

2 870125
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela de Psicología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La imagen que se tiene acerca del
Psicólogo Clínico y del Psiquiatra.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciado en Psicología

PRESENTA:

Blanca Isabel Mosqueira Molina

Guadalajara, Jalisco, 1981



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
JUSTIFICACION	I
CAPITULO I- HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA Y LA PSICOLOGIA	
A. Evolución	4
1. Epoca Primitiva	4
2. Epoca Antigua	5
3. Epoca de Transición	6
4. Epoca Moderna	7
CAPITULO II- PASADO Y PRESENTE DE LA ATENCION -- PSIQUIATRICA EN MEXICO	
A. Pasado	II
1. Curación de la cabeza.....	12
2. Enfermedad Comicial	14
3. Remedio contra el Miedo o - Micronsia	15
4. Contra la "ente de Abdera..	15
5. Historia, Cultura y Medici- na.....	16
6. Mitología y "edicina	18
7. La Enfermedad como Daño ...	18
B. La Colonia y el México Indepen- diente	20
C. Del Manicomio de la Castañeda - a Nuestros Días	23

	pag.
CAPITULO III- NOCIONES DE ACTITUD Y DE ROL	29
A. Naturaleza de las Actitudes	31
B. Roles y la Formación de la Personalidad	31
C. Procesamiento de la Imagen	33
D. Estereotipo	35
E. Rol del Psiquiatra y Psicólogo - Clínico	37
CAPITULO IV- CRITERIO DEL PAPEL DEL PSICOLOGO CLINICO Y PSIQUIATRA DENTRO DE UNA INSTITUCION	42
CAPITULO V- CONCEPTO DE ANORMALIDAD	46
A. Concepto Estadístico	46
B. Concepto Médico	46
C. Concepto Clínico de Anormalidad.	47
D. Definición de Enfermedad mental.	47
CAPITULO VI- ASPECTOS EMOCIONALES DE LA RELACION-TERAPEUTICA ENTRE PSIQUIATRA O PSICOLOGO CLINICO Y EL PACIENTE	50
A. Reacciones del Paciente	51
CAPITULO VII- LA SEMBLANZA ACTUAL DEL PACIENTE ...	54
CAPITULO VIII EL SIGNIFICADO EN PSICOLOGIA: ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPÍRICOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO	59

A. PROCESO DE MEDIACION REPRESENTACIONAL	61
B. El Diferencial Semántico como -- Técnica de Medida.....	62
C. Dimensiones del Espacio Semántico	63
D. Características "siconótricas -- del Diferencial Semántico	63
E. Construcción del Diferencial Semántico	65
F. Aplicaciones del Diferencial Semántico	66

CAPITULO IX/ LA IMAGEN QUE SE TIENE ACERCA DEL PSI

COLOGO CLINICO Y DEL PSIQUIATRA....	70
A. Planteamiento del Problema y Límite del Estudio	72
B. Objetivos	72
C. Formulación de las Hipótesis de Investigación y Estadística.....	73
D. Experimentos Previos	74
E. Metodología	
I. Explicación de las Hipótesis y Mención del Nivel de Significancia	76
2. Material Humano y Sujetos de Muestreo	79
3. Material "siconótrico	
a. Tipo de test	79
b. Descripción de la prueba.	79

4. Reseña Histórica del test.....	81
5. Confiabilidad y Validez de la - Prueba.....	82
6. Reglas para Cuantificar	82
F. PROCESAMIENTO DE DATOS	
1. Forma de Utilizar el Material - Humano y Psicométrico.....	83
2. Variables Manejar	83
3. Variables a Controlar	84
4. Diseño Utilizado	84
5. Folleto de aplicación	84
G. Resultados	93
Discusión de Datos Obtenidos	99
Interpretación de los Resultados...	99
 CAPITULO X- CONCLUSIONES	 102
 SUGERENCIAS	 104
 BIBLIOGRAFIA	 106

**LA IMAGEN QUE SE TIENE ACERCA DEL PSI-
COLOGO CLINICO Y DEL PSIQUIATRA**

JUSTIFICACION

La razón de este estudio nació a raíz de las prácticas realizadas durante el Servicio Social en el Departamento de Psicología Clínica, en Instituciones tales como el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y el Hospital Militar Regional de Guadalajara, donde se observó la importancia de la imagen que da el psiquiatra y psicólogo clínico al paciente, en una relación terapéutica entre los mismos.

Dentro de las observaciones hechas se encontró confusión de parte del paciente en relación a diversos aspectos del trabajo de ambos profesionistas. Así pues, el estudio se encaminará a establecer y delimitar diferencias en la forma en que se percibe el rol de ambos profesionistas, tomando en cuenta que lo que percibe el paciente es, en mayor parte, la conducta o actitud que toma el profesionista ante él, y que en alguna forma influye en el manejo posterior que se haga con el mismo.

Otro de los aspectos de importancia, dentro de este estudio es el concepto que el resto de la población tiene acerca del psicólogo clínico y del psiquiatra en su rol profesional, pudiendo comprobarse también cual es el conocimiento que se tiene acerca de ellos, así pues, se verá que importancia ocupan en nuestra sociedad o que beneficios pueden otorgar, de tal forma, que los resultados que se obtengan sean de utilidad para estos profesionistas.

La utilidad que se pretende dar a estos profesionistas es la de modificar ciertas conductas, que como se mencionó antes, interfieren en su relación terapéutica con el paciente. La más importante es que se trate al paciente como persona y no como un sujeto etiquetado dentro de una enfermedad mental y que entre el psicólogo clínico y psiquiatra exista una verdadera comunicación, y que ambos lleven como objetivo el de incrementar la motivación del paciente hacia el tratamiento y la recuperación de la salud.

C A P I T U L O

I

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA Y LA PSICOLOGIA

A. EVOLUCION

Abarcar la historia de la psicología y de la psiquiatría sería centrarnos desde la aparición del hombre hasta nuestros días. Durante el proceso histórico de la evolución humana, se han operado cambios o actitudes que nos hablan de cuatro épocas.

I. EPOCA PRIMITIVA

Es la que podemos llamar época prehistórica, se extiende desde la aparición del hombre hasta el advenimiento de Hipócrates. Es característica dominante de esta época, la sujeción del hombre a las distintas divinidades adoradas por los numerosos grupos religiosos, que absorbían las creencias de los pueblos primitivos en plena etapa formativa.

Todas las manifestaciones de la naturaleza y los hechos de la vida diaria, normales y anormales, naturales y sobrenaturales, eran atribuidos a los dioses, a los que los hombres hacían partícipes o responsabilizaban, según las circunstancias, de su felicidad o de sus males. Por esa causa en "esa época", se consideró a los alienados como influenciados o poseídos por las deidades del bien y del mal, según fuera la conducta que la forma de alienación determinaba en el enfermo. Así pues, de acuerdo con las concepciones filosóficas existentes, los tratamientos

para estas afecciones fueron creados de acuerdo a esas creencias y practicadas por los sacerdotes en ceremonias religiosas, mediante exorcismos, castigos corporales y muertes de víctimas expiatorias. (I)

Aquí podemos deducir que la imagen que tenían de los sacerdotes, era de un intermediario de las "divinidades", dándole un rol de omnipotencia mágica, y ante el cual se tenían temor.

2. EPOCA ANTIGUA

Comienza con Hipócrates y termina con la caída del Imperio Romano. Hipócrates se opone a la concepción religiosa de la enfermedad mental. La medicina psiquiátrica nace con él. Describió la frenitis con fiebre y delirio, la manía que llamó la bilis. Además habló de la locura del embarazo, de la locura por el alcohol y consideró la epilepsia. Dentro de esta misma época podemos nombrar a Celius Aurelianus, el cual lucha contra el trato inhumano y establece reglas para el tratamiento físico y moral.

Las reglas de Celius Aurelianus, partieron de establecer diferencias netas entre alienación mental y delirio febril. Hace una descripción de los trastornos somáticos de la melancolía; pero su mayor mérito consiste en haber combatido el trato inhumano a los alienados, así pues se podría pensar en que por esta época, a los agentes de la salud mental les faltaba la capacidad y manejo para el desarrollo necesario de elaborar historias clínicas de

los sujetos alienados, así como el no darle sentido científico a la enfermedad, al descuidar el estudio histórico de los síntomas, haciéndonos pensar en una actitud rígida de los agentes de la salud mental hacia sus pacientes.

3. EPOCA DE TRANSICION

Comprende dos períodos: La Edad Media y el Renacimiento.

Edad Media. Durante la Edad Media, la ciencia sufrió un retroceso en su evolución. Las ideas mágicas dominan a los hombres y con ellas a la demonopatía y la licantropía bajo el imperio de estas creencias llegaron a cometerse con los alienados mayores atrocidades que en la época antigua.

Renacimiento. Hacia fines del siglo XVI, con el Renacimiento, vuelve la ciencia a jerarquizarse y ya no abandonará este papel en el futuro.

Paul Zacchias (1584), considera por primera vez los problemas de los alienados desde el punto de vista médico legal; así trata de la responsabilidad moral y legal de éstos, la capacidad civil y validez de sus actos, así como sus intervalos lúcidos.

Cullen (entre 1712 y 1792), realiza tratamientos por balneación, duchas, ejercicios y trabajos diversos. Los medios de internación de la época eran muy precarios, algunos enfermos iban a las prisiones, y en general los alienados estaban recluidos en lugares inhóspitos e indig-

nos del ser Humano. No era rara su exhibición en público para espantamiento del pueblo. (I)

En este período, parece presentarse una imagen "primitiva", en los agentes de la salud mental, debido a que las actitudes despotas o rígidas de éstos, se relacionaba con creencias primitivas en el pensar de la gente, deteniendo el proceso de "cura" en los alienados, al considerárseles en dichas circunstancias como sujetos "poseídos" y alejándolos o privándolos del contacto humano como una forma de deshumanizarlos.

4. EPOCA MODERNA

A partir del año de 1793 se produce un cambio fundamental respecto a los tratos dispensados a los alienados hasta ese momento.

Corresponde a Pinel la gloria de ser el iniciador y propulsor de los nuevos rumbos, señaló reglas para la internación, además de otras normas morales y humanitarias. Además de Pinel, hay que recordar a Esquirol que creó y organizó numerosos asilos para los alienados.

La primera Revolución Psiquiátrica se debió a los trabajos que contra la concepción demonológica se realizaron, y con el establecimiento de hospitales y tratamientos adecuados para los alienados.

Durante los siglos XVII y XVIII, los monasterios, se constituyen en hospitales y casas de refugio para los enfermos mentales, y en esta paulatina transformación de la

actitud social y cultural frente al enfermo mental, aparecieron los nuevos derroteros hacia una psiquiatría científica y asistencial de la cual fue inaugurador Philippe Pinel.

La etapa de tiempo que abarcó la vida de Freud y que correspondió a los años que van de 1856 a 1939, se inscribe médicamente en una fase de pronunciado desarrollo científico.

Las aportaciones iban siendo prácticamente contribuyentes en la segunda Revolución Psiquiátrica. El desarrollo de la Neurología fue notable en esta fase y la psicología ahondó en la naturaleza básica de lo mental en salud y enfermedad. Continuadores de W. Wundt (fundador del primer laboratorio de Psicología Experimental en 1879), - fueron numerosos estudiosos de la naturaleza mental de la persona, Oswald Kulpe y August Mesmer, introdujeron la introspección sistemática y provocada, haciendo que el explorado volviera por sí mismo para permitir la exploración de su acontecer íntimo. En Francia, Theodult Ribot, Pierre Janet y George Dumas, fueron creando el método psicopatológico para comprender lo normal del suceder psíquico a partir de lo anormal que se hallaba en el enfermo. - El método fue aplicado con perfección por Jean Martin Charcot en la Salpêtrière de París. La atención a los enfermos llamados neuróticos había surgido en forma empírica de las observaciones y actividades psicoterapéuticas de Mesmer y más tarde se acrecentó con los estudios de Charcot, Liebault e Hipolite Barenheim, en 1885 ya tenemos a Freud estudiando en la Salpêtrière (Francia), para seguidamente, de regreso a Viena, trabajar un corto tiempo con Breuer.

La actitud de repliegue y apartamiento de Breuer, fue el suceso que dió origen a la transición de uno a otro procedimiento. Freud fue el heredero único de todas aquellas observaciones e hipótesis que para Breuer, encontraba una explicación fisiológica como causa del proceso anímico, que se desencadenaba bajo condiciones especiales de ánimo, a las que denominó "estados hipnoides". Para Freud en cambio, las cosas se explicaban mediante un juego de fuerzas, que equivalían a intenciones y tendencias, equivalentes a las de la vida normal, oponiendo así, los conceptos de histeria hipnoide de Breuer u neurosis de defensa de él, ante esto último y el descubrimiento del factor sexual en la génesis de la neurosis se implantan los elementos estructurales del edificio psicoanalítico. (2)

Ante lo anterior, se puede deducir que el progreso científico de la psiquiatría y psicología, trae consigo cambios en el proceder de los agentes de la salud mental, cambios que hablan del acercamiento entre "médico-paciente"; punto esencial para el desarrollo de una imagen de gacentación o confianza, para los profesionales de la salud mental.

