

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO



“REFLEXIONES SOBRE LOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNOS PSICÓTICOS (ÁMBITO HOSPITALARIO)”

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA

BLANCA EDITH VELÁZQUEZ ROSILES

DIRIGIDA POR

DR. MANUEL GUZMÁN TREVIÑO

**CENTRO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. MÉXICO.**

1999

No Adq. H61325

No. Título _____

Clas. 616.89009

V434 r

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ
"ROBERTO RUIZ OBREGON"

AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesis a mis padres, que me han apoyado desde el primer día que supieron que yo venía a este mundo, les doy mil gracias por haberme brindado la oportunidad de vivir y gozar de su compañía. Sin ustedes no hubiera logrado estudiar mi Licenciatura en Psicología Clínica, profesión que amo y respeto, pues ella me ha permitido emprender una nueva etapa de mi vida, encaminada a desarrollarme profesional y laboralmente.

A mis hermanos le envío un breve mensaje en estas líneas: No dejen caer por la borda esta misma oportunidad que ahora junto con mis papás les ofrezco de corazón para que se preparen lo más que puedan, estudien mucho y tengan las mejores herramientas para enfrentar dignamente las adversidades de la vida.

Le doy gracias a Dios por haberme enviado al seno de una familia tan maravillosa, porque me ha colmado siempre de bendiciones, porque ahora cuento con un trabajo del que estoy aprendiendo mucho el cual me ha hecho crecer a cada instante, dando lo mejor de mí y aprendiendo también de mis errores.

Cómo dejar de lado a otra persona que es muy importante en mi vida: Rommel, gracias a ti también he tenido esa fuerza para no claudicar en los momentos más difíciles.

A mis profesores y amigos que me motivaron y compartieron conmigo sus valiosos conocimientos para emprender y mejorar este proyecto de investigación que el día de hoy concluyo.

Agradezco de igual forma a las instituciones que me permitieron conocer su funcionamiento interno, en busca éste de la salud mental de sus pacientes, ya que a través de estas experiencias he conocido nuevos horizontes.

Quiero expresar mi más profundo respeto y reconocimiento a los pacientes de las instituciones psiquiátricas, quienes solidificaron esta investigación, pues sin proponérselo, representan el papel principal de esta obra.

GRACIAS

"Existe solamente un medio para hacer que la ciencia avance: desautorizar la ciencia ya constituida; dicho en otras palabras, cambiar su constitución"

*Gastón Bachelard
La filosofía del no*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE	1
PRÓLOGO	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
ANTECEDENTES HISTÓRICOS GENERALES	6
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO	10
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	13
METODOLOGÍA: OBJETIVO GENERAL OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS	23
CAPITULO I	28
CAPITULO II	32
CAPITULO III	35
VIÑETA CLÍNICA	37
CASO CLÍNICO	47
ATENCIÓN A GRUPO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	50
ANEXOS	51
CONCLUSIONES	60
SUGERENCIAS	66
BIBLIOGRAFÍA	69

PRÓLOGO

En esta tesis se expone el desarrollo de un tema de interés personal, con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica.

Esta investigación será presentada por la C. Blanca Edith Velázquez Rosiles, alumna egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro en Diciembre de 1997, miembro de la generación 1994 –1997.

El Dr. Manuel Guzmán Treviño es el asesor titular de este trabajo.

Se contó además, con el apoyo y supervisión en la realización de este escrito del Dr. Carlos Germán Barraza Cedillo; del Lic. Hugo Pedroza Falcón y del Mtro. Miguel Angel Murillo Gudiño.

El propósito de este trabajo es proporcionar un panorama general de la situación actual de los hospitales psiquiátricos, se buscan esclarecimientos de algunas dudas, respecto a la naturaleza, logros e implicaciones de las diferentes modalidades terapéuticas que son aplicadas en dichas instituciones. Se pretende mostrar el proceso de transformación que se ha suscitado en esos medios y lograr entender que la intervención terapéutica con el paciente cuyos trastornos psiquiátricos son los que lo aquejan, no es sólo un acontecimiento, algo que sucedió y se ha cristalizado; si no que es precisamente un movimiento que implica cambios continuos, soluciones constantes a problemas siempre nuevos y enfrentamientos a situaciones imprevistas. Se realizará una reflexión en torno a lo suscitado en estas áreas.

“Juzguen, pues, esta obra, los que deseen juzgarla, con la indulgencia de quienes observan a los ciegos que pretenden mirar”

Fredo Arias de la Canal

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental es en nuestros días un problema humano y médico aún no resuelto pues es evidente que muchos intentos por darle solución se han desbordado en el fracaso; sin embargo, también es cierto que otros esfuerzos no han sido inútiles. Por otro lado, los límites entre la enfermedad y la salud son muy inciertos, lo cual crea un terreno muy escabroso para el sembrado de abordajes terapéuticos eficaces que puedan brindar buenos frutos. El interés del presente estudio se dirige a hacer un análisis de lo que está pasando actualmente en este ámbito: ¿Qué alcances se han logrado con la aplicación de diversas modalidades psicoterapéuticas a pacientes psiquiátricos? ¿Qué hacer para que el paciente restablezca sus hábitos de convivencia, aprobación personal y social? ¿Qué implica una rehabilitación integral para que el paciente pueda adaptarse nuevamente al medio ambiente que le rodea? ¿Cuál es el tipo de atención que el enfermo necesita para recuperar la funcionalidad en todas las áreas de su vida: social, familiar, laboral, etc.?

En esta última parte del siglo XX hemos sido testigos de cambios notables en todas las esferas de la vida. Si bien podríamos calificar con acierto muchos períodos históricos como épocas de transición, ninguno de ellos puede compararse con el presente en términos de la naturaleza, la frecuencia y magnitud de los cambios que los individuos tenemos que enfrentar.

Los gigantescos avances de las tecnologías modernas, la rápida expansión del acervo de información científica y el profundo escepticismo respecto a las estructuras, los valores y las instituciones sociales han sido evidentes hasta para el observador más casual de los últimos años. El que otorguemos nuestra aprobación a dicho cambio tan rápido, es irrelevante, en último término, tenemos que aprender a vivir con él, más exactamente: Tenemos que aprender a planear y dirigir este cambio si queremos vivir con cierto grado de satisfacción, significado y utilidad para con nosotros mismos y la sociedad en general.

Dentro del terreno de las instituciones prestadoras de servicios de atención a la salud, la lección es clara. En el contexto de cambio rápido y no planificado, una institución estática no puede sobrevivir si los bienes o servicios que prestan no se ajustan a este cambio y se otorgan brindando buena calidad en ellos.

Los éxitos obtenidos en el pasado por los servicios de salud, significan muy poco dentro de un contexto influido por consumidores, productos, valores, estilos de vida; además, con el continuo cambio se exige cada día mayor calidad en el servicio demandado; por tanto, las instituciones prestadoras de servicios a la salud tienen que desarrollar por sí mismas los medios que permitan llevar a cabo una renovación continua y eficiente. Tienen que ser capaces de reconocer la calidad de servicios que prestan, también cuándo es necesario cambiar, y, sobre todo, tienen que disponer de herramientas suficientes que les permitan provocar dicho cambio, siempre que éste sea relevante y garantice mayor calidad en los servicios que proporcionan.

JUSTIFICACIÓN

Toda institución educativa está obligada a mantener un nivel de calidad de sus egresados, así, la elaboración de esta tesis representa un espacio en el cual se pondrán en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el aula, así como también dar a conocer algunas experiencias que han permitido desarrollar una formación profesional.

En una ocasión, el Señor Rector de nuestra máxima casa de estudios comunicó que: “La tarea fundamental de la Universidad Pública es la formación de recursos humanos y el país sin capital humano preparado no tiene posibilidades de desarrollo”¹. Se debe reconocer fielmente que los profesores de la Licenciatura han dejado semillas de inquietud para emprender una búsqueda de conocimientos diferentes de los que ellos han transmitido, ahora basados en experiencias propias y de reflexiones originadas de un tema de interés personal (el que se desarrolla en este escrito). Nos han dado la oportunidad y la posibilidad de ser creativos pues facilitaron un conocimiento deseable, cautivador y entretenido. Sin duda alguna, la Universidad ha proporcionado los medios necesarios para tener un buen desempeño de esta profesión.

Más específicamente, abordando el tema que se desarrolla en este trabajo: no podemos negar que la atención a la enfermedad mental es una verdadera necesidad en la sociedad contemporánea. Aunque no se conoce con precisión la magnitud de los programas de salud mental en México, por la información disponible se puede inferir que.- “... el 1% de la población está severamente afectada y necesita atención médico-psiquiátrica a nivel de hospitalización, y el 10% de los individuos lo está en algún momento de su vida. Se estima que la frecuencia de las grandes psicosis funcionales, esquizofrenia y psicosis afectiva es alrededor del 1%; el retardo mental tiene una frecuencia del 3% y la epilepsia afecta al 2% de la población”². Ante este problema grave de salud se piensa que el presente estudio proporciona elementos importantes que han de tomarse en cuenta para elevar la calidad de los servicios que prestan las diferentes instituciones dedicadas a la atención de las enfermedades mentales.

Se puede ubicar esta investigación en una categoría cualitativa, más que cuantitativa, ya que de esta segunda se han realizado bastantes, y ahora es prioritario conocer a fondo los aspectos que han de proporcionar y garantizar una excelente atención a la enfermedad mental. Además, se hace una invitación al lector a que siga reflexionando sobre todos y cada uno de los fenómenos que rodean a la enfermedad mental pues desde un punto de vista muy personal hace mucha falta la actualización del saber en esta área: las instituciones psiquiátricas y sus modelos de atención.

1 REVISTA: Semana Universitaria No. 165 (3 - 9 de Agosto de 1998) Año 4. Pp.5.

2 REVISTA: Psique “Estudios cuantitativos realizados por la O.M.S.” Marzo 1998. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” Pp.11-12.

¿Porqué se eligió un tema cuyo ambiente es permeado en su mayoría por la psiquiatría?

Tal elección tiene los siguientes motivos:

A) Tanto la Psicología como la Psiquiatría están encaminadas al estudio de la psique humana, aunque cada una con sus propios principios teóricos y prácticos (válidos tanto unos como los otros).

B) Una inquietud personal por conocer más acerca de la Psiquiatría.

C) La formación y postura en psicología clínica lo exigen.

D) Una intención por desmitificar ideas que rodean aún en la actualidad a la enfermedad mental.

E) Corroborar o refutar lo que continuamente se lee en los textos, de aquí que el interés de esta investigación, más que documental, sea de campo, tomando como soporte una experiencia propia.

F) Para analizar la interacción de diferentes disciplinas y su participación en nuestro objeto de estudio: la enfermedad mental.

En definitiva, el tema que se aborda en esta tesis es de interés, no sólo personal sino social ya que nuestra sociedad está sumergida en las amenazas que la enfermedad lanza y acecha a los miembros que la constituyen.

" La historia es para recordarse, pero no para repetir los errores del pasado, sino para aprender de ellos y hacer del futuro una mejor historia".

ANÓNIMO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS GENERALES

A lo largo de la historia han sido muy marcados los cambios que han ocurrido alrededor de la llamada enfermedad mental a la cual vulgarmente se le conoce como LOCURA, ¿desde cuándo existe ésta?. Muchos médicos, ya especialistas, del siglo pasado afirmaban que la locura era un producto de la civilización y que en los grupos humanos que seguían viviendo en condiciones de primitivismo no se comprobaba. Esto es totalmente inexacto, pues los estudios modernos de comunidades primitivas indican que sí hay enfermos psicóticos en ellas.

Incluso, remitiéndonos a la mitología griega hay muchos ejemplos de locura y por mencionar sólo algunos: 1) Ulises, unciendo un caballo y un toro juntos para arar las arenas de la playa, y sembrar sal en lugar de trigo. 2) Es también famosa la locura de Ajax, rey de Salamina, uno de los principales guerreros contra Troya. Fue presa de un ataque furioso cuando supo que las armas de Aquiles le fueron concedidas a Ulises. Se cuenta que perdió la razón en tal forma que una noche la emprendió contra un rebaño de ovejas pensando que estaba atacando a sus enemigos y al volver en sí se sintió tan avergonzado que se arrojó sobre su espada y se mató. 3) Es también sabido que el rey de Babilonia, Nabucodonosor II, que reinó por el año 600 a. de J. y que fue un guerrero de gran crueldad, sufrió un trastorno mental llamado licantropía, nombre con el cual se designaba a una forma de locura en que el sujeto se creía transformado en lobo y aullaba por los campos. 4) De la revisión de las Escrituras aparece como uno de los reyes famosos que fue víctima de locura, Saúl, el primer Rey de Israel.

Por todo esto, es lógico que ya en pleno período histórico, todas las grandes figuras de la ciencia, tenían conceptos más o menos claros de la locura. El fundador de la medicina científica, Hipócrates, en sus famosas obras, trata los principales grupos de enfermedades mentales, como la manía, la melancolía, la histeria, la epilepsia. Su espíritu de extraordinario observador clínico le llevó a caracterizar los cuadros más importantes de la psiquiatría. Areteo (médico de Roma) fue el primero en formular la idea sobre la unidad de la psicosis maniaco-depresiva.

Con frecuencia se afirma que la Psiquiatría es una disciplina de reciente invención, pero la verdad es que todos los grandes médicos de la antigüedad se ocuparon de la enfermedad mental con la mayor atención y con gran juicio. No sólo médicos abordaron tal tema sino también los más reconocidos filósofos: Platón trata ampliamente este punto, especialmente en los Diálogos, y de éstos en el Fedro. Aristóteles discute en diversos pasajes de sus libros el concepto de locura aceptando las ideas de Hipócrates quien dice que la bilis negra es una de las causas de la enfermedad mental. Con la figura de Galeno se concentra todo el saber médico de su tiempo, él asegura que el cerebro y no el corazón es en donde se encuentran localizadas las funciones psíquicas y que por tanto, las enfermedades mentales pueden deberse a la afección directa del cerebro.

Con el correr de los siglos el interés del hombre por conocer la verdad se desplaza hasta el conocimiento inmanente de las cosas facilitado por la divinidad, más que al estudio científico de la naturaleza. De ahí que se estancara en gran medida el progreso en el campo de la medicina y de la ciencia en general, y adquiere un desarrollo extraordinario la demonología, o sea, la idea de posesiones demoniacas, y toda clase de interpretaciones supersticiosas. Por tanto, la locura es interpretada generalmente como posesión demoniaca. Es, por consiguiente, la edad media, la época que menos aporta al conocimiento científico de la locura.

