su interior, depositadas en el inconsciente, se encuentran características y factores polarizados que al integrarse llevan a la individuación. Dicha individuación se concibe como el reconocimiento o encuentro de dios en uno mismo, y sin que necesariamente esto signifique la pertenencia a un credo religioso particular. Por último, Jung señaló que no hay en el ser humano ningún instinto que no se halle balanceado por otro, pues la estructura psíquica no es unipolar.

Alfred Adler.

Adler analizó la conducta humana desde el punto de vista de las ficciones o conceptualizaciones personales que el individuo tiene sobre el mundo. Sostenía que la gente se siente más afectada por las expectativas del futuro que por sus experiencias pasadas. Adler encontró en la filosofía holística confirmación de muchas de sus propias ideas, como la de la unidad del estilo de vida del individuo, que tendría su origen en el poder creativo del niño, es decir, en la manera como percibe al mundo y de lo que considera como éxito, por ello propone que la psicología individual se esfuerza por obtener una idea del individuo como un todo, partiendo de la actitud que este tiene frente a los problemas de la vida, problemas que son siempre de naturaleza social.

La psicología individual atribuye al individuo la búsqueda de la superación personal y la autodeterminación, sustentadas en una concepción muy particular de la voluntad de poder y la agresión (entendida como optimismo y firmeza), que vendrían a ser manifestaciones de un motivo más general, llamado "meta por la superioridad". En este sentido todas las especies deben evolucionar hacia una adaptación más efectiva o sufrir la extinción; a partir de esto, cada individuo sería impulsado a esforzarse para lograr una relación más perfecta con el medio.

Para Adler, cada individuo desarrolla progresivamente metas específicas sin objetivos claros y conscientemente escogidos de antemano, que servirán como guía del esfuerzo personal al recibir la influencia de las experiencias, valores, actitudes y características de la personalidad. Las metas de la vida darían una dirección y un propósito a nuestras actividades.

Abraham H. Maslow

Maslow considera al ser humano como una persona que busca, elige y decide. Pero las búsquedas, las elecciones y las decisiones son cuestiones que implican el grado de desarrollo personal medido en la sabiduría, la eficiencia y la eficacia. En la búsqueda se encuentran dos tipos de valores: de supervivencia y de desarrollo; es decir, el ser humano es una totalidad orgánica que se autorrealiza y crece espiritualmente, contraponiéndose a la dualidad espíritu-cuerpo definida por la filosofía cartesiana.

Para Maslow la concepción del ser humano integra los siguientes conceptos:

- a) El ser humano posee una naturaleza esencial que tiene necesidades, capacidades e inclinaciones genéticamente ancladas, algunas de las cuales son patrimonio de toda la especie humana y traspasan todas las barreras específicas de la cultura.
- b) Se define la concepción de que un desarrollo completamente sano, normal y deseable consiste en cubrir las necesidades de esta naturaleza.
- c) Se reconoce con claridad que la psicopatología resulta en general de la negación, el fracaso o la alteración de la naturaleza propia del ser humano.

Carl R. Rogers

Para Rogers la persona tiene una naturaleza básica que la capacita para encontrar sus propias respuestas. Puede y es capaz de crear sus propios mundos, sus propias soluciones y eliminar sus temores, sus barreras, sus imposibilidades

autoimpuestas. Esta aproximación a la existencia humana parte de una visión fenomenológica.

Rogers cree en un ser que tiene la tendencia a buscar la plena libertad; de ahí que la propuesta psicoterapéutica sea “centrada en el cliente”, pues es la persona por sí misma y en sí misma la que debe encontrarse y decidir lo que más le conviene y lo que más le alegra la vida. De igual forma, el ser que imagina Rogers es capaz de dirigirse a sí mismo, de desarrollarse y madurar. No se trata de resolver los problemas de nadie, sino de ayudar a la persona a desarrollarse con el fin de que pueda no solo resolver ese problema inmediato sino también los que se le presente con posterioridad.

Viktor E. Frankl

La perspectiva antropológica de Viktor Frankl parte de varios supuestos: a) el ser humano es único, b) el ser humano es irrepetible, c) el ser humano es una unidad física, psicológica y espiritual, d) el ser humano es libre y e) el ser humano es responsable.

Para Frankl existen cuatro estratos constitutivos del ser humano: a) el físico, b) el orgánico, c) el anímico y d) el espiritual. Todos forman una unidad en la diversidad, o mejor dicho una unidad a pesar de la diversidad, siendo el último estrato, el espiritual, el ámbito propio de la libertad y la responsabilidad del ser humano, así como el fundamento de lo propiamente humano. Esto ni implica una negación de los instintos, significa el reconocimiento de la libertad frente a ellos. Afirmar y reconocer los instintos no se opone a la idea de la libertad, por el contrario presupone la libertad de decir “no” ante ellos.

1.2 Mundo primitivo y antiguo

Es indudable que los humanos se caracterizan por poseer cualidades morfológicas y fisiológicas muy particulares, lo que evidencia su separación respecto de los demás animales en su comportamiento. El comportamiento cultural ha mantenido

una estrecha relación con las características orgánicas del hombre hasta convertirse en motor de la evolución de la especie, es por ello la importancia de saber cómo se comportaba el hombre “antiguo” para entender su evolución y desarrollo.

En el mundo antiguo tenían una concepción animista de la anormalidad psicológica (comportamiento). Se creía que el sujeto anormal estaba habitado por malos espíritus, La concepción animista de la enfermedad, particularmente de la enfermedad mental, es algo característico del hombre primitivo. (Monedero, 1996)

La invención de un mundo de espíritus proporcionó al hombre prehistórico, primitivo y analfabeto una simple explicación de todos los fenómenos inusuales o asombrosos. Al advertir su relativa impotencia, el hombre primitivo atribuía los hechos favorables a las acciones de los buenos espíritus y los sucesos desfavorables a la intervención de los espíritus malignos. Este concepto de causa universalmente aplicable, se adaptaba de modo perfecto para explicar las alucinaciones, ilusiones y otras reacciones aparentemente incontrolables asociadas a la locura. (Page, 1982)

Entre los pueblos primitivos se observaron 5 teorías fundamentales de la causa de la enfermedad. Al margen de la posesión de los espíritus, se pensaba que la enfermedad era causada por la pérdida del alma, la violación de un tabú, la brujería e intrusión de un objeto. (Page, 1982)

1.3 Antigüedad

Los antiguos egipcios, los mesopotámicos y los hebreos pensaban que el corazón era el lugar en donde estaba la mente. Pero para los griegos, la mente se encontraba en el cerebro. Alrededor del 800 a.C. la conducta psicótica era interpretada como una forma de castigo para las ofensas en contra de los dioses. (Sarason, 1996)

La creencia popular en Grecia, Israel, Egipto y Roma antiguos, era que la locura la causaban espíritus enviados por algún dios o diosa. Se hacía una distinción entre las personas cuya conducta benigna sugería una posesión por los buenos

espíritus y aquellas cuya conducta era violenta y destructiva, de quienes se creía que estaban poseídos por espíritus malignos. Los primeros libros de la biblia destacaban la idea de que la locura era un castigo divino. (Page, 1982)

Platón fue otro filósofo importante en el ámbito de la psicopatología, el desarrolló el punto de vista orgánico. Platón creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón. (Sarason, 1996)

El término psicopatología se refiere a una psique sufriente o enferma. (Monedero, 1996)

El término psique lo utilizaron primeramente los griegos para referirse a la base de la vida y no había una clara delimitación entre procesos psicológicos y fisiológicos. Los médicos hipocráticos de la antigua Grecia rechazaron la creencia popular de la posesión por los espíritus. Hipócrates (460-357 a.C.) sostuvo que un cerebro enfermo era “el asiento de la locura y el delirio, de los temores y los terrores que nos asaltan, a menudo por la noche, algunas veces durante el día: allí radica la causa del insomnio y del sonambulismo, de los pensamientos que no saldrán a la luz, de los deberes olvidados y de las excentricidades”. (Page, 1982)

Se suponía que tenía que haber un sustrato natural para la psique, que impregna el cuerpo y proporciona los medios para que las criaturas vivientes hagan las cosas que hacen. Se desarrolló el concepto de neuma para explicar las sensaciones y la conducta dirigida hacia un fin y en los intentos de los griegos era básico relacionar los fenómenos psíquicos con algo que estuviera dentro del cuerpo vivo.

La teoría del neuma se incorporó a un conjunto de conceptos sobre las funciones psicofisiológicas desarrollados en la época clásica de Grecia y Roma. El concepto central era la regulación de procesos corporales que eran consecuencia de un equilibrio entre cuatro humores o fluidos, como la sangre (*sanguis*), fabricada por el corazón, la bilis amarilla (*cholera*), producida por el hígado, la bilis negra (*melancholera*), creada por el bazo y la flema, debida al cerebro. La salud física y mental dependía del mantenimiento de un equilibrio adecuado entre estos humores. Cada individuo poseía su propio equilibrio individual. Por otra parte

Galeno, consolidó y amplió las teorías griegas de la mente y el cuerpo. Amplió las antiguas teorías sobre el papel de los cuatro humores en el temperamento.

El enfoque racional de estos antiguos filósofos, establecieron los cimientos para la ciencia moderna. Se llevaron acabo intentos por clasificar la conducta anormal. En forma temporal, reemplazó las explicaciones mágicas y religiosas, por la observación y la razón. (Page, 1982)

1.4 Edad Media

La inquietud de la gente en la Edad Media, se vio intensificada por un estado de guerra casi constante así como por la Peste Negra y otras epidemias que mataron a cientos de miles de personas. El miedo y el terror dieron lugar a muchos brotes de histeria colectiva. (Sarason, 1996)

Los episodios de la llamada histeria colectiva, que cubrieron toda Europa desde el siglo XIII hasta el XVIII se describen con más propiedad como ejemplos de sugestión colectiva o contagio grupal que como manifestaciones de enfermedad mental individual. (Page, 1982)

El legado de racionalidad que la Edad Media había heredado de los filósofos griegos se abandonó con rapidez durante el último periodo medieval. La demonología y la superstición adquirieron una importancia renovada en la explicación de la conducta anormal. (Sarason, 1996)

Casi todo el mundo creía en la hechicería, la magia y la brujería. El hombre sentía la necesidad imperiosa de conocer las causas que provocaban los desastres de la naturaleza, las epidemias, las desgracias personales y la misma muerte. La magia y la brujería proporcionaban una teoría rudimentaria para explicar tales sucesos y métodos apropiados para hacerles frente. (Szasz, 1981)

Durante esos tiempos tan agitados, la conducta extraña de las personas afligidas por trastornos psicológicos era considerada como obra del demonio y de las brujas. Se deducía que los poseídos por los espíritus malignos eran responsables de cualquier infortunio experimentado por los habitantes del pueblo, lo cual inspiró drásticas acciones en contra de los poseídos.

Por lo general el concepto de posesión demoníaca estaba asociado con la sospecha de que las personas poseídas eran en realidad brujas que habían hecho un pacto con el diablo. Muchas supuestas brujas eran en verdad herejes que continuaban adorando a las deidades paganas y realizaban ritos paganos. A comienzos del siglo XIV la demonología, la brujería y enfermedad mental, estaban estrechamente asociados.

La iglesia y el estado se unieron en una campaña contra las brujas. Se nombraron inquisidores para cazarlas y hacer justicia a esas traidoras que, olvidando su lealtad a Dios, se habían unido a las fuerzas de Satán. Esta trágica decisión pudo haber sido dictada, en parte, por la necesidad de crear chivos expiatorios a quienes culpar de las incertidumbres y tensiones de una sociedad plagada por las epidemias y destrozada por las divisiones políticas, religiosas y sociales que caracterizaron la desintegración del sistema feudal. En 1487, dos monjes, Sprenger y Krämer publicaron el *Malleus Maleficarum* que sirvió como manual para la detección, denuncia, juicio y castigo de las brujas.

Paracelso se opuso a las creencias de *Malleus Maleficarum*. Planteó que las desadaptaciones se debían a fenómenos naturales aunque por su creencia en la astrología pensaba que eran causados por fenómenos estelares.

En Inglaterra durante la edad media, la corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales que se dividían en 2:

- Tontos naturales – Una persona con retraso mental cuya capacidad mental nunca progresó más allá de la de un niño.
- Personas *non composmentis* o personas no en su sano juicio. No mostraban una incapacidad mental al nacer. Su conducta desviada no era continua y podían mostrar largos periodos de recuperación.

1.5 Renacimiento

En el renacimiento, se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por saber.

Johann Weyer, médico del siglo XVI, fue uno de los principales contribuyentes en las descripciones detalladas de la conducta. Enfatizó el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como las conductas de los trastornos mentales. Defendió con firmeza la necesidad de tratar a los “brujos” mediante la medicina y no por medio de la teología. Describió una amplia gama de conductas anormales incluyendo los trastornos que en la actualidad se conocen como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes.

En esta época se enfatizó en la necesidad de apoyar afirmaciones con observaciones de los fenómenos naturales. A pesar de que las emociones y las motivaciones humanas son menos accesibles para la observación directa que otro tipo de fenómenos, muchos filósofos y científicos centraron su atención en las experiencias subjetivas de los seres humanos. Baruch Spinoza, anticipó los planteamientos modernos de la psicología y la fisiología con el argumento de que mente y cuerpo son inseparables. Habla sobre la causalidad psicológica y el papel de las emociones, las ideas y los deseos en la vida del hombre. Se refirió incluso a los mecanismos inconscientes que ejercen una influencia sobre la conducta.

No fue sino hasta finales del siglo XVII y principios del XVIII que se rechazó la idea de que la conducta anormal era causada por demonios y causas sobrenaturales. (Sarason, 1996) Sin embargo no fue sino hasta 1783 que Inglaterra rechazó las leyes sobre brujería, y en 1782 la última bruja europea fue decapitada en Suiza. (Page, 1982).

En Francia, el médico Philippe Pinel (1745-1826), quedó a cargo de *La Bicetre*, un hospital para hombres locos en París. Pinel estableció lo que llegó a conocerse como movimiento de tratamiento moral. Un cambio hacia un trato más humano para las personas con enfermedad mental. Ordenó que se quitaran las cadenas de los internos, reemplazó los calabozos por cuartos iluminados, reforzó el ejercicio en el exterior en los terrenos del hospital y trató a los pacientes con amabilidad y razón. Este tratamiento humano parecía fomentar la recuperación y la reforma de la conducta. Más tarde, Pinel estableció reformas similares, e igual de exitosas en *La Salpêtrière*, un gran hospital psiquiátrico para mujeres en París.

En Inglaterra, un destacado comerciante de té llamado William Tuke (1732-1822), estableció un retiro en York para el tratamiento moral de los pacientes mentales. En este placentero ambiente campirano, los pacientes trabajaban, rezaban, descansaban y hablaban de sus problemas, todo en la atmósfera de amabilidad bastante diferente a la de los asilos para lunáticos de este tiempo.

1.6 Siglo XVII y principios del XVIII

Esta época se puede considerar como un periodo de transición, en el que destaca Pinel, quien tenía la esperanza de llegar a construir un edificio psiquiátrico humano, donde el paciente tuviera las máximas posibilidades de recuperación.

Otras figuras destacadas de esta época son: Plater (1536-1614), preocupado por las clasificaciones y adherido parcialmente al principio humoral de la enfermedad mental; Sydenham (1624-1689) fue el iniciador de la aproximación clínica de la medicina moderna y Burton (1577-1640) precisó causas psicológicas y sociales de la enfermedad mental (Vallejo, 2011).

1.7 Finales del siglo XVIII y siglo XIX

En esta época nuevamente tiene relevancia Pinel, él liberó a los alienados y convirtió esos sanatorios en centros dignos, donde tanto los aspectos materiales como morales fueran atendidos cuidadosamente. También es de destacar su contribución a la psiquiatría científica, ya que escribió obras importantes en las que clasifica los trastornos psíquicos.

El tratamiento moral de Pinel, cuyos efectos terapéuticos fueron inmediatos y sorprendentes, fue bien acogido por Tuke en Inglaterra y por Fricke en Alemania. Al mismo tiempo, en Estados Unidos, Benjamín Rush, con la influencia de su formación en Edimburgo, introdujo en el Hospital de Pensilvania métodos basados en la terapia moral. También en Estados Unidos, Dorothea Dix, presentó en 1848 un informe al Congreso en el que exponía la situación de los enfermos mentales

en las cárceles, hospitales y asilos. Su labor se plasmó en la fundación de 32 hospitales guiados por principios asistenciales (Vallejo, 2011).

Fue a finales del siglo XIX cuando la psicología empezó a quitarse su carácter especulativo y empezó a introducir métodos utilizados en las ciencias naturales. En esta época, algunos científicos empezaron a hablar del surgimiento de una nueva rama de la ciencia psicológica. Behterev (en Zeigarnik, 1981) escribió en 1904 “Los recientes logros de la psiquiatría , conseguidos en gran parte gracias al estudio clínico de las alteraciones psíquicas junto a la cama del enfermo, han servido de base para una rama especial del conocimiento denominada psicología patológica, la cual ya ha permitido resolver gran número de problemas psicológicos.”

Las alteraciones de la psique eran consideradas como un experimento de la naturaleza, el cual, en la mayoría de los casos, abarcaba complejos fenómenos psicológicos, inaccesibles aún para la psicología experimental (Zeigarnik, 1981).

1.8 Siglo XX

Un personaje importante durante este siglo fue Kraepelin, quien construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal. Kraepelin formuló su clasificación según la agrupación de síntomas que regularmente aparecen juntos. A pesar de las críticas que se le hicieron al trabajo de Kraepelin, debido a la insuficiencia de su clasificación, ésta dotó a la psiquiatría de un lenguaje común que, con ligeros matices, se ha mantenido hasta nuestros días.

Otro personaje de real importancia en esta época es Freud, quien elaboró la doctrina psicoanalítica, cuyas versiones llegan hasta la actualidad. Gracias al trabajo de Freud, el campo de la psiquiatría deja de circunscribirse a la locura y se extiende a otros campos cada vez más separados de ésta. También posibilitó una comprensión más completa del fenómeno psíquico normal, la psicología de las

funciones se convirtió en una psicología del hombre. Otra aportación importante de Freud fue la apertura de nuevos cauces de enfoque terapéutico a través de técnicas que se fueron desarrollando en las siguientes décadas.

En este siglo surgió la figura de Pavlov, cuyos trabajos constituyeron los pilares del actual conductismo. Además, con sus trabajos sobre neurosis experimentales de animales, abrió vías para el desarrollo de una psiquiatría experimental.

A principios del siglo XX se publicaron dos obras de gran importancia para la psiquiatría contemporánea. La primera, en 1911, *Demencia precoz o Grupo de las esquizofrenias* de Eugen Bleuler. La segunda, en 1913, *Psicopatología general* de Jaspers. Ambas obras surgieron como un intento de romper con el molde rígido establecido por la psiquiatría Krapeliana (Vallejo, 2011).

Capítulo 2 Psicología

2.1 Psicología en la antigüedad

Las raíces de la civilización occidental se remontan a los mundos antiguos de Grecia y Roma. Específicamente en dos de los más importantes campos del conocimiento, la filosofía y las ciencias naturales, se originaron en la obra de los antiguos pensadores griegos y romanos. Dado que la psicología surgió como disciplina independiente de la filosofía y adoptó gradualmente los métodos de las ciencias mencionaremos los antiguos fundamentos de las dos disciplinas que descende.

Entre las primeras descripciones de fenómenos que podríamos denominar psicológicos, se encuentra una serie de libros de sueños asirios, escritos en tablillas de arcilla entre 5000 y 6000 años antes de Cristo (Restak, 1988, citado en Hothersall, 2005). Las tablillas de arcilla no se diseñaron con la finalidad de que su lectura resultara sencilla. Muecas en forma de cuña en la arcilla representaban sílabas, no letras y el mismo signo solía representar dos o más sonidos diferentes. Sin embargo, las tablillas poseían una gran ventaja: El fuego sólo las endurecía, de modo que con frecuencia sobrevivía cuando se quemaba una biblioteca (Casson, 2001, citado en Hothersall, 2005). Las tablillas de arcilla asirias describen sueños de muerte y la pérdida de dientes y cabello y lo más interesante de todo, es que muestran autoconocimiento, sueños sobre la vergüenza de hallarse desnudo en público. No obstante los conocimientos más completos que tenemos provienen de los antiguos mundos de Egipto, Grecia y Roma. Ahí, hubo antiguos médicos y filósofos que especulaban sobre la naturaleza y ubicación de la mente, sensación y percepción, aprendizaje y memoria. En términos más generales, los antiguos pensadores nos ofrecen diversas formas de ver la naturaleza humana y abordar los problemas de la psicología. (Hothersall, 2005)

En varios momentos de su historia, la psicología ha establecido una estrecha alianza con la medicina, la fisiología y la neurología. Se consideraba que los procesos y comportamientos psicológicos tenían un fundamento biológico.