C A P I T U L O

II

PASADO Y PRESENTE DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN MEXICO

A. PASADO

Los españoles traen, con la conquista, una medicina completamente diferente de la practicada por los médicos indígenas. El enfoque terapéutico de éstos recuerda, hasta cierto punto, las prácticas médicas orientales indias- y chinas en particular. Muestra de ello, el uso generalizado de plantas y principios activos de origen natural, - empleado por los aztecas principalmente, lo anterior lo - conocemos a través del interés de algunos misioneros. (3)

Una larga lista de substancias medicamentosas, la mayoría de ellas extraídas de la tienda primitiva del herbolario, constituyen por regla general lo más de estos estudios, cuya tendencia evidente es hacer resaltar la importancia de la contribución que la experiencia indígena aportó a la medicina en el Antiguo México, sin tener en cuenta el concepto que se tenía de la enfermedad. La explicación de la enfermedad, era para los antiguos mexicanos tan verdadera, como la doctrina humoral lo fue para la medicina galénica, y para nosotros la explicación anatómica y biológica. (4)

Fray Bernardino de Sahagún por ejemplo, en su historia de las cosas de la Nueva España, nos proporciona gran cantidad de datos al respecto

Nos dice Calderón de Narváez, que el Códice "Badiano" - escrito en 1552, fue descubierto por Charles Upson Clark, casi cuatro siglos después (en 1929) en la Biblioteca del

Vaticano, se considera comutores del mismo a Martín de la Cruz y a Juan Badiano. El primero era probablemente un viejo médico azteca que comunicó sus conocimientos a Badiano.

La Dra. Enmart, comentadora y traductora al inglés del Códice Badiano, señala que quizá la información no sea muy fidedigna ya que fue redactado en tiempo de la Colonia. El título original puede traducirse como "onúsculo a cerca de las yerbas medicinales de los indios", y que según la comentadora, no debe considerarse como un tratado de medicina, sino como un recetario. Se divide la obra en varios capítulos que se ocupan de distintas regiones anatómicas.

Nos interesan los dedicados a los males que atacan a la cabeza y en particular las plantas que combaten estos males y que corresponden a la llamada medicina del aire verde.

I. CURACION DE LA CABEZA

Tallos de Xiuhhecauhtli, Istacococochitl, Teomoxitli y piedras preciosas Tetlahuitl, Istactalli, Estetly - Tenamatlatsin, todos molidos juntos, y se agregaba agua fría, calmaba el calor de la cabeza y en agua caliente su frialdad.

Acostumbraban ponérselo tres veces al día, en la mañana, en el medio día y en la tarde. Se ataban al cuello y a la garganta con nervios de pato y cuello de águila. - El que sufría de la cabeza comía cebollas en miel, no se sentaba al sol, ni trabajaba, ni entraba a los baños. Cor

tezas de árbol Quetxalilin, del almendro con su fruto que es el tlapalcacahuatl, flores de cacloxohitl, huacalxochitl, tlixochitl, mecaxochitl, hueymecastli y toda clase de flores que se daban en tiempo de verano que oían bien las hojas de los árboles ailin (aliso de agua), oyanetl, axocotl, ahcapaht, tlacoisqui, xochitl, tomasquitl, ahugtl tepelín, ayauhcuahuitl y tepapaquilti, hierbas del egtilo que daban flores, con sus tallos y se recogían por la mañana antes de que se alzara el viento. Se exprimían en agua de manantial bien limpia, cada una por separado, en vasijas de barro o vaso y eso era por un día y una noche. Se agregaba después huitescuahuitl, palo de color rojo para que les diera color.

Utilizaban sangre de las fieras: tlatlahcuicocelotl, cueplactlimistli, ocoteochtli, istaccocelotl, tlacocelotl cuando se adquirían y se juntaban al líquido del agua del manantial y se la untaban en todo el cuerpo.

Posteriormente, obtenían piedras preciosas quetzaligtli, eztetl, tlacahuazin, tetlahuitl, tierra blanca y las piedrecitas que se hallaban en los buches de estas aves: huexocanauhcon que despedían un jugo saludable y con él lavaban con frecuencia el cuerpo.

Enseguida empanaban el cuerpo con el cerebro y la hiel de estos animales: tlatlahqui ocelotl, istaccocelotl, cuenlachtli mistli, ocoteochtli, coyotl y con el cerebro hiel y vejiga molidas del istacepatl, ciertamente estos medicamentos daban al cuerpo una robustez como de gladiadores evitaban el cansancio, el temor y daban bríos al corazón.

Además el gobernante o cualquier otro que quería re-
confortar su cuerpo, comía carne de conejo blanco y se
- rruela blanca y fuera asada o hervida. También empleaban
preparaciones para combatir "el mal comicial", para ello
servían las plantas de una hierba acuática, además de la
- aplicación de otros preparados.

2. ENFERMEDAD COMICIAL

Quando consideraban el mal sagrado, servían las vie-
- drecitas que se hallaban en el buche del halcón, de los -
pajarillos huactli y del gallo, la raíz de quetzalatsonya
- tl, cuerno del venado, cabello de muerto, carne quemada -
de tono, a la cual ponían en olla, todo lo molían y le a-
- gregaban agua caliente, el que tenía este mal debía de be-
ber, hasta vomitar, la anterior mixtura. Y le era útil an-
- tes de que la bebiere, tomar el jugo de un arbusto que se
- llamaba titlacotic y cuya raíz había de ser molida.

Al epiléptico lo trataban de la siguiente forma; lo-
- nonían en pie y le punsaban los cartílagos y los costados
le daban a beber hiel canina y al mismo tiempo le hecha -
- ban en la cabeza una mixtura hecha de hojas de quetzalat-
- sonyatl y tšitsilín y hierba acocoxihuitšilín, que mo -
- lían y agregaban agua. Además les daban de comer cerebro-
- cocido de comadreja y de zorra.

Contra el miedo (también llamado por la Dra. Enwart-
- micronsin), empleaban las dos plantas llamadas cacaloco -

chiti y necurochiti.

3. REMEDIO CONTRA EL MIEDO O MICROPSIA

El miedoso bebía una porción preparada con las hierbas tonatiuhixiuh, que tenían brillo de oro, de la hierba tlanextia xithuitl, tetlahuitl y tierra blanquizca. Todo eso había de beberse diluido en agua del río o del riachuelo y se le agregaban flores de cacaloxichiti, cacahuaxochiti y tzacounxochiti. Que lo untaban en un emplasto que confeccionaban con sangre de zorra y zorruela, sangre y excremento de gusano acucueyalotl, laurel, excremento de golondrina. Todo esto lo molían y le agregaban agua.

El que era espantado por el rayo o la centella, le untaban el jugo del árbol en donde había caído el rayo o la centella y toda clase de hierbas que ahí mismo o en sus cercanías crecían.

4. CONTRA LA MENTE DEABDERA

Por fin, la locura era combatida de la siguiente manera: El que tenía así la mente bebía en agua caliente el jugo de la raíz de tlatlacotitl, para que después lo vomitara. Pasados algunos días, bebía antes de comer el jugo de las flores yolloxochiti y cacahuaxochiti, lo mismo que las cortezas y raíces para que expulsaran radicalmente el mal humor que tenían en el pecho.

Después acostumbraban darles a tomar en agua las pedruzquillas que se hallaban en el buche de las aves, xiu-

chque choltotolt, tlanaltototl tlahuítl, con las piedras preciosas ticalhuatsin, estel y una nerla. Del líquido -- se habían de hacer dos partes: una se bebía y la otra se la echaban al enfermo en la cabeza de modo que escurriera. Hecho esto, habían de llevar en las manos una piedra que se hallaba en el buche del huaceti y también hiel de lechuga. Con beber eso y llevar en la mano lo dicho se recobraría el sentido y volvería a la salud mental.

Además, en la parte frontal de la cabeza se untaban cerebro de venado y plumas de palomas, bien molidas y puestas en agua que los juntaban con cerebros humanos.

Y por último había de llevar colgando en el cuello una piedrecita que se hallaba en el buche de una golondrina. (3)

5. HISTORIA, CULTURA Y MEDICINA

Un grave error histórico, es considerar a la medicina exclusivamente, como un conjunto de técnicas y valorar las de acuerdo con nuestras prácticas y aún preocupaciones actuales. Hoy día, nuestro concepto de enfermedad está basado en el conocimiento de la lesión orgánica y el trastorno funcional, expresado en términos físico-químicos

En cada época y cada cultura, se ha creado un concepto de la enfermedad de acuerdo con el ambiente físico, de desarrollo social, ideas religiosas, conceptos filosóficos, organización política, estructura familiar, etc. En ellas el médico ha cumplido con su misión: calmar las ansiedades.

Gracias a Fray Bernardino de Sahagún, cuidadoso compilador de datos que le dieron sus informantes indígenas-

podemos reconstruir fragmentos de la cultura y de la medicina prehispánica.

La medicina del Antiguo México se desarrolló en un medio cultural que la hizo diferente del nuestro, pero no demos afirmar que antes se cultivaba un gran espíritu de observación; y que había una interpretación tanto objetiva como mística acerca del origen, pronóstico y terapéutica de la enfermedad. Con ambos elementos se ejecutaban prácticas muy bien llevadas a cabo aprovechando recursos quirúrgicos, farmacológicos y emocionales, con los que se obtenían excelentes resultados, según nos habla tan elogiadamente el buen Motolinía. Claro está que éstas prácticas eran acompañadas de maniobras mágicas de acuerdo con la peculiar interpretación del mundo y del hombre.

Conocer el concepto místico y religiosos de la enfermedad en el Antiguo México, requiere un esfuerzo de información y de interpretación, difícil de poner de acuerdo con nuestro pensamiento, pero que es preciso llevar a cabo si deseamos entender la medicina de los aztecas.

Dice una vieja leyenda, conocida a través de Sahagún de que antes de que hubiera día en el mundo, se juntaron los dioses en aquel lugar que se llama Teotihuacán... y dijeron los unos a los otros dioses:

Quién tendrá el cargo de alumbrar al mundo? Luego, a estas palabras, respondió un dios que se llamaba teuxi stecatli. Y dijo, yo tomo cargo de alumbrar al mundo ... Luego, otra vez hablaron los dioses y dijeron . Quién será el otro? Luego se miraron los unos a los otros y confe

rían quién sería el otro. Y ninguno de ellos osaba ofrecer a aquel oficio. Todos temían y se excusaban. Uno de los dioses de que no hacía cuenta y era buboso no hablaba sino oía, lo que los otros dioses decían y los otros hablaron y dijeron: "Sé tú el que alumbre bubosito y él de buena voluntad respondió a lo que le mandaron..." Esta leyenda, entre otras cosas, significa que los aztecas consideraban a la enfermedad como un fenómeno tan antiguo y tan natural que hasta los mismos dioses la padecían.

6. MITOLOGIA Y MEDICINA

La enfermedad, con frecuencia, se creía que era debida a ofensas contra las divinidades de una compleja mitología, pero un notable sentido de observación, como se ha dicho, estaba asociada a conceptos mágicos y mitológicos.

Suele hablarse sin fundamento de un dios de la medicina azteca, no hay justificación para ello. En cultura Nahuatl no tuvo a un Asclepios como los griegos. Las deidades que tuvieron relación con la medicina fueron numerosas, sin embargo, debe tenerse en cuenta que la religión azteca evolucionaba hacia el monoteísmo, y por lo tanto varias divinidades diferentes tenían atributos comunes. En algunos casos, posiblemente, las distintas deidades no fueron sino diversas advocaciones de una misma divinidad.

7. LA ENFERMEDAD COMO DAÑO

El castigo de los dioses se creía era la causa de la

enfermedad. Entre los pueblos mayas y zapotecas, de cultura avanzada, los nombres de las divinidades variaban, pero su ira y venganza, eran las mismas. Sin embargo, entre otros grupos, cuya cultura no había alcanzado el grado de complejidad que caracterizó a los anteriores, la causa de las enfermedades se atribuía a otro factor: la hechicería. Alarcón afirmaba que "entre los indios, atribuían su enfermedad y dolencia al hechizo, y juntamente tienen por cierto, que jamás sanarán si el que los hechizó no los curaba o no quería que sanaran".

Por el hechizo se explica la enfermedad en base a los deseos hostiles de los demás. Dice Aguirre Beltrán: no son ya los dioses sino personas humanas dotadas de deseos hostiles, quienes provocan la enfermedad. El procesamental subyacente que aclara este modo de pensar es el llamado proyección: Los deseos poderosos de hacer actuar a los demás como uno quiera y la percención inconsciente del poder de los deseos hostiles. Son los caracteres fundamentales de la proyección. El hechizado espera ser llamado por el hechizador, en quien ha delegado toda su omnipotencia; la frustración de esta esperanza se interpreta como odio; de aquí que se le atribuya la intención de hacerle daño, de causar la enfermedad. Consecuentemente y según esta representación ideacional, el hechizador será la única persona capaz de curar al hechizado, ya que ello significa para éste la manifestación del amor que aquel está obligado a profesarle. Si el hechizador no lo cura o no desea que se cure es que sigue odiándole. (4)

B. LA COLONIA Y EL MEXICO INDEPENDIENTE

En la época de la Colonia en México, los enfermos mentales eran considerados como sujetos indeseables, no merecedores de cuidado alguno. Existen varios hospitales donde eran atendidos todo tipo de enfermos, pero no dedicados exclusivamente a psicópatas por lo que era típico encontrarse al "loco del barrio, blanco de burlas y centro de diversión de otros".

Surgen entonces dos hospitales para enfermos mentales, los dos en forma muy curiosa originándose ambos por el deseo filantrópico de sus fundadores para con los dementes.

En el siglo XVI, es México el primer país de América que cuenta con un establecimiento para alojar a sus enfermos mentales; lo funda Bernardino Alvarez (1514-1584), nacido en Andalucía y que viene a México como soldado, en busca de riquezas. Abandona después el país acusado de homicidio, se establece en Perú y logra hacer fortuna, que viene a disfrutar en México, instalándose como un gran señor, entonces presta ayuda material a los hospitales de la ciudad e incluso colabora como enfermero, hace ver las necesidades de los ancianos, convalecientes y enfermos mentales, que requieren de atención, pues son el grupo más miserable, más desvalido y que han de conformarse con las calles como albergue.