Este gran retorno en la historia se cree conveniente para mostrar la verdadera importancia que se le ha dado al estudio de la enfermedad mental y además, para dar cuenta de que es muy cierto lo que la epistemología nos marca: todo conocimiento se construye paulatinamente, nunca surge éste repentinamente. Así pues, este pequeño viaje por el tiempo que se ha realizado hasta el momento, marca un saber en construcción ya que es evidente que la preocupación de médicos, filósofos y literatos radica más en encontrar la causa de la enfermedad mental, para posteriormente ir a la búsqueda de la terapéutica necesaria que la aniquile. Y es justamente en la época del renacimiento cuando empiezan a aparecer intereses en torno a la atención de los sujetos víctimas de algún trastorno mental, ya que aparecen los primeros hospitales psiquiátricos, ideados con fines médicos y asistenciales con algunos fármacos. Sin embargo, la concepción demonológica de la locura no desaparece, y especialmente en Alemania durante los siglos XV y XVI, se instituye sistemáticamente la persecución y muerte de los enfermos mentales, considerados poseídos del demonio. Esto no podía generalizarse, pues naturalmente las cosas no ocurrían uniformemente en todos los sitios y en todos los momentos. Pensemos por ejemplo, que en la misma época en que se desarrollaron esas atrocidades, florecían las concepciones humanistas de Vives, Erasmo y Moro y muchas otras gentes en España, en otros sitios realizaban obras de misericordia a enfermos mentales. Por ejemplo una de las concepciones que maneja Erasmo de Rotterdam respecto a la locura es que: "... ¿Hay algo más feliz que esta especie de personas a las que el vulgo llama estúpidos, estultos, fatuos e insípidos, títulos estos que, en mi opinión, son hermosísimos? Confesaré que a primera vista la cosa parece quizá estúpida y absurda, pero, sin embargo, no puede ser más verdadera"³.

Los hospitales psiquiátricos hasta entonces no habían logrado su finalidad, puesto que terminaron dando solamente albergue a una buena cantidad de enfermos, siendo depositarios de todo lo que ya no es "útil" allá fuera. Alrededor de 1780 aparece el famoso Tratamiento Moral, el cual quiso poner fin a la barbarie de los tratamientos anteriores y, aparte de su carácter humanitario, los cuidados morales se obtuvieron por lo menos como primer resultado, por su aspecto anodino, el no ofrecer obstáculos a las curaciones naturales. Joseph Daquin, médico en Chambéry afirmó que: "de todos los males que nos afligen, la locura es uno de los que exigen el menor número de remedios de farmacia. Se obtienen resultados infinitamente mejores y más seguros con los enfermos afectados mediante la paciencia, con mucha bondad, tratándolos con prudencia ilustrada, con buenas razones y palabras de consuelo, que debe uno de tratar de decirles en los intervalos de lucidez de que disfrutaban a veces. La reunión de todos esos medios es lo que yo entiendo

3 "Elogio de la Locura" Erasmo de Rotterdam Editorial ESPASA – CALPE, MEXICANA S.A. Pp. 68-69.

por filosofía; es de ellos, más que de ese montón de drogas de que se atiborra por lo general a los enfermos, de lo que dependen los éxitos que se alcanzan; y sostengo que los auxilios morales, deberían ser, quizá, los únicos que deberían emplearse”⁴. Antes de continuar con los antecedentes, se considera oportuno y pertinente el debate a la idea del autor que se citó anteriormente ya que el acuerdo a dicho planteamiento es parcial, pues el fenómeno de la psicosis está multideterminado y no es posible dejar de lado las aportaciones que la psiquiatría ha hecho y hace para el conocimiento de las enfermedades mentales, por ello es de gran utilidad el reconocimiento al tratamiento farmacológico, éste como un recurso transitorio para introducir al paciente a un tratamiento más integral y psicodinámico. El primer paso terapéutico para el paciente psicótico es el de proporcionar alivio para la angustia y sus reflejos concomitantes en el complejo sintomático. Por otro lado, en la mayor parte de los casos el paciente se encuentra en un estado alterado y, antes que nada, habría que buscarse la forma de facilitar el vínculo o la relación interpersonal para que así se desarrolle más ampliamente un proceso terapéutico integral que demanda un paciente que presenta ante el psicólogo, médico o psiquiatra un estado crítico.

Regresemos a la secuencia de nuestro tema. Así pues, Pinel creó el acontecimiento teórico que consiste en transformar al loco-objeto en loco-sujeto, con lo cual dio base a la psiquiatría moderna. El asilo del siglo XIX surgió en efecto, de la revolución ideológica promovida por Pinel ya que puso de nuevo a los locos en el orden de los seres humanos sobre los cuales se puede ejercer la influencia íntima que nace de la comunicación. Una enorme esperanza de curación surgió, en efecto, gracias al instrumento moral. Pero, ¿cómo aplicar un tratamiento moral, individualizado por definición en el seno de una reclusión colectiva, en asilos que, por su pretensión de ser terapéuticos, habrán de llegar a experimentar una rápida sobrepoblación?. El crecimiento vertiginoso del número de internos que se dio a lo largo del siglo XIX, una media de un médico para cuatrocientos o quinientos enfermos, selló rápidamente el fracaso del método. Debido a esto, el asilo (hospital) dejó amplísimo lugar a la aplicación de las terapéuticas tradicionales utilizadas desde el siglo XVIII y que, sin pretender atacar la locura misma, se contentaron con luchar con los síntomas: calmantes, evacuantes, irritantes, tónicos, sin olvidar la hidroterapia la cual tuvo gran predilección de su valor terapéutico se creía especialmente útil para la locura, tuvo valor casi de panacea.

Desde luego, las opiniones de los alienistas discrepaban entre sí, se oponían y se combatían, pues sin duda alguna, seguían quedando algunos huecos en los abordajes terapéuticos utilizados hasta el momento, eran notables los escasos resultados de la terapia institucional, se aseguraba que tal práctica se había convertido en un instrumento de fabricación de incurables

Sin embargo, al lado de estos procedimientos del asilo, y a fin de cuentas tradicionales, fue evolucionando al mismo tiempo una corriente de pensamientos marginales y “extrahospitalarios”, interesados sobre todo en el mundo de las neurosis y que, luego de diversas vicisitudes, habrían de florecer a finales del siglo XIX las terapéuticas

4 “Historia de la Psiquiatría” Jacques Postel y Claude Quérel F.C.E. Pp. 435.

psicodinámicas. Con esto se viene a constituir, a pesar de los conflictos entre escuelas, una nueva revolución psiquiátrica, la que condujo de la observación descriptiva de las anomalías del comportamiento a la escucha interpretativa de los mensajes del inconsciente.

Pero, en el horizonte de 1900 estas nuevas perspectivas casi no tuvieron repercusiones, y cierto desaliento se apoderó de los alienistas.

A mediados del siglo XIX tomó gran auge la evolución de las ideas sobre los estudios realizados del sistema nervioso central buscando en él una directa relación con las enfermedades mentales. Por lo que es importante mencionar que la corriente organicista es una de las que mayormente ha contribuido para el desarrollo del conocimiento de los padecimientos psicóticos vía sus aportes neurofisiológicos.

En los inicios del presente siglo se fueron borrando esos vestigios del alienismo que aún quedaban, para dar así nacimiento a la psiquiatría como ciencia. En términos generales, puede decirse que la psiquiatría comenzó a separarse del alienismo tendiendo puentes y concertando alianzas, por una parte, con la neurología y la medicina, y por la otra, con la psicología en sus comienzos.

Lo comprendido en la segunda década de este siglo, aproximadamente en 1923, se formularon programas para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental, cuyos principios fueron la descentralización y la atención de pacientes externos; a partir de esa época empezaron a desarrollarse dichos servicios y la descentralización de esos mismos significó el repudio del antiguo modelo de los Hospitales mentales gigantescos y aislados de la comunidad, a favor de la creación de otros de tamaño mediano, así como de establecimientos para pacientes externos, con el fin de crear más servicios al alcance de la población. La atención ambulatoria comprendía la atención de casos activos de trastornos mentales en etapa incipiente, la aplicación oportuna no solo del tratamiento sin la asistencia social sin aislarlos de la comunidad, para contribuir a su completa rehabilitación. En la Gran Bretaña en 1953, algunos hospitales psiquiátricos adoptaron políticas encaminadas a evitar en lo posible la reclusión del paciente. En 1954 se da el surgimiento de los antipsicóticos y neurolépticos lo que provoca un cambio en el panorama, regresando así al nihilismo.

La OMS en 1961 – 1962 formó un comité de expertos para proporcionar formación adecuada en psiquiatría a los estudiantes de medicina y en 1967 formuló un programa de salud mental en los servicios de salud básicos, cuyo objetivo fue definir y mostrar los procedimientos para incorporar medidas preventivas y terapéuticas.

De 1970 a la fecha se han creado una gran variedad de proyectos encaminados al buen funcionamiento de la atención hospitalaria, algunos de ellos aún no se han logrado consolidar por causas diversas y que se han de especificar en el desarrollo de este trabajo, por otro lado, otros proyectos han arrojado resultados favorables.

Se alude a esta breve remembranza como parte de una historia que no termina.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO

ÉPOCA PREHISPÁNICA

Al tratar de estudiar la Psique prehispánica, desde nuestro punto de vista actual, el primer problema y el más decisivo, es la diferencia de criterios en cuanto a la concepción del alma y de la enfermedad mental de la medicina indígena prehispánica con la moderna. El concepto del alma entre los indígenas prehispánicos fue muy amplio, impersonal e íntimamente relacionado con el espíritu de los animales. Pretender compararlo con el moderno es un error. Sin embargo, la enfermedad mental existió, el alma estuvo sujeta a situaciones conflictivas (de esto se hablaba en la medicina primitiva) que conocemos hoy en día. Existen descripciones de conductas que con criterio actual pueden considerarse como anormales: Moctezuma cuando vio todo perdido fue presa de la depresión; neurosis de angustia sufrieron los mexicas que sobrevivieron a la caída de Tenochtitlan; así como también el alcoholismo, demencia senil, la distinción entre depresión inhibida y depresión ansiosa pueden encontrarse en los escritos de medicina náhuatl.

La etiología de casi todos los procesos patológicos, cuando no se encontraba una relación causa-efecto, se basaba en aceptar la enfermedad como producto de la cólera divina o por un inadecuado comportamiento del enfermo. Prevalcía un pensamiento mágico. Sus medidas terapéuticas estaban basadas en la resignación, o bien, en las oraciones destinadas a los dioses y al uso generalizado de plantas “curativas”, utilizadas en brebajes.

EPOCA VIRREYNAL Y DEL MÉXICO INDEPENDIENTE.

La conquista española y el pensamiento cristiano provocan la caída de aquel mundo mágico, esotérico, que caracterizaba los indígenas mexicanos. La falta de comprensión del enfermo mental y la ausencia de un tratamiento efectivo provocan que el paciente psiquiátrico se encuentre totalmente desprotegido, a excepción de los socorridos por alguna alma caritativa. El estudio de la psiquiatría colonial a falta de más datos, se limita a la labor asistencial de dos hombres: Bernardino Álvarez y José Sayago.

En 1567 Bernardino Álvarez funda en México el primer establecimiento de toda América Latina para alojar enfermos mentales el cual llevó por nombre “San Hipólito”, en él cuando los locos estaban sosegados, se les permitía la convivencia entre sí, pero cuando se excitaban demasiado eran recluidos en jaulas o se les colocaban grilletes para que no se dañaran así mismos o a los demás, esto hasta que se calmaran.

Años más tarde José Sayago funda otro hospital llamado del “Divino Salvador”. Ambos establecimientos eran atendidos por religiosas, dichas obras se mantuvieron hasta 1910 cuando se crea el Manicomio General conocido con el nombre de “La Castañeda” inaugurado por Porfirio Díaz en la conmemoración del centenario de la Independencia.

Hacia la segunda mitad del siglo XVI se produjeron los primeros escritos mexicanos sobre temas psiquiátricos; el tratamiento de esa época consistía en que el enfermo tratara con gente que le hablara de Dios y otras veces a través de la música les impulsaban a controlar su enfermedad.

Durante la época de la Inquisición casi todas las enfermedades mentales eran consideradas herejías, a los retardados mentales, idealistas, visionarios, maníacos, etc. se les seguía un proceso que casi siempre culminaba en la hoguera. El remedio contra la posesión demoníaca era la penitencia y el castigo corporal, ayunos extralimitados, flagelaciones, etc.

En el siglo XVIII el tratamiento de los trastornos psicóticos de acuerdo a la teoría, consistía en aplicar estimulantes y/o deprimentes según el caso. En la práctica, los medicamentos eran el alcohol y el opio.

A finales del siglo XIX Miguel Alvarado realizó grandes labores en el ámbito de la psiquiatría cuando se hace cargo de la dirección del Hospital del Divino Salvador: establece un registro que contiene datos relacionados con el estudio de la locura en México; señala la historia de cada enfermo, las causas probables del padecimiento, el pronóstico y el tratamiento.

Si la atención de Bernardino Álvarez se limitaba a conservar al enfermo mental “libre” del desprecio público y brindarle una vida más o menos digna, con Alvarado ya se estudian las enfermedades mentales más a fondo y se intenta un tratamiento de las mismas.

En los primeros años del presente siglo se lograron éxitos contundentes gracias a la aplicación de las entonces recientes medidas diagnóstico-terapéuticas descubiertas por la psiquiatría de otros países; en la actualidad se encuentra a la vanguardia técnicas y procedimientos más adelantados para mejorar el estado de salud de los usuarios de estos servicios.

En 1965 el gobierno del Lic. Díaz Ordaz da marcha a la “Operación Castañeda” la cual consistió en sustituir el antiguo manicomio general por un conjunto de modernos hospitales distribuidos en el D.F. y estados del interior. Entre estos, en 1969 es inaugurado el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Alrededor de los 70's algunos centros de salud desarrollaron módulos de salud mental con campos constituidos por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales especializados. A la fecha han aparecido una cantidad inmensa de Centros e Institutos destinados a la atención de la enfermedad mental, constituidos cada uno de ellos por programas de diversa índole, unos enfatizado un enfoque médico-psiquiátrico, y otros un enfoque puramente psicológico, pero muy pocos son los que consideran la interdisciplinariedad

En el año de 1974 la Asociación Psiquiátrica Mexicana se planteó un proyecto de transformación de los modelos de atención en los hospitales psiquiátricos, que llevó por nombre “REFORMA 2600”. Experiencia que encontró su fin en 1977, por cuestiones económicas insolubles.

En 1977, se registra la creación de la comunidad terapéutica en la unidad de psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la cual hasta la fecha sigue trabajando bajo este sistema. Es importante señalar que esta comunidad cumple con objetivos prioritariamente universitarios, es decir, la investigación, la enseñanza, la prevención, y evidentemente, el dar un servicio social consecuente con las necesidades y demandas de la sociedad. Quizá el único inconveniente de esta comunidad terapéutica sea el espacio tan reducido para hospitalizar a los pacientes, y en Monterrey existe una gran demanda; por lo tanto, ajustan su política de admisión y altas en su organización: Los pacientes no habrán de estar por más de dos meses internados, y se ve la posibilidad de seguir su tratamiento en consulta externa.

Hacia los años de 1978 –1980, resulta singular e interesante, la iniciativa de la creación de la comunidad terapéutica al interior del Hospital Central Militar en México. Es precisamente la unidad de psiquiatría la que adopta y principia este modelo de organización. No dura mucho tiempo, más que dos años y frena, hasta donde es sabido, por cuestiones de aparente divergencia interna. Más sin embargo, no deja de ser una experiencia importante porque al mismo tiempo remite a las primeras experiencias de comunidad terapéutica en la Gran Bretaña que precisamente nace en el ámbito de la milicia.