Antes del año 500 de nuestra era, la medicina griega estaba en manos de sacerdotes que residían en templos, y se creía que conocían los secretos de Esculapio, dios griego de la medicina. Sus discípulos, los esculapios, tenían fama de vencer la infertilidad, curar varias enfermedades y restablecer la salud, sobre todo en casos de ceguera, sordera y varias formas de parálisis. Presumían que todo se curaba, tal vez porque seleccionaban cuidadosamente a sus pacientes. Al paciente que deseaba tratamiento se le aislaba socialmente en el templo y se le sometía a diversos rituales. Los sacerdotes narraban los poderes de Esculapio, leían historias de casos escritos en los muros del templo y hacían poderosas sugerencias en el sentido de que ocurría una cura. Utilizaban drogas para aliviar el dolor y detener las hemorragias. Al final el paciente pagaba una cuota considerable a los sacerdotes por sus servicios.

Hipócrates, fue la figura más importante de la medicina griega durante la antigüedad. Recibió su primera instrucción en Cos, uno de los grandes centros de la medicina sacerdotal. Rechazó el misterio y la superstición de los sacerdotes y formó una escuela de medicina para enseñar a otros una aproximación inflexiblemente objetiva a la medicina. Hipócrates enseñó a sus discípulos que todas las enfermedades se deben a causas naturales y deben tratarse con métodos también naturales. Insistió que el poder curativo de la naturaleza permite que el cuerpo se cure sólo y se libre de la enfermedad.

Hipócrates adoptó una aproximación holística a la medicina, consideraba que el cuerpo debe funcionar en un estado armónico, solía prescribir descanso, ejercicio, una mejor dieta, música y la cercanía de amigos para restablecer la armonía natural del cuerpo. Su observación era increíblemente precisa, presentó

descripciones claras de la melancolía, la manía, la depresión posparto, las fobias, la paranoia y la histeria en su tratado, el arte de curar.

Hipócrates presentó una teoría sobre los humores. Empédocles había explicado que el universo estaba compuesto por cuatro elementos intercambiables, pero entremezclados: aire, tierra, fuego y agua. Según Hipócrates, estos elementos formaban cuatro humores básicos en el cuerpo: bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema. Un desequilibrio o exceso de cualquiera de estos humores produce malestar o enfermedad. Esta teoría sobre los humores influyó durante muchos siglos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Se pensaba que estos humores básicos influían en el temperamento y la personalidad. Los individuos que tenían demasiada bilis negra eran malhumorados, desagradables y posiblemente melancólicos; quienes tenían demasiada bilis amarilla eran irascibles, coléricos, se enfermaban con facilidad y quizá maníacos; los individuos con demasiada flema eran apáticos, torpes y lentos; los sujetos con demasiada sangre eran abiertamente joviales, alegres y optimistas.

Galeno dejó un gran sistema de ideas fisiológicas derivadas tanto de la obra de sus predecesores como de sus propios experimentos y observaciones. Su sistema influyó en el pensamiento biológico hasta el siglo XVI y los inicios de la época científica moderna. También descubrió un método para reconocer y curar todas las enfermedades del alma en su tratado: *Sobre las pasiones y errores del alma* (Hagal, 1983, citado en Hothersall, 2005). Pensaba que las enfermedades del alma surgen de las pasiones como la ira, el miedo, la pesadumbre, la envidia y la lujuria violenta. Tales pasiones, según Galeno, están regidas por una potencia irracional dentro de nosotros mismos que se niega a obedecer a la razón. Para liberarse de tales pasiones, la persona debe luchar por entenderlas y autoconocerse. Sin embargo esa tarea resulta difícil porque el amor propio nos ciega ante nuestras propias faltas y hace que sólo veamos los errores de nosotros. Según Galeno, contar con un mentor-terapeuta bueno y noble era esencial. Galeno fue uno de los primeros pensadores en describir la relación terapeuta-paciente.

Descartes definió también las pasiones en los seres humanos. Estas pasiones, surgen del cuerpo y la mente las experimenta en forma pasiva y generan sin mayor volición acciones corporales. Descartes las definió como asombro, amor, odio, deseo, dicha y tristeza. Las demás pasiones humanas son resultado de la combinación de estas seis. Descartes consideraba que hay dos principales clases de ideas en la mente: las ideas innatas, que son con las que se nace y no dependen de la experiencia, y las ideas derivadas, que surgen de la experiencia. Entre las que consideraba innatas se encuentran ideas del yo y de Dios; concepciones del tiempo, el espacio y el movimiento. Las demás ideas provienen de la experiencia individual y se basan en recuerdos de sucesos pasados.

Casi un siglo después de la muerte de Descartes, Julien de La Mettrie publicó una obra titulada *L'homme Machine* (El hombre máquina), en la cual argumentó que las personas son solo máquinas y que sus actos se explican únicamente por medio de principios mecanicistas. Nos diferenciamos de los animales solo en términos de la complejidad de nuestra maquinaria y no porque tengamos mente o alma. Según Mattrie, los humanos son motivados por impulsos hedonistas, es decir, buscamos el placer y evitamos el dolor. (Hothersall, 2005)

2.2 Empirismo

Durante los años que siguieron al Renacimiento, se realizaron varios progresos en la filosofía que a la larga establecerían los fundamentos de la psicología. Hobbes, Locke y Berkeley se enfocaron en los efectos que la experiencia tiene en una mente pasiva. Hume, Hartley, James Mill y Stuart Mill, llamados asociacionistas, consideraron el papel que la mente activa desempeña en la formación de asociaciones, sentando con eso las bases del estudio del aprendizaje y la memoria. Kant y Wilhem von Leibniz perpetuaron el nativismo, teoría que afirma que los contenidos de la mente no son solo producto de la experiencia, sino que también existe una influencia innata. (Garriges, 1990)

La psicofisiológica en la primera mitad del siglo XIX

De 1800 a 1850

Durante estos años hubo desarrollos importantes para la fisiología. Antes de 1800 se consideraba que los nervios sensoriales y motores eran conductores pasivos de los espíritus animales. En 1811 Charles Bell descubrió que las fibras sensoriales de un nervio mixto entran en la médula espinal por la raíz de un nervio posterior, mientras que las fibras motoras del mismo nervio salen de la médula por una raíz anterior. El efecto de este hallazgo fue dividir la fisiología nerviosa en el estudio de las funciones sensoriales y motoras, de la sensación y el movimiento.

Otro suceso importante de esta época consistió en dividir las fibras sensoriales en varias clases. En 1826 Müller propuso que la división se hiciera con base en el número de sentidos, así que postuló la existencia de cinco clases de fibras a las que caracterizó por poseer cinco diferentes energías específicas. Müller formalizó su doctrina en 1838.

En este periodo también se avanzó significativamente en los órganos de los sentidos y en la fenomenología de la sensación, en especial de la visión. En 1834 Weber publicó su investigación sobre el tacto. A partir de esta investigación Weber desarrolló su doctrina de los “círculos sensoriales”.

En 1800, Gall empezó su campaña con el fin de demostrar que las diversas funciones mentales dependen por separado de ciertas regiones del cerebro que le son propicias y que cuando una función se ejercita en exceso, la región que le corresponde en el cerebro crece junto con el cráneo. Esta sencilla forma de diagnosticar enfermedades a partir de la observación del cráneo, alcanzó gran popularidad y llevó a los científicos a exigir investigaciones sobre las localizaciones exactas de esas funciones en el cerebro. Con los nuevos conocimientos proporcionados por la frenología, los fisiólogos aceptaron un principio establecido por Galeno que afirma que el cerebro es el órgano de la mente, a partir de esto, se dedicaron a estudiar las funciones del cerebro.

Un autor que proporcionó aportaciones importantes a la psicología durante el siglo XIX fue Kant.

Emmanuel Kant favoreció el subjetivismo, conservando la importancia a aquellos fenómenos mentales que no pueden reducirse a procesos cerebrales o corporales. También respaldó el nativismo en las teorías del espacio, ya que hizo subjetivos el espacio y el tiempo al concebirlos como intuiciones a priori, separándolas así del mundo exterior objetivo. Kant trató de colocar las contribuciones de la mente en su propia esfera, contraponiéndolas a las cosas en sí, aquellos objetos del exterior que la mente nunca podrá conocer directamente.

2.3 Inicios de la psicología

Partiendo de la definición de la salud como un estado de bienestar que incluye el organismo, la mente y el entorno social, se describen las funciones del psicólogo de la salud como una ampliación y una transformación de lo que tradicionalmente se ha entendido como psicología clínica. La descripción se completa con algunas consideraciones sobre la formación adecuada del psicólogo para asumir estas nuevas tareas, desde diferentes perspectivas (escuelas) que mencionare a continuación.

Wilhelm Wundt, ha sido denominado tradicionalmente como el padre de la psicología. Estableció formalmente la psicología como una disciplina independiente y organizada. Fundó el primer laboratorio de psicología experimental. En su libro, "Principios de la psicología fisiológica", estableció a la psicología como una ciencia experimental que utilizaba métodos derivados de la fisiología. Wundt tenía como objetivo estudiar la estructura básica de la mente humana. Para llevar esto a cabo desarrolló el método de la introspección analítica. Renovó la técnica de la antigua introspección añadiendo precisos controles experimentales. Posteriormente procedió a analizar o descomponer la mente en sus componentes elementales. Puso gran énfasis en la experimentación fisiológica

que implicaba la utilización de medidas simples como por ejemplo tiempo de reacción. Algunos de sus colegas pensaban que hacer demasiados exámenes a la mente podría causar la locura y otros opinaban que los experimentos ofendían a la religión al poner el alma humana en una balanza. A esta corriente psicológica, se le llamó estructuralismo y dejó de tener influencia dado que dejó de lado temas muy importantes para el estudio de la mente como la motivación, las diferencias individuales y los trastornos psicológicos. El método no era verdaderamente científico, ya que cada introspeccionista describía sus propias sensaciones de una manera única y personal, existiendo poca fiabilidad entre los juicios de un observador y otro.

William James y John Dewey son considerados los primeros funcionalistas. Deseaban acumular conocimientos que se pudieran aplicar a la vida cotidiana. El interés principal del funcionalismo radica en saber el modo en que el organismo se adapta al ambiente y para ello era necesario entender cómo funciona la mente. Esta corriente amplió el campo de la psicología. Se desarrollaron métodos de investigación más allá de la introspección, incluyendo cuestionarios, pruebas mentales y descripciones objetivas del comportamiento. John Dewey pensaba que el peso de la educación no debería recaer en los contenidos, sino en las necesidades de los estudiantes, un punto de vista avanzado para su tiempo y atinado para el nuestro. Gran parte de la psicología se mantiene funcionalista en sus perspectivas al poner el énfasis en métodos científicos de recopilación de datos y en la aplicación práctica de los conocimientos derivados de estos métodos. (Papalia, 2005)

La psicología dinámica

La psicología dinámica es el campo de la psicología de la motivación. A pesar de no ser una escuela, incluye a varias como el psicoanálisis, la psicología intencional de McDougall y el conductismo intencionalista de Tolman.

La psicología dinámica es un campo muy amplio, que en las últimas tres décadas ha aparecido como área de trabajo y ha hecho uso del método experimental. La fuente principal de esta psicología es Freud. La noción de las ideas activas o motivos es básica en la concepción del conflicto y en los mecanismos psicológicos de la motivación que constituyen el campo de trabajo principal de la psicología dinámica.

Otro antecesor de la psicología dinámica es el hedonismo, doctrina motivacional íntimamente relacionada con el asociacionismo.

La psiconeurosis es un trastorno motivacional y forma parte de la fase temprana de la historia de la psicología de la motivación.

La gran teoría motivacional del siglo XVIII fue el hedonismo y duró hasta el siglo XIX. El hedonismo dice que la acción humana surge del deseo de los hombres de lograr el placer y evitar el dolor. Se asocia con el utilitarismo y con Jeremy Bentham. También logró el respaldo de algunos de los asociacionistas británicos porque el principio de la asociación parecía necesario para explicar por qué los hombres soportan el dolor presente con el fin de lograr el placer futuro.

Troland distinguió tres clases de hedonismo: del presente, del futuro y del pasado. El hedonismo del presente decía que el placer inmediato es el *summum bonum* de la acción humana, dice lo que el hombre debe hacer. El hedonismo del futuro dice que si el hombre solo busca el placer inmediato, encuentra que el dolor es con frecuencia la consecuencia demorada del placer. Es por ello que los utilitaristas pensaban que uno debe aplicar el principio hedonista en la comunidad, integrando los placeres y los dolores y lograr como meta social el mayor bien para el mayor número de personas. El hedonismo del futuro fue lo que Freud tomó como principio del placer en sus primeras reflexiones sobre la motivación humana. Por el contrario, los psicólogos experimentales rechazaban el futuro y consideraban el pasado como determinante de la acción. Por ello buscaron un hedonismo del pasado que es la Ley del efecto de Thorndike. Este es el principio que afirma que la acción que conduce inmediatamente al placer se fija y se recuerda y, por lo

tanto, se repite como hábito, mientras que la acción que conduce inmediatamente al dolor no se fija y no se reproduce más tarde. (Papalia, 2005)

La psicología de la conciencia.

La psicología científica nació como un descendiente de la fisiología y la filosofía de la mente. Wundt fue el médico filósofo que estableció la psicología como una disciplina académica. La creación de la psicología fisiológica reveló otra posibilidad teórica, que fue la del reduccionismo, que consistía en explicar sucesos mentales y conductuales en función de causas fisiológicas. (Herdy, 1998)

Wundt definió a la psicología como el estudio de la mente y la búsqueda de las leyes que la gobiernan, sin embargo fueron cambiando sus posiciones sobre la mente y los métodos utilizados para investigarla. El programa de Wundt en Heidelberg consideraba a la psicología como una ciencia natural.

Las concepciones que Wundt mantuvo acerca de los métodos también cambiaron. Sin embargo, en un aspecto fundamental, su concepción sobre el método central de la psicología, la introspección, se mantuvo inalterable.

Wundt distinguió dos métodos de observación psicológica. La percepción interna, que se refiere a un método pre científico de introspección filosófica de sillón. Esta forma de introspección se lleva a cabo de una forma incontrolada y fortuita, por lo que no se puede esperar que produzca resultados útiles para la psicología científica. El segundo método es el de auto observación experimental, designa a un tipo de introspección científicamente válido en el cual se expone a los sujetos a situaciones estándar, que pueden repetirse y en las que se les exige una respuesta sencilla y cuantificable.

Wundt, al igual que Freud, creyó siempre en la ley biogenética, que afirmaba que el desarrollo del individuo era una recapitulación del de las especies. De acuerdo con esa noción, sostuvo que la mejor forma de construir una teoría sobre el

desarrollo psicológico de los individuos, consistía en estudiar el desarrollo histórico de la raza humana.

A pesar de que Wundt fue quien estableció la psicología como disciplina, tuvo un efecto muy pequeño en la siguiente generación de psicólogos (Herdy, 1998)

2.4 Psicoanálisis

Sigmund Freud complementó con el psicoanálisis la “psicología de la consciencia” de Wundt. El psicoanálisis se entiende como la “psicología del inconsciente”, por ello es que complementa a Wundt. La fundamentación del psicoanálisis no fue a través de una ciencia pura, su interés recayó en una manera novedosa de tratar a individuos que manifestaran un comportamiento anormal. Freud extrajo mucha información a partir de su observación clínica. El motivador de esta corriente psicológica se explica a partir de impulsos biológicos, principalmente de origen sexual y que influyen en el comportamiento humano. Las tendencias se dice que son inconscientes y que crean conflictos entre la persona y las normas sociales.

A partir de esta escuela se desprenden varias más. Jung, Erikson, Adler, Horney, entre otros discípulos de Freud tuvieron puntos de vista distintos a los de Freud y fueron contribuyendo a la consolidación de la corriente. El enfoque psicoanalista ha influenciado notablemente el pensamiento psicológico, sin embargo nunca ha formado parte de la psicología experimental. (Papalia, 2009)

Freud prescindió de la idea de que las cosas son lo que parecen ser, enfocó su estudio en el hombre en su escenario natural, en la sociedad y cultura en la que vive. El método, que consiste en estudiar minuciosamente a cada paciente y aplicando la técnica de asociaciones libres del pensamiento. Muchas de las observaciones de Freud, así como sus grandes tesis generales, se han incorporado a la medicina clínica.

El punto de partida para la construcción teórica del psicoanálisis freudiano, fue el estudio de dos fenómenos aparentemente no relacionados entre sí. Se trata de la histeria y del hipnotismo.

El hipnotismo se dio a conocer ampliamente en Europa a finales del siglo XVIII a través del médico Antonio Mesmer, quien logró curaciones notables mediante lo que él denominaba “magnetismo animal”. Mesmer nunca comprendió la naturaleza de sus poderes curativos y la medicina de la época rechazó su metodología y sus hallazgos. Sin embargo, sus demostraciones eran espectaculares y motivaron a otros investigadores a conocer el tratamiento. El inglés Braid, utilizó el fenómeno apoyándose en bases más científicas y acuñó el término “hipnotismo”.

A raíz del estudio del fenómeno, sabemos que la sugestión y el hipnotismo son grados distintos del mismo proceso. Es un estado mental de sugestión exagerada durante el cual la voluntad del sujeto es sustituida por la del hipnotizador. Durante el trance es posible hacer que la persona perciba cosas que no existen o que deje de percibir objetivamente la realidad. (Garriges, 1990)

Los sesenta años de trabajo activo de Freud pueden dividirse en décadas:

- La década de 1880. Fue su periodo de adiestramiento y preparación. A ella pertenece la principal contribución de Breuer.
- La década de 1890. Fue de ensayo y error y de primera maduración. Terminó con el gran logro que presenta la publicación de *Die Traumdeutung*.
- La década de 1900. Fue el periodo de mayor maduración y el comienzo de la notoriedad. Freud reunió a su alrededor un grupo de discípulos. En esta década recibió el primer reconocimiento por parte de académicos y científicos.
- La década de 1910. Durante la Primera Guerra Mundial Freud buscó y tuvo éxito en lograr que el nombre psicoanálisis se reservara para su campo. Durante la Guerra no fue posible avanzar mucho.
- La década de 1920. Fue un periodo de maduración total y de fama creciente. El psicoanálisis buscaba entender toda la motivación y la

personalidad humana. Era un sistema conceptual en cuyos términos podía entenderse la pauta humana de los acontecimientos del mundo.

- La década de 1930. Fue el periodo de culminación. Sufrió muchos dolores y varias operaciones, por lo cual se fue retirando de los contactos personales y solamente recibía a sus pacientes y discípulos.

Dos autores muy importantes para el psicoanálisis son Adler y Jung. Adler, cuando se separó de Freud en 1911, fundó la escuela de la psicología individual. En esta época la libido sexual era considerada por los Freudianos como la principal fuerza impulsora de la personalidad. Adler la sustituyó por la necesidad de superioridad y de poder. A la inferioridad admitida la llamó complejo de inferioridad y a los esfuerzos por superarlo los denominó compensación.

Jung rompió con Freud en 1913 y fundó la escuela de la psicología analítica. Amplió el término libido de tal manera que prácticamente perdió su connotación sexual específica. Se ocupó de las diferencias de personalidad y se le conoce por sus parámetros de introversión y extraversión. (Garriges, 1990)

La psicología se vio favorecida por la intervención que hicieron los psicólogos en el primer conflicto bélico mundial. Esta intervención produjo un progresivo asentamiento y reconocimiento de la psicología y en especial de su profesionalización. El periodo entre las dos Guerras Mundiales propició la demanda creciente de psicólogos desde diferentes ámbitos del mundo social para tareas de diagnóstico y asesoramiento. Desde los ámbitos académicos-científicos, se continuaba generando el corpus teórico de conocimiento. Sin embargo, la situación había ido avanzando hacia una proliferación de posturas teóricas contrapuestas.

Después de la Primera Guerra Mundial, se fue haciendo cada vez más claro que la hegemonía de la psicología ya no venía desde Alemania, sino que la difusión y proliferación de las ideas psicológicas se había ido trasladando paulatinamente a la psicología americana. En este lugar fue perdiendo fuerza la postura mentalista e

introspeccionista para ir asentándose las visiones externalistas que llegaban desde el conductismo.