El visitador Don José Gálvez escribió a Carlos III -

"el nuevo edificio no tiene igual con ninguno de los hospitales que de esta clase he visto en Europa". Así los locos y atrasados mentales fueron por primera vez en la historia de México, alojados en Sanatorios y tratados con el respeto debido a su dignidad humana. Cuando estaban sossegados compartían la vida de la comunidad y cuando enfurecían eran reclusos "en jaulas y bretes" para que no se dañaran así mismos ni a los demás. Hubo gran cantidad de enfermos mentales en el hospital que no solo provenían de otro país, sino que a veces llegaban de otros vecinos y donde ya se hablaba del establecimiento.

En el siglo XVIII, el edificio que ahora se conoce como antiguo hospital de San Hipólito, fue reedificado a solicitud del General de la Orden de San Hipólito Mártir. Esto se hizo a través del Virrey Don Antonio María Bucarelli.

Hasta 1833 el hospital fue sostenido por los clérigos y seculares, pasando más tarde a manos de la Junta de Beneficiencia.

En 1847 fue hospital de sangre. Se trató más tarde de convertirlo en Hospital General, pero en 1851, el edificio fue cedido a la Escuela de medicina. Dos años más tarde por decreto del General Santa Anna, se dividió en habitaciones particulares y en Hospital para dementes, que perduró hasta el siglo XIX.

El otro hospital, llamado del Divino Salvador, fue fundado en forma más sencilla y tal como Murriel cuenta la historia, adquiere un matiz de leyenda; había en la

ciudad de México (en el siglo XVIII), un carpintero llamado José Sayago, hombre bueno y cristiano, que vivía con su mujer, la vida sencilla de las familias artesanas; su casa era humilde y en ella su taller era lo más importante. Su mujer tenía una prima que sufría los desprecios de que a los locos se les hacía en aquella época; el carpintero decidió darle albergue en su casa. Este acto desinteresadamente le hizo entrar en el problema de los pobres e infelices locos. Ya existía el hospital de San Hipólito pero por su carácter nacional difícilmente había lugares resultando que numerosas mujeres pobres, con la razón perdida y abandonadas de su familia, vagaban por la ciudad hambrientas y andrajosas, sufriendo el abuso de los malos, cuando no el desprecio por los demás.

Tras los años de 1687, cuando en la ciudad se corrió la voz de como una familia compartía su pobreza, que se había truncado en miseria con las pobres locas. Pronto la obra tuvo simpatizadores, el primero de ellos fue el jesuita Juan Perez, el arzobispo de México Francisco de Aguillar y Seijas, quien para cerciorarse de la situación fue a visitar al carpintero, viendo las malas condiciones del local ordenó a Sayago que él pagaría la renta del inmueble, que buscara una casa amplia y trasladasen allí a los enfermos, asegurando además que él pagaría la alimentación de las enfermas. Con estos apoyos del arzobispo y los jesuitas, la obra iniciada por Sayago empezó a desarrollarse en grande. Se alquiló un local que se adaptó a las necesidades funcionales de la Institución; la casa -

quedaba enfrente de San Gregorio que era de los jesuitas, cosa que influyó muchísimo en la organización y administración del local ya que pusieron gran interés y empeño en su realización. Estando bajo la responsabilidad de los jesuitas fue que el hospital se puso bajo la advocación del Divino Salvador. En 1700 se trasladaron a un nuevo edificio. Los jesuitas atendían el hospital directamente, logrando hacer de él una Institución modelo. En 1758 se amplió el edificio en forma importante. Los congregantes lograron reunir algún dinero para ponerlo a producir y así fuera para el sostén y vestuario y curación de los enfermos".

"Al ser expulsados los jesuitas del país, la obra vino a quedar bajo el Real Patronato. La Institución había adquirido carácter nacional. En 1800 se hizo una nueva ampliación del edificio.

Cuando Don Porfirio inaugura el Manicomio de la Castañeda (1910), las enfermas mentales del Hospital del Divino Salvador pasaron a este nuevo edificio que duró en función, algo más que medio siglo.

También en la provincia se construyeron algunos hospitales generales. En Guadalajara, en 1860, se establecen dos hospitales psiquiátricos en hospitales generales, uno para hombres y otro para mujeres. En Monterrey, en el mismo año, se funda el Hospital Civil, dentro del cual se organiza un departamento para enfermos mentales atendido por Hermanas Josefinas".

C. DEL MANICOMIO DE LA CASTAÑEDA A NUESTROS DIAS

Nuevamente Calderón nos cuenta que después de consumada la Independencia del país, "después de 11 años de — cruentas luchas", en 1821 México ya es país libre "que lucha denodadamente por ocupar un lugar dentro de los países civilizados del orbe".

Siguen funcionando sus dos establecimientos psiquiátricos, pero la Orden de los Hipólitos es suprimida por decreto de las Cortes Españolas el 10 de Octubre de 1921, fecha en que el Hospital de San Hipólito pasa a manos del Ayuntamiento, pero las religiosas exclaustradas "siguen cuidando a los enajenados hasta 1943", en que la Institución queda bajo control gubernamental.

El Hospital de la Canoa (1700) fundado por Sayago, — corre mejor suerte y a partir de 1824 "se le conceden las utilidades de una lotería y sus condiciones son bastante-satisfactorias".

Para conmemorar el I Centenario de la Independencia, el General Porfirio Díaz, inaugura el primero de Septiembre de 1910, el manicomio General que "por haber sido — construido en los terrenos de la antigua Hacienda de la — Castañeda, se conoce hasta la fecha con ese nombre". Se — proyectó para no más de mil enfermos, pero cuando se clausura medio siglo más tarde, alberga tres mil quinientos — enfermos. Calderón, enjuicia así la trayectoria de la institución durante la revolución: "noco tiempo después de inaugurado este manicomio se enciende en el país la llama-

de la Revolución". La larga y cruenta lucha, es presenciada, es vivida, por el nuevo establecimiento, que como todas las instituciones gubernamentales sufre altas y bajas en su funcionamiento, debido a un presupuesto no siempre estable en épocas difíciles.

En 1965, el gobierno decide sustituir el Manicomio General por modernas instituciones hospitalarias.

— El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" para enfermos mentales agudos con cupo de 600 camas.

— El Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro" de 200 camas.(3)

En Guadalajara tenemos el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios en Zapopan Jalisco.

El padre Andrés Ayúcar es quien en 1904 adquiere una finca en Zapopan para la construcción de este establecimiento, siendo terminada su construcción el día 22 de Junio de 1905. El arzobispo de Guadalajara da una licencia para el establecimiento de la comunidad hospitalaria en fecha 7 de Julio de 1905, llamándose dicho establecimiento "Casa de Salud de San Juan de Dios para enfermos mentales". En las actas del capítulo local los Hermanos aparecen siempre como señores particulares. El padre Angel María Ramírez, prior de esta casa, aparece siempre como gerente; la finca en que este establecimiento se construyó, se adquirió a los esposos Don José Vazquez y Doña Manuela Schiaffino, de una extensión algo superior a una hectárea

La razón primera del nacimiento de esta casa hospitalaria radica en un acontecimiento completamente inesperado para la Orden de San Juan de Dios en 1903, Don Felino Osante tiene la desgracia de que su hijo José Antonio sufra trastornos de sus facultades mentales, así pues, en julio de 1905 ingresaba el primer pensionista, José Antonio Osante, el hijo del benefactor su ficha médica, el día del ingreso, era la siguiente: "inmovilidad casi absoluta, dificultad en la masticación, lenguaje casi abolido, vida afectiva nula, vaguedad en la mirada, espasmos con gestivos manifestándose por gritos y contracciones principalmente en los dedos de las manos". En 1908, muere finalmente de meningitis. Por los datos que proporciona el padre Aurelio Artazcos, presidente en la Clínica de Pamplona, quedan patentes los trabajos y las penalidades que los Hermanos de Zapopan hubieron de sufrir durante el largo período que va de 1914 a 1940. Las casas de México corrieron gran riesgo de ser incautadas por el Gobierno. A los Hermanos de Zapopan les dieron 6 días de tiempo para abandonar el establecimiento, ante tal situación fue enviado un telegrama al ministerio de la Gobernación del Estado de Jalisco; en donde se pedía suspender las órdenes de clausura de dicho hospital.

Para el año de 1958 fueron ampliadas y reformadas las dependencias. La lista completa de superiores que, desde su fundación, han dirigido el Sanatorio, han sido: Domingo Dalmau, Alejandro Azcué, Faustino Calvo, Demasco Palau, Isidro Martí, Eduardo Guzmán, Aquilino Pajares, Au

relío Artazcoz, Alvaro Yasheras, Basilio Irurzun, Angel - María Ramírez, Gabriel Moreras, Pedro Vila, Bernardo Castelar y Víctor Huesca; el nombre "de San Juan de Dios" se debe a la vieja Iglesia, Juandediana que se llamó de la - Santa Cruz.

La responsabilidad médica estuvo a cargo del eminente médico jalisciense Dr. Adolfo Saucedo y posteriormente por el Dr. Mario Saucedo Galindo quienes se hicieron cargo de la dirección médica de dicho hospital por espacio - de 30 años aproximadamente cada uno.

En la actualidad se cuenta con un Director Médico, - quien está al cargo el Dr. José Luis Ibarrarán Stora, como Director Administrativo por el Hermano Ciriaco Nuín, a demás de cinco médicos psiquiatras adscritos, cinco médicos residentes, cinco de guardia, tres psicólogas adscritas y cuatro trabajadoras sociales, auxiliadas por practicantes y pasantes en Servicio Social.

Se señala que este personal médico y paramédico, es alrededor de un 40%, ya que además abarca el ISSSTE, IMSS Ferrocarril y Tesorería del Estado.

C A P I T U L O

III

NOCIONES DE ACTITUD Y DE ROL

La aparición del concepto de actitud significa un progreso muy importante, porque la actitud intermediaria entre el plano psicológico y el plano social traduce la posición de un individuo, miembro de un grupo, frente a un problema colectivo, por ejemplo, la actitud de determinado psiquiatra o psicólogo en su familia, o en su trabajo, o simplemente porque no, en una reunión social, expresa a la vez una reacción frente a ciertos hechos determinados y la intención de asumir cierta conducta o cierto rol. Uno de los problemas más importantes y delicados se refieren precisamente a la génesis de las actitudes. Por qué y cómo un sujeto, miembro de un grupo, llega a una determinada decisión frente a determinada situación? El desarrollo de la personalidad psicosocial está aquí en cuestión. Hay un aspecto dinámico y vívido de las actitudes.- La noción de rol constituye también un puente entre las perspectivas psicológicas y sociológicas, entre los niveles colectivos e individuales.

En un sentido, los roles preexisten a sus agentes, - bajo formas de conductas a asumir en función de tal estado o de tal situación.

A cada civilización le corresponde un sistema de roles, regularmente distribuidos y articulados; por ejemplo los de padres, de jefes, de jueces, los diferentes grupos poseen sus propios roles específicos en el seno de la sociedad global. Es en el nivel de los roles donde se viven

las relaciones entre los sexos, entre las generaciones, - entre los oficios. Por otra parte, cada sujeto asume su - rol, según su propio estilo,. Puede limitarse a seguir - los modelos tradicionales de conducta, dar pruebas de originalidad, de innovación, de desviación. Así pues la asunción de un rol, o mejor dicho, de los roles, ya que cada- uno asume varios y participa en diversos grupos, está en- función de la personalidad.

Según G. H. Mead, la teoría del "yo humano" se desa- rrolla gracias a la capacidad deadonar y comprender una- gran diversidad de actitudes, los gestos y las palabras - tienen una "significación" que permite el intercambio con el otro. Primero en el juego, luego en la vida real, el - individuo está pronenso a tomar roles variados. La con - ciencia del rol esprecisamente el signo de la aptitud so- cial. Aquí intervienen entonces las condiciones exterior - res impuestas por la sociedad ya constituida; las reglas, las instituciones que ordenan la conducta de los sujetos, Pero ellas no son pura violencia, en alguna forma vienen- al encuentro de la aptitud para jugar los roles; al mismo tiempo que control, son también pues, motivación.

Ya que se tocó anteriormente el punto; la teoría del "yo humano" de Mead, hablemos de la organización de la - personalidad. Poco después de la afirmación de su "yo", - el niño comienza a estructurar su "yo social", lo cual no es simple, en efecto, debe tener en cuenta obstáculos, a menudo actitudes sutiles...representar la comedia. Enton-

ces comienza verdaderamente su aprendizaje social. Y en adelante será su destino humano, no escapar a la preocupación por su "rol y el control legal o latente de la colectividad". Al compromiso interno entre los factores de acercamiento (simpatía, imitación) y los de oposición (agresividad, egoísmo), que se traduce por complejos y sentimientos ambivalentes, corresponde un compromiso "externo" entre los individuos que debe adoptar su naturaleza a las exigencias colectivas: revestir un personaje como un conjunto de actitudes y roles adoptados por el individuo frente al otro. (5)

A. NATURALEZA DE LAS ACTITUDES

Daniel Katz y Ezra Gattland (1959), definen la actitud como "la tendencia o predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o símbolo del mismo". Green que las actitudes tienen componentes afectivos, cognoscitivos para emprender una actividad mental y física, o sea que la actitud prepara al individuo para cierta reacción.