Es particularmente significativo que en ese mismo año fue la plataforma de avance y creación de comunidades terapéuticas. Surge también el Instituto “Mendao”, en el Instituto Nacional de Nutrición dentro del área de obesidad, esta forma de organización no fue única y exclusivamente para el tratamiento psicológico y psiquiátrico, de sus pacientes sino que fue una forma dirigida precisamente hacia el problema de la obesidad en México. Los efectos psiquiátricos y físicos que representa reducir de peso, son necesarios de abatir, de analizar y tratar para evitar que ocurran y aparezcan desórdenes y desequilibrios mentales y/o físicos, de ahí que los altos ejecutivos de este instituto, hayan escogido y preferido la comunidad terapéutica como una forma de organización propia y adecuada a los objetivos que pretendía el Instituto Nacional de Nutrición.

Hacia el año de 1980 nació el proyecto de la comunidad terapéutica de la ciudad de Morelia, Mich. La cual logra consolidarse 5 años después como la máxima expresión hospitalaria, por su misma infraestructura, recursos materiales y humanos. En México no ha existido ninguna otra institución de esa magnitud, organización e ideología. Su atención la dirigió a través del trabajo y de una concepción psicodinámica. Desaparece esta institución cuando termina el gobierno y la administración de aquel entonces, se dieron los famosos cambios en los diferentes sectores

No se pretende haber agotado con esta pequeña revisión tema tan atractivo e interesante, pero es un esfuerzo por tratar de reflejar los antecedentes históricos y el panorama actual de la atención a la enfermedad mental aquí en nuestro país.

"Lo propio de una investigación es ser indefinida. Nombrarla y definirla es cerrar el círculo. ¿Y qué queda? Un modo determinado y perimido de la cultura, algo similar a una marca de jabón; en otras palabras: una idea".

J. P. Sartre

Crítica de la Razón Dialéctica

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

A lo largo de la historia contemporánea, la metodología terapéutica y los objetivos de la hospitalización psiquiátrica han reflejado tanto el clima cultural como las actitudes políticas de la sociedad. Su estructura y función han experimentado una considerable metamorfosis con el tiempo, tanto el progreso científico ha influido en esta evolución así como la actitud de la humanidad hacia sí misma.

En este escrito se tomará como base principalmente la teoría creada y desarrollada por Alfred M. Freedman, Harold J. Kaplan y Benjamín J. Sadock. Sin embargo, serán reconocidos también algunos otros planteamientos que se mencionaran en el momento más indicado y correspondiente a la idea que se esté abordando.

Los pacientes psiquiátricos son hospitalizados en unidades psiquiátricas de hospitales generales, en hospitales estatales, regionales, en centros de salud comunitaria, centros de tratamiento residencial, hospitales psiquiátricos privados y camas médicas de hospitales generales. “En el momento de máximo apogeo, la mitad de todas las camas hospitalarias, unas 750.000, eran psiquiátricas. En los años 50’s comenzaron cambios espectaculares en la pauta de suministro de cuidados psiquiátricos, gracias a la introducción de neurolépticos y al auge de la psiquiatría social y comunitaria. La subsiguiente disminución de las dos terceras partes de la población interna en hospitales psiquiátricos estatales desde 560.000 personas en 1955 a 184.000 en 1977 fue esencialmente el resultado de un cambio del marco de hospitalización de los pacientes psiquiátricos y de la disminución del período de estancia”⁵.

La hospitalización psiquiátrica ha tenido una historia tumultuosa y cíclica que encarna la esencia de la teoría y práctica psiquiátrica. Las técnicas de tratamiento han oscilado en un continuo, desde las estrategias punitivas hasta las actitudes de extrema bondad hacia el paciente. Las construcciones teóricas que han servido de base a las estrategias terapéuticas han reflejado una mezcla de explicaciones sobrenaturales, psicológicas y fisiológicas.

HISTORIA

A pesar de que en el apartado anterior de esta investigación ya se habló de los antecedentes del abordaje a enfermedad mental, es importante mencionar algunos otros que son elementos significativos que no deben perderse de vista:

La primera noticia de hospital creado exclusivamente para el tratamiento de los enfermos mentales se refiere al año 490 a de J.C., en Jerusalén. Tras el hundimiento del mundo antiguo, la capital del Imperio Romano de Oriente, Constantinopla, se convirtió en el centro cultural, bajo el mandato del emperador Justiniano, en el siglo VI d. de J.C. se

5 “Tratado de psiquiatría” Cap. XXI (Hospitalización y Terapéutica Ambiental) Steven E. Kats, M.D. Pp. 1570.

crearon numerosas instituciones de caridad, incluidos orfanatos, hogares para ancianos y hospitales; entre éstos algunos eran exclusivamente para enfermos mentales.

Tras el año 800 se desarrolló una próspera situación en las ciudades de Bagdad, El Cairo y España, los benefactores levantaron hospitales psiquiátricos en todo el mundo islámico. Los visitantes europeos describieron lujosos edificios de mármol, amplio terrenos y un tratamiento considerado en el que el paciente yacía en colchas de seda, recibía visitas y era alimentado suntuosamente y tratado con dietas especiales, baños perfumados y música. A comienzos del siglo XII se establecieron en Europa instituciones de asistencia custodial. En primer lugar estaba España, en donde el rey Mohammed V creó un asilo en Granada (1935). Unos 40 años después, el padre Gilberb Jofre, después de ver un enfermo mental vejado y humillado en la calle, creó su congregación y levantó un hospital de nombre “Los Desamparacia”, se terminó en 1409, y fue el primer hospital psiquiátrico conocido. El siguiente siglo conoció la creación de otras instituciones humanitarias en España, por obra de las autoridades locales y de ricos patronos. Juan Ciudad Duarte, un mercader religioso de Granada, a comienzos del siglo VI, se volvió psicótico y fue tratado en un hospital con azotes. Al recuperarse la psicosis, fundó un hospital para tratamientos humanitarios servido por voluntarios. Tras la muerte de Duarte, la orden, denominada Orden de los hospitales, fundó y dirigió otros muchos hospitales psiquiátricos y generales en toda Europa. Aunque el ocaso del imperio español marcó el fin del tratamiento humanitario, este enfoque proporcionó el modelo para el progreso futuro.

Durante el Renacimiento se consideró la enfermedad mental como resultado de alteraciones psicológicas y de posesión demoniaca, siendo perseguidos los individuos afectados en calidad de brujos. Si no se curaban los pacientes por fuerzas sobrenaturales mientras dormían se utilizaban la sangría, enemas y eméticos. Durante los siglos VII y VIII los métodos principales de tratamiento fueron el aislamiento y la conversación con los clérigos.

En 1793 Philippe Pinel se convirtió en figura legendaria como reformador institucional, dando el primer paso simbólico hacia el tratamiento humanitario (retorno). Retiró la cadena a 49 internos. Se comenzó a prohibir la fuerza y la contención cruel, prescribiéndose una buena higiene y medidas de seguridad. Se comenzó a instituir un enfoque terapéutico que incluía el trabajo agrícola, música, lectura y actividades de recreo. Todavía el tratamiento moral influyó en el pensamiento psiquiátrico durante la mayor parte del siglo XIX, aunque solamente se practicara éste en algunos hospitales; sin embargo, sobrevivió a los cambios socioeconómicos que acompañaron a la revolución industrial de la década de 1860. Aumentó el tamaño de los centros, creció el apoyo a la institucionalización y se deterioró el tratamiento de los pacientes y el trato por parte del personal asistencial.

Kraepelin fue un intérprete creativo que se empeñó en armonizar la investigación clínica con la organización institucional. Más aún se mostró convencido de que solamente con una organización institucional excelente, inspirada por la razón científica y por una ética humanitaria, podría surgir un efecto terapéutico real, definitivo sobre la enfermedad.

Las expectativas de Kraepelin se alinean sobre las coordenadas de Pinel y Esquirol, los cuales elevan su magisterio clínico en la convicción de la curabilidad de las enfermedades mentales.

Ellos introdujeron elementos difusos de esperanza ética y científica, allá donde dominaba la internación sin tiempo, el abandono y la desesperación.

La década de 1880 conoció una generalizada crítica de los asilos debido al uso de las contenciones, el ingreso forzoso de los pacientes y la mala calidad del personal. A raíz de esto creció el movimiento hacia la reforma institucional, surgiendo diversos tipos de estudios y de enfoques, siendo el más relevante en aquel entonces la teoría del Dr. Sigmund Freud, pues su pensamiento suscitó una verdadera revolución en la ciencia de aquel entonces, él centró su atención en el funcionamiento interno de la mente, acortó la distancia entre la comprensión orgánica de la enfermedad mental y la psiquiatría psicodinámica.

El pasaje del siglo XIX al siglo XX, multiplicó en Europa, las tentativas de sumergir al hospital manicomial en una importante oleada reformadora.

Tras las Primera Guerra Mundial, el crecimiento del movimiento de orientación infantil, la psicología clínica, el trabajo psiquiátrico social, la asistencia y la terapia ocupacional contribuyeron a la evolución del tratamiento hospitalizado. Algunos centros estudiaron el uso de los conceptos psicoanalíticos en el tratamiento de los pacientes institucionalizados, y adquirió cierta importancia la utilización del choque insulínico y el pentilenotetrazol, así como el tratamiento electroconvulsivo. Pero a pesar de estos progresos, un gran número de pacientes sólo recibían asistencia custodial.

La necesidad de proporcionar tratamiento y rehabilitación a la multitud de casos psiquiátricos surgidos durante la Segunda Guerra Mundial determinó la creación de servicios psiquiátricos. En 1963 bajo la dirección del presidente John F. Kennedy se creó una red de Centros para proporcionar servicios preventivos, terapéuticos y de rehabilitación.

Sin embargo, el factor más significativo en la evolución de la psiquiatría hospitalaria fue la inducción de la clorpromacina a mediados de los años 50's. Los neurolépticos y el crecimiento de la farmacoterapia proporcionan el vehículo de la desinstitucionalización. Las unidades psiquiátricas hospitalarias, influidas por el modelo terapéutico hospitalario, crecieron rápidamente. Sin embargo, la creación de servicios comunitarios no pudo satisfacer la demanda, con la que la rápida alta y readmisión de paciente a través de "puertas giratorias", una población psiquiátrica cada vez más violenta, el paciente crónico joven adulto y las personas sin hogar se convirtieron en problemas de salud pública en los años ochenta.

A continuación se hará referencia a algunos planteamientos que hacen algunos autores respecto a los modelos de atención y otros aspectos que circundan la atención al paciente psiquiátrico.

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La comunidad terapéutica es una opción terapéutica integral y estructural que ofrece a sus pacientes y familiares las posibilidades de entender y de recuperar su funcionalidad en el seno de la sociedad.

Los principios que rigen una comunidad terapéutica son: 1) permisividad y comunicación abierta. 2) una política de puertas abiertas que permite la entrada y salida voluntaria. 3) la democracia participativa del paciente y del personal en las decisiones administrativas y terapéuticas. 4) la colaboración del paciente en la gestión de la unidad. 5) comunicación e interacción con la comunidad exterior.

En los últimos años se han observado pruebas del movimiento pendular nuevamente hacia el modelo médico tradicional. No es infrecuente volver a encontrar a las enfermeras de uniforme y hallar unidades psiquiátricas en las que las decisiones terapéuticas y la política administrativa están determinadas por el personal profesional bajo la dirección de un psiquiatra.

La hospitalización psiquiátrica ha utilizado tradicionalmente dos enfoques: el primero que pretende prestar un servicio soportante y protector en el que pueda ayudarse a reintegrar a un paciente. En la actualidad un volumen cada vez mayor de trabajos apoya la premisa de que el tratamiento interno es más efectivo para el control de la sintomatología aguda cuando se necesita un marco estructurado para proteger al paciente de su entorno. El segundo enfoque, basado en la teoría psicoanalítica, utiliza la terapia de desvelamiento intensiva y a largo plazo con el objetivo de producir un cambio caracterial en los pacientes que están demasiado enfermos para ser tratados de este modo en régimen externo. Aunque este enfoque ha sido ampliamente aceptado como tratamiento valioso para determinados pacientes, las consideraciones fiscales han determinado su declinar en los últimos años.

HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA

La hospitalización prolongada tiene grandes beneficios cuando:

- 1) El pensamiento o la conducta plantea una amenaza para el mismo paciente o para los demás.
- 2) El pensamiento o la conducta es intolerable para el entorno del paciente o para la sociedad.
- 3) El fracaso del tratamiento ambulatorio con la expectativa de que el tratamiento interno corregirá el proceso.
- 4) Una condición psiquiátrica cuyo tratamiento debe iniciarse en un marco interno.
- 5) La separación del entorno del paciente es esencial para la corrección de su enfermedad.
- 6) El marco interno está indicado para una evaluación diagnóstica que no es posible en régimen ambulatorio.
- 7) Abstinencia de alcohol o drogas.
- 8) Enfermedad física complicada por la sintomatología psiquiátrica que hace imposible el tratamiento en una unidad médica.

Las indicaciones específicas de la asistencia hospitalaria prolongada incluyen a aquellos individuos tan crónicamente desorganizado o destructivos que no pueden vivir fuera de un entorno terapéutico estructurado; los pacientes que no responden a las intervenciones terapéuticas porque su enfermedad es impredecible e incluye episodios repetitivos de

conducta impulsiva y volátil con tendencias sociopáticas, abuso de alcohol, drogas o ambas cosas; y aquellos pacientes que a causa de una enfermedad crónica, acusadas necesidades de dependencia o factores situacionales, a largo plazo no pueden funcionar en la comunidad y serían presa de otros miembros de ésta. Además, los pacientes que muestran un potencial homicida o suicida crónico y los individuos cuya enfermedad psiquiátrica les convierte en una amenaza continua para la sociedad. Los pacientes de todas estas categorías deberían considerarse posibles candidatos para la asistencia interna a largo plazo.

Otro aspecto que debe de tomarse en cuenta y que la mayoría de los hospitales hace, es que cualquier paciente que necesite de ingreso psiquiátrico debe someterse a un examen médico, el cual incluye historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma.

Una vez ingresado el paciente a la unidad psiquiátrica como interno, se le realiza una evaluación detallada que debe incluir su historia anterior y actual, una historia familiar pormenorizada, estudio psicológico que permita determinar fuerzas y debilidades, conflictos psicológicos e interpersonales, su estilo adaptativo y las defensas caracteriales.

Al intentar comprender al paciente desde una perspectiva del desarrollo y caracterológica, puede llegarse a una formulación dinámica y aun plan de tratamiento que tenga en cuenta no sólo los factores que precipitaron el episodio actual, sino que también proporcione la mejor oportunidad de un seguimiento que mejore su nivel de funcionamiento y mantenga al paciente en su comunidad. El servicio de asistencia social debe de participar en este plan inmediatamente después de ingresar al paciente, a fin de colaborar con su familia e iniciar la planificación de la estancia y la evaluación psicológica cuando esté indicada. El enfoque del tratamiento debe englobar a todas las intervenciones disponibles que puede esperarse que faciliten la recuperación del paciente, incluidas las psicosociales, biológicas, recreativas, ocupacionales y profesionales. Está indicada en la mayoría de los pacientes la terapia individual o de grupal de naturaleza directiva o de apoyo. A medida de que avanza en tratamiento, determinados pacientes con suficiente fuerza del yo pueden beneficiarse de un enfoque psicoterapéutico exploratorio más intenso.