Hasta el final de la Primera Guerra Mundial, los psicólogos se habían dedicado exclusivamente al diagnóstico y al asesoramiento y la psicoterapia había quedado en manos de los psiquiatras. Nuevamente fue una guerra la que dio un giro en la trayectoria de la psicología. Con la Segunda Guerra Mundial, el gran número de soldados con trastornos psicológicos, planteó la necesidad de un número mayor de especialistas para su atención y tratamiento, para ello se pensó que además de los psiquiatras, los psicólogos podrían desempeñar ese rol de terapeutas (Sáiz, 2009).

¿Qué cura del Psicoanálisis?

El Psicoanálisis una técnica diseñada para estimular el flujo libre de pensamientos e imágenes del inconsciente. La teoría de su fundador Sigmund Freud establecía que la “neurosis” y la “histeria” provienen de recuerdos, motivos y conflictos reprimidos, sobre todo los que se originan en los impulsos instintivos del sexo y de la agresión que, aunque están latentes, obligan a producir mecanismos rígidos de defensa del yo y a realizar conductas compulsivas y contraproducentes. De ahí que el objetivo central del psicoanálisis consista en resolver los conflictos internos causantes del sufrimiento emocional (Wolitzky, 1995)

Freud utilizaba cuatro técnicas básicas para descubrir los orígenes inconscientes de la neurosis a saber: Asociación libre, análisis de los sueños, análisis de la resistencia y análisis de la transferencia.

- Asociación libre:

Este proceso consiste en decir todo cuanto se nos ocurra. Los pacientes deben hablar sin preocuparse si las ideas son dolorosas, vergonzosas o ilógicas. Se deja que los pensamientos pasen libremente de una asociación a la siguiente. El propósito de la asociación libre es debilitar las defensas de modo que emerja el material inconsciente. (Wolitzky, 1995)

- Análisis de los sueños:

Freud pensaba que los sueños ofrecen la “ruta dorada al inconsciente”, porque expresan libremente los deseos prohibidos y los sentimientos inconscientes que se hallan en el contenido latente (significado oculto y simbólico) de los sueños. Un contenido manifiesto (significado obvio y visible) tiende a disfrazar la información procedente del inconsciente.

- Análisis de la resistencia:

Cuando los pacientes están asociando libremente, a veces se resisten a discutir o pensar en determinados temas, esa resistencia (bloqueo en el flujo de ideas) revela conflictos inconscientes particularmente importantes que, descubiertos por el analista, son puestos a consideración del paciente para que los resuelva de modo realista. Por tanto las resistencias se enfrentan y se orientan para que dejen de ser bloqueos de la terapia (May, 1996)

- Análisis de la transferencia

La transferencia es la tendencia de los pacientes a atribuir” al terapeuta sentimientos que se parecen a los que les inspiran las personas importantes en su vida. Conforme el paciente va reviviendo las emociones reprimidas, el terapeuta le ayuda a reconocerlas y entenderlas.

Al destacar la importancia de los conflictos inconscientes, el psicoanálisis ha hecho una importante contribución a las terapias modernas.

Los investigadores han comprobado que el psicoanálisis produce una mejoría en la mayor parte de los pacientes (Doidge, 1997)

2.5 Cognositivismo

La psicología cognitiva surge como una reacción contra el paradigma del conductismo estímulo-respuesta. Plantea la necesidad de centrar el estudio en las

variables mediadoras. Es decir, se le da importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, quien es concebido como un procesador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta.

Establece que se debe centrar nuevamente la atención en el estudio del sujeto. Considerando al sujeto como un ser capaz de influir en la elaboración de la realidad que le toca vivir, alguien que participa activamente en la conformación de su conducta y concibe su experiencia como una construcción de la realidad (Hernández, 2007).

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart y Morgan, 1993. en Friedberg, 2005). La teoría del aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos.

Esta terapia sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Todos estos factores diferenciados interactúan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo.

En general, sin dejar de tener en cuenta el contexto, los terapeutas cognitivos intervienen en el nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal (Alford y Beck, 1997. en Friedberg, 2005).

La aplicación de la terapia cognitiva al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva del o los trastornos en cuestión, cuya

fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información.

Lo que define la conceptualización clínica cognoscitiva es la planeación e implementación del tratamiento de acuerdo a unos principios y una metodología cognoscitiva. La terapia cognitiva no debe ser reducida a un conjunto de técnicas, sino a una manera de pensar y organizar la problemática del paciente en un conjunto conceptualmente integrado de datos (Riso, 2006).

Beck (2000. en Riso, 2006) expresa que el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamiento.

Por su parte, Leahy (2003. en Riso, 2006) afirma que el modelo de terapia cognitiva está basado en la idea de que los estados disfuncionales son frecuentemente mantenidos por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica.

La terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema con la prevención y la promoción. Utiliza procedimientos cognitivos, de comportamiento y de experiencia para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 2006).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo conductual es la rúbrica aplicada a una amplia variedad de técnicas terapéuticas basadas en distintos modelos conceptuales, por ejemplo:

- Terapia racional emotiva

- Técnicas de solución de problemas
- Técnicas de aproximaciones de autocontrol
- Técnicas de condicionamiento encubierto

Lo que tienen en común estos modelos es el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente y cierto compromiso en la utilización de procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio. Las aproximaciones cognitivo-conductuales incorporan procedimientos de la terapia conductual (Reynoso, 2005).

Terapia Conductual

La psicoterapia conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los últimos años.

En la terapia conductual, la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales. El objetivo de este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias (Hernández ,2007)

La terapia conductual comprende una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos para tratar la conducta humana desadaptativa. Consiste en la utilización de un conjunto muy variado de procedimientos clínicos cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica. La terapia conductual debe ser definida con base en la metodología que utiliza, esto supone que sea vista como la aplicación de una aproximación científica de la metodología conductual (Bandura, 1969. en Reynoso, 2005). Partiendo de estos elementos, a continuación se mencionan algunas premisas básicas de la terapia conductual:

- Tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación, más que en alguna supuesta causa subyacente.

- Asume que las conductas de desadaptación son, hasta cierto grado, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida.
- Establece de manera precisa cómo el medio ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos.
- Asume que los principios psicológicos, en especial los de aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta desadaptativa.
- No clasifica a la respuesta de desadaptación como evidencia de una personalidad perturbada.
- El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del paciente.
- Se asume que cualquier técnica clasificada como terapia conductual ha sido sometida a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.

La terapia conductual tiene que ver con el desarrollo, mantenimiento y alteración de la conducta. Busca ser objetiva en los conceptos así como en la evaluación de estrategias de intervención y la minimización de variables inferidas (Reynoso, 2005).

Paciente y terapeuta deben coincidir al definir objetivamente el problema y definan en conjunto un plan de tratamiento. Esto implica que la mayor parte de las conductas desadaptadas provienen de experiencias fallidas en el aprendizaje o de una insuficiencia motivacional para cambiarlas.

La herramienta principal de la terapia, es el análisis funcional de la conducta, cuyo propósito es identificar el área del problema de modo tal que el tratamiento sea prescrito con claridad y evaluado de manera objetiva. Así mismo, evaluar las capacidades y debilidades de la persona y hacer un análisis cuidadoso de las situaciones que precedieron y siguieron al momento en que ocurrió el comportamiento inadecuado y así, mediante la definición de los cambios será posible mejorar sus habilidades conductuales.

Reynoso (2005) explica que el análisis funcional de la conducta se basa en tres premisas básicas:

1. ¿Cuál(es) comportamiento(s) es (son) inadecuado(s)?
2. ¿Qué es lo que mantiene el (los) comportamiento(s) inadecuado(s)?
3. ¿Cómo puede(n) cambiar ese (esos) comportamiento(s)?

¿Qué cura de la Terapia conductual?

La terapia conductual hace uso de los principios del aprendizaje para hacer cambios constructivos en la conducta. Los terapeutas de la conducta procuran modificar directamente los pensamientos y las acciones, estos suponen que la gente ha aprendido a ser así. Si aprendieron las respuestas causantes de los problemas, pueden modificarlas reaprendiendo conductas más apropiadas. En términos generales, la modificación de la conducta indica el uso del condicionamiento clásico u operante para alterarla (Spiegler y Guevermont, 2003)

¿Qué cura de la Terapia cognoscitiva?:

La terapia cognoscitiva ayuda a cambiar los patrones del pensamiento que provocan emociones o conductas negativas (Freeman y Reinecke, 1995). Un ejemplo de esto es la depresión la cual proviene de pensamientos negativos y contraproducentes, los individuos deprimidos ven negativamente su persona, el mundo y el futuro. Según Beck, esto se debe a graves distorsiones del pensamiento. La primera de ellas es la percepción selectiva, es decir, perciben solo ciertos estímulos de una gama más amplia. Un segundo error del pensamiento es la sobre-generalización, es decir, la tendencia a dejar que lo negativo afecte situaciones no relacionadas. Y por último el pensamiento de todo o nada donde los eventos les parecen totalmente favorables o desfavorables, buenos o malos. El terapeuta realiza un esfuerzo gradual para corregir las ideas negativas. En un principio a los pacientes se les enseña a reconocer sus pensamientos, después ambos buscan las ideas y creencias que producen malestar, depresión, ira y evasión. Así el terapeuta cuestiona los errores del pensamiento asesorando al paciente para que aprenda a modificarlos de modo

que mejore su estado de ánimo, sus actos y relaciones. (Coon Dennis. 2004. Psicología. México. Thomson)

El **enfoque Cognitivo** ha descrito las siguientes variables cognitivas:

1. Las **creencias**, que son consideradas reglas para la acción, proporcionadas por los padres, maestros u otras figuras vinculares durante la infancia e internalizadas por el individuo.

2. Las **atribuciones**, que se refieren a las explicaciones que el individuo da a un evento observado, es decir, la causa percibida de algo que acontece.

3. Los **pensamientos**, son frases y diálogos privados; un lenguaje interior. El individuo habla consigo mismo al pensar.

4. Las **estrategias cognitivas**, hacen referencia a las operaciones mentales que el individuo realiza secuencial y lógicamente para la resolución de un problema que es planteado por la persona misma o por otros.

5. Las **imágenes**, se consideran representaciones mentales de un objeto, persona o situación.

6. Las **expectativas**, son las consecuencias anticipadas de nuestro comportamiento, es decir, el ser humano tiene la capacidad de prever los efectos de sus acciones.

7. Los **esquemas**, son estructuras cognitivas que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia. Se forman en la infancia por medio de las relaciones con las figuras vinculares (padres, maestros, hermanos). Representan un conjunto de ideas con respecto a sí mismo y a los demás. Son el resultado de la cultura y la educación.

Por medio de tales variables o procesos cognitivos, el individuo recibe, selecciona, elabora, transforma, interpreta, procesa y construye la información que le llega de la realidad interna y externa, lo que significa que el ser humano no es un receptor

pasivo de la estimulación sino un procesador activo y permanente de la información que recibe. En este sentido, Palacio (1990) plantea que cada unidad del conocimiento debe ser considerada como producto de la interacción del sujeto que conoce y del objeto conocido, de tal manera que puede tomar la forma de una serie de construcciones o aproximaciones continuas a la realidad. Agrega, que el cerebro no copia la realidad, sino que la construye de una forma activa a su propio modelo.

En ocasiones, el procesamiento de la información se distorsiona y se torna disfuncional, alterándose una o varias de las variables cognitivas previamente señaladas, contribuyendo significativamente a la iniciación y mantenimiento de diversos problemas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales, fobias, bajo rendimiento laboral, por mencionar algunas; configurándose el modelo cognitivo de la psicopatología.

También se genera comportamiento anormal cuando la persona tiene creencias irracionales, atribuciones falsas, imágenes y auto instrucciones negativas, bajas expectativas, déficit en la resolución de problemas y esquemas desadaptativos tempranos. En tal sentido, Ferrer (2003) se refiere al «Enfoque cognitivo informacional de los trastornos mentales», siendo este un modelo que logra una integración de los aspectos teóricos del paradigma de procesamiento de información, con los aspectos técnicos y prácticos de la Terapia Cognitiva como tal.

Para abordar los problemas psicológicos que surgen de estas distorsiones cognitivas o patrones erróneos de pensamiento, se ha propuesto la Terapia Cognitiva. La premisa fundamental de este enfoque psicoterapéutico consiste en que el afecto y la conducta son primordialmente funciones de la manera como las personas elaboran, estructuran e interpretan su mundo, estableciéndose una estructura tridimensional; lo que pensamos, sentimos y hacemos, dándose una interacción y retroalimentación permanente entre tales dimensiones. Al respecto, Ellis (1980) plantea que en el ser humano ocurren cuatro procesos: percepción,

movimiento, pensamiento y emoción, los cuales están relacionados integralmente entre sí.

Por lo tanto, la Terapia Cognitiva pretende modificar los sentimientos y las acciones a través de una intervención sobre los procesos cognitivos. Para Beck (1979, citado por Riso, 1992), los objetivos de dicha terapia son:

- Ayudar al paciente a percatarse de las distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, sobre generalización, magnificación, minimización, personalización, razonamiento dicotómico, etc.).
- Que el paciente reconozca las relaciones existentes entre el pensamiento, el afecto y la conducta.
- Sustituir los pensamientos disfuncionales por interpretaciones más realistas y lógicas. Clark y Beck (1989, citados por Caro, 1997) plantea que la Terapia Cognitiva es una terapia estructurada, con límite de tiempo y orientada al problema que pretende aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales (creencias) y del procesamiento de la información sesgado. Para conseguir un cambio cognitivo, la TCC utiliza una gran variedad de técnicas de intervención de otras escuelas psicoterapéuticas, es una forma de eclecticismo técnico, aunque las formas principales de intervención son la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis. (tcognitiva.org, 2017)

Guidano y Liotti (1980, citados por Palacio, 1990) plantean que el objetivo de la TCC es el cambio de los aspectos del conocimiento del paciente que le producen un sufrimiento innecesario. La terapia toma la modalidad de un debate científico, en el sentido de un trabajo cooperativo entre terapeuta y paciente, de exploración, búsqueda y modificación. La función del terapeuta es enseñarle al paciente a reconocer sus teorías causales y sus implicaciones, la forma de probarlas, la utilidad de los experimentos que pueden desaprobar dichas teorías. El aspecto más interesante de la terapia es la intención del terapeuta por conservar una perspectiva científica. El consultante aprende a enfrentar su problemática de una forma similar a la que utiliza un científico al explorar las reglas que gobiernan la

relación entre los fenómenos naturales. La relación terapéutica es eminentemente racional, pero el «contrato» permite el análisis y utilización de los sentimientos, emociones y comportamientos para el logro de los cambios cognitivos deseados.

Por su parte, Cormier y Cormier (1994, citados por Puchol, 2002) conceptualizan la Terapia cognitiva como un conjunto de técnicas que ayudan al paciente a determinar la relación existente entre sus percepciones, cogniciones, emociones y conductas resultantes; a identificar las percepciones auto punitivas o defectuosas y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptables y funcionales. En todas las técnicas, un objetivo fundamental es aprender a identificar y manejar esas cogniciones.

Ferrer (2003) menciona las siguientes características de la Terapia Cognitiva:

- Se apega a hipótesis cognitivas integradoras, con un modelo y una metodología propia de la psicología científica cognitiva.
- Se enfatiza el elemento cognitivo en su propuesta explicativa y de intervención para los trastornos mentales y del comportamiento, sin descuidar la importancia que puede tener la participación de otros elementos (afectivos, de comportamientos, biológicos y sociales).
- Los «productos cognitivos» (pensamientos automáticos) son el resultado de transacciones entre la situación, las creencias de las personas y los mismos procesos cognitivos, lo que permitirá entonces tener una mayor claridad sobre la dinámica que sigue la conformación de estos productos, además de los principios técnicos y científicos, involucra el análisis y comprensión de planteamientos ideológicos, filosóficos, humanistas y existenciales, entre los que se puede contar con propuestas para el análisis de la conciencia, la libertad, la intencionalidad de las acciones, el desarrollo de un sentido y la filosofía de la vida.

- Presta atención a las metas y cogniciones de las personas como base para la aparición de los trastornos psicológicos, pero reconoce que la sola idea o deseo de cambio, no puede alterar las condiciones de la vida de los sujetos.
- Reconoce que hay que tener presente las relaciones en el entorno, las diferencias individuales y la interacción dinámica de múltiples factores como el terreno propicio para generar procesos terapéuticos dinámicos, de mayor eficacia y eficiencia en la intervención de los problemas psicopatológicos.
- Pretende conocer de la manera más clara, la forma como los sujetos humanos procesan la información.

En resumen, lo que se realiza es una reconstrucción de las estructuras cognitivas del paciente y de sus teorías causales, es decir, hacer que el paciente tome conciencia de sus declaraciones como «teorías», que son las reglas que dirigen, mantienen y previenen el cambio comportamental y emocional, por medio del cuestionamiento lógico, la crítica permanente y la confrontación de sus interpretaciones erróneas de la realidad.

La Terapia Cognitiva tiene dos corrientes, una técnica y otra conceptual. Dentro del primer grupo se incluyen:

1. Condicionamiento Encubierto (Cautela, 1966) con sus diferentes modalidades como son la sensibilización, los reforzamientos positivo y negativo, la extinción y modelado encubiertos que son el eje central de esta estrategia, la cuál es la modificación de las imágenes.
2. Entrenamiento Auto instruccional e Inoculación del Estrés, los cuales tratan de fomentar el pensamiento positivo en situaciones de estrés (Meichenbaum, 1977).
3. Detención del pensamiento (Taylor, 1955), por medio de la cual se intenta controlar las ideas obsesivas.

4. Entrenamiento en Solución de Problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971) el cual pretende enseñar a las personas a enfrentar y resolver los problemas eficazmente y facilitar la adecuada toma de decisiones.

5. Autocontrol Encubierto (Thoresen, 1981), en donde el propio individuo y con la asesoría del terapeuta, realiza a nivel cognitivo, una reestructuración sistemática de los antecedentes y consecuentes internos actuales de la conducta problema.

Dentro de la corriente conceptual se incluyen:

1. La Terapia racional emotiva conductual (Ellis, 1962), cuyo objetivo es modificar el conjunto de creencias irracionales que subyacen a los problemas emocionales.
2. La Terapia cognitivo-conductual (Beck, 1979), que pretende cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen la conducta patológica.
3. La Terapia centrada en los esquemas (Young, 1987, citado por Caro, 1997), la cual es considerada como una expansión de la Terapia cognitiva estándar. Su núcleo central son los esquemas desadaptativos tempranos los cuales se definen como patrones extremadamente estables y resistentes de pensamiento que se desarrollan durante la infancia y son elaborados a través de la vida de un individuo. Tales esquemas moldean el procesamiento de experiencias posteriores en la vida y son activados por estímulos ambientales. La aplicación de éste es la acción terapéutica, se desarrolla en dos fases. En la primera se busca identificar y activar dichos esquemas y en la segunda, modificarlos a través de diferentes estrategias cognitivas, experienciales y conductuales. (<http://tcognitiva.com>, 2017)

El Neoconductismo

Tras la Segunda Guerra Mundial, los procesos cognitivos recibieron una atención creciente. Los psicólogos trataban la cognición desde muy diversas perspectivas, incluyendo al conductismo neo-hulliano liberal o conductismo informal.

Osgood y otros autores se aferraron al concepto de mediación como solución al problema del pensamiento humano. El pensamiento se podía concebir como pares simbólicos encubiertos de estímulos y respuestas mediadoras. Osgood aplicó sus ideas al lenguaje, especialmente al problema del significado, que intentó medir conductualmente a través de su escala del diferencial semántico.

El más amplio programa de psicología humana en esta corriente fue la teoría del aprendizaje social, conducida por Miller. En la Universidad de Yale, Miller junto con otros intentó construir una psicología que compaginara con las aportaciones de Freud en torno a la condición humana pero que permaneciera dentro del dominio objetivo de la psicología estímulo-respuesta. Miller y su equipo incluyeron el concepto de mediación como forma de referirse a la vida mental, en términos más precisos que los propuestos por Freud.

Aunque era una posición teórica principal en los años 50, el conductismo mediacional resultó ser un puente que unía el comportamentalismo inferencial de Hull y Tolman con el comportamentalismo inferencial de la psicología cognitiva (Coon, 2004)

2.6 Teoría Existencial Humanista

Cada autor existencialista difiere en gran medida de los demás, sin embargo hay puntos de encuentro. El primero es el punto de partida. Todos los existencialistas parten de la existencia humana, para ellos la existencia humana es el dato fundamental de todo pensamiento. Todos los existencialistas son filósofos de lo concreto y de la dinamicidad de la existencia porque la existencia es lo que cambia, lo que se altera desde el nacimiento hasta la muerte (Xirau, 2000).