Newcomb, en forma semejante habla de la actitud como un estado de disposición para despertar motivos, una actitud del individuo hacia algo "es su predisposición para realizar, percibir, pensar y sentir en relación con ellos". (6)

B. ROLES Y LA FORMACION DE LA PERSONALIDAD

Aunque es posible considerar un rol como una especie de prenda psicológica que endosamos o de la que nos despojamos y que afecta nuestro aspecto y nuestra conducta temporalmente, el hecho de que ésta metáfora sea apropiada, no significa necesariamente que no perdure el efecto, cuando ya no desempeñamos ese rol. Hay que considerar que la serie de conductas que acompañan a un rol se aprenden, lo que quiere decir que han sido reforzadas. Y una vez aprendidas, reaparecen fácilmente cada vez que surgen situaciones que tienen un potencial de reforzamiento. Desempeñar roles, es una forma de autoafirmación. Cuando nos vemos en una situación, confirmamos nuestras expectativas hacia nosotros mismos, nuestros valores, etc. En la medida en que nos movamos de una situación a otra y de un rol a otro revelamos varios aspectos de nosotros mismos, nuestra responsabilidad a otros y también a nosotros mismos.

(7)

El hombre sufre las exigencias de la vida colectiva, le es imposible vivir simplemente según sus instintos y sus caprichos. Hay que convenir en que la mayoría de las personas son conformistas y regulan sus actitudes, sus opiniones y sus comportamientos, según ciertas normas tácitamente admitidas. En numerosas ocasiones, debemos producir una cierta imagen de nosotros mismos conforme a lo que se espera de nosotros, nos sentimos en "representación" frente a los demás, asumimos nuestro rol social por la adopción de un personaje típico. Rol más impuesto que elegido, pero al que no dejamos de atenernos, ya que nos garantiza cierta seguridad un "statu quo" admitido en to-

das partes. Como lo señala G. Gurdorf "el personaje no es exactamente el individuo que somos, sino el que queremos persuadir a los otros que somos o aún, el que los otros quieren persuadirnos que somos. Esas dos definiciones se confunden para construirnos una fachada social. Nos vemos primero, como otros nos ven o nos quieren ver".

Esta socialización del comportamiento y aún de la mentalidad cotidiana se manifiesta de mil maneras y especialmente en las actitudes profesionales.

Cada función exige de titular un "habitus" bien definido, sustraerse a él es provocar una cierta manera de escándalo.(5)

G. PROCESAMIENTO DE LA IMAGEN

En la formación de una imagen intervienen tantos factores neurofisiológicos, psicológicos y sociales, sin olvidar por supuesto que entre estos factores existe una estrecha relación dinámica en el individuo.

En la obra "la organización de la conducta" de Hebb (1949), propuso una teoría acerca de la forma en que el cerebro podría desarrollar la codificación nerviosa de la percepción y de los conceptos. En esencia sugería que durante el desarrollo posterior al nacimiento, el organismo aprende a percibir los objetos visuales como resultado de las numerosas experiencias habidas con forma simple. Las líneas y otros estímulos sencillos son codificados por grupos complejos de neuronas interconectables que él denominó reuniones celulares.

Con lo anterior no se trata de reducir la conciencia humana a una simple actividad de un complejo grupo de neuronas, sino que se incluye como uno de los medios que utiliza nuestra naturaleza humana para el establecimiento del contacto con el medio. Ya bien sea en este caso para la formación de una imagen (la percepción sensorial, puede ser y de hecho es, una guía para los conocimientos). Las percepciones se relacionan con las cualidades de las cosas y con las ligazones abstractas que se establecen entre las cosas.

Las percepciones se integran dentro de conceptos y juicios. Dichos procesos de integración y desarrollo continúan, dado que el mismo individuo integra dentro de sí una serie de procesos de construcción extremadamente complejo e intercambiable tanto de ideas como de imágenes, creencias y sistemas de conocimientos. (8)

Podemos añadir "capacidad de visualización" en relación con las imágenes. Gran parte de nuestra mentalidad consiste en imágenes y palabras. La mente inconsciente tiene una afinidad mayor con las imágenes, la consciente con las palabras (que simbolizan o representan una situación, o imagen), así pues, las imágenes van evolucionando y cambiando a medida que el individuo interactúa en su medio, en donde las relaciones con objetos, hechos y personas, dejan por decirlo así, experiencias ya sea significativas o intrascendentes en sí mismo.

Así pues, una imagen, son las representaciones, las-

figuras o cualidades sensibles presentes en nuestras mentes que se han ido formando a lo largo de nuestro existir. La continua estimulación del exterior será un factor necesario para la captación de imágenes, imágenes que pueden quedar grabadas, o bien no establecerse en nuestras mentes y ser fugaces.

Pero habrá imágenes intrínsecas en el individuo, que se han formado bajo un contexto emocional y valorativo - por cierta situación experimentada por él mismo. Dicha situación formada dentro de un determinado marco cultural, nos proporcionará imágenes "autoritarias", imágenes "despectivas" o imágenes "proteccionistas", etc. por ejemplo; el racista que "ve" en el negro una imagen sucia. El adolescente que "ve" en cualquier adulto al padre, ante el cual se tiene que rebelar.

El paciente emocionalmente alterado que "ve" en el psiquiatra o psicólogo clínico las figuras "proteccionistas" que le darán una cura mágica a sus dolencias.

D. ESTEREOTIPO

Además de manipular la percepción de los demás acerca de nosotros, obramos según la percepción de ellos. La tendencia a considerar a los demás inferiores a nosotros, o de autoestimarnos deficientes, o con sentimientos de inferioridad social, el acogernos a estereotipos de ésta o de cualquier otra índole refleja muchas veces una necesidad psíquica. "Uno ve lo que quiere ver impulsado por ra

sones personales".

Pero también lo anterior puede estar relacionado con prejuicios y clasismos. Evitar prejuicios no equivale a juzgar iguales a todos los hombres, pues no lo son.

Pueblos y culturas difieren en actitudes, en valores en cualidades. El arquetipo de personalidad dentro de una civilización está integrado por más o menos virtudes que en otra. El psiquiatra y el psicólogo no rehuye las diferencias, más bien las acentúan si así lo exigen los hechos; los estereotipos son elaboraciones fuera de su ámbito. El punto decisivo que distingue al hombre relativamente libre de prejuicios, de la persona "con prejuicios" no consiste en negar o aceptar eventuales diferencias, sino en las interpretaciones de las mismas y en su flexibilidad para valorarlas.

El pensamiento estereotipado, está constituido por un "razonamiento parcial", este tipo de pensamiento puede desarrollarse en base a los siguientes puntos:

- a). El estereotipo concede demasiada importancia al valor de unas cuantas características positivas o negativas.
- b). Del todo deduce algunos rasgos, haciéndolos razonables por medio de una asociación con otras tendencias que tienen algo de verdad.
- c). En un estereotipo negativo se omiten por completo, o no se destacan suficientemente las tendencias de personalidad favorables o que deberían mencionarse para ofrecer un cuadro más fiel de la persona.
- d). El estereotipo nos muestra como la mayoría u otros -

grupos comparten las mismas tendencias o tienen otras características determinadas.

- e). No pone de manifiesto la causa de las tendencias propias de la minoría, ni el influjo de la mayoría y de sus crisis en la creación de las características que están condenando.
- f). Admite poca posibilidad de cambio: se da un retraso en determinar las tendencias que en el momento actual caracterizan a muchos miembros de determinado grupo.
- g). Deja poco peso a la variación individual, así podemos decir que un estereotipo es la tendencia a percibir cierta clase de casos o personas de una manera determinada; un modo de extraer una serie de características de otra persona o grupo de personas y de reorganizarlas en una "pauta" de expectativas, respondiendo a la persona o grupo como si fueran esa misma "pauta".

E. ROL DEL PSIQUIATRA Y PSICOLOGO CLINICO

Al hablar de roles, es hablar de asumir conductas, de elaborar actos.

La psiquiatría es una especialidad médica, interesada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Los psiquiatras llevan los mismos cursos básicos de estudio de la medicina que otros médicos, pero al completar este trabajo básico, dedican su tiempo de especialización a la psiquiatría, mediante cursos para graduados.

La psicología comprende el estudio tanto de la con -

ducta anormal como normal, y por lo tanto es diferente a la psiquiatría. Sin embargo, una rama de la psicología se refiere principalmente a la conducta anormal y es semejante en este aspecto a la psiquiatría, esta rama se conoce con el nombre de psicología clínica.

Estos campos de estudio difieren fundamentalmente en dos aspectos: el entrenamiento y la actividad profesional.

El psiquiatra, según lo señalamos antes posee principalmente la formación de médico general. El psicólogo clínico por su parte trata de comprender la persona y su conducta en todas las manifestaciones de su vida tanto personal como social.

Existen semejanzas en el trabajo de psiquiatras y psicólogos clínicos, y hay también diferencias dictadas en cierto grado por la diferencia de preparación. Ambos profesionistas consideran por ejemplo, el diagnóstico de la conducta anormal. Sin embargo, el psicólogo clínico, emplea métodos diferentes en esta parte de su trabajo, mientras que el psiquiatra, emplea otros métodos que lo auxilian como sería, exámen neurológico, electroencefalograma, revisión física en general, etc.

Ambas profesiones se dedican también a la terapéutica de los trastornos emocionales. Sin embargo, cualquier terapéutica que demande medicamentos, cirugía u otros medicamentos, es siempre llevado a cabo por el psiquiatra, no así el psicólogo clínico. La psicoterapia que es un método verbal de tratamiento que es empleado por miembros -

de ambas profesiones.

Cuando se habla de psicoterapia, hay que mencionarlo como una técnica adicional que pueden obtener el psiquiatra y el psicólogo clínico.

Hay que enfocarnos en el campo donde ambos ejecutan sus actos profesionales, y es la psicohigiene y la psicología institucional, o sea la correlación entre el área de la salud mental y su estructura institucional, correlación que lleva al objetivo que une a ambos profesionistas que es el campo de la higiene mental.

Una más amplia perspectiva de los problemas de la profesión, permite entrever una actitud orientadora hacia la solución de cuestiones de orden metodológico y de carácter práctico, dirigidas a defender e incrementar la salud y el bienestar de la población. Salir de los estrechos marcos de una actividad profesional interesada casi exclusivamente en los aspectos curativos e individuales de la enfermedad, para entrar francamente en el campo de las ciencias del comportamiento, interesa por igual al psiquiatra y psicólogo clínico, (incluyéndose a todo el equipo que integra el área de la higiene mental).

En una medicina integral en la que tanto lo orgánico lo psíquico y lo social son inseparables ya que constituyen en sí al propio hombre y su ambiente en el que aquél nace, crece, se desarrolla y vive.

El progreso científico y la tecnología acentúan la tendencia a la especialización y llevan a la creación de-

profesiones nuevas o nuevas funciones dentro de las profesiones clásicas. Pero estas deben ser coordinadas e integradas, por ello se habla del trabajo en equipo interdisciplinario o multidisciplinario.

La integración y coordinación de funciones, exigen - por otra parte una correcta división del trabajo, en donde los objetivos formulados y el planteamiento y el programa de trabajo se elaborarán científicamente y las responsabilidades serán compartidas.

Con lo anterior dicho se trata de enfocar la tarea - fundamental del rol tanto psiquiátrica como psicológica, - dentro de la institución o dentro de la clínica. (9)

C A P I T U L O

IV

CRITERIO DEL PAPEL DEL PSICOLOGO CLINICO Y PSIQUIATRA DENTRO DE UNA INSTITUCION

Hablar del rol del psicólogo clínico y del psiquiatra, en el equipo de salud mental es ocuparnos de un interesante problema que ha ocasionado frecuentes controversias a causa de la difícil y discutible delimitación de tareas propias del psiquiatra y del psicólogo clínico en algunos aspectos de la asistencia al enfermo mental, y que en ciertos casos se han complicado como consecuencia de las actitudes de unos y de otros.

La actividad del psicólogo es mas recortada en la clínica, hay que reconocer la existencia de unas zonas que se confunden; en unas, la yuxtaposición con las del médico psiquiatra no se encuentra lo suficiente aclarada; en otras, la superposición debe ser reconocida como existente, deseable e importante, pues en ellas es donde la complementación puede ser una realidad.

Un buen punto de partida de estas reflexiones puede ser la aproximación conceptual a esas dos subdisciplinas psicológicas que con demasiada frecuencia tampoco están completamente aclaradas; a la psicología clínica y a la psiquiatría. Mientras que en la primera puede entenderse como una aplicación de los principios, normas y métodos de exploración psicológicos a la psiquiatría, con una doble finalidad, diagnóstica y terapéutica, teniendo como objeto los fenómenos psíquicos, la psiquiatría es en cierto sentido, mas reducida pues debe ocuparse de aquellos -

aspectos de la psicología para una mayor comprensión de la enfermedad en el hombre y sobre todo, de la relación médico-enfermo y de los aspectos psíquicos hombre-médico, como agente terapéutico. Su tarea no es solo como en el caso de la clínica, el aporte de conocimiento y una práctica concreta, sino que debe ser decidida y uremeditada mente formativa para la capacitación del médico en su rol de sanador.

Acusando quizá con exceso la diferencia podría decirse que la psicología clínica es teórica y la psiquiatría antropológica. Puede ser que en esta distinción influya el hecho de que la psicología busque su nutrición principalmente en la experimentación, y la psiquiatría enriquezca en los campos psiquiátricos, como sería el psicopatológico, olvidando un punto muy importante que es el psicosocial.

Cuando el psicólogo clínico actúa con relativa independencia, tanto si lo hace individual como colectivamente, puede responder a la expectativa que supone, pero cuando actúa en el seno de un equipo de salud mental no puede quedarse al margen de la psiquiatría, aunque esta corresponda más al médico, puesto que de hacerlo perdería su carácter de miembro de una totalidad estructurada (el equipo) y pasaría a ser un colaborador colateral simplemente.