Los pacientes potencialmente fuera de control y lastrados por su incapacidad de afrontar los impulsos pueden beneficiarse con el uso juicioso de una sala de reposo o de las contenciones como medida terapéutica. Estos procedimientos deben utilizarse sólo bajo la estricta supervisión del personal médico y asistencial, con el fin de facilitarle la recuperación del control. Los pacientes hospitalizados suelen sufrir regresión y muestran un significativo déficit del yo con respecto a las relaciones objetales, identidad, comprobación de la realidad, conducta social, juicio e insight. Por ello, hay que aplicar todo el esfuerzo terapéutico en normalizar la conducta y el proceso de pensamiento del paciente proporcionando modelos estables con los que puede identificarse el paciente a fin de facilitarle la reestabilización de su capacidad adaptativa.

ADMINISTRACIÓN PSIQUIÁTRICA

La influencia terapéutica del entorno hospitalario se ve notablemente afectada por las actitudes y el estilo con que se dirige la institución. El ánimo del personal, la satisfacción o

las recompensas profesionales y el efecto positivo de las tres cosas en la calidad de la asistencia al paciente dependen considerablemente de una dirección fuerte y considerada. La administración es sinónimo de dirección, y la calidad y el tono de la institución reflejan finalmente a ésta. Es responsabilidad de la administración fijar metas, objetivos y expectativas con respecto a los estándares asistenciales y de profesionalismo en la organización de una institución.

Los servicios con los que ya cuentan la mayoría de los hospitales del país son:

- A) Servicios internos.
- B) Servicios externos.
- C) Hospitalización parcial.
- D) Servicios de urgencias las 24 hrs. del día.
- E) Consulta y formación comunitaria.

A pesar de la seriedad de los problemas que aquejan nuestro sistema económico, los últimos años han conocido la aparición de los programas innovadores que son muy prometedores para el futuro.

El tipo de hospitalización que pareciera ser la más adecuada es aquella que se denomina: Hospitalización Parcial, dentro de la cual se contemplan varios modelos.

Los programas que se contemplan en esta modalidad terapéutica es la intervención con el paciente a través de diferentes enfoques: utilizando psicoterapia individual, grupal, con orientación psicoanalítica; terapia ocupacional, recreativa y artística; psicodrama y un club social.

En la actualidad, el peso de la evidencia indica que la hospitalización parcial constituye una modalidad terapéutica efectiva y una alternativa económicamente conveniente en comparación al tratamiento interno; además, como recurso de transición entre la asistencia interna y la externa ha sido recomendado como una medida conveniente para disminuir la regresión y fomentar la probabilidad de un retorno más rápido al funcionamiento adecuado en la comunidad, se maximizan los beneficios terapéuticos.

PERSONAL

El equipo de personal dedicado a tratar la enfermedad mental debe estar constituido por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, neurólogos, enfermeras psiquiátricas, asistentes sociales, terapeutas especializados tanto en terapia recreativa, ocupacional y asistencial; es esencial que este equipo interdisciplinario participe en mesas redondas y reuniones comunitarias para abordar temas que atañe directamente la misión que ellos tienen que cumplir ante el tratamiento de una persona para recuperar su salud mental. Indudablemente es importante la selección del personal adecuado para tal objetivo para lograr el óptimo funcionamiento del servicio brindado. Es necesario requerir un mayor grado de madurez personal y profesional que el necesario en otro tipo de hospitales. Debe utilizarse el proceso de entrevista para evaluar la estabilidad emocional del solicitante, su dedicación asistencial, su capacidad para trabajar en grupo y su potencial de liderazgo

Algunos estudios recientes han probado que la intervención psicosocial disminuye significativamente la probabilidad de recaída del paciente cuando se utiliza además los neurolépticos y otros tipos de medicamento. Durante los últimos veinticinco años, no fue poco frecuente el uso de la psicoterapia de orientación psicoanalítica para pacientes esquizofrénicos con la finalidad de producir un cambio. Independientemente de si se prueba finalmente que la psicoterapia intensiva individual puede hacer algo más por determinados pacientes que facilitar su adaptación a la comunidad y ayudar a prevenir la recaída, no es factible proporcionar psicoterapia intensiva para la mayoría de los pacientes psiquiátricos crónicos. Cuando se utiliza la terapia individual o el asesoramiento, debería ser de apoyo y orientado a la realidad, pero también basarse en la comprensión psicodinámica del paciente. El terapeuta principal puede estar formado en cualquiera de las disciplinas profesionales de la salud mental, pero hay que proporcionar supervisión psiquiátrica.

Utilizando el reingreso como criterio, varios estudios han demostrado que la terapia de grupo es tan efectiva ó más que la terapia individual para esta población. La oportunidad de socializarse es valiosa y terapéutica, muchas veces estos individuos no tienen acceso a ella fuera del contexto de tratamiento. Hay que subrayar que la terapia de grupo no carece de potenciales peligrosos, por que la intensa emoción, interacción personal e hiperestimulación puede precipitar la recrudescencia de los síntomas y la recaída en algunos pacientes esquizofrénicos a causa de la gravedad de sus déficit del yo. No obstante, la hiperestimulación también puede ser perjudicial para determinados pacientes crónicos, alentando el embotamiento afectivo y el retraimiento. Especialmente cuando se considera la terapia de grupo, es importante tener presentes las diferencias individuales de los pacientes e intentar adaptar tanto el programa de mantenimiento asistencia como a las expectativas del terapeuta a las necesidades de los pacientes.

FAMILIA

Hasta la fecha, se ha pasado relativamente por alto el papel de la familia en la asistencia del paciente crónico. La familia ha cargado con frecuencia un pesado lastre como resultado de la enfermedad del paciente, y los familiares deben estar implicados desde el comienzo del tratamiento. La atención a la unidad familiar puede ser el elemento crucial determinante del pronóstico definitivo. La unidad familiar es también la estructura de apoyo que mejor puede garantizar el cumplimiento del régimen prescrito por parte del paciente. Los familiares deberían ser entrevistados por un miembro del equipo del tratamiento mientras el paciente todavía esta en el hospital y, cuando este indicado, utilizar terapia familiar conjunta o grupos familiares especializados. Los familiares deberían recibir toda la información necesaria para ejercer una influencia constructiva en el cuidado del paciente. Debería ofrecérseles una explicación del proceso y pronóstico de la enfermedad, y deberían ser instruidos en las intervenciones apropiadas. El uso de grupos para la educación de los familiares se ha revelado como un recurso que favorece el cumplimiento y reduce recidivismo. Los grupos familiares múltiples han conocido una popularidad variable como medio de mantenimiento existencial del paciente esquizofrénico. Por el momento, no hay estudios controlados con datos de resultados para tomar una determinación relativa a la eficacia de los grupos familiares múltiples, aunque parece prometedor su valor de apoyo y educativo.

Por último, para aquellos pacientes lo suficiente afortunados de tener familias con las que pueden regresar se debe tener presente que el entorno doméstico puede presentar una situación interpersonal estresante. La investigación ha demostrado que los pacientes que regresaron a familias con un alto nivel de expresividad emocional (altamente críticas, preocupadas y protectoras) tenían índices de recaída mucho mayores que los pacientes cuyas familias eran menos expresivas emocionalmente.

Desde la diferenciación de la enfermedad psiquiátrica de la “posesión demoniaca” y otros fenómenos no médicos como, los profesionales de este ámbito han desarrollado cada vez métodos de tratamientos nuevos y diferentes. A medida que ha avanzado la ciencia se han descubierto tratamientos efectivos y duraderos, se ha determinado el desarrollo de otras terapias además del análisis, como la terapia psicofarmacológica, conductual y ocupacional.

El foco de atención para solucionar el problema ahora, no es la conducta observable del individuo o las estructuras intrapsíquicas del mismo, sino las pautas de interacción que mantiene el síntoma o queja. Es desde esta perspectiva como puede utilizarse otras formas de intervención (psicoterapia familiar y/o grupal).

TRABAJO

Los servicios de la terapia ocupacional incluyen el desarrollo y mantenimiento de facultades adaptativas y de ejecución que permiten al paciente conseguir niveles óptimos de funcionamiento en actividades de la vida cotidiana, como el trabajo, el cuidado de sí mismo, la socialización y las actividades de recreo.

La ocupación como terapia tiene sus raíces en las primeras civilizaciones. Los egipcios, griegos y romanos antiguos utilizaban el ejercicio y las artes con una finalidad terapéutica, de acuerdo con la idea de *mens sana in corpore sano*. Estas ideas fueron luego asumidas por Pinel en Francia, por los Tukes en Inglaterra, poniendo énfasis en los resultados beneficiosos de las actividades vinculadas a necesidades, intereses y habilidades del individuo. Posteriormente, la filosofía humanista de los siglos XVIII y XIX agregaron el aspecto de tratamiento moral de los enfermos mentales, así como el tratamiento mediante el trabajo.

El nacimiento formal de la terapia ocupacional no tuvo lugar, empero hasta comienzos del siglo XX, cuando Adolf Meyer, neuropatólogo, sentó sus bases esenciales. Su concepción holista del individuo contemplaba un equilibrio crítico de trabajo, recreo y reposo; Meyer pensaba que este objetivo podía conseguirse mediante actividades organizadas, graduales y finalistas que subrayaban el cuidado de sí mismo, una conducta social aceptable y facultades de trabajo.

La teoría actual de la terapia ocupacional presenta algunos modelos teóricos, de los cuales citaremos tres a continuación:

1. El modelo de ejecución adaptativa, desarrollado por Fidler y Cols ponen énfasis en la integración de los conceptos dinámicos y rehabilitativos. Las técnicas de valoración y tratamiento se centran en el desarrollo o reactivación de las facultades adaptativas del yo.

2. El modelo ocupacional conductual, basado en la teoría del rol social y las teorías psicológicas del rendimiento, motivación, solución de problemas y desarrollo de la personalidad, se centran las facultades y conductas relevantes necesarias para los roles de los individuos y su contexto social.
3. El modelo neuroconductual, se centra en la normalización de las vías sensoriales y motoras así como en la integración en el entorno a fin de promover la integración corporal, la orientación cognitiva y la conceptualización de las facultades sociales.

La función del trabajo, funge como instrumento ocupacional, como soporte de la rehabilitación y aún como elemento terapéutico; es además, un derecho social del paciente.

Levi Bianchini se empeñó, además, en puntualizar siempre mejor las características que debe asumir la estrategia y la técnica ergoterápica. “El trabajo debe ser suave, progresivo, respetuoso de las incapacidades y de las inclinaciones de los pacientes, isomorfo a las características culturales del contexto social general en el que se aplique. Debe, también ser verificado en la aplicación de los principios de la moderna higiene ambiental, del mantenimiento de un equilibrado trofismo nutricional, y alterado por períodos de recuperación, de descanso y de libertad recreativa. Señala que jamás el psiquiatra debe considerarse autorizado para usufructuar el trabajo de los enfermos; si se obtiene un beneficio económico para la administración del instituto, éste debe verse como el premio de una obra creativa, y no el balance directo de una especulación planificada”⁶.

Eugen Bleuler aporta una idea a estos planteamientos, la cual se sintetiza en las siguientes palabras: la terapia del trabajo pone en ejercicio las funciones normales en la psiquis; ofrece elementos para un contacto activo y pasivo con la realidad, desarrolla la capacidad de adaptación; obliga la paciente a pensar en la vida normal externa.

RECREATIVA

Anteriormente, la música se consideraba simplemente una forma de entretenimiento para los pacientes. Sin embargo, actualmente la música esta considerada como una forma de terapia, es la más reciente y se le denomina terapia expresivo-creativa. Es una especie de estímulo positivo para producir cambios conductuales, también se utiliza como generador de situaciones en las que se crean conductas socialmente aceptables que son incompatibles con ciertas conductas inapropiadas.

La terapia por la danza es la más antigua de estas disciplinas, originada en 1942, cuando la pionera Marion Chace empezó a colaborar en el Hospital St. Elizabeth de Washington, D.C. Chace tenía una formación de bailarina, coreógrafa y maestra, y había observado que las personas con poca formación o talento volvían continuamente a sus clases a “despejar sus problemas con la danza”.

⁶ “Ergoterapia y Psicoterapia” Levi Bianchini Pp. 143.

La terapia por la danza es un derivado de la danza moderna y sus principios de autoexpresión. Se refiere a los cambios conductuales no verbales y a las imágenes corporales, y sus metas primordiales están en el incremento de la conciencia corporal, la expresión de afectos, el fomento de la comunicación e interacción, la reducción de la conducta idiosincrásica, y el restablecimiento de una sensación de sí mismo mediante el movimiento. Los estados psíquicos de los pacientes se revelan mediante sus pautas de movimiento, y es específico repertorio de movimientos del paciente el que intenta reconocer, analizar y tratar el terapeuta.

“Es nuestro derecho, si, y nuestro deber, insistir en nuestras investigaciones sin importar la ganancia inmediata que se logre. El día vendrá - ¿dónde y cuándo?, no sabemos - en que todo conocimiento, por pequeño que sea, será convertido en poder y en fuerza terapéutica”.

Sigmund Freud

Introducción General al Psicoanálisis (1915 - 1917)

METODOLOGÍA

Cabe señalar en principio que esta investigación es de carácter empírico, ya que está sostenida básicamente por las experiencias de quien la realizó.

Se presenta el análisis de algunos factores que rodean los servicios brindados al paciente psiquiátrico para que pueda recuperar su funcionalidad en la mayor medida posible. Se emplearán como herramientas los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Psicología Clínica, así como la experiencia que se tuvo la oportunidad de vivir con las visitas-estancia a tres Hospitales Psiquiátricos del país:

- A) Hospital Psiquiátrico de Villahermosa, Tab.
- B) Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.)
- C) Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Aunado a todo esto, la práctica que se llevó a cabo en la realización del Servicio Social Universitario en un programa denominado: “Interconsulta Psiquiátrica”; además, consulta bibliográfica sobre el tema a tratar. Y, sin tener la intención en el momento de emprender este proyecto, se unirá también a él, la práctica que se ha tenido con un grupo de pacientes que padecen esquizofrenia, la cual se mencionará escuetamente a manera de ejemplo y soporte de algunos planteamientos.

Este escrito no pretende ser omnicompreensivo, sino que en él se plasma un punto de vista personal sobre los resultados de la indagación que se emprende con este tema que tanta polémica ha desatado en todos los tiempos: “La atención terapéutica al paciente psicótico” y por tanto, puede ser que el lector tenga una opinión diferente al respecto, lo cual sería muy bueno, pues sólo a partir de las divergencias intelectuales es como el saber se acrecentará.