El enfoque existencial se deriva de los escritos de filósofos como Sartre, Kierkegaard y Heidegger, y de psiquiatras como Viktor Frankl de Austria. La teoría existencial resalta el potencial humano para el libre albedrío, así como las limitaciones humanas y las dimensiones problemáticas y trágicas de la existencia;

es decir, la creencia de que todas las personas están, finalmente, solas en sus experiencias y se enfrentan a la inevitable ansiedad e incertidumbre provenientes del reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte. Mientras los modelos humanistas reflejan los principios estadounidenses fundamentales (crecimiento, potencial, optimismo y posibilidades ilimitadas), las teorías existenciales reflejan la mayor experiencia de los europeos con el conflicto geográfico y étnico, la guerra, la muerte y la existencia incierta (Yalom. 1980). Las teorías existenciales destacan dos lados contrastantes característicos del libre albedrío- el sentido positivo de la autodeterminación que se acompaña de la ansiedad existencial donde se encuentra la conciencia del individuo de que un día morirá, y de que debe darse significado y propósito a su vida.

El existencialismo es una orientación filosófica que centra su reflexión en la necesidad de salvar al hombre individual. La existencia no puede derivarse, no puede ser fundada racionalmente ni deducida de un concepto. El hombre anclado en el campo de lo real, de lo singular y lo concreto es el que se convierte en el centro de atención de los pensadores existenciales (Moreno, 2003).

Una mezcla de las tradiciones humanista y existencial se refleja en la terapia Gestalt desarrollada por Fritz Perls en las décadas de 1950 y 1960.

¿Qué cura de la Terapia existencial?:

Los existencialistas dicen que ser, en el mundo, crea conflictos profundos. La terapia existencialista se centra en los problemas de la vida. Entre otras cosas, el significado, la decisión y la responsabilidad, favorecen el conocimiento de uno mismo y la autorrealización. La terapia existencialista pone de relieve el libre albedrío, la capacidad humana de tomar decisiones. En otras palabras, cree que podemos elegir convertirnos en la persona que queremos ser.

Los terapeutas existencialistas tratan de dar “coraje” a sus pacientes para que tomen decisiones satisfactorias y socialmente constructivas. Se centra en la

muerte, la libertad, el aislamiento y la futilidad (Yalom, 1980) esto incluye la conciencia de la propia mortalidad, de la responsabilidad que conlleva la libertad de elegir, de estar solo dentro de nuestro mundo personal y la realidad de que hay que darle sentido a la vida.

Un aspecto central de la terapia existencial es la confrontación: se invita al paciente a examinar sus valores y decisiones para que asuma la responsabilidad de la calidad de su vida (Gerwood, 1998) cuando la terapia existencial es exitosa, crea un renovado sentido de propósito y una reconsideración de lo que es importante en la vida.

La psicología humanista

Aunque la psicología humanista no despegó hasta finales de los años 50, sus raíces históricas más inmediatas se encuentran en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Sus principales fundadores fueron Carl Rogers y Abraham Maslow. Durante los años 40, Rogers desarrolló su psicoterapia basada en el cliente, utilizándola con soldados que regresaban a Estados Unidos. Es una técnica en la cual el terapeuta intenta penetrar en la visión del mundo que tiene el cliente, ayudándole a resolver sus problemas. La terapia de Rogers ofreció una alternativa a los métodos psicoanalíticos de los psiquiatras y por lo tanto, representó un papel importante en el establecimiento profesional de la psicología clínica y del asesoramiento psicológico.

Maslow fue el más destacado teórico y organizador de la psicología humanista. Comenzó como psicólogo animal experimentalista y acabó centrando su atención en la creatividad en las artes y las ciencias. Estudiando personas creativas llegó a la conclusión de que actuaban sobre la base de necesidades que en la mayor parte de los humanos se encuentran adormecidas y no se ven realizadas. Denominó a este tipo de personas “autorrealizadores” porque llevaban a la práctica sus poderes creativos humanos, en contraste con la mayor parte de las personas, que trabajan solo para satisfacer sus necesidades animales.

Los puntos de vista de Maslow y Rogers pueden considerarse cercanos, ya que ambos buscaban la manera de sacudir a las personas de sus rutinas psicológicas, cómodas pero inútiles, y conseguir que desarrollaran totalmente su potencial como seres humanos.

Los psicólogos humanistas no buscaban derrocar a los conductistas ni a los psicoanalistas, sino construir sobre los errores que éstos cometieron y llegar más allá.

Teorías humanistas

Durante la década de 1950 emergió una tercera fuerza en la psicología estadounidense, en parte como reacción al dominio de las teorías psicoanalíticas y conductuales de la época. Esta tercera perspectiva argumentaba a favor de una visión más positiva de la naturaleza humana.

Las raíces de la psicología humanista pueden encontrarse con William James y los orígenes de la psicología en Estados Unidos. James estudió filosofía, fisiología y medicina durante su batalla por desarrollar una identidad personal y profesional. Entre las muchas influencias en su carrera, el pensamiento de James fue 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. James incorporó los conceptos de *libre albedrío* y *sentido de sí mismo* como piedras angulares de sus opiniones emergentes sobre la psicología. Estos temas siguieron siendo centrales en la psicología humanista a lo largo del siglo XX.

La más influyente de las teorías humanistas es la teoría centrada en la persona de Carl Rogers (1951, 1961). Rogers compartía con Freud la suposición de que los seres humanos nacen con pulsiones y necesidades innatas. Sin embargo, difería radicalmente de Freud en lo que atañía a su naturaleza. Carl contemplaba una pulsión innata hacia la realización de todas las competencias y potencial de la

persona, el planteaba que los seres humanos nacen con una tendencia innata a la autorrealización y el crecimiento positivo. En contraste con Freud, Rogers también resaltaba el papel de los procesos consientes y del ambiente actual por encima de los factores inconscientes y de la experiencia previa.

Las opiniones de Sigmund Freud sobre la personalidad, la psicopatología y la psicoterapia estaban profundamente influidas por su experiencia como médico judío en Europa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En contraste, el pensamiento de Carl Rogers se moldeó gracias a sus experiencias de crecer en una familia conservadora cristiana del medio oeste de Estados Unidos a principios del siglo XX. Luego de pasar la última parte de su niñez en una granja, Rogers se sintió atraído hacia la agronomía y la religión como posibles carreras. Sin embargo, conforme se desarrollaban sus opiniones personales, se dio cuenta de que estaba en desacuerdo con muchos de los principios del cristianismo fundamental, primero durante una experiencia misionera en China y luego cuando se inscribió en el seminario de la unión tecnológica en la ciudad de Nueva York. Rogers (1961) describió su participación en un grupo de análisis con otros estudiantes del seminario como una experiencia significativa para el desarrollo de sus ideas básicas acerca de cómo ayudar a los demás. Este grupo carecía de instructor y permitía que los estudiantes participantes desarrollaran y expresaran con libertad sus propias ideas.

Con esta experiencia de grupo como impulso, Rogers dejó el seminario después de dos años y se inscribió en el colegio de maestros de la Columbia University con la intención de estudiar psicología.

Durante su educación y formación como psicólogo, Rogers recibió una fuerte influencia de las teorías que destacaban la capacidad de los seres humanos para el libre albedrío y la autodeterminación. Durante sus primeras experiencias como psicólogo clínico Rogers fue influido por los escritos de Otto Rank, quien sostenía que la terapia debe ocurrir sin control por parte del terapeuta; es decir, que la meta de la terapia era permitir al individuo seguir su capacidad para el libre albedrío (Rank. 1936.)

En 1940 Rogers desarrollo la primera versión integral de su aproximación no directiva a la psicoterapia. Este desarrollo dio lugar a la publicación en 1942 de su histórico libro Orientación psicológica y psicoterapia. En esta primera versión de su teoría destacaron dos temas que mantuvieron su importancia a lo largo de su trabajo. Primero, Rogers se había convencido de que una relación de apoyo, permisiva y no directiva entre el terapeuta y el cliente era crucial para facilitar la resolución del sufrimiento emocional y alentar el cambio de personalidad. Y segundo, basado en su interés temprano en la agronomía, Rogers realizo una investigación empírica al intentar comprender tanto el proceso como el resultado de la psicoterapia, inicio la grabación de las sesiones de psicoterapia como una forma de entender y analizar mejor el contenido y el proceso de lo que tenía lugar durante esas sesiones. Rogers fue uno de los primeros en sugerir que la efectividad de la psicoterapia debería evaluarse de manera empírica.

¿Qué cura de las Terapias humanistas?:

Este tipo de terapia obtiene un conocimiento profundo de los pensamientos, emociones y conductas de los pacientes, son métodos orientados a la introspección. En las terapias humanistas, casi todas suponen que la gente puede usar su potencial plenamente y llevar una vida satisfactoria, la psicoterapia es un medio de darle a la salud la oportunidad de emerger.

- Terapia centrada en el cliente: (Hardy, 1998)

El psicólogo Carl Rogers descubrió que es más útil explorar los pensamientos y sentimientos conscientes. Rogers estaba convencido de que lo que puede ser útil para el terapeuta puede ser enteramente distinto para el cliente, en consecuencia, el cliente determina qué se discutirá en cada sesión. Así, la terapia centrada en el cliente no es directiva y se basa en las ideas provenientes de los pensamientos y sentimientos conscientes (Bohart, 1995 citado en Hardy, 1998)

La misión del terapeuta en este tipo de terapia es crear una “atmósfera de crecimiento” que ofrece oportunidades de cambio, pero el cliente debe tratar de resolver sus problemas. Carl Rogers estaba convencido de que el ser humano posee un impulso natural para buscar la salud y el crecimiento.

Estaba convencido también de que los buenos terapeutas mantienen cuatro condiciones fundamentales: Primero, ofrecen al cliente una consideración positiva (incondicional aceptación absoluta), la aceptación total por parte del terapeuta es el primer paso para que el cliente se acepte a sí mismo.

Segundo, intentan lograr una empatía genuina al procurar ver al mundo a través de los ojos del cliente y sentir lo mismo que él.

La tercera condición consiste en ser auténtico (genuino y honesto) con el cliente. Los terapeutas no se ocultan detrás de su papel profesional. Rogers creía que las fachadas ficticias destruyen la atmósfera de crecimiento que este tipo de terapia intenta crear.

Cuarto, los terapeutas no interpretan ni proponen soluciones, ni aconsejan. Más bien reflejan (reformula, resumen o repiten) los pensamientos y sentimientos del cliente. Esto les permite ser una especie de “espejo” psicológico, permitiendo al cliente penetrar en sí mismo con mayor claridad (Hardy, 1998.)

2.7 Terapia Gestalt

Esta escuela psicológica inicio sus trabajos en Alemania, aunque la inseguridad personal de la mayoría de psicólogos de la Gestalt durante el nazismo les obligo a emigrar a Estados Unidos, donde se desarrolló la mayoría de sus investigaciones.

Los psicólogos de la Gestalt utilizaron dos importantes conceptos para llevar a la práctica su fórmula. El primero fue el de campo psicológico, tomado de la teoría del campo de la física. Los psicólogos de la Gestalt ven la experiencia como un campo constituido de partes que interactúan dinámicamente. El concepto de

campo demostró ser capaz de extenderse de forma indefinida a los problemas psicológicos. No solo se podía aplicar a las experiencias visuales simples y a la solución de problemas, sino también a la creatividad y a la psicología social.

El segundo concepto importante de la psicología Gestalt es el principio del isomorfismo. Los psicólogos de la Gestalt sostenían que el cerebro es un complejo campo eléctrico. La idea del isomorfismo hace referencia a que las relaciones estructurales del campo conductual crean una pauta de campos isomórficos en el cerebro de aquellos sujetos que las experimentan. (Coon, 2004)

La Psicoterapia Gestalt es una corriente de psicología de ideario humanista, que busca la máxima realización de la persona mediante la promoción del potencial que todos llevamos dentro, para desarrollar un proceso evolutivo satisfactorio en la vida, en conexión con nosotros mismos y con los demás.

El ser humano construye su identidad a través de diferentes momentos de cambio, y se conquista a sí mismo escuchándose, aceptando sus aspectos personales, aprendiendo a colocar los límites al otro, contactando con sus necesidades profundas, comprendiendo la manera en que nos relacionamos y los mecanismos automatizados que usamos sin darnos cuenta.

La Psicoterapia Gestalt propone una forma de trabajar con el paciente que apuesta por emprender un viaje a lo profundo del ser humano. En esta época que vivimos, donde prevalece la búsqueda de soluciones rápidas a los problemas y a las necesidades, la proliferación y el consumo de fármacos que nos rescatan de las emociones desagradables ha sido casi compulsivo. Frente a esta tendencia a buscar fuera los apoyos, la Psicoterapia Gestalt continúa apostando por la promoción y el reencuentro con los propios recursos internos de la persona.

Los psicólogos gestálticos han investigado cómo la no satisfacción de nuestras necesidades de amor, seguridad y libertad, son la principal causa de nuestro malestar, y cómo, en la medida en que nos hacemos responsables de nuestros propios sentimientos, pensamientos y acciones, obtenemos el poder de dirigir y modificar nuestras vidas. (Psicólogos en Madrid.edu, 2016)

¿Qué cura de la Terapia Gestalt?

Esta terapia, que comúnmente se asocia al nombre de Frederick Perls (1969), se basa en la idea de que los individuos con algún desajuste sufren preocupaciones inconexas, o sea, una conciencia incompleta. La terapia Gestalt ayuda a los individuos a reconstruir sus pensamientos y sentimientos, a usar totalidades integradas. Esto lo consiguen ampliando su conciencia personal y a través de la aceptación de la responsabilidad de sus pensamientos, sentimientos y actos; llenando así los huecos de su experiencia (Yontef, 1995)

El enfoque de la Gestalt se centra en la experiencia inmediata de la persona, al trabajar en un ambiente individual o grupal, el terapeuta alienta a los pacientes a percatarse mejor –momento tras momento- de sus pensamientos, percepciones y emociones (Cole, 1998) en vez de discutir porque los pacientes sienten culpa, ira, temor o aburrimiento, se les estimula a que los expresen “aquí y ahora” y se percaten de ellos. El terapeuta favorece la conciencia atrayendo la atención hacia la postura del paciente, su voz, sus movimientos oculares y gestos manuales. Les pide que exageren los sentimientos vagos hasta que sean claros (Coon, 2004). Es decir, que el terapeuta Gestalt se convierte en un catalizador que facilita la percepción del paciente de lo que existe en el momento y frustra los diferentes intentos de evasión (Baumgardner, 1994).

Perls decía que la salud psicológica se logra al conocer lo que uno quiere hacer, sin detenerse en lo que debería hacer, en lo que tiene que hacer o querría hacer. En consecuencia, la salud se obtiene al asumir plenamente la responsabilidad de los propios sentimientos y actos (Coon, 2004).

El propósito de esta psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de esto, recuperar nuestra experiencia y funcionamientos rechazados. El terapeuta se dedica a recuperar sensaciones y conductas que el paciente ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen. Trabaja con el paciente hasta que empieza y continúa por su propia cuenta a afirmarse y obrar como lo haría la persona que realmente es.

La teoría Gestalt asume que el organismo humano y su medio ambiente, que incluye a otras personas, forma una sola unidad indivisible. Lo uno no ocurre sin lo otro. La terapia Gestalt se ocupa de lo que ocurre entre el organismo y el medio ambiente, en los niveles biológico y social. La percepción del cuerpo es una fuente continua, probablemente la principal, en la que el paciente se descubre a sí mismo en relación a lo que le rodea (Baumgardner, 1994).

2.8 Enfoque Sistémico

El Enfoque Sistémico aparece en la segunda mitad del siglo XX. Este enfoque provocó un salto de nivel lógico en el pensamiento humano, ya que se empezó a ver de otra manera la realidad y se empezó a comprender al ser humano como sistema que forma parte de un sistema. Para entender la visión sistémica hay que olvidarse de lo que ya se sabe y abandonar la manera automatizada de pensar. Mirar desde otro sitio supone cambiarse de lugar, suspender las viejas acomodaciones de la mente, olvidar la lectura lineal causa-efecto y muchos de los condicionamientos del lenguaje.

Parte de un principio de comunicación. Al ser un proceso de interacción bastante complejo, influye en la experiencia del ser humano. Desde un punto de vista terapéutico, sistémico se refiere a sistemas. Cada individuo es parte de diferentes sistemas, en donde la comunicación que se ejerce en los mismos será determinante en la interacción del individuo con los demás y sus emociones.

El espacio terapéutico, a partir de la comunicación entre terapeuta y pacientes o familias trabaja la comunicación de éstos con su contexto. (Ceberio, y Linares, 2005)

La Teoría General de Sistemas fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más

pequeñas, el modelo de los sistemas descubrió una forma holística de observación que desveló fenómenos nuevos y estructuras de inimaginable complejidad.

Todos los sistemas auto-organizados, ya sean biológicos, sociales, artificiales o naturales, tienen características comunes:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus componentes.
- Entropía: Tiene identidad.
- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a las demás.
- Finalidad: Comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Sus modificaciones son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: Unas partes asumen las funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: Se relacionan y reaccionan frente al medio en el que viven.
- Homeostasis: Se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: Se define por su tendencia al cambio. (Espina, 1996)

Los terapeutas de sistemas han cuestionado la necesidad de considerar la dinámica psíquica del individuo en la terapia. Sostienen que es posible tratar al individuo como una caja negra, cuyo contenido se ignora pero que de cualquier forma es irrelevante porque basta con abstraer reglas de conexión entre lo que entra y lo que sale.

En la terapia sistémica es fundamental primero delimitar el objeto de investigación, para poder delimitar entre los múltiples aportes que se han hecho en el tema. No es lo mismo estudiar las relaciones significativas del paciente que el grupo familiar en interacción, que los sistemas familiares disfuncionales, que el proceso terapéutico de una familia, etcétera.

¿Qué cura de la Terapia Sistémica?

En la terapia sistémica debe estar presente el terapeuta y un supervisor, este último observa el desempeño de la terapia desde una cámara de Geselle. La relación entre el terapeuta y el supervisor es muy importante. No hay una jerarquía pero se deben tener muy bien definidas las responsabilidades de cada uno. El supervisor incluye a la familia y al terapeuta en su campo de observación para favorecer la formación y el mantenimiento de un contexto colaborativo, sugiriendo directivas al terapeuta, según un plan de intervención. El terapeuta debe traducir en acción las directivas recibidas, sin renunciar por ello a la propia libertad de intervención, ya que representa una parte esencial de la relación terapéutica. Se deben dar tiempo antes y después de la sesión para discutir estrategias, formular prescripciones, intercambiar estados de ánimo, evaluar la eficacia de las directivas recibidas, observar retroacciones, etcétera.

La primera sesión de la terapia tiene una importancia fundamental porque representa el primer encuentro entre el sistema familiar y el terapeuta y es paradigmática para la comprensión de un enfoque relacional. Establecer un contexto de colaboración y confianza recíproca desde el inicio, representa el objetivo central de la primera sesión (Andolfi, 1992).

Los objetivos de la terapia familiar son cambiar el síntoma y el tipo de interacción familiar, que el cliente se perciba como agente de su propio cambio y que perciba el síntoma de una forma distinta.

Las intervenciones en la terapia familiar podrían dividirse en intervenciones cognitivas, intervenciones conductuales e intervenciones metafóricas.

Los objetivos de la intervención cognitiva son cambiar la manera en que el cliente ve su síntoma y crear en el paciente una imagen de persona con los suficientes recursos como para afrontar y resolver su problema.

El principal objetivo de la intervención conductual es sustituir la conducta sintomática por otra. Por último, los objetivos de las intervenciones metafóricas

son interrumpir la secuencia sintomática y presentar una visión alternativa a la razón por la que se produce el síntoma (Navarro, 1992).

Hay razones convincentes que aconsejan combinar la terapia familiar con la psiquiatría y reunir las en una sola.

2.9 Psicología estructural

Edward Bradford Titchener fue un inglés que llevó la psicología alemana a Norteamérica, por ello jugó un papel muy importante en la fundación de la psicología norteamericana. Fue enemigo del funcionalismo y del conductismo. Su sistema fue el estructuralismo.