De esta manera el psicólogo clínico del equipo psiquiátrico no debería ser un mero aplicador corrector, interpretador de tests, sino también un profesional en la -

comprensión de la enfermedad en aquellos aspectos que de la misma competen, del hombre enfermo y de las relaciones que desde su forma de existencia establece con el entorno particularmente hospitalario.

De la misma manera que cada hombre tiene la obligación natural de encontrar su propia identificación, también esta tarea lo es del equipo, y si es alcanzada redundará en su rendimiento y en su creatividad.

En lo que se refiere a la intervención del psicólogo en la terapéutica, probablemente el punto más conflictivo de las relaciones psicólogo-psiquiatra, parece observarse una creciente participación, siendo de todos conocidos el hecho de como muchas personas desajustadas, desadaptadas, con problemas muy concretos, familiares o profesionales, principalmente prefieren buscar la ayuda del psicólogo antes que la del psiquiatra por actitud social, o como negación inconsciente de su patología. (13)

Cuando la estructura del equipo de salud mental, ha alcanzado un suficiente nivel de madurez y estabilidad, la intervención del psicólogo, como terapeuta es conveniente. Por otro lado el psicólogo tiene una tarea que en el campo de la psicoterapia es importante.

C A P I T U L O

V

CONCEPTO DE ANORMALIDAD

El concepto de anormalidad cambia también geográfica y socioeconómicamente dentro del mismo país. Con esto se puede decir que el concepto de anormalidad es relativo. Es diferente según las distintas civilizaciones y sociedades influyen también la edad del individuo, la diferencia de sexo, así como el estado de vigilia y sueño.

Un criterio de anormalidad es como lo indica la etimología de la palabra "anormal"; una desviación de la regla o norma. Este alejamiento de la norma, implicaba para algunos investigadores la ausencia de la ley y de explicación, sin embargo la psiquiatría moderna demuestra que la conducta anormal sigue reglas fijas y puede ser explicada por causas y efectos.

A. CONCEPTO ESTADISTICO

Según el concepto estadístico de norma, una persona anormal, es la que está alejada de la tendencia de un grupo de individuos.

B. CONCEPTO MEDICO

Basándose en la etiología de la anormalidad, se establece que las enfermedades parten de dos grandes divisiones: enfermedades orgánicas y enfermedades funcionales.

Las enfermedades orgánicas se caracterizan generalmente por algún tipo de daño cerebral demostrable, ejem.-

de síndromes focales bien conocidos como sería el del lóbulo frontal, o bien por destrucción de tejido nervioso en el caso de la demencia senil, etc. Las enfermedades funcionales vendrían siendo los trastornos de índole neurótico y psicótico en donde no se ha descubierto algún tipo de daño cerebral demostrable.

C. CONCEPTO CLINICO DE ANORMALIDAD

Según el punto de vista clínico, se llama anormal y se clasifica, diagnostica y trata por medios biológicos, químicos, físicos o psicológicos, a la persona que ya no puede gobernar su propia vida o pone en peligro su ambiente. (10)

D. DEFINICION DE ENFERMEDAD MENTAL

Alienación mental, es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado y mal comprendido por el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa de las normas del ambiente, sin provecho para sí mismo, ni para la sociedad, esta definición destaca cuatro postulados fundamentales.

- 1.- Un trastorno intelectual
- 2.- Falta de autoconciencia
- 3.- La inadaptabilidad
- 4.- La ausencia de utilidad

Decimos que un enfermo mental es alienado cuando presenta una perturbación del juicio, perdiendo su autonomía psíquica, sin este requisito no existe alienación. Esta -

perturbación puede consistir en:

- 1.- En un insuficiente desarrollo del juicio, situación definitiva e irreparable que encontramos en el síndrome oligofrénico.
- 2.- En una debilitación del juicio, también definitiva e irreparable, presente en el síndrome demencial y en todos los procesos mentales dementisantes,
- 3.- En una desviación del juicio, trastorno que puede ser temporario y mas o menos prolongado en unos casos y definitivos en otros. Se manifiesta en los síndromes de excitación psicomotriz, depresión psicomotriz y delirante.
- 4.- En una suspensión del juicio como en el síndrome confusional, concretando: es alienado todo enfermo mental cuyo juicio alterado aleja la función psíquica de la lógica formal; como consecuencia la personalidad desadaptada desconoce su estado patológico y permanece ajena a su situación real.(1)

C A P I T U L O

VI

ASPECTOS EMOCIONALES EN LA RELACION TERAPEUTICA ENTRE PSIQUIATRA O PSICOLOGO CLINICO Y EL PACIENTE

El buen psiquiatra o psicólogo no trata a la enfermedad sino al individuo que tiene la enfermedad. Para esto escribe una historia no solo de los hechos sino de los sentimientos, los cuales examina y valora. Las emociones, lo mismo que los signos físicos necesita conocerlos para conducir al paciente, tanto en el aspecto espiritual como en el corporal. Su arma terapéutica más importante es su propia personalidad y la emplea consciente, sabia y benévola, con pleno conocimiento de sus propias debilidades y flaquezas.

El psiquiatra y el psicólogo que desean servir a sus pacientes de la manera más completa, no pueden delimitar sus objetivos a un diagnóstico exacto basado en la evolución objetiva de los síntomas y signos, acompañada por la ejecución de algún plan terapéutico estándar. Deberá dirigirse intencionalmente a la persona en la cual ocurre la enfermedad. En el área de la salud mental, no es posible una relación completamente impersonal, puesto que en la relación entre los profesionistas de esta área (psiquiatra y psicólogo clínico) y el paciente, reaccionan uno frente al otro como personas, independientemente de que lo deseen o no. Esta es una relación disparaja, en la que con frecuencia el profesionista adopta una situación de autoridad por ser quien da el servicio que el paciente le solicita, es quien posee las armas del conocimiento teórico y técnico para brindar la ayuda. Esta es otra manera -

de decir que la imagen que dan ambos profesionistas ante el paciente, desempeña un papel definitivo y a veces crucial en el resultado del programa terapéutico. Estos profesionistas de la salud mental deben estar conscientes que la imagen que de ellos se tiene es muy importante para la relación e interacción emocional con el paciente, ya que puede precipitar una enfermedad yátrica.

Cuando el paciente se presenta ante los que se dedican al servicio de la salud mental, automáticamente renuncia a una parte de su independencia y en cierto grado somete muchas de sus obligaciones y responsabilidades.

Se subordina a la autoridad de quien lo atiende en forma semejante como el niño se somete a la autoridad de sus progenitores. (II)

A. REACCIONES DEL PACIENTE

Este acercamiento ante la autoridad que representa a el psiquiatra y psicólogo clínico, implica en el paciente reacciones como la búsqueda de la salud así como de atención y afecto. Ante esta situación el profesionista tendrá que ser capaz de contestar las demandas del paciente sin crear situaciones indeseables, como por ejemplo, cuando el médico inconscientemente desaprueba sus propias acciones, pero percibe esta desaprobación como si viniese del paciente. En este caso refirirá con el paciente en vez de consigo mismo. Cuando un médico es demasiado celoso en la búsqueda de la aprobación de sus pacientes puede estar intentando neutralizar sus propias desaprobaciones.

Desafortunadamente, el paciente se haya a menudo imposibilitado para comunicar sus temores y su desesperación en forma verbal. El médico debe estar alerta a los intentos del paciente para comunicarse con él, en un nivel simbólico a través de sus síntomas y de su conducta. Así nos podemos encontrar con pacientes malhumorados, incómodos, indiferentes o retraídos, etc.

Ejemplo: el paciente que desesperadamente insiste en salirse del hospital, pudiera estar diciendo "me siento como sifuera un número en este lugar. A nadie le importo y nadie me necesita, me vengaré. Les demostraré que yo -- tampoco necesito de ustedes, es tan intolerable la soledad ocasionada por ser tan poco importante para ustedes -- médicos, tan ocupados que quizá si los provooco y los molesto seguramente lograré importarles más, aunque sea en una forma negativa". La peor y típica respuesta que el médico puede dar es "no nos importa si usted se queda o se va, solo se está dañando a sí mismo". Los pacientes que siempre están silenciosos, aquellos que parecen estar descuidados en forma no realista, o los que hablan en forma compulsiva acerca de nada, por lo general están tratando de decirle algo al médico, el cual escuchará el mensaje solo si lo desea hacer. "Seguro que es fácil ver cuando se ve con el corazón". Es una frase tan científica como sentimental. (II)

C A P I T U L O

VII

LA SEMBLANZA ACTUAL DEL PACIENTE

Actualmente son mas y mas las personas que comprenden que muchas formas de miseria y de infelicidad, debidas a las enfermedades mentales pueden ser aliviadas por medio del tratamiento psicológico o psiquiátrico; así mismo, estos profesionistas, están empezando a reconocer sus limitaciones en el manejo de los pacientes ya que no solo representa en sí un trabajo sino una vocación de servicio

Sin una comprensión del enfermo mental, no es posible su atención y lo que es más grave, su prevención, tanto por lo que atañe al proceso como a la conducta que de él se deriva.

Ante todo pensamos que es indispensable tener siempre presente, jamás olvidar, que el enfermo de la psique y el anormal pueden tener disminuido su ego pero no abolido por completo en su esencia, debido a la anomalía o proceso psiconatólógico que sufra el más deteriorado de los enfermos y el más deprivado de los anormales, son en su esencia seres humanos, la anomalía y la enfermedad son meros accidentes de gradación variable. Ni en el nivel de las formas profundas de déficit y hasta carencia mental, las formas más floridas integradas por delirios sistematisados y las variantes más asombrosas de conductas antisociales psicoatólógicas, siempre estamos frente a modos de manifestarse del ser humano, cuya tendencia genérica y sus condiciones lo inclinan a todo, a los más grandes logros, expresión de su desarrollo armónico y a las más

increíbles tragedias personales o de grupo, que incluso pueden ser consideradas como resultado de su desajuste.

Pero el ser humano, siempre en cualquier condición de salud mental así como en cualquier condición de actividad social, es humano, es él, él mismo, es persona, es ser con responsabilidad de grado variable, jurídica, social, moral, etc.

Ni el más abyecto delincuente o el enfermo mental, ni el débil mental más profundo, dejan de responder en alguna forma frente a los estímulos de su intramundo y de su entorno existencial.

Todos los enfermos al igual que los sanos, en tantos seres compuestos de cuerpo, mente y espíritu, son respuesta continua a su suceder íntimo y al acontecer exterior; desde la respuesta vegetativa del comatoso, del des cerebrado, hasta la respuesta más brillante del hombre más sano, pasando por los gestos responsables de los antes llamados locos, idiotas, imbéciles y enajenados, siempre el hombre es contestación, pues su vida es pregunta implícita o explícita.

Interesa pues señalar que la esencia del animal y del enfermo mental no se modifica, puesto que la anomalía y la patología son meros accidentes biográficos posibles para todos desde la concepción hasta la muerte.

Nadie puede hablar acerca de la vida, de la honra, de los bienes, de la realización de otro, sin tener presente el respeto a ese otro, en cualquier condición que -

se encuentre. Son caducas pues las designaciones neyorati vas de loco, idiota o imbécil, para designar a nuestro se mejante anormal o enfermo mental. (2)

Por lo que es de importancia el abordaje al enfermo mental, tal como habitualmente se realiza en el hospital psiquiátrico, se apoya en una estructura de prejuicios or denados en torno a un eje principal; la insolencia del loco. La tramitación burocrática del ingreso, articuladora de una serie de instancias ajenas a la voluntad del en fermo y atentorias con su ya maltrecha libertad. Constitu ye un primer indicio de lo que va a ser la futura rela ción terapéutica, pero por permanecer marginal a ésta, se puede incluso suministrarle una excelente coartada; las leyes son como son, pero las técnicas saben lo que hacen.

Suwerado el obstáculo administrativo, el hospital - proporcionaré un adecuado refugio protector y comprensivo Tal es la actitud del psiquiatra o psicólogo bien inten cionado, y sin embargo, estos mismos profesionistas y no el administrativo es quien al margen de sus intenciones, - suele introducir los elementos decisivos para la deshumanización del enfermo. (12)

Así como se habla de la persona anormal, hay que en fatizar que el psiquiatra y psicólogo clínico, son perso nas, son humanos, por lo que no están fuera de alguna pro blemática emocional y pues es de mayor importancia que an dos profesionistas tengan conciencia de sus problemas y -

limitaciones y el que se conozcan a sí mismos, porque de esta manera se puede conocer, entender y ayudar a los pacientes.

C A P I T U L O

VIII

EL SIGNIFICADO EN PSICOLOGIA: ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

El problema de la naturaleza psicológica acerca del significado adquiere consistencia cuando consideramos a los psicólogos en unión de los lingüistas; en efecto, en los años recientes los términos "psicolingüística y psicolingüista" han adquirido una creciente popularidad; obras como las de Osgood son apenas alguno de los ejemplos de como se ha integrado este nuevo campo interdisciplinario.

En forma esquemática se podría definir dos grandes categorías de aproximación al problema del significado; las teorías estructurales y las teorías del proceso mental.

a.- Teorías del enfoque estructural.

Abarca el análisis componencial, que viene siendo la forma en que los individuos ubican el significado de las palabras en un espacio semántico. Otras de las técnicas que se ha utilizado para intentar responder empíricamente al problema del significado de las palabras aisladas, ha sido el método de la "asociación de palabras". Fue Galton quien experimentando consigo mismo, haciendo asociaciones relativas a 75 palabras estímulo, concluyó que el procedimiento podría ser peligroso ya que, permitía conocer demasiado respecto al modo de pensar y de sentir de los individuos. Puesto que el procedimiento de asociación de na

labras ha sido una de las formas de aproximarse al problema del significado y además, por cuanto en el proceso de construcción del Diferencial Semántico se utiliza, en las fases iniciales.