El interés que condujo a la elaboración de esta tesis radica básicamente en la inquietud que despierta el hecho de escuchar hablar de la mala reputación de los hospitales psiquiátricos: muy frecuentemente llegan a nuestros oídos comentarios como el que en “esos lugares” los enfermos son llevados bajo el pretexto de la cura, a un encierro y aislamiento en que son sometidos a toda suerte de procedimientos tortuosos, desde la camisa de fuerza, hasta la aplicación intensiva e indiscriminada de fármacos y sofisticadas intervenciones quirúrgicas que garantizan la virtual destrucción del paciente, siempre con el único fin de controlar la enfermedad y alejarla de la vista de la población “sana” que no ha encontrado una respuesta a este mal humano. La institución psiquiátrica existe por lo contrario de lo que se pregona, para conservar y hasta fomentar la enfermedad mental y que pocas o ninguna oportunidad curativa ofrece a los pacientes; no sólo es un receptáculo de enfermos, sino que es, básicamente, un depósito de desechos humanos, o más bien, de individuos que son vistos por congéneres como escoria. Esto y más es lo que se dice de las instituciones psiquiátricas, información de este tipo es la que la mayoría de las veces se difunde por todos lados; Este tipo de noticia suele encontrarse a diario en la nota roja de los periódicos, y es común también la crítica escrita a los hospitales psiquiátricos, “durante 1993- 1994 aparecieron

más de 40 artículos sobre este mismo tema en distintos diarios y revistas”⁷. Así pues, cabe hacer la pregunta que produjo emprender esta tesis: ¿Mito o Realidad es todo ese cúmulo de información?. Responder a esta pregunta no es nada sencillo, pues hacerlo implica hacernos cuestionamientos de raíz sobre todas y cada una de las funciones realizadas en los hospitales psiquiátricos (su labor terapéutica), así como del papel que desempeñamos cada uno de los servidores de la salud mental. Sin embargo, la inquietud, curiosidad y necesidad por conocer algo más sobre el problema de la salud mental, las relaciones humanas “sanas” y la conducta del hombre en general es lo que impulsa esta ardua tarea que es la de investigar al respecto.

OBJETIVO GENERAL

Como pilar fundamental de esta investigación se encuentra la inquietud por averiguar qué acontecimientos se han suscitado alrededor de los modelos de atención al paciente con trastornos psicóticos en los últimos tiempos (5 años atrás a la fecha aproximadamente). Específicamente aquellos que rigen a los servicios brindados por hospitales psiquiátricos. Este interés se ha desprendido básicamente por lo diversos comentarios que se hacen respecto a la atención que se les da a los pacientes en estas instituciones, comentarios realizados por los medios masivos de comunicación los cuales (en su gran mayoría) emiten notas amarillistas, plagadas por sentimientos de repulsión, y desafortunadamente no todas las opiniones se fundamentan en argumentos válidos para criticar el ámbito psiquiátrico, pues algunas opiniones están influenciadas en gran parte por ideologías salpicadas de historia y tradición, ya que es innegable también, que tiempo atrás la práctica psiquiátrica era realizada con muchas limitaciones y deficiencias, eran muy evidentes las miserables condiciones imperantes en los hospitales psiquiátricos convencionales, así como el generalizado prejuicio de considerar a la locura y al “loco” como inexplicables, incurables, irreversibles y peligrosos.

Así pues, de lo anteriormente expuesto se desprende una de las principales hipótesis de este escrito:

HIPÓTESIS 1: La atención médico-psiquiátrica ha tenido transformaciones benéficas pensadas éstas en dar lo mejor de sí para la atención de los pacientes, iniciando el fin de esta larga época, en donde los establecimientos psiquiátricos exclusivamente les daban albergue a los enfermos mentales, ya que los objetivos con los que eran creados dichos establecimientos, se esfumaban por varios motivos (se ahondará en estos a lo largo del desarrollo de la tesis)

¿Cómo analizar los fenómenos que bordean las modalidades terapéuticas en la atención de las enfermedades mentales? Hacerlo únicamente a través de una investigación bibliográfica no sería nada apropiada puesto que las conclusiones serían las del autor y no personales, que es lo que se persigue en este trabajo, es por ello que se emprendió una investigación de campo bastante ardua con la cual los resultados a los que se llegó serán en su mayoría obtenidos a través de experiencias muy personalizadas. Por lo tanto, las reflexiones se harán en función de las participaciones y observaciones efectuadas en breves

⁷ REVISTA: Psiquis “¿Reforma o Reestructuración psiquiátrica?” Vol. III No. 6 1994 Instituto Mexicano de Psiquiatría.

estancias prácticas en los hospitales psiquiátricos que anteriormente ya se mencionaron; además, como guía de este proceso, la formación-información recibida en el período de la Licenciatura en Psicología Clínica, así como la participación en Congresos, Cursos, Simposiums. Conferencias, Talleres, entre otros medios más que proporcionarán herramientas que facilitaran el desarrollo de este trabajo.

A continuación se desglosarán brevemente algunos aspectos y actividades de las que se fue participe en estos hospitales, ya que estos constituyen la plataforma sobre la cual se emprende el análisis de los modelos de atención dirigidos al paciente psiquiátrico:

A) Los tres hospitales están destinados a la atención de pacientes con padecimientos psiquiátricos agudos, se atienden adultos de ambos sexos, es necesario mencionar que en el hospital de Villa Hermosa, también existen pacientes crónicos.

B) El Hospital Psiquiátrico de Villa Hermosa y el Fray Bernardino Alvarez, son Hospitales públicos pertenecientes a la S.S.A., el I.M.P. es de carácter privado. Esta es una característica que demarca las diferencias respecto de la calidad de atención en dichas instituciones, diferencias que se mencionarán en otro momento.

C) De las tres estancias se llevó a cabo un diario de campo, el cual permitió el desarrollo de la tesis.

D) En dichos hospitales se realizaron algunas encuestas al personal que labora dentro de los mismos, con la finalidad de obtener opiniones personalizadas respecto a la readaptación del enfermo mental a su entorno social. El cuestionario piloto empleado consta de las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cómo se definen las enfermedades mentales y que factores las determinan?
- 2.- ¿Cuál es la actitud de la familia del enfermo que más frecuentemente se detecta durante el proceso de tratamiento?
- 3.- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento que se le brinda al paciente en este hospital?
- 4.- ¿El paciente psiquiátrico será objeto de cura, rehabilitación, readaptación o control?
- 5.- ¿Cuál sería el tratamiento idóneo para lograr el nivel más aceptable de funcionamiento del enfermo mental?

No hay duda de que estas preguntas son bastante abstractas y abiertas, ya que las diferentes respuestas suscitadas desataron diversas polémicas, con lo cual se persiguió alcanzar una finalidad muy particular: Conocer los diferentes puntos de vista de la gente que esta inmersa en el ámbito psiquiátrico.

E) Dentro de las actividades desarrolladas en los hospitales podemos mencionar las siguientes:

- 1.- Curso introductorio a la forma de trabajo empleada en dichos hospitales.
- 2.- Recorrido por las instalaciones del hospital con una explicación profunda del funcionamiento de cada área.
- 3.- Acceso a todos los pabellones para tener un primer y breve acercamiento con los pacientes realizando pequeñas entrevistas con algunos de ellos.

- 4.- Acceso al archivo de expedientes para su análisis y aportación de ideas que pudieran ser de utilidad para argumentar y lograr un mayor soporte en el objetivo de esta investigación.
- 5.- Fungir como observadores en las entrevistas que se llevan a cabo a pacientes de nuevo ingreso (entrevistas de admisión).
- 6.- Visitas de pabellón, las cuales son efectuadas por todo un equipo de profesionales destinados a la atención de cada paciente
- 7.- Asistencia a las sesiones clínicas en donde se hace un análisis profundo de casos cuya dificultad radica en emitir un buen diagnóstico (confiable y preciso) y a su vez, un plan de tratamiento.
- 8.- Realización de entrevistas a los familiares de los pacientes.
- 9.- Convivencia social con los pacientes en la llamada "terapia recreativa".
- 10.- Observaciones en las actividades llevadas a cabo durante la terapia ocupacional de los pacientes.

OBJETIVOS PARTICULARES

Se persigue también en esta investigación conocer:

- 1.- Los logros que se han obtenido con la creación de nuevos campos de intervención para con el paciente psiquiátrico es decir, la gran gama de abordajes psicoterapéuticos que ya hoy en día han tenido una mayor aceptación en los mismos hospitales psiquiátricos: Terapia familiar, individual, grupal, recreativa, ocupacional, farmacológica, etc. Así como también, es necesario averiguar:
- 2.- ¿En qué medidas se han logrado integrar equipos de trabajo y cuáles son los obstáculos que se han encontrado para laborar armónicamente?
- 3.- ¿Qué aspectos permiten y cuáles impiden que el tratamiento logre su objetivo plenamente como por ejemplo, que el paciente recupere su integridad psíquica para que su nivel de funcionamiento sea bueno y aceptado por los demás; que se pueda estabilizar su estado emocional en la mayor medida posible?

A propósito de los objetivos particulares anteriormente expuestos, se desprende otra hipótesis:

HIPÓTESIS 2: Un tratamiento completo destinado al paciente con trastornos psiquiátricos que lo lleven al crecimiento e integración mejorable de su personalidad, no radica en que el abordaje empleado esté bajo la bandera de una sola disciplina, sino que en él deben de intervenir varios especialistas de diferentes áreas, pues se ha de considerar que el fenómeno de la psicosis lleva consigo siempre una pluralidad causal, existe una ecuación etiológica compuesta por varios elementos que se articulan sucesiva y evolutivamente. Hay causas genéticas (herencias), individuales, familiares, sociales, las relacionadas con traumatismos y síntomas desencadenantes a causa de una enfermedad crónica, etc. La enfermedad mental es multicausal, las cuales pueden ser interactuantes e interdependientes, donde la intensidad de cada cual puede encontrar espacio para repercutir en las demás.

Sullivan refiere que lo que justifica un tratamiento cabal de pacientes psicóticos son los procedimientos psicoanalíticos combinados con un programa socio – psiquiátrico.

Un fenómeno que llama mucho la atención es el impacto que la enfermedad mental sigue generando en nuestra sociedad contemporánea. La estructura social continúa rechazando al “loco” como vulgarmente se le conoce. Aún en nuestros días, a un paso del siglo XXI no existe el conocimiento y la conciencia suficiente para poder entender todo lo que implica una afección mental. Son paradójicas las opiniones que se tienen respecto a los enfermos mentales, por un lado se les señala con misericordia y compasión, pero por otro se les recluye, segregándolos del mundo exterior del cual un día llegaron a ser partícipes.

HIPÓTESIS 3: En la medida en que no exista una conciencia real de todas y cada una de las personas que habitamos este mundo, sobre la responsabilidad que tenemos de impedir que el enfermo mental quede atrapado, abandonado en el sufrimiento y orillado en el abismo de la soledad, no habrá posibilidad alguna de rescatarlo.

El “loco” pese a poner en entredicho los valores de la comunidad, es parte de la comunidad y es responsabilidad de ésta hacerlo retornar a ella. ¿Porqué exigir que dicha tarea sea realizada al 100% por los profesionales dedicados al estudio de la enfermedad mental?.

Además, se expondrán algunos casos que ejemplifican ciertos fenómenos que se desarrollan en este trabajo, con la finalidad de poderlos analizar en función del tema a tratar.

Todo esto ha de permitir elaborar conclusiones importantes y reflexiones serias que propiciarán el planteamiento de sugerencias para optimizar resultados en la aplicación de tan variadas modalidades psicoterapéuticas en la atención a la enfermedad mental.

*"Primero dicen que estás equivocado y que te lo pueden demostrar.
Después dicen que tienes razón, pero que no es importante.
Después te dicen que si es importante, pero que hace años que ya lo
sabían".*

Charles F. Kettering

CAPITULO I

“EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ¿CURA O LOCURA?”

Para casi todos es conocida la crítica constante a la calidad de los servicios médicos psiquiátricos. Algunos dicen haber vivido situaciones de conflicto de este tipo y para el resto porque las noticias sobre reclamos, acusaciones y denuncias les llegan por todos los medios de comunicación masiva. Es muy fácil encontrar programas especiales sobre la situación deplorable en que sobreviven los pacientes psiquiátricos en hospitales de la especialidad, y de la misma manera, pasar por un expendio de periódicos y enterarse de que un “loco” más ha hecho de las suyas ejecutando actividades propias de una mente enferma. Respecto a la difusión de un concepto morboso de la enfermedad mental y sus concepciones a niveles populares, Carlos Monsivais dice: “En México, el primer conocimiento del lenguaje freudiano se da a través de la nota roja. Goyo Cárdenas, el estrangulador de mujeres es un paranoico y Sobera de la Flor, el asesino, es un esquizofrénico. La mentalidad popular se estremece y ve en esas clasificaciones el principio de una nueva era donde la perturbación mental lo explica todo”⁸.

Y mientras el médico se debate entre dos tipos de información contradictoria, la de la misericordia y la del terror, va quedando la sensación de que ese sistema médico no funciona como todos quisiéramos. Con esto se hace palpable que la información que recibimos carece de equidad, la mayoría de las veces tendemos a generalizar particularidades, hablamos en función de un todo y un absoluto.

Por una parte no deseamos ver sometida y alienada a ninguna persona, pero por otra, requerimos la confianza de no ser agredidos sin motivo alguno por un ser humano que se ha convertido en víctima de sus síntomas y enfermedad. Esa capacidad de la opinión pública para impresionarse en ambos polos de juicio de valor, aceptación o rechazo tanto a los enfermos mentales como a las instituciones que les atienden, ha dificultado la decisión de modificar o no la actual organización de los servicios de salud; pues de un día a otro, aquellos mismos que exigen se “libere” a los enfermos, pueden solicitar la reclusión permanente y total para quienes son diferentes por padecer afecciones mentales. Todo esto es verdaderamente paradójico, pues entonces, ¿cuáles serían las alternativas que han de dejar mayor conformidad en quienes reclaman justicia?. No puede negarse el hecho de que las diferentes sociedades siempre están envueltas en un cúmulo de contradicciones y contrasentidos.

La misma familia del paciente psiquiátrico poco a poco va dándose cuenta de que la convivencia con su pariente no cumple o cumplirá las expectativas mínimas de gratificación por vivir juntos, y el abandono se da como respuesta a esa imposibilidad de interacción con el enfermo mental. Ante esta realidad cotidiana los profesionales de la salud

⁸ “Las variedades del México Freudiano” Carlos Monsivais Pp. 150.

mental sobrevivimos también en la ambigüedad y contradicción de nuestras propias limitaciones para transformar la calidad de vida de los pacientes.

Una gran parte de los trabajadores de la salud mental realiza su labor precisamente en instituciones hospitalarias que tradicionalmente han sido acusadas de permitir que el personal abuse y maltrate sistemáticamente al enfermo mental. Esa condición de ser los responsables del maltrato social ejercido sobre el paciente psiquiátrico los ha enmudecido, se han visto forzados a aceptar la culpa de todos, de una sociedad entera. Cabría preguntarse por qué la sociedad se muestra tolerante con respecto a otro tipo de hospitales, independientemente del maltrato, la atención despersonalizada y sus altos costos sociales y económicos. A la fecha no hemos encontrado ninguna propuesta que solicite la desaparición de hospitales que atienden casi con exclusividad afecciones como las cardíacas o cancerosas, incluso cuando los pacientes prácticamente viven y mueren en dichas instalaciones. Y si, algunas propuestas por desaparecer los llamados hospitales psiquiátricos, como aquellas provenientes de grupos antipsiquiatras, por algunos humanistas, y agregaría la ideología de algunos psicoanalistas. Hay una gran subestimación al trabajo psiquiátrico pero a su vez hay una gran demanda.