Titchener poseía una mente en la cual todo tenía un carácter imaginativo-sensorial. Incluso su mente tenía una imagen para una palabra tan abstracta como *significado*. Reconocía que no todos poseían una mente tan llena de imágenes, pero aun así, construyó su psicología sobre la premisa de que la mente estaba constituida de sensaciones o imágenes de sensaciones y nada más. Esto le llevó a rechazar varios de los conceptos Wundtianos como el de apercepción, concepto que hace referencia a algo inferido y no observado directamente. La psicología de Titchener se ajustaba a la visión de la mente que había definido Hume, quien la veía como un conjunto de sensaciones.

La primera tarea experimental de la psicología de Titchener consistió en descubrir los elementos básicos de sensación a los que pueden reducirse todos los procesos complejos. Describió los elementos como la sensación más simple que puede encontrarse en la experiencia.

La segunda tarea de esta psicología fue determinar cómo las sensaciones elementales se conectan unas con otras para formar percepciones, ideas e imágenes complejas. La tercera tarea de Titchener consistió en explicar las operaciones de la mente. De acuerdo con él, la introspección solo producía una descripción de la mente y él creía que una psicología científica requería algo más que la mera descripción, por lo que debía buscar la explicación en la fisiología,

disciplina que podría explicar por qué surgen los elementos sensoriales y cómo llegan a interconectarse. (Coon, 2004)

La psicología de Titchener no fue nunca muy popular ni resultó muy influyente más allá de su propio círculo. El estructuralismo murió con su autor.

A continuación se muestra una tabla comparativa de las diferentes psicoterapias antes mencionadas:

Descripción de Psicoterapias

	¿Insight o Acción?	¿Directiva o no Directiva?	¿Individual o Grupal?	Enfoque de la terapia
Psicoanálisis	Insight	Directiva	Individual	Búsqueda de sinceridad
Terapia centrada en el cliente	Insight	No directiva	Ambos	Aceptación, empatía.
Terapia Existencial	Insight	Ambos	Individual	Facultamiento personal
Terapia Gestalt	Insight	Directiva	Ambos	Hincapié en la conciencia inmediata
Terapia Conductual	Acción	Directiva	Ambos	Cambios observables en la conducta
Terapia Cognoscitiva	Acción	Directiva	Individual	Orientación constructiva.
Terapia Sistémica	Acción	Directiva	Ambas	Comprender al ser humano como sistema que forma parte de un sistema

Cuadro 1. Descripción de psicoterapias (Andrews ,1989 citado en Coon, 2004).

A continuación se muestra una tabla resumiendo los puntos esenciales de los diferentes enfoques psicológicos mencionados anteriormente:

Descripción de enfoques psicológicos

<div data-bbox="220 338 407 432" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Consciente inconsciente </div>	<p>Enfoque Psicodinámico</p> <p>Idea Principal: <i>la conducta se rige por fuerzas dentro de la personalidad que a menudo están ocultas o son inconscientes.</i></p> <p>Se centra en los impulsos, deseos y conflictos internos, especialmente los que son inconscientes; ve la conducta como resultado de fuerzas antagónicas en el interior de la personalidad.</p>
<div data-bbox="220 579 358 632"> E → R </div>	<p>Enfoque Conductista</p> <p>Idea Principal: <i>el ambiente modela y controla la conducta.</i></p> <p>Se centra en el estudio de la conducta observable y en el efecto del aprendizaje; subraya la influencia de los premios y castigos externos; concepción científica, neutral y un tanto mecanicista de la naturaleza humana.</p>
<div data-bbox="237 884 383 1020"> </div>	<p>Enfoque Humanista</p> <p>Idea Principal: <i>la conducta se rige por la autoimagen, las percepciones subjetivas del mundo y las necesidades de crecimiento personal.</i> Se centra en la experiencia subjetiva y consiente, en problemas humanos, en potenciales e ideales; pone de relieve la autoimagen y la autorrealización para explicar la conducta; concepción filosófica positiva de la naturaleza humana.</p>
<div data-bbox="220 1230 464 1440"> </div>	<p>Enfoque Biopsicológico</p> <p>Idea Principal: <i>la conducta humana y animal es el resultado de procesos internos físicos, químicos y biológicos.</i></p> <p>Trata de explicar la conducta mediante la actividad del cerebro y del sistema nervioso, mediante la fisiología, la genética, el sistema endocrino, la bioquímica y la evolución..</p>
<div data-bbox="220 1535 456 1776"> </div>	<p>Enfoque Cognoscitivo</p> <p>Idea Principal: <i>gran parte de la conducta humana puede interpretarse a partir del procesamiento mental de la información.</i></p> <p>Estudia el pensamiento, la cognición, la percepción, la comprensión, la memoria, la toma de decisiones y el juicio; explica la conducta basándose en el procesamiento de información.</p>

Cuadro 2. Descripción de enfoques psicológicos (Coon, 2004).

Con todo lo anterior podemos notar que salud, salud mental y psicología, ha dejado de ser identificada exclusivamente con la ausencia de enfermedad. La evolución social entendida en un sentido amplio y que comprende por tanto todos los ámbitos relacionados con la evolución del ser humano, nos remite actualmente a otro concepto de salud. Así entendemos la salud como un estado de bienestar que abarca el organismo, la mente y todo el entorno social. Dicho de otro modo, la forma en que vivimos determina en gran parte nuestro estado de salud. La calidad de vida que podemos disfrutar puede ser evaluada al mismo tiempo como causa y efecto de nuestro estado de salud. Contemplada la salud desde esta perspectiva de globalidad, podemos detectar y analizar diversos aspectos que son parte integrante de la misma y que matizan el equilibrio o el desequilibrio en el que viven los individuos y/o los grupos. Destacaremos como muy importantes:

- a) El equipaje personal: potencial neurobiológico. Factores de riesgo.
- b) El medio: familia-entorno. Nivel socioeconómico. Factores de riesgo.
- c) Los procesos de evolución: dinámica de la interacción entre los potenciales del individuo y del medio. Factores de riesgo.
- d) Los aprendizajes individuales y colectivos que contribuyen en la construcción de un estado de bienestar.

Cuando tratamos de comprender y diagnosticar las alteraciones que comprometen el equilibrio en la salud, debemos tener en cuenta también otros aspectos relacionados con el medio que influyen en los procesos de evolución y los aprendizajes tanto individuales como de la comunidad. Una cuidadosa mirada en esta dirección nos permite destacar:

- 1) El sistema de salud vigente en cada comunidad y su interacción con otros sistemas.
- 2) La naturaleza y concepción de las organizaciones sanitarias.

3) Los circuitos de comunicación y actuaciones entre las diferentes organizaciones sanitarias.

4) El valor de la prevención en los distintos ámbitos que configuran la salud en el individuo y en la comunidad.

5) Los sistemas de educación para la salud de que dispone la comunidad. Estado real de su implantación y desarrollo.

Tomando como base lo expuesto anteriormente, que aunque de forma sintética abarca el panorama global de aquello que identificamos como salud, aceptamos que la salud mental no debe ser considerada aparte, sino como un elemento integrado en el sistema funcional de cada individuo y también, consecuentemente, de la colectividad a la que pertenece. Y es naturalmente desde esta perspectiva desde la que la psicología se plantea actualmente su intervención en el ámbito de la salud, dejando atrás las formas que circunscribían su intervención al cuidado de las personas afectadas por las enfermedades reconocidas y clasificadas como enfermedades mentales. La psicología de la salud se plantea pues su intervención en un campo de aplicación que le permita alcanzar los objetivos planteados por los sistemas de salud en un contexto sociocultural determinado y aboga por que sus aportaciones partan de una concepción positiva de la salud, funcionalmente integradora, dinámica y contextualizada.

Es necesario tener presentes los antecedentes de la práctica de la psicología en general y, en particular, en el ámbito de la salud. Ello nos permite ser conscientes de que estamos inmersos en un proceso de evolución que no es ajeno al proceso de evolución social y que la Psicología de la Salud es interdisciplinaria por necesidad, no solo por referencia a las especialidades médicas con las que debe compartir sus intervenciones, sino también por las aportaciones de otros ámbitos de la práctica psicológica de las que se debe nutrir en aras de la globalidad del concepto de salud. (Martínez, 1994)

2.10 Historia de la Psicología en América Latina

Los datos antropológicos y arqueológicos señalan que la primera emigración de América se llevó a cabo hace 25.000 años, por el estrecho de Bering, entre Siberia y Alaska. Esos grupos humanos tardaron varios miles de años en llegar desde el norte del continente americano hasta el sur del mismo, aunque los registros sobre asentamientos humanos en América no son suficientemente claros, se puede afirmar que a la llegada de los españoles (1492) América estaba poblada por importantes grupos humanos con diversos niveles de desarrollo cultural.

Estos grupos culturales se encontraban en niveles muy diferentes de desarrollo. Existía un alto desarrollo cultural en los mayas, aztecas e incas. En estos grupos existían conceptos “psicológicos”, relacionados con la salud y la enfermedad, la familia, el desarrollo humano, la curación por el espíritu, el lugar del hombre en el mundo, las relaciones entre hombres y mujeres, etc. Los grupos humanos que poblaron América antes de la llegada de los europeos poseían una cosmovisión dentro de la cual se incluían conceptualizaciones psicológicas, adaptadas a cada cultura y dentro del entorno ecológico en el cual florecía dicha cultura. (Hardy, 2013)

Al llegar la colonización, trajo consigo su cultura, su idioma y su filosofía de vida, las transformaciones fueron radicales, muchos grupos humanos se extinguieron, otros se rebelaron contra los conquistadores y continuaron en guerra con ellos durante decenas de años. Muchas culturas americanas se adaptaron a los conquistadores, dieron origen a pueblos mestizos.

Durante la colonia existió una rica vida cultural, ante todo en los principales centros urbanos, como México, Lima y Santo Domingo. Las universidades se instituyeron muy pronto en el nuevo mundo, siendo las primeras las de Santo Domingo (república dominicana) en 1538, la de México en 1553 y la de San Marcos de Lima en 1572. En estas universidades se dictaban cursos de filosofía en los cuales se enseñaban conceptos de psicología. Era ante todo la llamada “psicología de las Facultades” con base en conceptos teológicos, asociados con la

doctrina se Santo Tomas de Aquino. Estas ideas constituyeron la psicología oficial durante más de tres siglos. Las universidades clericales no dieron cabida a las ideas de iluminismo y del racionalismo procedentes de Francia e Inglaterra. Esa mezcla de psicología, filosofía y teología se enseñó en el nuevo mundo y constituyo el fundamento de la educación de las nuevas generaciones de criollos, mestizos y mulatos. La psicología se consideraba como la ciencia del alma y era parte de la metafísica.

La caída de la corona española fue un fenómeno histórico y casi simultaneo, desde México hasta Argentina (con excepción de Brasil). Con la independencia vino la organización de las nuevas repúblicas y la búsqueda de nuevos caminos en la economía, la organización social, la educación, la ciencia y la tecnología.

La psicología y la biología se consideraron ciencias positivas y positivistas. Más que otras aéreas de conocimiento, fueron motivo de polémicas ente los sectores avanzados de la sociedad y los sectores más reaccionarios. Las universidades de México, Argentina, Chile y Brasil dieron cabida a concepciones psicológicas de corte moderno. Las ideas de Spencer, Wundt, Darwin, Freud y otros pensadores pronto tomaron arraigo en las nuevas naciones. Algunos de los pioneros Europeos de la psicología emigraron a América Latina por razones políticas o de otra índole y realizaron la mayor parte de su labor científica en su patria de adopción. (Hardy, 2013)

Además de estos pioneros emigrantes de Europa, hubo otros que nacieron en América Latina, como Ezequiel A. Chávez (1868-1946), de México; José Ingenieros (1877-1925). De Argentina y Enrique Mouchet (1886-1977) también de Argentina.

Chávez trabajo sobretodo en psicología educacional, en psicología experimental, adolescencia y en psicología del mexicano. Se considera el primer psicólogo mexicano en sentido moderno.

José Ingenieros trabajó en problemas de psicología, criminología, sociología, ética e historia de la cultura. Propuso un sistema psicológico que denominó psicología genética, basado en el naturalismo y el evolucionismo.

Enrique Mouchet fue discípulo de José Ingenieros y de Horacio Piñeros, fundador del primer laboratorio de Psicología Experimental de América Latina. Mouchet creó y dirigió el Instituto de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en 1931

El desarrollo de la psicología en América Latina ha sido variado y heterogéneo, con muchas diferencias en los distintos países. Su desarrollo ha sido lento al principio y en los últimos años un tanto acelerado. Como profesión empezó en 1947, con la fundación del primer programa de entrenamiento de psicólogos en la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, por iniciativa de Mercedes Rodrigo (1891-1982), una emigrante española que salió de su país debido a la Guerra civil española y fue invitada a Colombia a organizar la selección de estudiantes a la Universidad Nacional. El 20 de noviembre de 1947 creó, la carrera de psicólogo, por primera vez en América Latina, a nivel de licenciatura. (Silva, 2013)

Antes de crearse la carrera de psicólogo, existieron cursos a nivel posgrado para profesionales de otras disciplinas, sobretodo en Argentina y México. Muchos médicos, filósofos y educadores trabajaron en problemas psicológicos. Se escribieron libros, se tradujeron importantes obras clásicas y se intentaron crear sistemas psicológicos propios. Todo esto influyó en la creación de la carrera de psicólogo, primero en Colombia, Chile y Guatemala y después en otros países de Latino América.

El crecimiento de las escuelas de psicología (departamentos de psicología, facultades de psicología) fue lento al comienzo (en la década de 1950 y 1960), pero acelerado después. Al comienzo no había claridad sobre programas de estudio, sobre el currículo más adecuado para entrenar psicólogos, sobre las relaciones con otros profesionales (psiquiatras, psicoanalistas), sobre actividades prácticas que los psicólogos podían desempeñar.

Un factor importante en el desarrollo de la profesión de psicólogo en América Latina fue el reconocimiento jurídico por parte del gobierno, que en algunos países se denomina reglamentación de la profesión, y en otros, acreditación. Consiste en la promulgación de normas sobre el ejercicio profesional de la psicología, incluye pautas mínimas de entrenamiento, código de ética, relación con otras profesiones, áreas de actividad profesional, y otros asuntos relacionados.

La psicología en América Latina es una profesión predominantemente femenina. El porcentaje de mujeres es aproximadamente del 70 por 100 en promedio, con muchas variaciones de un país a otro.

En sus comienzos, la psicología latinoamericana estuvo muy influenciada por algunas naciones europeas, especialmente Francia, Bélgica e Inglaterra. En este momento predomina la influencia de los Estados Unidos, lo cual es un fenómeno mundial, y no exclusivamente latinoamericano. Recientemente España ha comenzado a considerarse como el modelo más adecuado a seguir. (Mondragón 2002).

Capítulo 3 Psiquiatría

3.1 Antecedentes Históricos (Perez-Rincon, 2000)

La historia de la psiquiatría, como en general la de la medicina científica, comienza con los griegos. Mientras que las civilizaciones más antiguas, como las de Egipto y Mesopotamia, oscilaban siempre entre la explicación natural y la sobrenatural de las enfermedades, los griegos se inclinaron radicalmente por las explicaciones naturales. Fue por ello que se convirtieron en los fundadores de la medicina y la psiquiatría científicas.

A pesar de que la documentación de la época greco-romana es escasa, sobreviven algunas fuentes. Celso (30 d.c.), un enciclopedista romano, en una de sus obras ofrece capítulos sobre el tratamiento de la manía y la melancolía. Areteo de Capadocia (150 d.C.), de quien se poseen varios capítulos sobre la naturaleza de la melancolía y la manía y sobre el tratamiento de la melancolía y la frenitis. Estos capítulos se encuentran en su tratado *Sobre las enfermedades agudas y crónicas*. Otra fuente muy importante es Sorano de Efeso (100 d.C.), de la escuela metódica, escribió dos obras sobre enfermedades agudas y crónicas. Habla también sobre la frenitis y su tratamiento, la melancolía y la manía.

La psiquiatría griega hizo las primeras observaciones clínicas y las primeras tentativas de clasificación en el campo de las enfermedades mentales. El tratamiento era predominantemente físico, muchas veces psíquico y siempre empírico (Ackerknecht, 1962).

3.2 Antecedentes en México

Nuestros antepasados creían que el cuerpo humano poseía varias propiedades, cuya armonía era necesaria para una buena salud: el *tonalli*, que residía en la cabeza, era una fuerza que ponía al hombre en relación con el cosmos y cuya función era el acto del pensamiento más puro, el que carecía de toda emoción. El

teyolia, situado en el corazón estaba vinculado a la emoción, la voluntad y la memoria, su flaqueza podía producir la locura. Y por último, el *ihiyotl*, cuya sede era el hígado, que daba origen al deseo, a la pasión, al vigor. Su debilidad se manifestaba por la pereza, la angustia, el desaliento y la abulia.

Para algunos autores, la medicina azteca era capaz hasta de precisar algunas entidades taxonómicas. Otros más llegan a plantear que los médicos aztecas (*tlamatimine*) eran “verdaderos psiquiatras” y que disponían de una “verdadera psicoterapia”.

En los textos de historia de la psiquiatría, la referencia más conocida acerca de México es la de la fundación del primer hospital del Nuevo Mundo, consagrado a los enfermos mentales: El Hospital San Hipólito. (Postel y Quétel, 2000)

En la época de la colonia no existía el término de “psiquiatría”. Este es un neologismo que concibió Reil, un psiquiatra alemán en 1803. Antes de él, se utilizaban conceptos como *enfermedades del alma*, y a los médicos dedicados a ellas se les denominaba “médicos del alma” o “de las potencias”, entre otros nombres.

Se considera que la Colonia empieza con la caída de Tenochtitlán en el año 1521. Esta época trajo consigo a los españoles con una nueva cultura, costumbres y religión. También la inquisición, que se encargó de enjuiciar a muchos enfermos mentales y epilépticos por creer que estaban “endemoniados”. En ese entonces también eran juzgados quienes ingerían algún alucinógeno en determinadas ceremonias religiosas, por considerar esas sustancias obra del demonio. Esta institución acusó precisamente de herejía a muchos enfermos mentales, a quienes apreso y enjuicio porque en su delirio hicieron algo que fue interpretado como tal. Ejemplo de ello es el caso de un paranoico con delirio de grandeza llamado Sebastián Rodríguez, quien decía ser Jesucristo, en vez de ser enviado al hospital, fue mandado a la hoguera y quemado vivo en el Auto de Fe del año de 1659. Otros enfermos mentales que corrieron la misma suerte fue el famoso Guillen de Lampart, irlandés también con delirio de grandeza que intentaba, con

cédulas falsas, nombrarse virrey para después independizar a México y autoproclamarse rey.

Durante los primeros años de la Colonia, nadie se ocupó por los enfermos mentales, los cuales vagaban por las calles sin la atención adecuada, hasta la llegada de Bernardino Álvarez en 1567.

Bernardino Álvarez, fue un aventurero español que en su juventud había sido apresado por su conducta delictiva, escapo de prisión y huyo a Acapulco para embarcarse rumbo a Perú, donde permaneció diez años y se hizo de un gran patrimonio. Regresó a la Nueva España, y durante otros diez años acrecentó su fortuna, hasta que recibió la noticia de la muerte de su padre en España, por lo cual le envió a su madre dinero para que llegara a México. Sin embargo ella no aceptó y se internó en un convento, pero sugirió a su hijo que hiciera buen uso de esta fortuna.

Al parecer la carta de su madre conmueve a Bernardino a tal grado que deja su negocio en manos de un administrador y vistiendo un hábito monjil se dedica a atender enfermos en el hospital de la Purísima Concepción y a ayudar con su propio dinero a cuanto paciente lo necesitara. Tenía entonces alrededor de 42 años.

Vive de esta manera durante diez años más, hasta que se da cuenta que muchas personas ya curadas y dadas de alta vagan por la calle y vuelven a enfermar por no contar con un lugar para recuperarse. Es así que consigue un terreno en donde con ayuda de los pacientes inicia la construcción de un hospital para convalecientes. En ese momento empieza a recibir enfermos mentales, que hasta entonces deambulaban por la calle por no contar con ningún tipo de atención y funda la primera orden religiosa de México dedicada a atender enfermos. Llamó a ésta Hermanos Hipólitos de la Caridad y a su hospital lo denominó San Hipólito.

Fue entonces que Bernardino envió a sus monjes a Veracruz a recibir a quienes venían enfermos en los barcos procedentes de España. Funda en los caminos posadas transitorias donde reposar, que pronto, atendidas por sus monjes, se convierten en hospitales. Uno de ellos, llamado Montes Claros, alcanzó fama y

funcionó hasta el siglo XIX. El Hospital de San Roque, en Puebla, fue otro hospital fundado por él y que cuidó a enfermos mentales hasta finales del siglo XX, cuando fue clausurado. También creó otros hospitales en Perote, Jalapa, Oaxtepec y Acapulco.