Un procedimiento modificado de asociación de palabras, es conveniente hablar de esto en su forma más común la técnica de asociación de palabras, consiste en pedir a los sujetos que respondan a una palabra estímulo con la primera palabra diferente del estímulo que se les ocurra.

b.- Teorías del Proceso Mental.

Se pueden mencionar las siguientes.

Teoría Disposicional de Morris: Para Morris (1946), un estímulo distinto de la cosa significada, se convierte tanto en signo cuando en el organismo se producen "disposiciones" a emitir respuestas o patrones complejos de respuestas.

Aprendizaje por Condicionamiento: Tiene sus orígenes en el aprendizaje por condicionamiento según fue formulado por Pavlov, y especialmente en lo que se denominó "segundo sistema de señales". En este caso, algo que no es el objeto significado, se convierte en signo en la medida en que se condicione a las respuestas originales producidas por el objeto. El signo es el estímulo condicionado, el objeto incondicionado.

A. PROCESO DE MEDIACION REPRESENTACIONAL.

Este tipo de teoría es una forma de desentrañar la naturaleza conductual de aquella que Morris denominó "disposiciones". Esta teoría psicológica del significado, que es la que Osgood propone como fundamento de la técnica del Diferencial Semántico, teniendo su origen con Hull constituye, una elaboración del concepto "de acto de estímulo nuro" es decir, aquel cuya función exclusiva es servir de estímulo para otros actos; Hull creyó que estos constituirían la base orgánica explicatoria de la conducta simbólica. Osgood utilizó y elaboró este concepto con fundamento de la hipótesis de la mediación, la cual la propuso de la siguiente manera.

"Cualquier patrón de estimulación que no sea el objeto, es signo de este objeto, si produce en el organismo una reacción mediadora que (a) es alguna parte de la conducta total producida por el objeto y (b) produce una autoestimulación característica, que mediatiza respuestas que no ocurrirían sin la asociación previa entre el no objeto y el objeto que es fuente de estimulación".

Lo anterior se refiere "a cualquier patrón de estimulación": Dicho patrón distinto del objeto puede ser un ítem lingüístico, especialmente una palabra o término, e ejemplo, "manzana" es signo cuando produce en el organismo una reacción mediadora, una fracción de la conducta total que produciría la percepción inmediata y directa del objeto; por ejemplo, la activación de las glándulas -

salivales siendo la palabra manzana la que produce una autoestimulación característica única. El proceso inducido por el estímulo es representacional, en la medida en que, representa parte de la conducta total producida por la percepción del objeto, y mediatorio, en tanto que, la autoestimulación produce conductas relacionadas con el objeto. Así pues, el modelo conductual de Osgood es ya definitivamente un enfoque psicológico del problema del significado, así como el abarcar el campo de la psicolingüística

B. EL DIFERENCIAL SEMANTICO COMO TECNICA DE MEDIDA

Osgood propone en uno de sus artículos tres proposiciones que enmarcan la lógica del método propuesto; la primera se refiere a que el resultado del proceso de collificación o juicio puede ser concebido como el lugar que ocupa un concepto dentro de un continuo experiencial, definido por dos términos polares. La segunda afirmación se refiere a la característica del lenguaje y del pensamiento que permite instrumentar un método objetivo de la medida del significado, puesto que supone la equivalencia de los continuos experienciales superficialmente diferentes y por tanto, la posibilidad de representarlos por medio de dimensiones únicas.

La tercera proposición sostiene que un número limitado de los continuos puede ser utilizada para definir el espacio semántico dentro del cual, cualquier concepto o estímulo será especificado.

C. DIMENSIONES DEL ESPACIO SEMANTICO

Después de un cuidadoso procedimiento para la selección de adjetivos bipolares, los conceptos que iban a ser juzgados y la muestra de jueces, las matrices de intercorrelaciones de las escalas utilizadas para calificar los conceptos, fueron sometidas a análisis de factorización; Osgood en 1952 informa de las primeras investigaciones factoriales; Consideró que aquello que se había denominado espacio semántico, estaba necesariamente compuesto por un número determinado pero desconocido de factores o dimensiones, del significado; por otra parte surgió el análisis factorial como el procedimiento más indicado para aislar e identificar dichas dimensiones.

Tipo de factores:

- a). Evaluativo: Escala de mayor peso, constituida por adjetivos que implican una valoración del concepto: bueno-malo, valioso-sin valor, bello-feo, etc.
- b). Potencia: Una forma u otra, representan fuerza y poder: fuerte-débil, pesado-ligero, etc.
- c). Actividad: Formada por adjetivos bipolares que demuestran movimiento: rápido-lento, etc.
- d). Característica psicométrica del Diferencial Semántico.

A cualquier instrumento de medida se le exigen las siguientes convicciones:

Objetividad: El Diferencial Semántico puede considerarse una técnica objetiva ya que cualquier investigador

puede utilizar las escalas bipolares de siete intervalos, y obtener los mismos resultados en la evaluación del concepto.

Confiabilidad: Es el grado en que se obtienen las mismas calificaciones o medidas cuando un objeto es medido repetidamente. Osgood (1957), para el caso del Diferencial Semántico distingue tres aspectos de la confiabilidad:

1). Confiabilidad en el ítem: Utilizando el método de test-retests, Osgood (1957) encontró un nivel de confiabilidad de 0,85

2). Confiabilidad del Puntaje de Factor: Puesto que el significado de los conceptos y la distancia en el espacio semántico están determinados por los puntajes de factor.

3). Se encontró que una variación para el factor evaluativo es superior a 1.0, para el de potencia superior a 1.50 y de 1.33 para el de actividad, son significativas al nivel de 5% (Osgood 1957).

Validez: La adecuación de un instrumento para medir un fenómeno es lo que se conoce como la validez de un instrumento.

En el caso del Diferencial Semántico se hablará de validez si los resultados del Diferencial se correlacionan significativamente con un criterio externo de significado. Para esto se ha utilizado en primer lugar la llamada "validez de facie" o validez aparente, que consiste en

comparar los resultados obtenidos por medio del instrumento con la forma en que la mayoría de las personas analizan el fenómeno. En nuestro caso se obtienen comparando las agrupaciones de los diferentes términos obtenidos por medio del Diferencial Semántico, con las agrupaciones que de los mismos términos hacen las personas en general. Entre mayor sea la semejanza de las agrupaciones, mayor es la validez del instrumento.

Comparabilidad: Existen dos formas de comparación apoyadas por los datos: las comparaciones entre objetos y entre estímulos.

E. CONSTRUCCION DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

Lo que pudiéramos llamar la construcción del Diferencial Semántico como intento de comparar las hipótesis de la generalidad o universalidad de los sistemas del significado afectivo independientemente de las diferencias culturales y lingüísticas, tuvo su origen en la investigación de Kunata (1956), con la comparación de coreanos y japoneses bilingües, con norteamericanos monolingües; al año siguiente, Osgood y Triandis compararon estudiantes universitarios griegos y norteamericanos; en 1969 Suci, trabajó, con culturas indígenas del suroeste de los Estados Unidos, también con norteamericanos monolingües e hispanohablantes; en el mismo año, Osgood comparó tendencias cinestésicas en navajos mexicanos, japoneses y norteamericanos.

canos (Osgood y cols.).

En los procesos de investigación transcultural, tal como Osgood (1967) lo planteó, surgen una serie de problemas metodológicos específicos, dichos problemas están representados por las dificultades y limitaciones de la traducción, de instrumentos verbales; la selección de muestras culturales y la interpretación de los resultados.

F. APLICACIONES DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

En forma esquemática el Diferencial Semántico se ha utilizado en cuatro campos de la psicología:

a). Medición de Actitudes: Una de las aplicaciones más interesantes del modelo de Osgood es la predicción del cambio de actitudes a partir del principio de congruencia. Este principio es un caso correspondiente a la Teoría del Balance de Heider, aplicado específicamente a una situación en la cual se pueden distinguir al emisor de un mensaje al receptor y al objeto de la actitud. Así pues los cambios de actitudes se dan siempre en el sentido de lograr un incremento de la congruencia con el marco de referencia existente. Si este principio se cumple cuando todos los elementos están asociados, el sujeto desarrollará actitudes semejantes hacia el objeto y fuente, siendo el monto total de cambio necesario igual a la presión a la congruencia; esta, a su vez, es igual a la diferencia algebraica de la fuente y el objeto (Osgood y Tannenbaum - 1955).

b). Area Clínica: una forma eficaz de ilustrar la aplicabilidad del Diferencial Semántico a la psicología clínica es por medio de los trabajos de Osgood y Luria (1954), - desde los escritos de M. Prince y de T. Ribot, no se conocían casos psiquiátricos de personalidad múltiple. Ya para entonces el Diferencial Semántico se había empezado a usar en psicología clínica, particularmente en estudios sobre el efecto de psicoterapia en la estructura del significado afectivo, ante esto último, se elaboraron criterios relacionados con los aspectos esenciales de la normalidad o anormalidad, en donde dependen mucho del significado que tienen algunos conceptos en la vida afectiva y de relaciones interpersonales.

La normalidad, bien sea que se defina como una capacidad superior o que esté determinada por lo opuesto a los desórdenes neuróticos, se puede determinar por medio de la comparación de los significados de una persona con los que son compartidos por su medio social. Entre mas cercanos estén los conceptos al término medio, la persona será mas normal, entre mas lejanos, mas anormal, bien sea en la dirección de supranormales a los de subnormales.

c). Area Social: aquí el Diferencial Semántico influye en los estudios de los estereotipos, puesto que permite comparaciones sistemáticas de los resultados en términos de la localización semántica del término que identifica al grupo, o de los adjetivos que supuestamente lo caracterizan. El estudio de estereotipos por medio del Diferencial Semántico consiste en la ubicación dentro del espacio semántico del grupo regional, racial, nacional, etc., que se está investigando. Prothro y Keehn concluyen que -

el Diferencial Semántico se ha utilizado en el estudio de roles sociales, Friedman y Gladden (1964) concluyen que - el Diferencial Semántico permite definir de modo operacional el conflicto de roles, o sea, en términos de las distancias que separan los roles dentro del espacio semántico.

El carácter representacional de los signos, su origen en el aprendizaje, y la ausencia de un eslabón entre el signo y la cosa significada, constituyen los elementos sustanciales de una Teoría Conductual del Diferencial Semántico.(14)

C A P I T U L O

IX

**LA IMAGEN QUE SE TIENE ACERCA DEL PSICOLOGO
CLINICO Y DEL PSIQUIATRA**

INTRODUCCION

Como profesión, la psicología es más reciente, si bien en el mundo actual existe desde hace tiempo una sentida necesidad del actuar del psicólogo, el status de la psicología y del psicólogo clínico no es igual en todos los países ya que hay sociedades para las cuales es imprescindible el psicólogo clínico con su quehacer profesional, así como la del psiquiatra. Dada su formación y tipo de tareas podría un psicólogo, desenvolverse en un marco interdisciplinario, lo que implicaría, tal vez, con conflictos y rivalidades a nivel del ejercicio con otros profesionales, sin embargo, donde se dan mayores confusiones y situaciones competitivas es en el ámbito de la psicología clínica, cuyo ejercicio en México se le reduce en la mayoría de los casos a la categoría de un auxiliar del médico y no como parte integrante y en igualdad de circunstancias al resto del equipo de salud mental.

Es por eso el interés de este estudio, que permitió descubrir las diferencias más significativas entre ambos profesionistas.

Así pues, en base a los motivos antes señalados en este estudio, se ha tratado de comprobar, de que a la vez de que existen diferencias individuales entre las personas, ya sea en su forma de pensar o de actuar, pueden existir actitudes o formas de pensar comunes hacia una imagen establecida, siendo en éste caso, la del psiquiatra a

la del psicólogo clínico.

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y LIMITE DEL ESTUDIO

Se ha observado que a medida que las sociedades contemporáneas han crecido, sobre todo a nivel tecnológico, demográfico, etc. Este aumento va en relación con desequilibrios de índole emocional; en donde es evidente que los servicios prestados por profesionales como el psicólogo clínico y el psiquiatra se han convertido en una necesidad.

Se puede concluir que el propósito inmediato de este estudio consiste en centrar la percepción mas bien abstracta del rol profesional del psicólogo clínico, comparado en múltiples aspectos con el del psiquiatra, elaborándose esta investigación con sujetos de ambos sexos de origen mexicano.

B. OBJETIVOS

Conocer el concepto que se tiene del rol profesional del psicólogo clínico y del psiquiatra, con pacientes psiquiátricos hospitalizados y con personas que no han tenido un trato directo con ambos profesionistas. Se midió — por separado la imagen hacia éstos, para saber si existió alguna diferencia significativa. Se aclarara que lo que interesa exclusivamente en este estudio, es la percepción por parte de los que no han tenido una relación terapéutica y de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, del actuar de ambos profesionistas, en el ámbito de la clínica.

ca dejando de lado otras áreas del quehacer psicológico y psiquiátrico.

La finalidad que se persigue en este estudio, es la de concientizar al psiquiatra y al psicólogo clínico acerca de la imagen que los pacientes tienen hacia ellos, y que puede influir en la relación terapéutica positiva o negativamente, así como el ver en sujetos no psiquiátricos las posibles confusiones de rol o prejuicios que pudieran haber tenido en sus conceptos, o si existe algún mito acerca de la percepción de ambos profesionistas.