¿Terminar con un establecimiento médico permitirá exterminar las enfermedades psiquiátricas?, ¿Porqué los enfermos mentales no deben de tener acceso a servicios de la especialidad?, ¿Porqué seguir creyendo que los hospitales psiquiátricos son el mismo infierno del que habla Dante en “La Divina Comedia?”. Estas y otras preguntas más podrían hacerse al respecto, ¿porqué se sataniza una causa tan noble?

Decir que no se ha hecho nada por modificar el sistema manicomial en México es absurdo, como lo es también sostener que dichos avances han sido exitosamente llevados a cabo en otras naciones. Definitivamente se ha hecho evidente que se han incorporado alternativas psicoterapéuticas que rompen con la rutina del interno; aunque como para muchas otras naciones, la carencia de recursos financieros sea el más grande obstáculo para el adecuado desempeño. Es una realidad que los planes diseñados para el desarrollo de la salud están determinados por la situación económica del país.

La lucha encarnizada en contra del hospital psiquiátrico a niveles internacionales es capaz también de omitir importantes experiencias que subrayan las cualidades y beneficios que se pueden obtener a través del hospital, que sin duda alguna las hay y no son precisamente una ni dos sino una cantidad bastante considerable digna de darle gran valor. Este hecho permite considerar que el papel del hospital psiquiátrico, en lugar de “destruirse”, puede reestructurarse y darle un nuevo giro de productividad. Por ejemplo, en México este tipo de labor la ha desarrollado el I.M.P. (Instituto Mexicano de Psiquiatría) y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, a sabiendas de que ello significa un sobreesfuerzo para sus trabajadores, sus recursos e instalaciones. En estos hospitales se han puesto en marcha las modalidades terapéuticas más acordes con la modernidad, cuentan con Servicios de Psiquiatría Comunitaria; Hospitalización Parcial y Continua; consulta externa, así como diversos programas de rehabilitación (ergoterapia; psicoterapia individual, grupal, familiar; terapia recreativa) que colaboran activamente en la formación de recursos especializados en

la materia en el ámbito nacional, introduciendo a sus residentes a especializarse en el terreno directo, sin limitarse a una formación dentro del aula.

Consideramos necesario que México reconozca el aporte de los diferentes países en cuanto al desarrollo de nuevas alternativas de tratamiento, independientemente de si sus sistemas político-económicas son acordes o no, ya que principalmente esto sería con la finalidad de CONOCER y estar al tanto de lo que se hace en otras culturas, con el sólo objetivo de hacer el análisis de dichas estrategias, para que posteriormente se consideren toda la gama de factores que rodean la constitución de nuestra sociedad (políticos, financieros, administrativos, sociales, culturales, ideológicos, educativos etc.) y hacer un estudio de ellos para tener argumentos válidos que respalden la aplicación o no de dichas alternativas. A este punto no se le ha dado la suficiente importancia aquí en nuestro país.

Es inevitable pensar que la ciudad de México (por especificar un solo lugar) como la más poblada del mundo requiere de un sistema y un hospital de la dimensión de sus problemas; requiere de más Hospitales y Centros de Salud especializados para la atención mental de sus casi veinte millones de habitantes, en los cuales se debería tener prioridades sobre el trabajo comunitario, pero siendo realistas, este es un asunto que está muy lejos de ser resuelto, hasta la fecha este modelo de atención aún no es exclusivo de ninguna institución. Así pues, queda claro que se necesita crear un sistema de salud mental a nivel nacional relativo a la reestructuración más refinada de los servicios de psiquiatría en México y los modelos integrales de rehabilitación. Son indispensables nuevos y mejores esfuerzos para redoblar las buenas potencialidades terapéuticas que hasta el momento se han mostrado ya en algunos hospitales psiquiátricos del país: I.M.P. y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, éstos, han buscado crecer haciendo los cambios necesarios a los modelos terapéuticos de atención allí empleados, los cuales procuran la búsqueda de la salud mental del paciente

“Los Hospitales Psiquiátricos de nuestra sociedad no se mantienen porque supervisores, médicos y asistentes necesiten ocupaciones: se mantienen porque hay un mercado para ellos. Si hubiera de evacuarse y clausurarse desde hoy todos los de una región dada, mañana los parientes, la policía y los jueces clamarían pidiendo otros, exigirían una institución que satisfaga sus necesidades”⁹. Es decir, la característica violenta y de encierro que se le adjudica a esta institución deviene más de una sociedad con dichas características que de la institución misma.

Es necesario cambiar la relación de la sociedad con el enfermo mental, combatiendo todas las ideologías discriminatorias en el ámbito de la familia, de la barriada y del lugar de trabajo, y despojando al hospital psiquiátrico de su condición de lugar de marginación y exclusión social, ¿cómo lograrlo se preguntaran? La respuesta a ello no es nada sencilla, pues una revolución socio-ideológica llevaría bastante tiempo y no garantizaría un resultado a favor de lo que se propondría. Lo que está más a la mano sería una buena información educativa de lo que verdaderamente sucede en el ámbito de la enfermedad

⁹ “Internados” Goffman Editorial AMORRORTU Buenos Aires Pp. 375.

mental, la cual ha de transmitirse desde los primeros años de vida del individuo sea cual sea su condición de clase socioeconómica, hacerles ver que la “locura” es una de las muchas contingencias a la que está expuesto el hombre, por su doble condición de ser vivo como sujeto deseante y de deseo.

Una vez transformadas las relaciones sociales, todas las técnicas útiles podrán ser incorporadas con mayor facilidad en la medida de las necesidades realmente sentidas por aquél que padece de una afección mental, someterse al tratamiento y posteriormente retornar sin mayor dificultad a su medio ambiente del que fue separado temporalmente.

Con todo esto lo que se pretende ilustrar es que “cura y locura” son dos términos que corresponden a la institución (hospital psiquiátrico) y a la sociedad. El hospital responde a una exigencia del sistema social, quiero decir del sistema social que tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social. “El propósito de la Psiquiatría es la comprensión del vivir con el fin de que éste pueda ser facilitado. Esta finalidad puede ser contemplada desde el punto de vista del tratamiento de los pacientes con trastornos mentales. Aún desde esa posición, no se puede menos que comprender que el orden social, en sí mismo, es un factor importante con el cual se debe contar al formular los designios terapéuticos y los procedimientos para su realización; contemplar el orden social no meramente como lo que marca los límites, sino más bien como la fuente mediata de la cual surgen sus problemas que son ellos mismos signos de dificultades en el orden social”¹⁰.

En términos de la psicología marxista, el concepto de salud mental es, pues un concepto que presupone, para realizarse concretamente, una modificación profunda de las estructuras de la sociedad en que vivimos y de las relaciones entre las personas que constituyen una simple consecuencia de ellas. Esta idea tiene cierta razón de ser, pero también es utópico dicho planteamiento, puesto que nuestra sociedad tal como está organizada no está hecha a la medida del hombre sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando en la eficiencia productiva (aquellos grupos que ejercen el liderazgo). Pues bien, quien no responde a este juego social es marginado y, en un primer momento, la institución sirve de contención para estas personas destruidas, marginadas; pero propiamente esto no sería únicamente el papel que ha de fungir ni la sociedad ni el hospital, pues a este último también le corresponde dar la atención psicoterapéutica necesaria al sujeto para que así mismo recupere la funcionalidad que ha perdido, y a la sociedad le tocaría también no cerrarle espacios que le permitan reincorporarse a las diferentes áreas a las que pertenecía antes de enfermar, como son la familiar, filial, laboral etc.

La experiencia que se tuvo la oportunidad de vivir visitando algunos hospitales psiquiátricos del país permite decir que éstos ya han dejado de ser los teatros de la locura de hace mucho tiempo, éstos ahora cuentan con políticas y sistemas de funcionamiento diferentes. Con esto no se quiere decir que ahora una superestructura los determine, pero si se puede decir que ya funcionan de otra manera, encaminados siempre a dar un mejor servicio al paciente que entra ahí con las esperanzas de que le ayuden a recuperar su salud, esperanzas no vanas.

10 “Concepciones de la Psiquiatría Moderna” Harry Stack Sullivan Editorial PSIQUE Pp. 181.

CAPÍTULO II

“REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO”

Para avanzar hacia la comprensión de la importancia que tiene la participación del trabajo tanto del psicólogo como del trabajador social y psicoterapeutas especializados es necesario revisar el núcleo de este tipo de trabajo, el cuál se expondrá a continuación.

Se asume, que un punto crucial con respecto al rol de la rehabilitación del paciente psiquiátrico es el análisis teórico y empírico acerca de los efectos psicológicos que tiene. La rehabilitación alcanza a proponerse objetivos avanzados, poniendo en contacto, en una relación de transformación operativa, las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas. Parece que a través del medio de rehabilitación se expresa el estilo interactivo y cooperativo del “hacer con el paciente”, en lugar del círculo infinito en torno al eje del “hacer por el paciente”. Puesto que no se trata sólo y únicamente de que el paciente quede en calidad de marioneta descompuesta a la que el técnico tiene que hacerle algunas composturas y ajustes, sino como lo que es, un ser humano que si bien, tiene incapacidades no está totalmente imposibilitado para que con la ayuda del personal diestro en la materia pueda recobrar su funcionalidad, mediante un trabajo que implica ambas partes: paciente-terapeuta.

¿Qué debemos entender pues por rehabilitación?, Entendemos ésta como el conjunto de todas las intervenciones directas e indirectas tendientes a neutralizar los procesos crónicos del enfermo, que originándose algunos de ellos en las insatisfacciones de la vida personal y de relación, otros en un mal congénito o de herencia, llevan a una progresiva retracción de la articulación social, hasta llegar a tener niveles funcionales muy bajos.

Sin restarle valor alguno a las terapias físicas, farmacológicas y quirúrgicas porque sin lugar a dudas también cooperan con su método y técnica al tratamiento del enfermo, se pondrá énfasis a los resultados que se obtienen con el uso de técnicas destinadas a rehabilitar al enfermo desde un punto de vista psicosocial como son la terapia ocupacional, recreativa, familiar, individual, de grupo, influyendo todas ellas en el reajuste de las esferas mentales en desequilibrio del enfermo. Algunos estudios recientes han comprobado que la intervención psicosocial disminuye significativamente las recaídas del paciente, situación que desde siempre se había pretendido lograr. De esta manera ha llegado a tener mérito este tipo de abordaje pues el trabajo que se hace con la familia es muy complicado, mucho se dice y los hechos demuestran que la mayoría de las veces la familia es un estímulo negativo que propicia las recaídas del enfermo, es cierto, pero los familiares tienen razones al no querer al enfermo (pongámonos en su lugar), cuando la familia está “organizada eficientemente” dónde los padres trabajan y los hijos van al colegio, desde el

momento en que es enviado nuevamente el enfermo a su casa, éste resulta una preocupación que lleva a toda la familia a cambiar su punto de vista, se ven obligados a “reorganizarse” alrededor de esa persona enferma, modificar su hábitat al cual ya están acostumbrados, ¿porqué tendrían que quererlo? Bajo diversas circunstancias la familia tendría razones para rechazar al miembro enfermo; no se puede culpar a la familia, pues ella es uno de los anillos que de alguna forma tiene que cuidar el buen funcionamiento del sistema social y por tanto, llevar a cabo una labor psicoterapéutica con la familia para que ésta tome consciencia de la situación en la que vive a través del problema del enfermo, no es cuestión de lograrlo en un instante, implica tiempo, disposición y una excelente preparación del terapeuta que sea capaz de brindar la posibilidad a la familia de entender cuál es el juego adverso en el que se mueve el paciente respecto a su propia situación patógena y de la familia misma.

Hasta hace unos pocos años se había pasado relativamente por alto el papel de la familia en la asistencia al paciente psiquiátrico. La familia carga con frecuencia un pesado lastre como resultado de la enfermedad del paciente, por lo que es indispensable y primordial que los familiares puedan ser involucrados desde el inicio del tratamiento de la persona que hace manifiesta la enfermedad familiar (perdón... mental, ¡vaya lapsus eh!) Se dice que las situaciones familiares y aquellas que rodean la vida cotidiana del individuo son las más determinantes (tómese esto con ciertas reservas) en la organización de las psicosis. No hay que descuidar un fenómeno importante que aparece en nosotros los seres humanos; “...las inter-reacciones INCONSCIENTES entre los individuos van mucho más lejos de lo que las experiencias mismas de la sugestión dirigida había permitido imaginar”¹¹. Jacques Lacán da mucho crédito a esta área, en la exploración que él emprende por darle relevancia al ámbito familiar se encuentra con varias sorpresas, una de ellas es que aparecen con frecuencia los llamados delirios a dúo, que reúnen a madre e hijo o a padre e hijo. Legrand du Saulle en su libro magistral dice que es notable el hecho de que, en todos los casos de “delirios a dúo”, los codelirantes están unidos entre sí por un vínculo familiar o por una vida en común bastante prolongada. Todo este contexto es rescatado y estudiado a profundidad hoy en día, los tratamientos se diseñan en función de atender al enfermo mental en su medio familiar, cada vez son más numerosas las investigaciones que se emprenden abordando este objeto de estudio: Enfermo mental y familia. En el I.M.P. han cobrado buenos resultados los programas destinados a trabajar directamente con los familiares de los pacientes, cuyos efectos se manifiestan en el hecho de que el abandono del enfermo en el hospital por sus familiares ha disminuido significativamente. Aunque se esperan mejores resultados, e incluso de que los reingresos (suscitados la mayoría de las veces por los propios familiares) no acontezcan más.

La atención a la unidad familiar puede ser el elemento crucial determinante de un pronóstico definitivo. Afortunadamente, se está haciendo evidente la participación directa

¹¹ “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (El caso Aimée o la paranoia de autocastigo) Jacques Lacán Editorial Siglo XXI Pp. 259.

de todo un equipo especializado en la atención a la enfermedad mental desde esta perspectiva. Ahora la familia recibe toda la información necesaria para ejercer una influencia constructiva en la ayuda y el cuidado del paciente, se le ofrece una explicación mesurada y clara del proceso, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, todo esto a través de grupos psicoeducativos, posteriormente se utiliza la psicoterapia familiar en donde se trabajan situaciones particulares de cada caso, analizando aspectos emocionales, pues la investigación ha demostrado que los pacientes que regresaron a familias con un alto nivel de expresividad emocional (altamente críticas y protectoras) tenían índices de recaída mucho mayores que los pacientes cuyas familias eran menos expresivas emocionalmente.

Se ha evidenciado también que la función del trabajo como instrumento ocupacional, y aún terapéutico, como soporte de rehabilitación proporciona al enfermo ganancias en la recuperación de su salud, puesto que la terapia ocupacional pone en ejercicio las funciones normales en la psiquis, ofrece elementos para un contacto activo y pasivo con la realidad, desarrolla la capacidad de adaptación, obliga al paciente a pensar en la vida "normal" externa y por si esto fuera poco, le permite al enfermo recuperar el vínculo de socialización que se rompió al verse afectado por la enfermedad, colaborando en esto último la terapia recreativa.