Fue así como a partir de entonces, en toda la Colonia, los enfermos mentales, tuvieron una magnífica atención. El tratamiento que se daba era el mismo que en Europa: Contaban con plantas medicinales con fines tranquilizantes y camisas de fuerza en caso necesario. Incluso jaulas para encerrar a los más agresivos. En la Ciudad de México, durante más de cien años, solo contaron con atención hospitalaria los hombres.

Las mujeres psicóticas vagaban por las calles sin que nadie se ocupara de ellas. No fue hasta que a finales del siglo XVII, debido a José Sáyago. Carpintero de profesión y a causa de atender y proteger a una familiar de su esposa fue que empezaron a llegar pacientes psicóticas que él mismo atendió y convirtió su propia vivienda en hospital. Pronto ésta fue insuficiente y el obispo Aguilar y Ceijas, conmovido por la obra de Sáyago, le proporcionó un lugar mucho más grande y adecuado. Los jesuitas, por su parte, se convirtieron en sus benefactores y construyeron un edificio ya adaptado en la calle de La Canoa (hoy Donceles). Así, en 1698, fue inaugurado el Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes, popularmente conocido como Hospital de la Canoa.

Otro recinto dedicado a la atención de enfermos mentales en la Ciudad de México fue la Santísima Trinidad, fundado a finales del siglo XVIII. Al principio funcionaba como albergue para sacerdotes que venían de provincia. Fue atendido por una cofradía que tenía la advocación de San Pedro y cumplió con su función durante más de cien años, convirtiéndose con el tiempo en una especie de hospital que albergaba sacerdotes con demencia senil y enfermos mentales. Finalmente fue cerrado y sus pacientes enviados al Hospital de San Hipólito.

Por otra parte los monjes de San Juan de Dios que se instalaron en México en 1604, se dedicaron a atender en sus hospitales a enfermos indigentes. Los

pacientes psicóticos tenían la seguridad de ser atendidos en cualquier lugar donde hubiera un hospital de Juaninos, y los había en muchas ciudades: Durango, San Luis Potosí, San Juan del Río, Mazapil de Zacateca, Pátzcuaro, Aguascalientes, Parral, Pachuca, Tehuacán, Izúcar, Colima, Orizaba, Celaya, Toluca, Puebla, Texcoco, San Cristóbal de las Casas, y Oaxaca, todos ellos fundados entre 1604 y 1748.

Los médicos de entonces, ajenos a las ideas inquisitoriales de posesión demoniaca, buscaban ser objetivos y consideraban al enfermo mental como tal; sus conocimientos se basaban en los textos hipocráticos y galénicos.

San Hipólito y La Canoa, vivieron desde 1830 remodelaciones arquitectónicas encaminadas a instaurar el tratamiento moral, una forma terapéutica que tuvo su origen Europa entre fines del siglo XVIII y principios del XIX representado por el manicomio.

El manicomio, a diferencia de los antiguos hospitales, pretendía ser un espacio terapéutico y de contención social. Intentaba a través del tratamiento moral influir en el estado anímico del enfermo mediante una estrecha relación médico-paciente que actuara sobre los restos de razón existentes en todo “loco”, además de apoyarse en distractores del delirio como el teatro, la música o el trabajo, ocupaciones perfectas para evitar que las ideas fijas tomaran posesión de la mente.

Un gran paso dado por la medicina mexicana en el proceso de apropiación de estos hospitales tuvo lugar cuando se logró sustituir la figura del director-administrador por la del director-médico, hecho que ocurrió en La Canoa en 1860 y en San Hipólito en 1861. Hasta entonces, el médico en turno prescribía el tratamiento de los enfermos pero como se encontraba subordinado al administrador no siempre eran atendidas sus recomendaciones. Tras el arribo de un médico a la dirección de estos establecimientos se produjeron otros cambios, como la exigencia del certificado médico para la admisión, en un claro intento por restar poder a instancias alejadas a la medicina en el procedimiento de ingreso. Sin embargo, este proceso de medicalización de un espacio que por siglos estuvo

bajo el dominio de la Iglesia y de la filantropía de particulares, se enfrentó en ese momento a los poderes civiles que exigían el ingreso de quien alterara el orden, enfermo mental o no. Con sólo parecerlo era suficiente para ingresar.

El interés de los médicos mexicanos por la medicina mental encontró un mayor cauce en el terreno asistencial cuando a partir de 1861 el Estado secularizó las instituciones de beneficencia y alentó la discusión sobre el modelo terapéutico más adecuado para sustituir a los hospitales coloniales. Los cinco proyectos de “manicomio moderno” que se elaboraron en la Ciudad de México entre 1865 y 1910 coincidían en que la nueva institución debía reunir las condiciones propias de un “manicomio moral”: mantener aislado al enfermo para alejarlo de pasadas emociones, distribuir a los internos en pabellones, contar con amplios terrenos que evitaran la sensación de encierro, disponer de agua abundante, luz y vientos que garantizaran la higiene; establecer el trabajo terapéutico mediante las faenas del campo para los hombres y las labores domésticas para las mujeres; hallarse bajo la dirección de un médico y dar cabida a la investigación y la enseñanza de la psiquiatría.

Con respecto a la formación de especialistas en psiquiatría, la necesidad de establecer la primera cátedra de enfermedades mentales apareció en 1868, pero no tomó cuerpo sino veinte años después, cuando en 1887 la Escuela de Medicina propuso la creación de cuatro “cursos de perfeccionamiento” para los estudiantes de medicina.

Esta cátedra fue impartida por quien es considerado el primer alienista mexicano, Miguel Alvarado. La clase duró poco tiempo pues en 1890 fue eliminada a causa del fallecimiento del doctor. Siete años más tarde, en 1897, la cátedra volvería a aparecer en el plan de estudios, para dictarse de forma ininterrumpida tres días a la semana con dos horas cada día. Con el nombre de “curso teórico-práctico de enfermedades mentales”, la tuvieron a su cargo sucesivamente el yucateco José Peón Contreras, ex director de San Hipólito y destacado escritor; el obstetra Alberto López Hermosa; Roque Macouzet, quien también impartía la cátedra de clínica de enfermedades infantiles; y Alfonso Ruiz Erdozaín.

Mientras la materia fue optativa, el número de alumnos inscritos no pasó de cinco, pero al hacerla obligatoria, en el sexto y último año de la carrera de medicina, ascendió a cincuenta.

La especialidad en psiquiatría llegó en 1906 cuando se modificó el programa de la carrera de medicina creándose once especialidades, entre ellas, ginecología, oftalmología, dermatología, bacteriología y, desde luego, psiquiatría, acaso por la inminente construcción de La Castañeda, cuyo proyecto ya había sido aprobado y sólo quedaba por resolver su ubicación. Desgraciadamente, a partir de 1907 la clase de “clínica de psiquiatría” volvió a ser optativa para los estudiantes de medicina con lo cual los alumnos disminuyeron drásticamente. En la especialidad, el número de inscritos también fue muy bajo: tres pupilos durante 1907 y 1908, y seis en 1909, año en que Ernesto S. Rojas se tituló simultáneamente en psiquiatría y ginecología, lo que le valdría después ser nombrado Jefe del Pabellón de “Tranquilas A” del Manicomio, muy a propósito dada su doble especialidad. Como en toda disciplina, los médicos promovieron el intercambio científico mediante la participación societaria. La asistencia a congresos y la publicación en revistas especializadas. En 1906, la Academia Nacional de Medicina abrió sus puertas a la sección de Psiquiatría y enfermedades mentales, incorporando a tres socios, entre ellos Juan Peón del Valle, hijo de José Peón Contreras y director en ese momento de La Canoa.

Se tienen vagas noticias de la creación, en 1907, de la Sociedad de Estudios Psicológicos, sin lograr que sobreviviera por mucho tiempo.

Aunque no se contaba con una revista mexicana especializada en psiquiatría, numerosos artículos fueron publicados en La Gaceta Médica de México, La Unión Médica de México, El Observador Médico, La Escuela de Medicina, El Estudio y El Semanario de Ciencias Médicas, y algunos trabajos comenzaban a presentarse en las secciones de psiquiatría de los congresos de medicina nacionales e internacionales.

Durante el siglo XIX salieron de las imprentas de la nación al menos 400 títulos de temas psiquiátricos. Artículos, tesis y libros de autores mexicanos e hispanos, así

como traducciones de autores extranjeros. Los temas que más se privilegiaron fueron los relativos a la medicina legal en sus aspectos de responsabilidad penal, incapacidad civil, simulación de la locura, suicidio y peligrosidad de los enfermos mentales, así como el estudio de algunas enfermedades: la dualidad manía-melancolía, la epilepsia, la histeria, el alcoholismo, la parálisis general, la psicosis puerperal, las neurosis y las demencias. En menor medida, los médicos se sintieron cautivados por tratamientos como el hipnotismo, la sugestión, el magnetismo, la electroterapia, la hidroterapia, la terapia de la luz y los colores, la musicoterapia, la herbolaria mexicana, los efectos de la sedación y la medicina de patente. También describieron las experiencias asistenciales habidas en México y en el extranjero, principalmente en Europa y Estados Unidos, pues con el resto de América Latina el contacto académico era menor. Este fenómeno comenzó a revertirse en el siglo XX.

En el resto del territorio nacional, la inquietud por el tratamiento de los enfermos mentales también se había manifestado en los últimos años del siglo XIX. Un poco antes de La Castañeda, se fundaron manicomios de menor tamaño y pabellones para atender enfermos mentales en los hospitales civiles de algunas ciudades bajo una concepción médica alejada de los antiguos hospitales de tradición religiosa. Por ejemplo, en Orizaba se inauguró en 1897 el manicomio del estado de Veracruz con el apoyo de los comerciantes e industriales de una región en plena pujanza económica. En Mérida ocurrió lo propio en 1906 al fundarse el Asilo Leandro León Ayala, por el impulso de la oligarquía yucateca. La segunda mitad del siglo XIX conoció la apertura de secciones para locos en los hospitales civiles de Guadalajara, Monterrey y Morelia.

Sin embargo, la asistencia psiquiátrica fue perdiendo fuerza con respecto a la medicina general en México, situación que llevó a un deterioro importante en el tratamiento psiquiátrico y de las instituciones encargadas de proveer dicha atención.

Esta situación cambiaría de manera sorprendente con la inauguración en 1910 del asilo General de la Castañeda. Calcado de los más modernos de Francia y

Alemania. Los alienistas mexicanos tuvieron la esperanza de ver que su especialidad superara el retraso en que se hallaba con respecto al resto de la medicina mexicana, que por su parte había recibido un magnífico apoyo desde el Segundo Imperio y sobre todo durante los últimos 20 años del siglo XIX y el primer decenio del siglo XX, bajo el despotismo ilustrado del gobierno del General Díaz.

El proyecto del manicomio tomó forma a lo largo de un periodo de 24 años. El análisis de las técnicas de confinamiento y la función de los hospitales psiquiátricos con fondos estatales comenzaron en 1883. Para 1886, un grupo de abogados, ingenieros, agentes de beneficencia y dos médicos que habían trabajado en hospitales de salud mental constituyeron el primer comité a cargo de la construcción del hospital. Después de analizar las condiciones tanto internacionales como nacionales, hicieron recomendaciones a las autoridades, que incluían estrategias médicas para tratar la demencia, estrategias especiales para evitar el contagio y políticas sociales para preservar el orden y el progreso de la sociedad en general.

En primer lugar, recomendaron que el hospital psiquiátrico estuviera ubicado lejos de las áreas pobladas para crear una división entre el mundo de la razón y el mundo de la locura, con lo cual se evitaría la confusión y la posibilidad de contagio. En segundo lugar, recomendaron que las autoridades implementaran una estrategia para clasificar a los internos, en términos tanto médicos como especiales, dentro de los muros del hospital psiquiátrico. También apoyaron la división del manicomio en pabellones separados, cada uno para alojar internos con el mismo padecimiento. Además, para proteger las finanzas de la institución, sugirieron que los internos fueran clasificados en primera y segunda categoría, con el fin de dar prioridad a los internos que pagaban.

En una superficie de 141 662 metros cuadrados, en medio de un bosquecillo al sur de la ciudad de México, se construyeron 25 edificios. Había talleres, baños y un anfiteatro. La construcción había seguido los preceptos de la arquitectura sanitaria más evolucionada. Incluso se creó una biblioteca psiquiátrica muy completa.

El inicio del hospital psiquiátrico tuvo sus raíces en una sociedad estable que disfrutaba altos índices de crecimiento económico. El Manicomio General cambió de manera drástica después de septiembre de 1910. La revolución tuvo su impacto en la Castañeda poco después de su inauguración oficial.

Al encontrarse en la periferia de la ciudad, La Castañeda se convirtió en otro escenario más de conflicto cuando, al luchar contra el ejército constitucionalista, las fuerzas zapatistas se apoderaron de la institución a finales de enero de 1915. A pesar de que la ocupación militar afectó algunas secciones de la Castañeda, estos daños fueron menores comparados con el deterioro general del establecimiento. La contienda revolucionaria que asaltó al país durante casi una década provocó que el Manicomio creciera sin el apoyo del Estado y poco tiempo después se enfrentó con el problema de la sobrepoblación de internos.

Desde 1925 y hasta 1945 la psiquiatría mexicana se desarrollaría gracias a ciertos factores particulares. Entre ellos, la presencia de un cuerpo médico que, en la Castañeda, se esforzó en aplicar nuevos métodos terapéuticos (Von Jauregg, Sackel, Von Meduna, Moniz), se establecieron relaciones internacionales así como la creación de sociedades y revistas psiquiátricas especializadas. Otro factor de ese progreso fue sin duda la llegada de psiquiatras españoles a consecuencia de la Guerra Civil Española. (Postel y Quétel. citado en Pérez Rincón 2000)

Poco a poco, el hospital fue perdiendo apoyo financiero y político. El manicomio enfrentó una serie de dilemas administrativos y médicos que obligó a una redefinición gradual del lugar. En lugar de ser la institución médica y de investigación vislumbrada en su inicio, el establecimiento tomó funciones de custodia. La indiferencia social y la negligencia gubernamental también afectaron la estructura física y la calidad de los servicios generales del manicomio.

En 1965, bajo el título de “Operación Castañeda”, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ordenó el cierre final del Manicomio General y la creación de una serie de hospitales diseñados para reemplazarlo. El proyecto quedó con un hospital para pacientes con enfermedades mentales agudas con 600 camas, un hospital

pediátrico para 200 niños, tres hospitales campestres con 500 camas cada uno y dos hospitales-hospicios para pacientes incurables con 250 camas cada uno. Después, ladrillo tras ladrillo, el Manicomio General fue desmantelado, con lo cual se destruyó, en términos literales, una larga saga del cuidado de la salud mental en México. (Rivera, 2011)

En resumen, la vida del Manicomio General “La Castañeda” se puede dividir en tres etapas:

La primera, de 1910 a 1925. Se caracterizó por la inestabilidad institucional que vivía el Manicomio. La segunda, de 1925 a 1945. En esta etapa ocurrió la mayor reforma médica y administrativa que permitió instaurar a gran escala la terapia ocupacional como un medio de rehabilitación, se empezó a dar consulta externa a pacientes que no necesitaran hospitalización, se inauguró el Pabellón Infantil así como la Escuela para Niños Anormales y el Pabellón de Toxicómanos. También se impartieron clases de enfermería psiquiátrica, se publicó la primera revista de la especialidad y se fundó la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.

La tercera etapa, de 1945 a 1968. Llevaría al lento desmantelamiento de La Castañeda hasta su demolición: El Manicomio se cerró el 29 de junio de 1968 y con él, más de 68 000 personas tratadas. (Rivera, 2011)

A finales del siglo, la psiquiatría mexicana alcanza la cima de su evolución histórica, tras haber recibido las influencias del extranjero, con instituciones universitarias y de investigación de muy alto nivel. Esta última etapa de auge y de modernización es obra de Ramón de la Fuente. Su lugar en la psiquiatría latinoamericana es la de un fundador. Creó el programa de especialidad universitaria en psiquiatría, que desde su fundación, fue uno de los más avanzados. Además de la formación clínica tradicional, incluye los aspectos de las neurociencias. Hizo que se incluyera la psicología médica a lo largo del programa de estudios. Para él, la psicología médica es una disciplina-encrucijada, entre la biomedicina y la socio-medicina, que debe ayudar a los estudiantes y a los médicos a tomar conciencia de la idea de que el enfoque del hombre como una totalidad debe presidir al estudio minucioso de sus partes. Su creación más trascendental fue el Instituto Mexicano de Psiquiatría. (Pérez Rincón, 2000.)

Esta institución fue creada en 1978 por el entonces presidente de México, José López Portillo en base a gestiones del psiquiatra Ramón de la Fuente Muñiz, con el nombre de Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), esta entidad reemplazó, para tener mayor amplitud en el ámbito de la salud mental, al Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) creado en 1972. En 1979 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial para la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Finalmente el 26 de mayo de 2000 cambiaría su nombre a Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su fundador, esta institución tiene la finalidad de atender, investigar y prevenir las enfermedades mentales de la población mexicana. (Inprf, 2011)

El Instituto Nacional de Psiquiatría más formalmente llamado como el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México,² su especialidad es como lo dice su nombre la Psiquiatría, forma parte de un sistema de 12 hospitales de alta especialidad que dan servicios de salud pública a la población mexicana.(Secretaría de Salud, 2011)

3.3 Formación del INPRF (Inprf, 2011)

El Instituto tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia. Debido a la necesidad de ampliar sus funciones y en respuesta a las gestiones del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia al importante aspecto de la salud mental.

En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, considerando que

era necesario sustituir al CEMESAM, por un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desórdenes mentales y de Salud Mental, con la finalidad de generar soluciones adecuadas. En la primera etapa de “gestación” bajo la dirección de su Fundador, se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y sin perder la perspectiva social. En palabras de su Director, se buscó “mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social,... para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes.” (Ramón de la Fuente, 2006).

En 1988, se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto del Instituto Mexicano de Psiquiatría que le da un instrumento jurídico y el doctor Ramón de la Fuente, es nombrado como su Director General por dos períodos (1988-1998). El Instituto después cambiaría su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su Fundador el 26 de mayo de 2000.

En la segunda etapa 1998-2008 se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica. Este proyecto estuvo, a cargo del doctor Gerhard Heinze, un clínico sobresaliente quien entendió que la vanguardia podría mantenerse si el Instituto era capaz de ofrecer servicios de excelencia y formar a los médicos que llevasen los modelos de atención desarrollados y evaluados en el Instituto, a servicios en las que se integrarían al terminar su educación formal. Durante esta etapa sobresale la creación de clínicas especializadas en diferentes desórdenes y se construye un edificio para albergarlas. Se procuró el equilibrio entre la atención de la demanda y la investigación y la enseñanza, a fin de darle a cada una su lugar.

Funciones

Actualmente, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales) enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa. Todas las áreas trabajan para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo 2008-2013:

1. Integración multidisciplinaria en la investigación.
2. Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica.
3. Atención basada en los resultados de investigación.
4. Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.
5. Traducción de los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
6. Mantenimiento de un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y que busque el desarrollo de su personal en todos los niveles.

Objetivos institucionales

Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, psicosociales, experimentales y básicas en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de las/los pacientes, así como para promover medidas de salud.

Formar recursos humanos en el campo de la psiquiatría y la salud mental, así como en aquellos que le son afines.

Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad.

Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica – en el ámbito de su competencia – de las entidades federativas y en general, a cualquier institución pública de salud.

Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.

Aportaciones:

Atención medica psiquiátrica

Investigaciones en el campo de la psiquiatría

Formación de recursos humanos en el campo de la psiquiatría

Limitaciones:

Atención verdaderamente integral a la salud mental

Investigaciones en el campo de la psicología

Formación de recursos humanos en el área de psicología clínica (inprf. 2011)

Capítulo 4. Formación del Instituto Nacional de Psicología Clínica

4.1 Financiamiento de los servicios de salud mental

La Secretaría de Salud destina para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado y, de este porcentaje, el 80% se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos. La población que tiene libre acceso a los medicamentos psicotrópicos representa el 85%; quienes no gozan de esta prestación pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico 0.85 dólares, lo que representa el 19% del salario mínimo diario en México. En el caso de los antidepresivos, el costo de la dosis diaria es de 0.17 dólares y representa el 4% del salario mínimo.