C. FORMULACION DE LAS HIPOTESIS DE INVESTIGACION Y ESTADISTICA.

Hi : La imagen que tienen los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra (a), es diferente a la imagen que tienen los sujetos que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra (b).

Ho : La imagen que tienen los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra (a), es igual a la imagen que tienen los sujetos que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra (b).

- a = Imagen que tienen los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra.
- b = Imagen que tienen los sujetos que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra.

Hi : I de a ≠ I de b

Ho : I de a = I de b

D. EXPERIMENTOS PREVIOS

Solo tenemos referencia de un estudio hecho en Argentina en la Universidad Nacional de San Luis, por Eva Mikusinski, Olga Carugno y Mirta Nassif.

Ellos utilizaron a un grupo de 30 sujetos que cumplieran las funciones de docentes en un Instituto de Arte en la Universidad de San Luis Argentina. Se aclara que la muestra utilizada, la formaron únicamente aquellos docentes que tenían a su cargo materias relativas a actividades artísticas, (dibujo, escultura, arte dramático, música, danza folklórica, etc.), dejando de lado a los responsables de los cursos referentes a las nociones de cultura general y cursos de apoyo. Se puede agregar que la muestra de por sí resultó altamente heterogénea, en cuanto a aspectos tales como sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de preparación, formación académica y años de estudio implicados en la misma.

Se basó este estudio en el Diferencial Semántico de Osgood, en donde usaron 30 escalas de adjetivos bipolares habiéndose procedido en este sentido algo arbitrariamente pero siempre en función de la profesión y no del individuo. Se trataron de ofrecer numerosos elementos para lograr una imagen amplia y multifacética de ambos profesionales.

Además de las 30 escalas se agregó un cuestionario complementario que incluía 6 preguntas, relacionadas con tareas comunitarias, así como el diseño de una técnica sociométrica que consistió en la presentación de una lista de 10 profesiones y ocupaciones en las que incluyeron al psicólogo y al psiquiatra.

Con respecto a las diferencias entre ambos profesionales, los resultados se registraron en 11 escalas a favor del psiquiatra, en donde la diferencia más pronunciada a juicio de los exploradores fue de que tenían mayores posibilidades de producir curas definitivas. La diferencia más significativa del psicólogo fue el de tener mayor interés en el paciente. Estos datos se obtuvieron en la Revista Latinoamericana de Psicología del estudio llamado "Imagen del Psicólogo y del Psiquiatra en la Argentina".

E. METODOLOGIA

I). Explicación de las hipótesis y mención del nivel de significancia.

Además de la hipótesis principal mencionada anteriormente, se formularon las siguientes hipótesis.

En cuanto a la escala de EVALUACION

H₁ : I_a ≠ I_b

H₀ : I_a = I_b

En cuanto a la escala de POTENCIA

H₁ : I_a ≠ I_b

H₀ : I_a = I_b

En cuanto a la escala de ACTIVIDAD

H₁ : I_a ≠ I_b

H₀ : I_a = I_b

I_a : Imagen de los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra.

I_b : Imagen de las personas que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra.

Para encontrar si existían diferencias entre la imagen hacia el psicólogo clínico y hacia el psiquiatra en los dos grupos, se plantearon las siguientes hipótesis.

H₁ : I_a psic. ≠ I_a psiq.

H₀ : I_a psic. = I_a psiq.

En cuanto a la escala de EVALUACION

Hi : Ia psiq. ≠ Ia psic.

Ho : Ia psiq. = Ia psic.

En cuanto a la escala de POTENCIA

Hi : Ia psiq. ≠ Ia psic.

Ho : Ia psiq. = Ia psic.

En cuanto a la escala de ACTIVIDAD

Hi : Ia psiq. ≠ Ia psic.

Ho : Ia psiq. = Ia psic.

Hi : Ib psiq. ≠ Ib psic.

Ho : Ib psiq. = Ib psic.

En cuanto a la escala de EVALUACION

Hi : Ib psiq. ≠ Ib psic.

Ho : Ib psiq. = Ib psic.

En cuanto a la escala de POTENCIA

Hi : Ib psiq. ≠ Ib psic.

Ho : Ib psiq. = Ib psic.

En cuanto a la escala de ACTIVIDAD

Hi : Ib psiq. ≠ Ib psic.

Ho : Ib psiq. = Ib psic.

Hi : Ia psic. ≠ Ib psic.

Ho : Ia psic. = Ib psic.

En cuanto a la escala de EVALUACION

H₁ : I_a psic. ≠ I_b psic.

H₀ : I_a psic. = I_b psic.

En cuanto a la escala de POTENCIA

H₁ : I_a psic. ≠ I_b psic.

H₀ : I_a psic. = I_b psic.

En cuanto a la escala de ACTIVIDAD

H₁ : I_a psic. ≠ I_b psic.

H₀ : I_a psic. = I_b psic.

H₁ : I_a psiq. ≠ I_b psiq.

H₀ : I_a psiq. = I_b psiq.

En cuanto a la escala de EVALUACION

H₁ : I_a psiq. ≠ I_b psiq.

H₀ : I_a psiq. = I_b psiq.

En cuanto a la escala de POTENCIA

H₁ : I_a psiq. ≠ I_b psiq.

H₀ : I_a psiq. = I_b psiq.

En cuanto a la escala de ACTIVIDAD

H₁ : I_a psiq. ≠ I_b psiq.

H₀ : I_a psiq. = I_b psiq.

Nivel de significancia de .05

2). Material Humano y sujetos de muestreo

Se trabajó con 40 sujetos, que se dividieron en dos grupos de 20. Un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados y el otro grupo de sujetos que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra. Cada grupo se integró con sujetos de ambos sexos y con una escolaridad de mínimo primaria y que la edad osciló entre 20 y 35 años.

3). Material Psicométrico

a. Tipo de test: Escala de actitudes, basado en el Diferencial Semántico de Osgood, en donde la aplicación fue hecha en forma individual.

b. Descripción de la prueba: Siendo creado por Osgood y colaboradores en 1957, es en conjunto una de las contribuciones sustantivas de la Psicolingüística, en donde por una serie de escalas que califican una palabra estímulo, dan al sujeto un concepto y una serie de adjetivos bipolares, con los cuales se les pide evaluar el concepto.

Basándose en los conceptos de Osgood y colaboradores definen tres dimensiones.

El de EVALUACION, que está formado por escalas puras y con un alto peso en la dimensión.

El de POTENCIA, que son escalas de adjetivos con énfasis en el vigor o fuerza, tenacidad, etc.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El de ACTIVIDAD, este factor muestra cierto nivel de dependencia con los factores de evaluación y potencia.

El sujeto se limitó a marcar el grado de identificación del estímulo en relación con los adjetivos de la escala.

adjetivo X I 2 3 4 5 6 7 adjetivo Y

El ejemplo anterior indica que cada número tiene un significado gradual, así pues, 1 y 7, nos hablan de un grado "muy", 2 y 6, "bastante", 3 y 5, "poco" y el número 4 "neutral".

El Diferencial Semántico es un método de medición -- mas que una escala ya construída. El investigador puede escoger las escalas que quiera para incluirlas en su estudio.

Las puntuaciones factoriales se beneficiarán en su confiabilidad, al hacer uso de más de una escala, para cada una de las dimensiones, pudiéndose elaborar tres escalas por dimensión.

En el presente estudio se eligieron nueve escalas -- que correspondían a tres por cada una de las dimensiones (EPA), mezclándose y alternándose al azar la dirección -- del valor escalar de tal forma que los adjetivos de una misma polaridad no quedaran en un solo lado.

Como una forma de evitar que los sujetos se dieran cuenta del objetivo principal a medir, el cual fue la ima

gen del psicólogo y del psiquiatra, se incluyeron en el folleto de aplicación tres conceptos más, como son, PINTURA, INGENIERO Y DEPORTE.

Las escalas que se eligieron fueron:

En la dimensión de EVALUACION

adjetivos	valor factorial
bueno - malo	0.95
agradable - desagradable	0.93
honrado - deshonesto	0.91

En la dimensión de POTENCIA

blando - duro	0.25
grande - chico	0.76
inmenso - diminuto	0.71

En la dimensión de ACTIVIDAD

joven - viejo	0.46
trabajador - perezoso	0.39
activo - pasivo	0.72

4). Reseña histórica del test: Fue usado por Osgood y co laboradores en la Universidad de Illinois para estudiar y medir los procesos representativos del comportamiento verbal de los sujetos. Ultimamente se ha utilizado este método en diversas investigaciones, aquí en México, Rogelio Díaz Guerrero y Salas publicó en 1974 un trabajo titulado "El Diferencial Semántico del Idioma Español" (Trillas, "

México 1975).

5). Confiabilidad y validez de la prueba: El Diferencial Semántico, es un método objetivo con un alto grado de confiabilidad y cierta validez (al menos validez de contenido). Estos puntos hacen del Diferencial Semántico un método bastante aceptable para medir actitudes, específicamente en este estudio, imágenes. Osgood encontró que el factor más relacionado con la medición de actitudes es el factor EVALUATIVO, pues se ha encontrado una confiabilidad de 0.83 a 0.93 en una medida de test - retest.

Los autores concluyeron que una de las diferencias entre tres o más unidades escalares basadas en dos estimaciones en la misma escala, se podría considerar significativa a un nivel de significancia de .05.

6). Reglas para cuantificar: Se trabajó con puntajes brutos, se sumaron puntajes totales, sacando un promedio de cada sujeto en cada uno de los conceptos y para cada una de las escalas. Se procesaron los datos estadísticamente mediante el Análisis de Varianza Múltiple

F. PROCESAMIENTO DE DATOS

Como se dijo en el apartado anterior, los datos se procesaron estadísticamente, mediante el Análisis de Varianza Múltiple, que es una técnica que se utiliza para investigar las diferentes causas que producen la varia --

ción entre la media observada y la media verdadera de una muestra.

1). Forma de utilizar el material humano y psicométrico.
 Se usó como material lápiz y hojas mimeografiadas, se incluyeron varias escalas, pero siguiendo a Breuer y Breuer no se calificaron al hacer el análisis para evitar distorsiones por parte de los sujetos.

La aplicación se hizo en forma individual.

El material humano estuvo compuesto por 20 pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios, en un grupo, los que se seleccionaron en base a revisión de expedientes que reunieron las características de edad, escolaridad y nacionalidad, además de que tuvieron un contacto con la realidad y que hayan tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra.

El otro grupo estuvo integrado por 20 sujetos que reunieron las características de las variables a controlar y que se seleccionaron en una escuela Secundaria de Hogar Nocturno.

2). Variables a Manipular.

Pacientes psiquiátricos hospitalizados con cualquier tipo de patología.

Que los pacientes hayan tenido una experiencia de --

hospitalización al menos por una ocasión, así como un con
tacto con la realidad, de tal forma que no hubiera un blo
queo o dificultad en el momento de la aplicación.

Que los pacientes psiquiátricos hospitalizados hayan
tenido una relación terapéutica con el psicólogo clínico-
y el psiquiatra.

3). Variables a Controlar.

E^{dad} de los sujetos de 20 a 35 años

Nacionalidad mexicana

E^{scolaridad}, mínimo Primaria.

4). Diseño Utilizado

Ex Post-Facto

X O_a

O_b

Este diseño utiliza a dos grupos de sujetos a fin de
comparar al grupo que fue sometido a X antes de iniciada-
la investigación con el que no fue sometido.

O_a = Medir la imagen de las personas que no tuvieron un-
contacto directo con el psicólogo clínico y el psi-
qui^{atra}.

O_b = Medir la imagen de las personas que no tuvieron un •
contacto directo con el psicólogo clínico y el psi-
qui^{atra}.

5). Folleto de Aplicación.

bastante eterno.

Cada espacio tiene un significado, para recordártelo, usa
remos un ejemplo con las palabras rápido y lento en los -
extremos.

"HIELO"

Muy Bastante Poco Ni rápido Poco Bastante Muy
rápido rápido rápido ni lento lento lento lento
rápido: _____ X _____ lento

Así, la persona piensa que el "HIELO" es poco rápido. Nun-
ca pongas mas de una "X" en cada renglón y no dejes de con-
testar ninguno de los renglones, utilizando la primera im-
presión, sin pensar mucho en ninguno de los renglones. Si
hay alguna duda puedes preguntar. Espere un momento a que
se te dé la orden de empezar.

La información que te pedimos a continuación es confidencial y no comprometedor, pues no debes poner tu nombre. Los datos que tu nos proporciones nos serán de gran utilidad, ya que esta es una investigación científica y para esto necesitamos datos reales.

AGRADECEMOS TU COLABORACION

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

Ocupacion _____

HASTA QUE GRADO ESTUDIASTE ? _____

NACIONALIDAD _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____

CUAL DE LAS ESCALAS TE GUSTO MAS? _____

CUAL DE LAS ESCALAS TE GUSTO MENOS? _____

QUE ACTIVIDADES TE GUSTA REALIZAR ADEMÁS DE TU TRABAJO _____

QUE ES LO QUE TE GUSTARIA HACER MAS EN LA VIDA? _____

GRACIAS

G. RESULTADOS

Estos son los resultados obtenidos de la revisión en expedientes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y en un cuestionario en el caso de las personas que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra, obteniendo datos específicos como los siguientes.