Como sabemos, la psicoterapia individual le permite al sujeto analizar su propio deseo, ubicándose como persona en un ámbito lleno de contradicciones, para que de esta manera pueda sobrellevar todo aquello que la sociedad le impone, a ello contribuye en gran medida el abordaje terapéutico empleado por la psicoterapia grupal.

A partir de un análisis de logros registrados después de una aplicación correcta de los diversos programas de rehabilitación, se podrá contribuir a la formulación de nuevas hipótesis, para movilizar el escenario de la investigación, tendiente a crear postulados teóricos respecto a la rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico la cual siempre estará en función de brindar una atención de calidad, es decir, que se brinde al paciente una satisfacción atribuible a la serie de elementos que conforman el sistema de atención intrahospitalaria de la atención psiquiátrica y psicológica. Propiamente la rehabilitación busca romper con la minusvalía del paciente, para que éste recupere confianza y seguridad en sí mismo. La rehabilitación psicosocial es fundamental para el paciente pues como ser humano es un ente bio-psico-social y como tal, no puede sobrevivir aislado de la sociedad; la esencia del hombre es consecuencia de su naturaleza social generándole la necesidad de interacción humana.

El establecimiento y el sostenimiento de las relaciones humanas positivas entre los integrantes del equipo multidisciplinario dentro y fuera del contexto son primordiales en el avance del proceso rehabilitador. Debe haber una armonía y aceptación entre los diferentes profesionales que han de trabajar en conjunto para lograr el objetivo que tienen en común: contribuir en la rehabilitación del enfermo mental.

CAPITULO III

“REFLEXIONES SOBRE LA LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS”

Cuán importante es analizar la calidad de atención que brinda un psicólogo clínico en el desempeño de su trabajo, específicamente cuando éste es llevado a cabo en alguna institución psiquiátrica, pues el primer factor problema con el que se enfrenta: es la gran demanda de atención a la que se tiene que responder, y que evidentemente no se compara con la que llegaría a un consultorio particular. Otro obstáculo en dicha labor es que quien trabaja para una institución, a menudo está atrapado en las urgencias administrativas, las cuales dejan poco tiempo para practicar las habilidades terapéuticas y de investigación en las cuáles se le entrenó al clínico. Y, por si esto fuera poco, la mayoría de las veces que la gente recurre a la institución, solicitando sus servicios, pone en manos de la persona que ha de llevar a cabo el tratamiento, la SOLUCIÓN a las formas más extremas de cualquier problema conductual: desordenes seniles, neurológicos; problemas de adolescencia y de empleo; dificultades sexuales; adicciones; retardo intelectual; neurosis; psicosis etc. Y es absurdo que nosotros como psicólogos nos creemos portadores de ese “saber”, nos sentimos omnipotentes. Y, evidentemente, los psicólogos tenemos serias limitaciones como ejemplo a ello podemos decir que aún no se tiene la apertura a otras disciplinas que complementan la nuestra. Muchas veces mostramos renuencia a la realización de foros o mesas de trabajo en el que se expongan y analicen algunos casos clínicos, esto por mencionar sólo algunas cosas.

Todo esto nos remite a analizar qué es lo que pasa cuando caemos en un juego que debería sernos ajeno. Y es en la construcción de la respuesta que se ha de emitir en torno a dicha pregunta, en donde intervendrá directamente la formación en Psicología Clínica con orientación Psicoanalítica, puesto que si bien, la actitud profesional se va formando a través de la instrucción académica y de la experiencia directa con la realidad, en nuestro caso como psicólogos esto no es suficiente, ya que otro elemento que proporciona ímpetu para “saber hacer” nuestro trabajo, es el análisis personal, el cual respalda en su mayoría sino que hasta en su totalidad todas y cada una de nuestras intervenciones clínicas con nuestros pacientes, y a su vez, colabora también a agudizar el oído para que nuestra escucha emprenda actos analíticos es decir, que se puedan palpar efectos positivos en el tratamiento. El análisis personal aclara un vínculo ominoso que crea el puente entre nuestro actuar como personas y el actuar como profesionales, para poner en práctica lo que verdaderamente nos atañe como psicólogos, y dejar de lado esas redes de las cuales podemos ser víctimas; la institución nos hace propensos a cometer imprudencias y es necesario que el terapeuta (analista) busque “... que una de sus orejas se ensordezca (a las urgencias administrativas, a

la omnipotencia, etc.), en la misma medida en que la otra debe aguzar en la escucha de los sonidos o fonemas, de las palabras, de las sentencias de las palabras del paciente, sin omitir de ellas las pausas, escansiones, cortos, períodos y paralelismos, pues es allí donde se prepara la versión palabra por palabra, a falta de la cual la intuición analítica queda sin soporte y sin objeto”¹². El psicólogo clínico tiene como tarea principal escuchar, no juzgar; cuestiona con la finalidad de que el paciente escuche y analice su propia respuesta para que a su vez, pueda encontrar él mismo la “solución” a su problemática; con ética y responsabilidad ha de hacer del discurso del paciente el SABER de éste.

Un punto nodal que no podemos perder de vista los psicólogos clínicos y que nos remite a analizar con ética, compromiso y responsabilidad nuestro trabajo, es la ubicación de la ideología y las motivaciones inconscientes en cada historia individual que se nos presenta (paciente) enfatizando la parte humana, no hay que olvidar que a quien se tiene enfrente es a un ser humano, nada más ni menos que eso.

Al formularse el plan de tratamiento en una institución psiquiátrica, el clínico debe tener en cuenta y un conocimiento cabal del tratamiento psiquiátrico que ha de llevar a cabo, no desconocer a qué problemas y síntomas se dirige el medicamento; qué abordajes psicoterapéuticos serán los más convenientes; qué lugar de tratamiento parece ser el más apropiado (hospitalización continua, hospital de día o de fin de semana, consulta externa, etc.) El clínico debe proponer sugerencias que desde su punto de vista haya inferido tomando en cuenta hasta el más mínimo dato que lleva el plan de tratamiento, debe tener argumentaciones válidas, incluso, no tener desconocimiento de las razones que tienen los psiquiatras para remitir al paciente a una hospitalización continua (por ejemplo: cuando el paciente se obstina en el suicidio y vive en un ambiente que no le ayuda, o cuando se sospecha que el paciente tiene un síndrome cerebral orgánico y necesita que le elaboren algunos estudios para emitir un diagnóstico adecuado y confiable, etc.). Todo esto con el objetivo de que el papel del psicólogo clínico vaya tomando partidos más favorables y vaya ganando buenos terrenos en la institución. Alimentado el pensar por las experiencias que se han tenido se deduce que el hospital psiquiátrico proporciona una oportunidad para diseñar nuevos procedimientos educacionales y psicológicos, a pesar de las adversidades que tales ambientes suelen presentar, déficit económico principalmente. La función de un psicólogo no se limita a las cuatro paredes de un consultorio en espera de que llegue el paciente a “solicitar” la atención. El hospital psiquiátrico es una gran biblioteca en donde se puede aprender mucho y así mismo, es un campo que invita a retroalimentar lo que él está proporcionando, es decir, a la producción teórico-práctica que nosotros los profesionales de la psicología hemos de crear. El psicólogo clínico como estudioso de la salud mental debe idear mecanismos, técnicas y razonamientos humanistas útiles para enfrentarla. Su pensamiento y accionar han de estar encaminados siempre hacia una excelencia clínica, haciendo de manera permanente trabajo de investigación en las áreas que competen en su ejercicio profesional. El psicólogo debe de tener apertura a otras dimensiones y espacios del quehacer terapéutico.

¹² “Escritos I” Situación del Psicoanálisis y formación del Psicoanalista Jacques Lacán Editorial Siglo XXI Pp. 453.

"... Estar loco, es fundamentalmente perder el sentido de la realidad, no poder diferenciar entre la fantasía y los sueños, entre lo que uno es y lo que uno quiere ser. Es, además el predominio de los sentimientos más negativos: del odio, de la envidia, de los celos. El predominio porque ellos se apoderan de uno, y no se ve la parte bondadosa de la vida, el amor, la amistad, la entrega. Estar loco es sentirse en una cárcel: perseguido, aterrorizado al borde de la muerte sin esperanza de salvación, condenado (...) para mí, estar loco es estar completamente aislado, desconfiar de todos y enfrentarte, por tanto, con todo tu pasado y tu presente, pero desolado, sin ánimos, solo, completamente solo, sin poder comunicarte con los demás (...) por último, a través de mi experiencia personal y de oír a mis compañeros me doy cuenta de que estar loco es también sobrevalorarse, o su contrario, devaluarse, sentirse mierda. Por eso se habla con Dios, con los presidentes, con los superiores o se quiere llegar a ser uno de ellos, o se conecta uno con el diablo, con la mierda, con la caca, con vomitar, con tomar drogas o alcohol, etc. Tal vez como resumen de mi caso personal diría yo, que estar loco es no poder sentir, tener miedo de los sentimientos, de las gentes, de la vida; y es por tanto, estar muerto, tener la muerte y la vida, desconfiar de todos, de la comida, del cuerpo (...). Es difícil aceptar que está uno enfermo y que curarse es muy difícil. Aquí en el hospital a uno lo respetan, no hay trato inhumano (...) sino que aquí se cree que estas enfermedades se curan hablando de lo que uno siente, expresándose, pintando, haciendo movimientos y haciendo amigos. Esta es una gran ventaja porque aprende uno de nuevo a relacionarse, a abrirse y a confiar, aceptar los propios defectos y cualidades, y la de los demás".

Paciente
Hospital Psiquiátrico
"MENDAO"

A continuación se expone una viñeta clínica que presentaron en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en una de las Sesiones Clínicas que semanalmente llevan a cabo en su foro con la finalidad de compartir conocimientos y experiencias con los colegas de la institución. Particularmente este caso es referido por el Hospital Parcial de día.

MOTIVO DE PRESENTACIÓN

La concepción actual de la psiquiatría y de las Ciencias de la Salud Mental nos obliga a pensar en la multicausalidad y la participación de muy variados factores dentro de la génesis de la patología así como en las medidas terapéuticas, rehabilitadoras y pronósticas que se llevan a cabo. El presente caso intenta mostrarnoslo.

J.P. es un paciente en el cual se puede observar la influencia de los aspectos hereditario-genéticos así como de su muy particular medio socio-cultural, los cuales lo han llevado al desarrollo de una patología mental que evoluciona dentro de un ámbito familiar cargado de conductas desadaptativas, que le han producido una disfuncionalidad en muchos aspectos de su vida. Evidentemente nuestra intervención sanitaria ha requerido de un abordaje múltiple, variado y a largo plazo, que ha llevado al paciente a transitar por una gran cantidad de actividad a lo largo de una estancia de 2 años en nuestro servicio.

Lo anterior ha requerido modificar nuestra ideología de intervención en la patología, pasando de una intervención en crisis que ofrece la posibilidad de cambios dramáticos en un corto tiempo, hacia un quehacer mucho más lento y constante que ofrezca modificaciones menos espectaculares pero más sólidamente establecidas; ese es el reto de la rehabilitación de los enfermos mentales.

VIÑETA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: J.P.S.A
SEXO: Masculino
EDAD: 25 años.
LUGAR DE NACIMIENTO: México, D.F.
FECHA DE NACIMIENTO: 17 de Octubre de 1972.
ESCOLARIDAD: 6to. Semestre de Bachillerato.
OCUPACION ANTERIOR: Estudiante.
OCUPACION ACTUAL: Ninguna.
RELIGION: Católica.
ESTADO CIVIL: Soltero.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia su padecimiento a los 12 años de edad de manera insidiosa, sin motivo

desencadenante aparente, con presencia de ansiedad, inquietud, ideas obsesivas de contaminación “pensaba constantemente que me iba a contaminar si tocaba objetos o saludaba a las personas” sic paciente, posteriormente se suman actos compulsivos, “me lavaba las manos cada vez que tocaba los objetos o a las personas, luego terminé bañándome muchas veces al día, cuando me lavaba las manos terminaba casi sangrándomelas” sic paciente. A esta situación se suma aislamiento, pues no salía para evitar contaminarse, además de que presentaba pensamiento sonoro “platicaba con mi propio pensamiento” sic paciente. Su funcionalidad disminuye especialmente en el terreno social y familiar por falta de convivencia. Esta sintomatología permanece durante un año, y en donde al no ceder sino al contrario aumentar, su familia decide llevarlo a consulta al Hospital psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro”, donde le diagnostican Trastorno Obsesivo Compulsivo y le inician tratamiento con Imipramina a dosis no especificada, presenta un muy pobre apego al tratamiento, y a las cuatro semanas de haber comenzado éste lo suspende. En su sintomatología persisten solamente la ansiedad y el aislamiento; no regresa al hospital. Continúa con su anterior funcionalidad, y a los 18 años de edad planea con su hermana menor un viaje a los E.U. en plan de turistas y con miras de conseguir empleo. Por lo anterior la Embajada les niega la visa, y ante esta situación el paciente se siente muy frustrado, comenzando a partir de ese momento con alucinaciones auditivas de comando, “escuchaba que unas voces de hombre me decían que me matara para que me sintiera mejor” sic paciente, insomnio mixto, aumento considerable de la ansiedad y presencia de errores de juicio y conducta como querer lanzarse por la ventana de su casa. Su familia no hace mucho caso de la situación. El paciente sale de la escuela al faltarle una materia para concluir el bachillerato, no trabaja y permanece así por 5 años sin volver a su anterior funcionalidad. La evolución de su cuadro psicótico se caracteriza por remisiones parciales y exacerbaciones, siendo en el año de 1995 que presenta una exacerbación muy importante en la que se suma a su anterior sintomatología: autoagresión física y heterodirigida, e intenta lanzarse nuevamente por la ventana de su casa. Ante esto la familia por fin decide llevarlo a “X” hospital psiquiátrico, donde lo internan por espacio de un mes e inician tratamiento con haloperidol 25mg. al día, biperiden 2mg al día y clonazepan 3mg al día; le toman un EEG (Electroencefalograma) y una TAC (Tomografía Axial Computada), los cuales resultan sin alteraciones. En este espacio de internamiento el paciente tiene una evolución lenta intentando lanzarse desde el primer piso del hospital, lográndolo sin que se presenten lesiones aparentes; las alucinaciones de comando persisten, y disminuyen un poco sus errores de juicio y de conducta, por lo cual ante esta mejoría deciden darlo de alta. Permanece 8 meses en tratamiento ambulatorio con muy mal apego al mismo, por lo cual ante una nueva exacerbación el paciente es ingresado a este Hospital (Fray Bernardino Alvarez) en 1996.

EXAMEN MENTAL DE URGENCIAS

Se presenta paciente masculino, de edad aparente similar a la que dice tener, con muy malas condiciones de higiene y aliño, de biotipo mesomórfico de talla media, poco cooperador al interrogatorio con expresión facial de indiferencia, sin movimientos anormales, con marcha adecuada, orientado en las tres esferas (lugar, tiempo y persona), no en circunstancia, acepta alteraciones de la sensopercepción “si estoy escuchando voces que me ordenan matarme para estar bien” sic paciente; lenguaje en tono, volumen y frecuencia disminuido discretamente, es coherente e incongruente con la realidad, niega alteraciones

en el contenido del pensamiento, juicio fuera del marco de la realidad, funciones mentales superiores (cálculo, síntesis y abstracción) ligeramente disminuidas, afecto aplanado, sin resonancia afectiva y nula conciencia de enfermedad mental.