Entre los servicios que ofrece el Seguro Popular se incluyen diversas acciones preventivas como la detección precoz de los trastornos alimentarios, trastornos depresivos, de ansiedad y adicciones; estas acciones están distribuidas por grupos étnicos. Los trastornos que reciben tratamiento son los siguientes: trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos. El Seguro Popular contempla la atención ambulatoria en el primer nivel y en la hospitalización breve. (OMS, 2011)

Servicios de Salud Mental

Organización de los servicios de salud mental

Existen dos instancias nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de salud mental; participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de seguridad en la esfera de su

competencia. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

El SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica.

Establecimientos de salud mental ambulatorios

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niño(a)s y adolescentes, que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% fueron mujeres, 44% hombres y el 27% niños y/o adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastornos afectivos (28%), neuróticos (25%) y otros (26%) que engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo. Los usuarios de estos servicios tuvieron un promedio de cuatro contactos por año.

El 31% de los establecimientos proporciona atención de seguimiento en la comunidad y el 4% cuenta con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81-100%) otorgaron una o más intervenciones psicosociales durante el último año y el 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos). (IESM-OMS, 2011)

Establecimientos de tratamiento diurno

Existen sólo tres (3) establecimientos de tratamiento diurno disponibles en el país, conocidos como “casas de medio camino”: su labor principal es la rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad psíquica. Brindaron atención a 0.25

usuarios por cada 100,000 habitantes, de los cuales 41% eran mujeres y no se ofreció atención a niños o adolescentes. El promedio de la estancia fue de 332 días.

Unidades de hospitalización en hospitales generales

En el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% fueron mujeres y 9%, niños o adolescentes, quienes en promedio permanecieron internos 14 días. El número de admisiones ascendió a 1,873, esto significó 2 pacientes por cada 100.000 habitantes. Los principales diagnósticos correspondieron a trastornos afectivos (27%), trastornos asociados al consumo de drogas (18%) y a los englobados en otros (22%). La mayoría de los pacientes (51-80%) recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año y el 100% de las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica. (IESM-OMS, 2011)

Hospitales psiquiátricos

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Estos establecimientos atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%).

En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más

de 10 años. La mayoría (80%) recibió algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica.

Asociaciones de usuarios y familiares

La información relacionada con este tipo de asociaciones no ha sido sistematizada, por lo tanto los datos que se presentan fueron proporcionados con base en la poca información que lograron recuperar los encargados de los Estados y en la que tenían los representantes de Voz Pro Salud Mental.

Voz Pro Salud Mental es una de las organizaciones no gubernamentales más grandes del país. Sus esfuerzos están dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental y la de sus familiares. Tiene sedes en diversos Estados de la República. Existen aproximadamente 5173 pacientes y 8079 familiares que son miembros de alguna asociación. Hasta 20% de estas asociaciones interactúan con servicios de salud mental. (IESM-OMS, 2011)

Se tiene conocimiento que existen otras organizaciones como: Ingenium Monterrey, Asociación de Familiares y Pacientes Esquizofrénicos, Co'Mente, Asociación Psicoanalítica de Orientación Lacaniana, Alzheimer México, Fundación Cultural Federico Hoth, que fungen como asociaciones civiles o de la junta de asistencia privada. Pero no se dispone de información sobre el número de pacientes y familiares.

El gobierno proporciona apoyo económico tanto para las asociaciones de usuarios como para las de familiares. Los dos tipos de agrupaciones han participado en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los dos últimos años. Además de estas asociaciones, existen algunas ONGs que realizan actividades de apoyo a usuarios y familiares, por medio de consejería, grupos de apoyo y albergues.

Por todo lo anterior podemos notar que la salud mental en México se atiende principalmente en el campo psiquiátrico, dejando a un lado una parte fundamental que es la psicología, el ser humano es formado por dos cosas principalmente, el cuerpo y la mente, si solo nos enfocamos en lo físico (cuerpo) estamos trabajando solo una parte, dejando a un lado una parte fundamental del ser humano, la mente.

4.2 Formación CISAME (CONSAME, 2017)

ANTECEDENTES

En México, en el año 2002, el Secretario de Salud, firmó el documento denominado “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental” , que se elaboró entre la Secretaria de Salud y la Fundación mexicana para la Rehabilitación del enfermo Mental I.A.P. (FMREM), con el objetivo de reconocer que varias de las practicas de atención psiquiátrica del viejo enfoque son violatorias de los derechos humanos, y con la intención de modificar la visión y los servicios a través de un modelo que implica la creación de nuevas estructuras de atención dirigida a la salud mental.

Con la finalidad de instrumentar las acciones de salud mental integrando el enfoque de respeto a los derechos humanos, en 2004 STCONSAME se crea como el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios. . Se reconoció como el organismo rector de la salud mental en el país, a través de sus atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. Así pues, el STCONSAME dirige las acciones que el Programa Nacional de Salud Mental : Modelo Miguel Hidalgo, dictamina, favoreciendo el inicio de la transformación de los servicios de salud mental en todo el país: dicho modelo planteo un cambio en el concepto de atención a las personas con enfermedad mental, contemplando la creación de nuevas estructuras basadas en el derecho a recibir una atención

especializada con calidad y calidez, así como en el respeto a los derechos de los usuarios y usuarias.

En el año 2006, el STCONSAME logró la “Declaración de México para la reestructuración Psiquiátrica”, firmada por los secretarios de salud de las entidades federativas y otras autoridades de la República Mexicana. Además, se establecieron villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca, como una acción de protección a los derechos de las personas con discapacidad y para contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena. El programa de Rehabilitación Psicosocial, se implementó en las 33 unidades hospitalarias de atención psiquiátrica en 26 unidades federativas.

Para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal garantizando el acceso y la calidad de los servicios de salud a los Mexicanos se dio inicio a la conformación de una red completa de servicios que constan de unidades de primer, segundo y tercer nivel, dirigidos a la población en general, con una visión de atención comunitaria lo cual se enmarca en las disposiciones nacionales e internacionales.

Por otra parte CONSAME ha tenido como prioridad, la incorporación de intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) autorizadas para los beneficiarios del Seguro Popular, considerando que para muchos ciudadanos, el costo de los servicios, es una de las barreras para no solicitar ayuda especializada.

Respecto a la atención ambulatoria, en el 2012 se establecieron 42 Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME) en 20 entidades federativas, para brindar atención ambulatoria con un modelo integral, cercano a la comunidad, conformado por distintos profesionales de la salud mental. Dichas unidades fueron creadas con la visión de acercar la salud mental a la población promoviendo de esta manera la atención y detección oportuna, evitando tanto la concentración de la atención en hospitalización, como

la institucionalización de los enfermos mentales, siendo este último de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental. A la par de lo antes mencionado, se han establecido acuerdos de capacitación con la organización Panamericana de Salud, dirigidos a las entidades federativas para fortalecer la atención primaria. Con el objetivo de reducir las brechas en materia de salud mental.

El Modelo Miguel Hidalgo consta de:

- Promoción y prevención (por medio de atención primaria)
- Atención ambulatoria (por medio de CISAME)
- Hospitalización (por medio de Unidad Psiquiátrica en Hospital General)
- Reintegración social (por medio de casas de medio camino, centros de día y departamentos independientes)

Atención ambulatoria

El centro de salud con personal capacitado en salud mental, representa una estrategia significativa para atender psicopatologías leves y fomentar la salud mental entre pacientes, familiares y comunidad en general. Al mismo tiempo funciona como un punto de enlace entre la población y otros niveles de atención o servicios del sistema, a los que puede tener acceso, pues forma parte de una red de recursos orientados a ampliar la cobertura de los servicios entre la población.

El Centro Integral de Salud Mental (CISAME), es una unidad especializada de atención ambulatoria, que forma parte de la red de Servicios que integran el modelo miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental. Proporciona servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y en caso de requerirse, refiere a los usuarios a unidades hospitalarias.

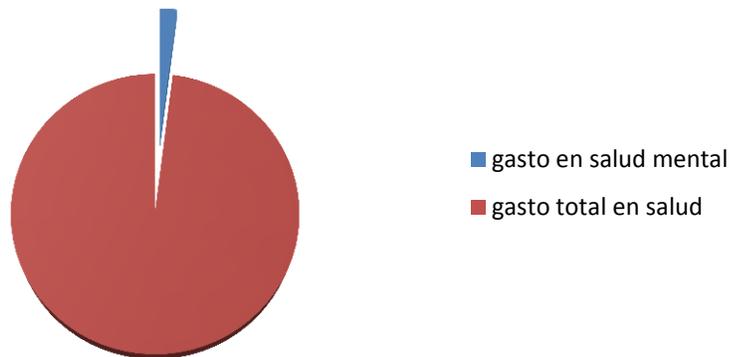
Los CISAMES:

- Proporcionan atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que los solicite.
- Presta servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento mediante consulta externa para favorecer la salud mental entre la población con repercusiones psicológicas o trastornos mentales, que requieren de una atención especializada o subespecializada.
- Operan como punto de enlace entre la población y los otros niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental.
- Dan seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental.

Los CISAME, están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia, administrativos. (CONSAME, 2017).

Todo lo anterior en la vida real no pasa, en México existe una gran desatención en cuanto a salud mental, tan solo de acuerdo a los indicadores básicos de los servicios de salud mental en México se cuenta con 495 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 296 usuarios por cada 1000,000 habitantes, la mayoría de los pacientes son adultos, la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y 6% en hospitales psiquiátricos. De la misma forma, no existe una clara organización de los servicios de salud mental, la OMS de acuerdo a sus normas de salud, recomienda que cada hospital debe tener infraestructura para pacientes psiquiátricos, en México esto no es posible ya que los recursos económicos y humanos son insuficientes, es decir, no son capaces de cubrir esta demanda.

Gasto en Salud Asignado a Salud Mental



***Gráfica realizada especialmente para este trabajo con datos del presupuesto en Salud, 2017.**

En la actualidad, se ha observado que los pacientes derivado de su enfermedad física presentan complicaciones emocionales, desarrollando con mucha frecuencia síntomas psicológicos y a veces psiquiátricos, estos pacientes que presentan esta comorbilidad, no son atendidos de manera adecuada ni integral, ya que como mencionamos anteriormente, los hospitales generales y de salud pública no cuentan con los recursos humanos, económicos y con la infraestructura necesarios para atenderlos. Un ejemplo de ello son los siguientes Institutos Nacionales; poniendo en evidencia los pocos recursos Humanos enfocados a la Psicología Clínica, siendo esto una parte fundamental del tratamiento y mejora de los pacientes:

INCAN

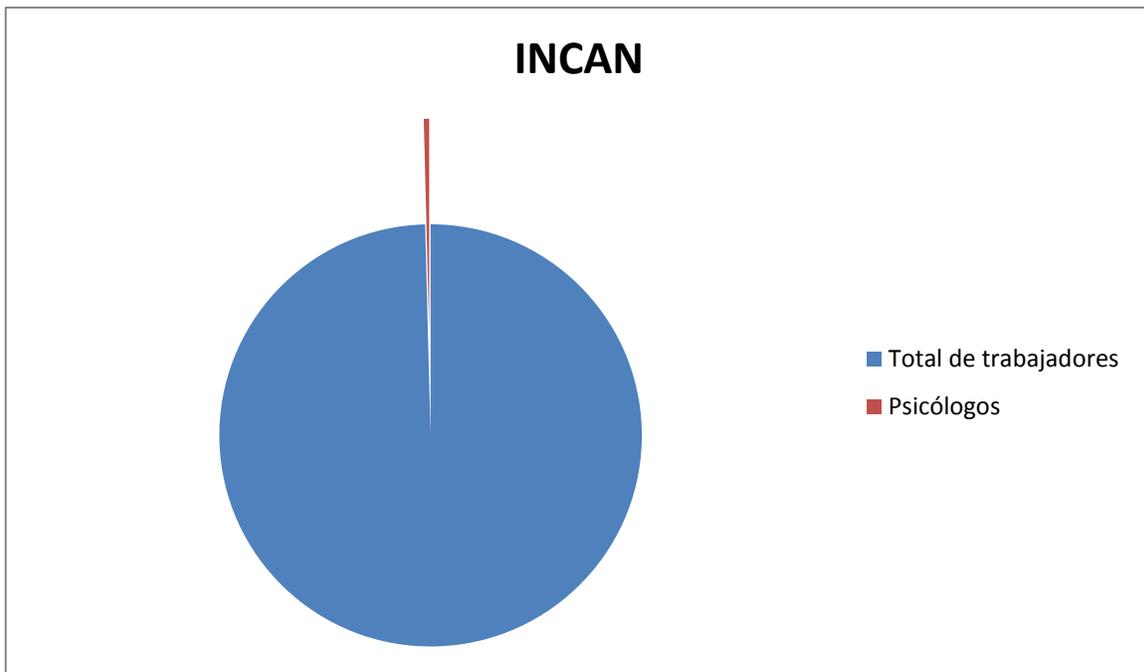
Año 2017

Total de plazas 1690

Psicólogo clínico 4

Psicólogo especializado 3

Total 7 (equivalente al 0.41%)

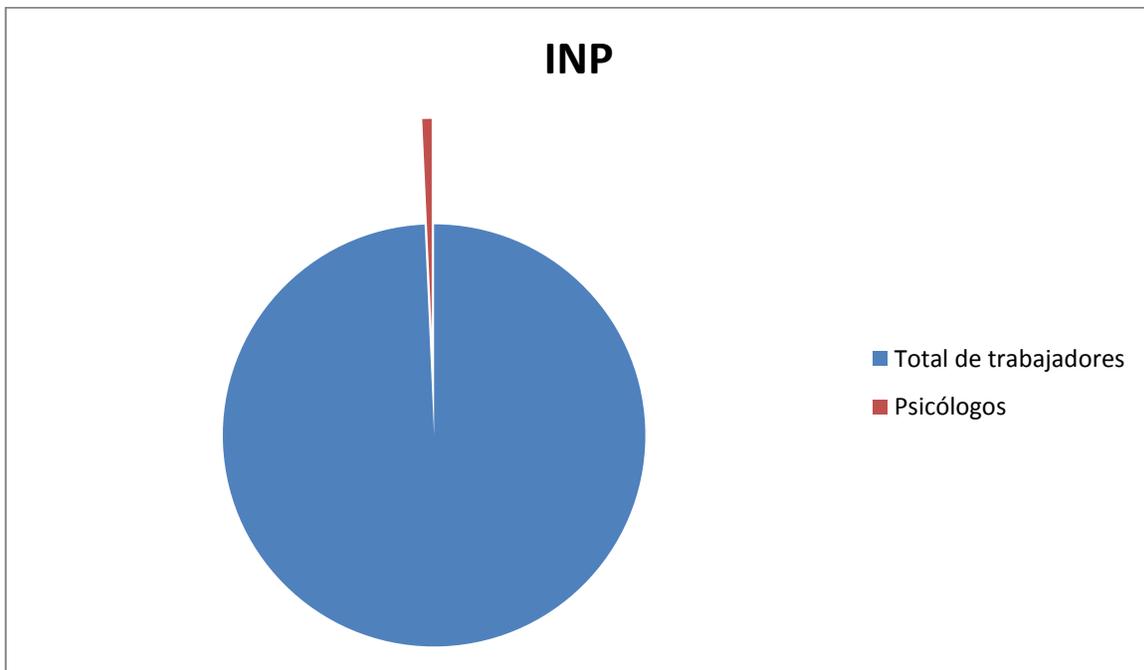


*Datos obtenidos por medio del INAI (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales)

INP

Año	2016
Médicos	195
Médicos Residentes	187
Enfermeras	817
De confianza	44
Especialistas Generales	394
Auxiliares de enfermería	43
Personal de Apoyo a la atención e investigación	746

Plantilla total INP 2,630 psicólogos 19 (equivalente al 0.72%)

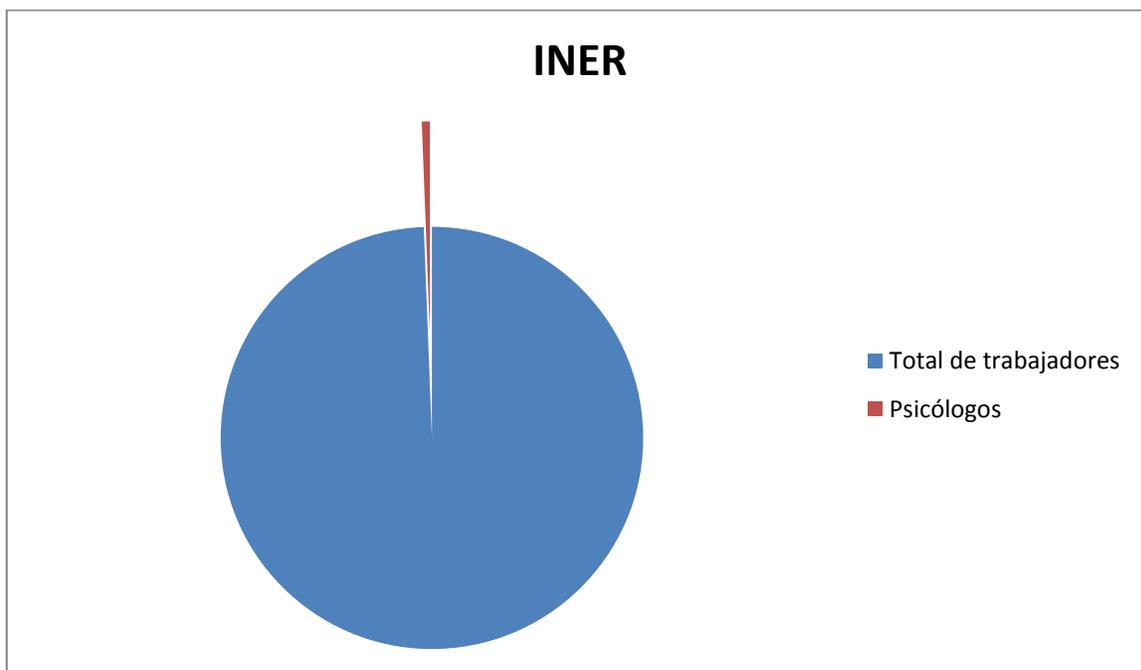


*Datos obtenidos por medio del INAI (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales)

INER

Total de plazas 2104

Psicólogos 13 (equivalente al 0.61%)



***Datos obtenidos por medio del INAI (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales)**

únicamente estos tres institutos respondieron a mi solicitud de Información de Datos

Para Gerardo Virgen Hinojosa (2017) en el artículo Perspectiva multidimensional en la calidad de la Salud Mental En México, las problemáticas que pueden presentarse en materia de salud mental son diversas dependiendo del lugar en que se vive, ya sea una comunidad o una zona urbana, según los programas de salud que existan y la calidad de los servicios que se prestan, el seguimiento de casos y las deficiencias que existan en los programas o el presupuesto destinado a nivel nacional para este campo de la salud. Sin embargo, sin importar el estado en que se vive, en mayor o menor grado todas las personas vinculadas con los campos de la salud mental coinciden en un mismo aspecto; la falta de verdaderas

clínicas de atención. Y cuando se escribe acerca de verdaderas clínicas no es referencia a que existan una o dos en todo el país, sino a que sean centros a los que puedan tener acceso todos los ciudadanos sin importar el estado o municipio en que residan y la adopción de nuevos modelos de tratamiento como el modelo Hidalgo.

Desafortunadamente según lo que expresa en sus estudios sobre epidemiología psiquiátrica en México la Dra. M^a Elena Medina Mora publicados en el 2003 el 97.5% de las personas con enfermedad mental se encuentran sin atención, esto quiere decir que solo el 2.5% recibe atención adecuada. Esto se podría deber a que existen pocos servicios públicos dedicados a atender este tipo de afecciones y debido a que la demanda es alta conseguir una primera cita podría tardar meses y en otros casos la búsqueda de atención especializada puede tardar de 8 a 15 años y el 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse (Vitela, 2006). Es así que los enfermos postergan sus afecciones hasta que algún miembro de su familia, amigos o entorno social se percata y los envían para que reciban tratamiento.

La inclusión de la atención a la Salud Mental, integrada en un programa general de salud por las instituciones competentes, es algo muy nuevo, (casi inexistente en nuestro país) y por tanto en proceso de elaboración que transcurre paralelo a la práctica, más o menos consolidada, según las circunstancias geográficas, de desarrollo institucional, social y económico.