Grupo de Pacientes	Grupo de No Pacientes
Promedio de edad de los sujetos fue de 27. 05	Promedio de edad de los sujetos fue de 23
Sexo	Sexo
6 mujeres	11 mujeres
14 hombres	9 hombres
Estado Civil	Estado Civil
16 Solteros	19 Solteros
2 casados	1 casado
2 divorciados	0 divorciados
Ocupación	Ocupación
(1) comerciante	(7) obrero
(7) ninguna	(4) empleado
(1) cajera	(3) estudiante
(2) hogar	(1) médico
(4) empleado	(1) chofer

(2) estudiante
 (1) secretaria
 (1) carpintero
 (1) abogado

(2) ninguna
 (1) jardinero
 (1) telefonista

Nivel socioeconómico

(14) medio
 (3) medio bajo
 (3) medio alto

Nivel socioeconómico

(14) medio
 (4) medio bajo
 (2) medio alto

Escolaridad

(2) primaria
 (7) sin terminar aún la secundaria
 (2) sin terminar aún la prep.
 (1) profesional
 (1) educadora
 (1) secretaria ejecutiva
 (2) comercio
 (3) facultad
 (1) preparatoria

Escolaridad

(1) primaria
 (13) sin terminar aún
 la Sec.
 (1) preparatoria
 (1) profesional
 (4) facultad

Lugar de residencia

(12) edo. de Jalisco
 (2) edo. de Sinaloa
 (2) edo. de Michoacán
 (2) edo. de Aguascalientes
 (1) edo. de Tamaulipas
 (1) edo. de Sonora

Lugar de Residencia

(20) edo. de Jalisco

Diagnóstico

- (7) Esquizofrenia Paranoide
- (1) Psicosis Maníaco Depresiva tipo depresiva
- (1) Psicosis Maníaco Depresiva tipo maníaco
- (1) Neurosis Depresiva + Farmacodependencia
- (1) Síndrome Cerebral Orgánico + Psicosis por TCE
- (1) Depresión Endógena
- (1) Síndrome Cerebral Orgánico con manifestaciones psicóticas.
- (1) Alcoholismo Crónico con deterioro
- (1) Cuadro depresivo Neurótico
- (1) Esquizofrenia y Epilepsia
- (1) Farmacodependencia, Adicción Múltiple y Psicosis
- (1) Adicción Múltiple, Personalidad Antisocial, Bebedor Excesivo Habitual
- (1) Síndrome Cerebral Orgánico por Tóxicos + Psicosis, Personalidad Antisocial
- (1) Psicosis asociada con Epilepsia

Estos diagnósticos están basados según el DSMII.

Número de Ingresos

- once pacientes con un ingreso
- un paciente con 18 ingresos
- dos pacientes con dos ingresos
- un paciente con siete ingresos
- un paciente con cinco ingresos
- cuatro pacientes con tres ingresos

CONCLUSIONES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Se comprobaron las siguientes hipótesis alternativas:

- 1) $H_1 : I_a \neq I_b$. Esto indica que la imagen del grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra es diferente a la del grupo de personas que no han tenido un contacto directo con ambos profesionistas. Lo mismo es para las escalas de evaluación, potencia y actividad, siendo las hipótesis correspondientes.
- 2) $H_1 : I_a \neq I_b$ Escala de EVALUACION
- 3) $H_1 : I_a \neq I_b$ Escala de POTENCIA
- 4) $H_1 : I_a \neq I_b$ Escala de ACTIVIDAD

Se aceptaron las siguientes hipótesis nulas.

- 5) $H_0 : I_a \text{ psiq.} = I_a \text{ psic.}$ Esto indica que el grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados, la imagen que tienen hacia el psiquiatra y hacia el psicólogo clínico es igual. Lo mismo se observó en las tres escalas, a saber.
- 6) $H_0 : I_a \text{ psiq.} = I_a \text{ psic.}$ Escala de EVALUACION
- 7) $H_0 : I_a \text{ psiq.} = I_a \text{ psic.}$ Escala de POTENCIA
- 8) $H_0 : I_a \text{ psiq.} = I_a \text{ psic.}$ Escala de ACTIVIDAD
- 9) $H_0 : I_b \text{ psiq.} = I_b \text{ psic.}$ Esto indica que el grupo de personas que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra, la imagen que tienen hacia uno y otro profesionista es igual. Lo mismo-

se encontró en las tres escalas.

10) Ho : Ib psiq. = Ib psic. Escala de EVALUACION

11) Ho : Ib psiq. = Ib psic. Escala de POTENCIA

12) Ho : Ib psiq. = Ib psic. Escala de ACTIVIDAD

13) Ho : Ia psic. = Ib psic. Esto indica de que la ima
gen que tiene el grupo de pacientes psiquiátricos hos-
pitalizados hacia el psicólogo clínico es igual a la i
magen que tiene el grupo de personas que no han tenido
un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquia-
tra, esto mismo se encontró en cuanto a las tres esca-
las.

14) Ho : Ia psic. = Ib psic. Escala de EVALUACION

15) Ho : Ia psic. = Ib psic. Escala de POTENCIA

16) Ho : Ia psic. = Ib psic. Escala de ACTIVIDAD

17) Ho : Ia psiq. = Ib psiq. Esto nos indica de que la
imagen hacia el psiquiatra en ambos grupos fue igual.
También se encontró que no hubo diferencia en cuanto a
las tres escalas.

18) Ho : Ia psiq. = Ib psiq. Escala de EVALUACION

19) Ho : Ia psiq. = Ib psiq. Escala de POTENCIA

20) Ho : Ia psiq. = Ib psiq. Escala de ACTIVIDAD

FUENTE DE VARIACION	SUMA CUADRATICA	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRATICA	DISTRIBUCION F	VALOR CRITICO	PROBABILIDAD
V	SC	GL	MC	F	C	P
Tablas	30.672	1	30.672	27.782375	3.84	.05
Columnas	1.574	2	.787	.71285631	3.00	.05
Replones	80.228	3	26.742667	24.223226	2.60	.05
Interacción Replones x Columnas	1.426	6	.23766667	.21527597	2.10	.05
Columnas x Tablas	0.235	2	0.1175	.10643026	3.00	.05
Replones x Tablas	2.762	3	.92066667	.83393018	2.60	.05
Replones x Columnas x Tablas	0.279	6	.0465	.04211921	2.10	.05
Error	903.62823	456	1.104093	1		
Total	620.60423	479	1.2956247			

DISCUSION DE DATOS OBTENIDOS

Se encontró una diferencia significativa entre la imagen hacia el psicólogo clínico y psiquiatra en ambos grupos, ya que se encontró una distribución F de 27.782375 y un valor crítico de 3.84. Así mismo se observaron diferencias en las dimensiones EPA entre sí y entre los totales en ambos grupos, con una distribución F de 24.223226 y un valor crítico de 2.60.

Mediante el Análisis de Varianza Múltiple no se obtuvieron diferencias significativas respecto al psicólogo clínico y al psiquiatra como una totalidad ni en cada una de las dimensiones EPA.

Se obtuvo un índice de error sin embargo esto no indica que la escala de aplicación haya sido inadecuada para la investigación ya que la muestra fue heterogénea. La media cuadrática del error fue de 1.1040093.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Basándose en el apartado anterior se puede afirmar que:

- I) La imagen de los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra, es diferente a la imagen de las personas que no han tenido un trato directo con el psicólogo clínico y el psiquiatra.

H₁ : I_a ≠ I_b se comprueba

H₀ : I_a = I_b se rechaza

2) No existe diferencia de la imagen hacia el psiquiatra de la imagen hacia el psicólogo clínico en ambos grupos.

3) En cuanto a la escala de EVALUACION, la imagen de los pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra, es diferente de la imagen de las personas que no han tenido un trato directo con los mismos.

En la escala de POTENCIA, es diferente la imagen de ambos grupos hacia el psicólogo clínico y el psiquiatra.

Es diferente la imagen del grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados hacia el psicólogo clínico y psiquiatra de la imagen del grupo de personas que no han tenido un trato directo con ambos profesionales en la escala de ACTIVIDAD.

- 4) No existe interacción entre el psicólogo clínico y psiquiatra y las dimensiones EPA.
- 5) No se encontró interacción entre el psicólogo clínico y psiquiatra y el paciente psiquiátrico hospitalizado.
- 6) En cuanto a las dimensiones EPA y el paciente psiquiátrico hospitalizado no hay interacción entre ellos.
- 7) No se obtuvo interacción entre el paciente psiquiátrico hospitalizado, el psicólogo clínico, psiquiatra y las dimensiones EPA.

C A P I T U L O

X

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en esta investigación - podemos concluir que la imagen que se tiene de ambos profesionistas (psicólogo clínico y psiquiatra), cambia en la medida en que se tenga mayor contacto con estas personas que se dedican al servicio de la salud mental. Lo anterior lo podemos afirmar en base a la comprobación de la hipótesis número I ($H_1 : I_a \neq I_b$).

Así como de acuerdo a las dimensiones EPA se observó también una diferencia significativa en las escalas de EVALUACION la cual nos habla de una mayor valoración del concepto, indicando esto que en ambos grupos el hecho de tener o no contacto directo con los profesionistas ya mencionados, influye para que éstos se formen algún tipo de imagen (concepto valorativo), en tanto, que en las dimensiones de POTENCIA y ACTIVIDAD que nos hablan de fuerza y movimiento, se halló también una diferencia significativa aunque de menor peso que la de EVALUACION.

También los resultados en cuanto a la diferenciación del Rol Profesional del psicólogo clínico y del psiquiatra, se encontró que los pacientes psiquiátricos hospitalizados captaron una imagen igual hacia estos profesionistas, observándose lo mismo en el grupo que no han tenido un trato directo hacia éstos servidores de la Salud Mental. Aclarándose que se midió por separado la imagen hacia ambos profesionistas.

Lo anterior lo podemos corroborar por el hecho de la experiencia obtenida en el momento de la aplicación de los cuestionarios en ambos grupos, en donde la actitud generalizada de los sujetos, se enfocó a preguntas tales como, Cuál es la diferencia entre psicólogo y el psiquiatra El psicólogo es lo mismo que un doctor?etc.

Creemos que una de las causas de mayor importancia, de que no haya una distinción de roles entre el psicólogo clínico y psiquiatra, se debe al desconocimiento con respecto al campo de acción de estos profesionistas, enfatizando, en que este desconocimiento lo poseen la mayoría de la población. Sin embargo, en la muestra utilizada con pacientes psiquiátricos hospitalizados, la ausencia de diferenciación del Rol Profesional hacia los que se dedican al servicio de la Salud Mental, parece deberse más a la actitud poco diferenciada que los mismos profesionistas adoptan en relación al trato con el paciente. Así por ejemplo, tenemos que el paciente al dirigirse hacia el psicólogo clínico lo llaman doctor. (Eso mismo sucede con el Trabajador Social que también labora en la Institución), otro ejemplo sería, la presentación refiriéndonos específicamente a la bata blanca, estímulo que el paciente asocia con la idea de médico o doctor.

Lo anterior se apoya en las hipótesis nulas que se aceptaron de la cinco a la veinte.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio y en base a que la muestra usada no fue homogénea se sugiere que en estudios posteriores se tomen en cuenta variables controlar como el sexo de los sujetos, el nivel socioeconómico, grado de escolaridad, lugar de residencia y estado civil.

Se sugiere también que se haga un estudio comparativo entre varias instituciones hospitalarias ya sea de orden público o privado, así como con pacientes hospitalizados con los de consulta externa.

Con lo que respecta a la poca diferenciación del psicólogo, clínico y el psiquiatra, se sugiere utilizar los medios de comunicación masivos para la difusión cultural de las ramas de la psicología y de la psiquiatría.

Con respecto a la Institución, que es uno de los campos de acción de los profesionistas, se debe tomar en cuenta, concientizar de qué es lo que el paciente ve en ellos, que los profesionistas den importancia el cómo tratar al paciente y no relegar este punto de suma importancia a algo secundario, como el de verlos como sujetos etiquetados con un diagnóstico.

También, en tanto el psiquiatra como el psicólogo clínico se concienticen de que su trabajo es un equino y lograr así beneficios para el paciente tales como, el de-

organizar programas recreativos, grupos de terapia, convivencias de tipo social, y lo más importante, el de motivar ambos al paciente para la recuperación de su salud y continuación de su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- (I) Juan C. Betta, 1974. Manual de Psiquiatría. Ed. Albatros
- (2) Dr. Guillermo Corona Uthink, 1972. El Proceso de la Psiquiatría. Ed. Herrero Hermanos, Sucesores S.A. -- (HH).
- (3) Directores J. J. López Ibor, H.J. Ibarahona Fernández 1972. No. 0 Volumen I, Segunda etapa, Imrenta Ganga ra S. L. Madrid.
- (4) Dr. Fernández del Castillo, Notas acerca de la Historia de la Medicina en México.
- (5) Jean Maisonneuve, 1973. Psicología Social. Ed. Paidós Buenos Aires.
- (6) Kleinberg Otto, 1965. Psicología Social. Fondo de -- Cultura.
- (7) Clay L. Henry, 1978. Introducción a la Psicología Social. Ed. Trillas.
- (8) Richard F. Thompson, 1977. Introducción a la Psicología Fisiológica. Ed. Harla
- (9) Whittaker James O., 1970. Psicología. Ed. Interamericana.
- (10) Werner Wolff, 1970. Introducción a la Psicopatología Ed. Fondo de Cultura Económica.
- (11) Dr. Philip Solomon, Dr. Vernon D. Patch, 1972. Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno S.A.
- (12) Director: Prof. Ramón Sarró, 1974. Tomo No. 2. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. Ed. Scientia, Barcelona.

- (I3) Directores J.J. López Ibor, H.J. Barnhona Fernández
Neurología y Psiquiatría y Ciencias afines, Volumen
VI segunda etapa no. 2 marzo-abril de 1978.
- (I4) Rogelio Díaz Guerrero y Miguel Salas, 1975. El Dife
rencial Semántico del Idioma Español. Ed. Trillas.