Porque los psicólogos podemos y debemos implicarnos en los programas de prevención que atienden a la población en su salud física y en su desarrollo global como personas, además de seguir atendiendo a los afectados específicamente por enfermedades mentales. Y debemos implicarnos asimismo en el acompañamiento de procesos individuales afectados por enfermedades físicas que alteran la relación de las personas consigo mismas y con su entorno. En síntesis, el psicólogo clínico puede y debe traspasar los límites de la práctica estrictamente clínica para poder trabajar en:

- a) Prevención, marcada por los objetivos de globalidad y que pueda contribuir a una buena relación del individuo consigo mismo, con su entorno y a un diálogo eficaz de su mundo interno con su mundo externo.
- b) Atención, al individuo y a la comunidad dentro de las mismas premisas.
- c) Seguimiento de los procesos individuales y colectivos afectados en su salud, de manera que se vea comprometida su calidad de vida.
- d) Contemplación de todo el proceso vital de la población, de manera que ninguna edad ni grupo social queden excluidos de la atención necesaria.

Consecuentemente, la formación del psicólogo debe beneficiarse de una transformación y ampliación que le permita trabajar de manera satisfactoria. Independientemente de la transformación de los currículums universitarios es necesario ampliar la formación dirigida a la aplicación práctica. (Martínez, 1994,)

4.3 Creación del Instituto Nacional de Psicología Clínica

Con la creación del Instituto Nacional de Psicología Clínica, se buscaría que estos pacientes que presenten una psicopatología derivada de la enfermedad física, puedan ser tratados integralmente, es decir, que sus necesidades psíquicas sean tomadas en cuenta y atendidas a la par de su enfermedad física.

En la actualidad no existe ningún instituto avalado por el gobierno que esté dedicado a la atención psicológica como principal objetivo. Es por ello que no se brinda una atención verdaderamente integral en el campo de la salud mental, en la mayoría de las instituciones dedicadas a la salud mental, el tratamiento es únicamente psiquiátrico (psicofármaco) dejando a un lado el aspecto psicológico del individuo.

Este instituto tendría como objetivos, el tratamiento integral de la salud mental, atender las necesidades psicológicas de la población, fomentar y ampliar la

investigación en el campo de la psicología y formar recursos humanos en el área de la psicología clínica.

En el distrito federal solo existen 4 hospitales de atención psiquiátrica donde únicamente hay 130 psicólogos para la población total de estos, es decir, por cada 100 000 existe 1,43 psicólogos laborando en las instituciones psiquiátricas, como podemos ver la cifra es realmente deprimente es por ello la importancia de una institución donde su objetivo principal sea el tratamiento psicológico, así como poder regular y aumentar la atención psicológica para la población mexicana.

El instituto Nacional de Psicología Clínica, sería un organismo centralizado que forme parte de los 13 institutos nacionales, siendo este el número catorce, es decir, se manejaría con recursos propios y de gobierno, formando así parte del sistema nacional de salud pública.

A continuación se mostraran las funciones, objetivos, aportaciones y limitaciones que este instituto tendría.

Funciones

El Instituto Nacional de Psicología clínica se desarrollaría por medio de tres áreas: investigación (neuropsicología, psicología clínica, epidemiología y ciencias sociales) enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa. Todas las áreas trabajarían para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo:

1. Integración multidisciplinaria en la investigación en el campo de la psicología clínica.
2. Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica en el campo de la psicología.
3. Atención basada en los resultados de investigación.
4. (Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.)

5. Se Traducirían los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
6. Se mantendría un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y buscaría el desarrollo de su personal en todos los niveles.

Objetivos institucionales

Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, psicosociales, experimentales y básicas en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de la psicología y la salud mental para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de las/los pacientes por medio de la psicoterapia (tratamiento integral), así como para promover medidas de salud.

Formar recursos humanos en el campo de la psicología y la salud mental, así como en aquellos que le son afines.

Proporcionar consulta externa y servicios de urgencias a la población que requiera atención psicológica en sus áreas de especialización.

Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica – en el ámbito de su competencia – de las entidades federativas y en general, a cualquier institución pública de salud.

Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención psicológica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez

Aportaciones:

Atención psicológica integral

Investigaciones en el campo de la psicología

Formación de recursos humanos en el campo de la psicología (hospital escuela)

Como el ser humano es un todo, se buscaría el tratamiento integral, siendo la psicoterapia una parte integral en el tratamiento del paciente (cualquier tipo de paciente, cardiópata, psiquiátrico, neurológico, pediátrico, pacientes oncológicos, geriátricos, con enfermedades respiratorias, pacientes de rehabilitación, de salud pública en general).

Es decir este instituto trabajaría en conjunto con los 13 Institutos Nacionales ya existentes y con los Hospitales que dependan de la Secretaría de Salud en el tratamiento integral de los pacientes que así lo requieran, dando un seguimiento cercano al paciente en el proceso de psicoterapia.

“El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. La salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga. Quedan muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.” Dra. Margaret Chan Directora General Organización Mundial de la Salud.

4.4 La interdisciplinariedad

Debido a que el Instituto Nacional De Psicología Clínica sería una institución de trabajo interdisciplinario, a continuación mencionare que es la interdisciplinariedad para algunos autores.

La interdisciplinariedad implica puntos de contacto entre las disciplinas en la que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación.

La interdisciplinariedad no es otra cosa que la reafirmación y constante epistemológica de la reagrupación de los saberes.

El siglo XX alcanzó renovaciones en el campo de las ciencias y esto llevó a plantearse nuevas expectativas, sobre todo en el marco de las ciencias sociales. Varios acontecimientos históricos propiciaron la necesidad de integrar las ciencias en pos de soluciones históricas concretas. La complejidad del momento entre las dos guerras mundiales obligó a dar soluciones *multidisciplinarias* que se caracterizaban por la descomposición de problemas en subproblemas unidisciplinarios donde se agregaban subsoluciones a la solución integral. El surgimiento del enfoque sistémico llevó a que los estudios multidisciplinarios no suplieran todas las expectativas, y esto, a su vez, condujo a la aparición de las investigaciones interdisciplinarias que entendían los problemas en su totalidad pero visto desde diferentes disciplinas.

Para Pérez Matos la interdisciplinariedad se considera como:

- "Cierta razón de unidad, de relaciones y de acciones recíprocas, de interpretaciones entre diversas ramas del saber llamadas disciplinas científicas".
- "La transferencia de métodos de una disciplina a otra".
- El análisis "desde distintas miradas científicas, a problemas o conjuntos de problemas, cuya complejidad es tal, que con el aporte (o la disponibilidad) de cada una de las disciplinas a la interdisciplinariedad, ayudaría a desentrañar las distintas dimensiones de la realidad social".

Así mismo, Nora Elichiry (2011) nos menciona que ha sido característica de los modelos positivistas el plantear la demarcación disciplinaria como rígida y fija. Consideramos que "los problemas" no tienen fronteras disciplinarias y que los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre. En términos

de Jean Piaget, "nada nos obliga a dividir lo real en compartimentos estancos, o en pisos simplemente superpuestos que corresponden a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas, y, por el contrario, todo nos obliga a comprometemos en la búsqueda de instancias y mecanismos comunes. La interdisciplinariedad deja de ser un lujo o un producto ocasional para convertirse en la condición misma del progreso". La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante. Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro.

La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. Al incluir el vocablo inter lo ubicamos como nexo del cual se espera una cierta totalidad. Esta propuesta de aproximación interdisciplinaria requiere que se lleve a cabo desde la especificidad de cada disciplina, con el criterio de división del trabajo anteriormente mencionado. En este sentido deben estructurarse coordinadamente la pluralidad de dimensiones implicadas en la unidad de la situación problema.

La interdisciplina sólo puede implementarse cuando los que la realizan son expertos en su propia disciplina", del mismo modo que sólo puede entrar en una orquesta el que después de cursados sus estudios de música, sea experto en violín, oboe, piano, etc."(Merino, 1982). Lo fundamental es mantener la identidad y especificidad disciplinaria; sólo entonces se podrán establecer enlaces y relaciones. En la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. Cuando cada disciplina está nítidamente identificada y estructurada, podemos recién orientamos a la interdisciplina.

El principio de la articulación disciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios. Esto es importante, porque la integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, sino a través de los miembros del equipo de trabajo, que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. Es por ello que la cooperación orgánica entre los miembros del equipo es básica. Existen además otros prerequisites complementarios para que la interdisciplina sea tal. Estos en líneas generales son:

1. Trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas en el grupo.
2. Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplina.
3. Flexibilidad: que exista apertura en cuanto a búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas; sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
4. Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina (esto se relaciona estrechamente con el punto 2).
5. Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc.

Para Rodríguez Neira, la interdisciplinariedad nace bajo el signo de la nostalgia por la unificación del conocimiento, nostalgia de la sabiduría, también nos menciona que, la interdisciplinariedad surge como proceso de relaciones que respetan el nuevo mundo del conocimiento. Significa el nuevo espíritu del saber y de la transformación de las cosas para el que lo primero es salvaguardar la integridad de las disciplinas. No se trata con la interdisciplinariedad de reducir unas disciplinas a otras, sino de relacionarlas para enriquecer las aportaciones propias “la interdisciplinariedad plantea problemas de moralidad científica, de mutua

apreciación y de respeto recíproco entre las distintas disciplinas y competencias, así como problemas de tolerancia hacia los distintos métodos y procedimientos. Es una forma de enriquecerse a través del intercambio recíproco y no de atenuar diferencias: no se trata de un compromiso político entre las distintas disciplinas, sino de una colaboración real entre inteligencias” (Scurati, 1977)

Por último, la interdisciplinariedad representa una vía realmente nueva de investigación y trabajo.

4.5 ¿Por qué un Instituto Nacional de Psicología Clínica y no uno de Psiquiatría como los que ya existen en nuestro país?

La psicología clínica coincide con la psiquiatría en que su objetivo es el trastorno mental, no la enfermedad, de tal manera que las funciones profesionales de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida. Las diferencias se encuentran en que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar los tratamientos psicológicos ni los instrumentos diagnósticos desarrollados por la investigación psicológica, ni el psicólogo posee la habilitación legal ni la formación necesaria para hacer uso de tratamientos farmacológicos.

La psicología tiene una doble vocación, por un lado, construir un conocimiento básico, de carácter empírico y experimental, y por otro, ofrecer un conocimiento aplicado que sirva a la mejora práctica de los asuntos humanos.

La psicología clínica es un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de esta al estudio del comportamiento anómalo, aquel que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. El estudio del comportamiento por parte de la psicología clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, para identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, para una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, para remediar el problema y, en su caso, prevenirlo. En este sentido, la Psicología clínica, aun dentro de la psicología, dispone de sus propios métodos, modelos y

procedimientos. Los estudios de Nathan y Gorman, 1998 y Roth y Fonaggy, 1996, demuestran la eficacia y eficiencia terapéutica que los tratamientos psicológicos tienen, siendo el tratamiento de elección en numerosos trastornos.

Por otro lado la demanda social ha puesto de relieve una creciente presencia de los trastornos psicológicos. Esta mayor presencia de trastornos psicológicos tiene que ver con las formas de vida y ciertas características de la sociedad actual que han dado lugar, incluso, a trastornos relativamente nuevos como la anorexia y la bulimia, y al incremento de otros, como por ejemplo, la depresión. Siendo así las cosas, no puede pasar desapercibida a naturaleza psicológica y social de los trastornos psicológicos (sin prejuicio de sus relaciones biológicas) y, consiguientemente, la importancia de un tratamiento psicoterapéutico en correspondencia con esta condición.

Dado que el DSM-IV afirma que el trastorno psicológico o mental, “cualquiera que sea su causa” debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comporta mental, psicológica o biológica es inconsecuente concluir que los psiquiatras sean los exclusivos profesionales capaces de diagnosticar y tratar los trastornos mentales cuando los criterios diagnósticos huyen de contemplar las causas que los determinan, en términos orgánicos, y se basan exclusivamente en conductas observables.

Finalmente, la pretensión de medicalizar cualquier comportamiento humano, normal o anormal, argumentando que sus últimas causas pueden ser alteraciones cerebrales u orgánicas hoy desconocidas pero tal vez evidentes con el progreso futuro de la ciencia, supone también dar la espalda a la realidad histórica, que ha demostrado justamente lo contrario: que numerosos trastornos mentales atribuidos a enfermedades o causas físicas tiene un origen psicológico y que esta indicada la prescripción de tratamientos psicológicos como técnicas de elección.

Lo anterior, no debe significar el exclusivo acaparamiento por ninguna de las partes de todos los factores que intervienen en el proceso patológico, sino la cooperación de diversas especialidades en beneficio del individuo, es decir,

tenemos que reconocer la necesidad de una actuación terapéutica interdisciplinaria (psicólogos y psiquiatras) que ayuden en el tratamiento.

En conclusión, las funciones de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras convergen en gran medida en cuanto que tiene el mismo objetivo: los trastornos psicológicos o mentales. Es evidente que el psiquiatra no está suficientemente formado para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos ni los instrumentos diagnósticos desarrollados por la investigación psicológica, ni el psicólogo posee la habilitación legal ni la formación necesaria, para hacer uso de tratamientos farmacológicos. Por ello y en beneficio de la persona afectada, es necesaria la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad.

Conclusiones:

Los datos más recientes en torno a la salud mental en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que solo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades cónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el INPRF, el 6.4% de la población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad. (Estadísticas del Instituto nacional de psiquiatría).

Como hemos visto, la psicología es fundamental para entender y mejorar la vida del ser humano; En México no existe un organismo regulador para la Psicología, es decir, no existe alguna entidad federativa que regule y atienda las demandas psicológicas que presenta actualmente la población, tampoco existe un organismo de gobierno que atienda dichas necesidades desde un punto de vista psicológico (y no psiquiátrico), en nuestro país hace falta un marco legal y sanitario que regule la salud mental, la OMS define la salud como “« un estado de completo bienestar

físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” es decir, toma en cuenta que el ser humano no solo es cuerpo sino también mente y ambiente. En la actualidad nuestro gobierno esta enfocado en atender a la salud mental como una enfermedad psiquiátrica, dejando aun lado las emociones y el ambiente de cada paciente, como psicólogos sabemos que la interacción del ser humano con su ambiente, sus emociones y su epigenética (entendiéndola como la interacción del medio ambiente y genoma) son fundamentales para su desarrollo.

Por otro lado, la relación entre enfermedad mental y enfermedad física es muy estrecha, ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas (Salud Mental en México, Dr. Juan Martin Sandoval) , en nuestro país no existen los recursos ni económicos ni humanos para el tratamiento integral de dichas enfermedades, así mismo, nuestros servicios de salud están fragmentados y desvinculados, impidiendo con esto, el tratamiento integral y multidisciplinario de los pacientes.

Necesitamos que existan intervenciones colaborativas entre disciplinas, así como crear espacios dedicados a la atención psicológica que estén regulados y atendidos con recursos del gobierno para que así todas las personas puedan tener acceso a la salud mental vista desde un punto psicológico y no únicamente psiquiátrico.

Según un nuevo estudio dirigido por la OMS (13 de abril de 2016) -- Cada US\$ 1 invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde US\$ 4 en mejora de la salud y la capacidad de trabajo. Este es un estudio en el que se estiman por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo. Pese a ello, las inversiones actuales en servicios de salud mental son muy inferiores a lo necesario.

Aun existen muchos huecos en cuanto a la atención psicológica en México, esto se debe en gran medida a los pocos recursos que son destinados para la atención de la salud mental, teniendo como consecuencia, pocos espacios (hospitales, centros de investigación, clínicas, etc.) y la generación de pocos recursos humanos.

Es así que podemos notar la importancia de la creación de un Instituto Nacional de Psicología Clínica para poder atender adecuadamente a los pacientes que así lo requieran.

Referencias:

Ayuso, J. Y Salvador, L (1992). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Me Graw-Hill Interamericana de España.

Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Bruce. E. (2007). *Introducción a la Psicología Clínica*. México. Mc.GrawHill

Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, B., Ramal, S., (2001), *Diferencias En Ansiedad, Depresión, Estrés Y Apoyo Social Entre Sujetos Hipertensos Y Normotensos*. España: Universidad de Las Palmas.

Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Compiladora. Barcelona. Paidós Ibérica, S.A. 1ª Edición.

Ceberio. M. Y Linares. L. (2005). *Ser y Hacer en Terapia Sistémica*. Barcelona. Paidos.

Consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html

Coon D. (2004). *Psicología*. México. Thomson.

Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Espina. A. Y Pumar. B. (1996) *Terapia Familiar Sistémica*. España. Ed. Fundamentos.

Ferrer B. (2003). *¿Qué es y que no es la terapia Cognitiva? Boletín de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva (ACOTEC)*. Medellín: Año 1

Garrigues. E. (1990). *Historia de la Psicología Experimental*. México. Trillas.

Hardy, T. (1998). *Historia de la Psicología, Principales corrientes en el Pensamiento Psicológico*. Madrid. Prentice Hall.

Hotersall, D. (2005). *Historia de la Psicología*. México. McGraw-Hill.

IEMS-OMS. (2011) *Informe Sobre Salud Mental en México*. México. Secretaria de Salud.

inprf.org.mx (2007). «*Informe Anual del Director - Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*» (en español). Consultado el 8 de junio de 2017.

inprf.org.mx. «*Instituto Nacional de Psiquiatría - Historia*» (en español). Consultado el 8 de junio de 2011.

James D. (1982). *Manual de Psicopatología*. Barcelona. Paidós.

Medina-Mora, M. Cravioto, P. Villatoro J., Galván-Castillo; Tapia. R., (2003), *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud pública* Méx. vol.45 supl.1 Cuernavaca ene. 2003, Recuperado de: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000700005&script=sci_arttext.

Mahoney, J. (1983). *Cognición y Modificación de Conducta*. México. Trillas.

Martínez. M. (1994). *Anuario de Psicología*. Cataluña. Colegio Oficial de Psicólogos.

Merino F. (1982). *Fundamentos Y Alcance De La Interdisciplinaridad*. Revista española de pedagogía, año XL, Num.155. p.148.

Mondragón C. (2002). *Concepción del ser humano: Como explicaron la conducta, las emociones y el pensamiento los más influyentes psicólogos del siglo XX*. México. Paidós.

Monedero. (1996). *Psicopatología Humana*. Madrid. Siglo XXI de España.

Palacio, J. (1990). *Terapia Estructural Cognitiva. Una Concepción sobre los procesos de cambio personal*. Cali. Universidad Xaverina. No. 5 37-61

Papalia, D. (2009). *Psicología*. México. McGraw-Hill.

Postel, J. Quétel, C. (2000). *Nueva Historia de la Psiquiatría*. México. Fondo de Cultura Económica.

Psicólogos en Madrid.edu.<http://psicologosenmadrid.eu/gestalt/>.

Rivera C. (2011). *La Castañeda, Narrativas Dolientes desde el Manicomio General. México 1910-1930*. México. Maxi Tusquets.

Riso, W. (1992). *La Depresión. Avances recientes de la Cognición y el Procesamiento de la Información*. Medellín. Ediciones Graficas Ltda.

Riso W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia. Norma S.A.

Ronald C., Borges. G., Walters. E. (1999). *Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey*, *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56, Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205075>.

Sáiz, M. (2009). *Historia de la Psicología*. Barcelona. UOC.

Salud Mental (2010);33:473-480 Art. *La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968* Cristina Sacristán

Sarason I., Sarason, Bárbara R. (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal, el problema de la conducta inadaptada*. México. Pearson Educación.

Secretaría de Salud (11 de agosto de 2010). «Secretaria de Salud - Institutos» (en español). Consultado el 8 de junio de 2017.

Secretaría de Salud México, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). IESM-OMS Informe Sobre Sistema De Salud Mental En México. México 2011.

Thomas S. (2005). *La fabricación de la locura*. México. Kairós.

Thoresen, C. y Mahoney, J. (1981). *Autocontrol de la Conducta*. México. Fondo de Cultura Económica.

Torres-Torija, J. (2009) *Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica* Salud Mental, vol. 32, núm. 3, mayo-junio, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.

Unikel C, Caballero A. (2010), *Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Es. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y La Psiquiatría*. España. Masson.

Viesca T. (2007). *Colonia: historia de la medicina en México*. Universidad Nacional Autónoma De México, facultad de medicina. México. Departamento de historia y filosofía de la medicina.

Virgen. G. (2017). *Salud Mental en México*. México. Papalia

Xirau. R. (2000) *Introducción a la Historia de la Filosofía*. México. UNAM.

Yalom I. (2012). *La Terapia Existencial*. Estados Unidos de América. Yalom Family Trust.

Zagmutt, A. y Ruiz, A. (1988). *Terapia Cognitiva Hoy: una actualización*. *Revista Terapia Psicológica*. Año VII, No. 10. 7-14.

Zeigarnik B. (1981). *Psicopatología*. Madrid. Akal.