Durante su estancia en el piso le inician tratamiento con haloperidol 30mg al día, biperiden 2mg al día, paroxetina 20 mg al día y levomepromazina 25 mg al día; persisten las alucinaciones auditivas y las ideas de muerte secundarias a éste, presentando una autoagresión al romper un vaso de plástico y producirse una lesión en flanco abdominal izquierdo, por ese motivo se le envía al área de casos delicados (UMQAIP).

EXAMEN MENTAL EN UMQAIP (7 DE JUNIO DE 1996)

Paciente masculino con ropas hospitalarias, se observa somnoliento por efectos secundarios de neurolépticos, orientado en las tres esferas no en circunstancia, con persistencias de alucinaciones auditivas: “estoy escuchando a esos hombres que me dicen que me mate para estar bien y creo que es lo adecuado” sic. paciente, juicio fuera del marco de la realidad, efecto aplanado y nula conciencia de la enfermedad mental.

Durante esta estancia lo manejan con tioproperazina 30mg al día y carbamazepina como apoyo para evitar esos actos de impulsividad, su evolución es adecuada, disminuyen sus alucinaciones auditivas pero persisten los signos negativos, poco sociable, aislado y con presencia de la ansiedad que ha caracterizado su actitud; es dado de alta por mejoría y regresa a piso.

El paciente nuevamente en piso se observa más tranquilo, con disminución de las ideas de muerte, deciden hacerle un cambio de neurolépticos a perfenazina 15mg al día, posterior a lo cual se exacerban las alucinaciones auditivas y las ideas de muerte, siendo necesario nuevamente mandarlo a UMQAIP el día 21 de Junio de 1996, donde se le instala un tratamiento con tioproperazina 30 mg al día, siendo más lenta su evolución, y después de 18 días se logra que cedan casi por completo las alucinaciones y las ideas de muerte, regresando al paciente a piso.

Nuevamente el paciente en piso se observa más activo, socializa mejor, menos aislado y casi desaparición de las ideas de muerte, motivo por el cual se inicia tratamiento basándose en penfluridol 20 mg a la semana y biperiden 2 mg al día, decidiéndose su alta y el envío a Hospital Parcial.

El paciente se mantiene un mes en control ambulatorio en espera de su ingreso a Hospital Parcial, durante este tiempo permanece en casa tranquilo y tomando adecuadamente su medicamento, siendo ingresado a Hospital el día 8 de agosto de 1996.

HISTORIA FAMILIAR

Padre vivo de 66 años de edad, profesor normalista, jubilado, con enfermedad mental de varios años, ha tenido tres internamientos en este hospital con el diagnóstico de esquizofrenia residual y probable proceso demencial, teniendo un pésimo apego al tratamiento, estuvo encarcelado 12 años por matar al padre y al hermano del ex novio de su

esposa. Madre de 53 años de edad, hipertensa, en control farmacológico, sin aparentes problemas mentales; tío paterno con enfermedad mental no especificada; prima paterna con probabilidades de esquizofrenia. El paciente tiene 8 hermanos, el mayor de 36 años, mujer, es médico general presento episodio postparto, controlada con medicamento; el segundo de 34 años, hombre, trabaja y ha presentado cuadros depresivos no especificados, el tercero de 31 años, hombre y aparentemente sano, el cuarto hermano de 30 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y farmacodependencia, actualmente en control en consulta externa de este hospital, una hermana de 24 años es contadora sin aparentes problemas de salud mental, la sexta es una mujer de 22 años con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada, con un internamiento en este hospital y en control por consulta externa; y la hermana menor de 18 años aparentemente sana.

ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente es el séptimo de un total de 8 hermanos, producto de un embarazo no planeado y no deseado, durante su etapa de gestación la madre no acude a control prenatal, nace a los nueve meses de embarazo, en un parto que se presenta de forma fortuita, el paciente nace en un taxi que llevaba a su madre al hospital, posteriormente en el hospital les atienden a los dos, no se presentan complicaciones por este hecho, describen su desarrollo psicobiológico como “normal”, sin aparentes problemas en el desarrollo, lo describen con una personalidad premórbida, un niño muy tranquilo, introvertido, poco sociable, sensible y obediente; convivía mucho con sus dos hermanas menores. Sin problemas físicos de alguna índole.

HISTORIA ESCOLAR

Inicia su educación primaria a la edad de 6 años, observándose un rendimiento escolar muy bueno, no reprueba años en la primaria; se caracteriza por tener pocos amigos, el paciente y sus dos hermanas menores acuden a la escuela en donde el padre impartía clases y esta situación se torna problemática, en especial para el paciente, pues los compañeros de la escuela se burlaban del comportamiento “extraño” de su padre. En la escuela se la pasaba en los descansos la mayor parte del tiempo con sus hermanas. A los doce años ingresa a la secundaria, presentando un buen desempeño académico, no reprueba años, pero sí algunas materias como matemáticas, su conducta es igual de introvertida; se le caracteriza en esa época por leer mucho, pero de temas que no iban mucho de acuerdo con la secundaria, pues leía teorías políticas y económicas. A los 15 años ingresa a la preparatoria, su rendimiento persiste bien hasta el 5°. Semestre de bachillerato, pues posteriormente su funcionalidad disminuye, hasta el punto de salirse de la escuela cuando le faltaba una materia para concluir su bachillerato.

HISTORIA PSICOSEXUAL

A los 16 años de edad tiene su primera relación sexual, con una prostituta de su colonia, a la fecha no ha vuelto a tener relaciones sexuales; para él la sexualidad no es importante y puede vivir sin ella “ el sexo para mi no es importante, en la vida hay cosas más importantes” sic paciente. La masturbación la ha realizado en algunas ocasiones (muy poco frecuente).

HISTORIA OCUPACIONAL

El paciente nunca ha trabajado, solo a la edad de 20 años inicia como repartidor de volantes, dura en este empleo unas semanas, pero lo deja por sentirse mal, a la fecha ha metido solicitudes en varios restaurantes para trabajar como mesero, pero aún no encuentra respuestas.

TIEMPO LIBRE

Le gusta la lectura, lo realiza con mucha frecuencia, en especial le apasionan las lecturas sobre temas de política, temas sociales y de economía. Actualmente se ha ocupado en relacionarse con sus compañeros de Hospital Parcial.

INGRESO AL HOSPITAL DE DÍA (8 DE AGOSTO DE 1996)

Se presentó en buenas condiciones de aliño, regulares de higiene, consciente, globalmente orientado; acude en compañía de su madre quien en ocasiones se muestra controladora sin dejar hablar al paciente, situación que cede durante la entrevista. Actitud un tanto suspicaz, dando la impresión que niega información o la minimiza, también por influencia de la madre. Voz y tono en volumen normal, discurso fluido, lenguaje coherente y congruente, llega a mentas. En el contenido del pensamiento hay ideas que giran en torno a su padecimiento “lo que me ha pasado es enfermedad y solo ha consistido en escuchar voces que me acusaban y ordenaban cosas, lo cual ha sido producto de mi mente, quizás me presioné mucho y me trastorné, se me presentó la locura como tal” sic paciente. Niega haber tenido ideas delirantes, sin embargo impresiona lo contrario ante su actitud suspicaz y negadora. Afecto tendiente al aplanamiento, en ocasiones muestra ansiedad pero se mantiene cooperador. Refiere que aún escucha voces, pero con menos frecuencia y con menos volumen. Funciones mentales superiores conservadas, abstracción un poco disminuida. Memoria conservada. Se ingresa con DX: Esquizofrenia paranoide y con un manejo farmacológico basándose en penfluridol de 20 a 40 mg por semana y biperiden con 4 mg al día.

EVOLUCIÓN AGOSTO - DICIEMBRE 1996

El paciente se ingresó a grupo psicoeducativo en donde desde un inicio su participación fue notable, con una interacción constante con sus compañeros, tomando un rol si no de líder de tarea, si de confrontador, y sobre todo de apoyo y contención cuando hubo necesidad de ello. La conciencia de enfermedad y apego a tratamiento fue en aumento. Llama la atención la pronta socialización que llegó a adquirir, en donde además sobresalió por su capacidad de aprendizaje con relación a los temas de las sesiones, ayudando a la autocomprensión de su padecimiento y al grupo en ese mismo sentido, cumpliendo así con los objetivos de este nivel de tratamiento, como es la adquisición de conciencia de enfermedad, la socialización e integración del grupo, por lo que al término del ciclo se decide su integración a grupo de psicoterapia.

En atención individual su evolución fue hacia la mejoría, mostrándose cooperador, con

tendencia marcada hacia la disminución de la suspicacia, con constancia y puntualidad en sus entrevistas, en las cuales en un inicio refería que: “aún escuchaba voces pero muy de vez en cuando” sic paciente, las cuales remitieron en este lapso. Su lenguaje siempre fue coherente y congruente sin presentar ideación delirante, solo en ocasiones refería: “a veces tengo ideas intrusivas que logro sacar de mi mente, como el que no me voy a aliviar, o pensamientos fuera de lógica de mi misma mente, como audibles que me insultan, es una voz interna, pero yo las controlo..... antes pensaba que me contagiaria de cáncer si me acercaba a personas que fumaban y salía corriendo como loco, pensaba que el sol me cegaría, pero eso es del pasado, creo que soy más fuerte que ellas, solo me queda a veces una música que escucho adentro después de haber escuchado una canción, pero dura minutos” sic paciente. Su afecto fue adquiriendo mayor irradiación, sin llegar a estar eutímico, ya que la ansiedad de una u otra forma estaba presente. Sus funciones mentales superiores se fortalecieron. Su manejo farmacológico continuaba igual, solo se agregó levomepromazina de 25 a 6 mg por día debido al insomnio secundario al pensamiento sonoro.

EVOLUCIÓN ENERO – MARZO DE 1997.

En este período adquiere mayor conciencia de enfermedad aunque en un mayor nivel, racionalización e intelectualización favorecido por su capacidad de abstracción y aprendizaje; continuo mejorando su socialización llegando a tener salidas y relaciones amistosas con otros compañeros pacientes del Hospital. En el contenido del pensamiento sus ideas eran reflexivas en torno a su situación, recordando cosas del pasado, hablando de la enfermedad mental de su padre y de sus hermanos, de la mala influencia de su padre tanto genética como emocionalmente, refería temor que le generaba no lograr sus metas y reflexionaba sobre la importancia de continuar su tratamiento. En ese tiempo inicia la preparación de sus exámenes extraordinarios en la preparatoria abierta, se advierte la presencia de síntomas negativos, por lo que se cambian neurolepticos por risperidona a dosis de 2 mg al día, continuando con levomepromazina y biperiden con las dosis anteriores.

EVOLUCIÓN ABRIL A JULIO DE 1997

Durante este período es de llamar la atención la evolución afectiva del paciente, quien inicialmente mantuvo un afecto poco irradiado y hasta aplanado, empieza a mostrarse con mayor nivel de actividad tanto en el servicio como externamente, marcada tendencia a la verborrea, llegando a ser disruptivo en ocasiones, sobre todo en grupos. El afecto se mostró hipomaniaco y en ocasiones eufórico, pero sin presentar síntomas psicóticos o errores conductuales, en ocasiones refería ideas megalomaniacas “yo soy muy inteligente pero de nada me sirve... pero aún así soy más fuerte y venceré” sic paciente. En las actividades de talleres terapéuticos de teatro y literatura fue entusiasta y desplegó mayor creatividad, aunque su estado era a veces expansivo. Se aumento dosis de risperidona a 3 mg al día con lo que hubo disminución de la excitación psicomotriz.

EVOLUCIÓN AGOSTO A DICIEMBRE DE 1997

Hubo mejoría en cuanto a su estado afectivo, y aunque continuo hipomaniaco tiene una mayor conciencia de enfermedad y apego al tratamiento, comenta: “todos estos días me he sentido muy bien, soy dueño de mis pensamientos y eso me tranquiliza mucho, no tengo problemas con los medicamentos, me ayudan y no me molestan” sic paciente. Vuelve a ser expansivo y verborreico, con ideas megalomaniacas, comenta planes como irse a los Estados Unidos con otro paciente del servicio, estudiar inglés, casarse, tener hijos y estudiar relaciones internacionales. Se inicia litio de 600 a 900mg al día, sin que la sintomatología remitiera del todo, llamando la atención una disociación ideoafectiva en el contexto de su hipomanía. Se suspende risperidona y se inicia trifluoperazina a dosis de 10 a 15 mg con lo que obtiene mejoría global y ausencia de síntomas afectivos y psicóticos, así mismo mejora el funcionamiento, en actividades comenta “es que de pronto me sentía muy fuerte, bien y luego triste” sic paciente. El paciente se recontrata para reforzar áreas de conciencia de enfermedad y mayor reinserción social.

EVOLUCIÓN ENERO A JUNIO DE 1998

Mejoría importante con estado previamente referidos, con mayor capacidad de autoreflexión, lo que le ha causado algunos estados de ansiedad y tristeza que fluctúan, y que a decir del paciente “son mucho más controlables y pasan” sic paciente. El cuadro hipomaniaco remite y es capaz de reflexionar sobre sus alteraciones. Actualmente se encuentra estable, con ansiedad leve y moderada que cede en el transcurso del día, relacionándola con sus planes, su futuro y la situación familiar. Se notan datos de acaticia, motivo por el cual se decide uso a risperidona 3 mg al día.

- Última litémia Marzo 1998 con valor de 1.05 mEq 1 to.

IDX – Trastorno Esquizoafectivo de tipo maniaco F25.2

TX actual: Risperidona 3 mg al día
 Biperiden 2 mg al día
 Carbonato de litio 900 mg al día.

EVOLUCIÓN EN ACTIVIDADES GRUPALES (PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL JULIO A NOVIEMBRE 1997)

Se inicia ciclo de psicoterapia con un número de 8 pacientes, en el que el pie de grupo lo formaron Nieves, Héctor y Juan Pablo, que provienen de un grupo previo; por otro lado Oscar, Octavio y Angelina provienen de otro; Sofía se ingresa como nuevo elemento al grupo. Inicialmente se muestra dispuesto pero temeroso de entrar a la tarea. Los roles fueron Oscar y Angelina como aportadores eventuales, permaneciendo aún así tendientes a ser silenciosos. Octavio predominantemente silencioso; Miguel y Juan Pablo portavoces de la ansiedad grupal y líderes de la resistencia. Héctor es el inquietador del grupo. Estos roles permanecieron rígidos durante la fase inicial. Los líderes de la resistencia son negadores y se autodesignan asintomáticos. Juan Pablo mantuvo una actitud verborreica con temas resistenciales y tangenciales establecido en un supuesto básico grupal de dependencia,

ataque y fuga. Juan Pablo es vocero de la ansiedad grupal y como líder propone temas que interesen (política e historia), evitando abordar la tarea que es la temática en torno a la enfermedad, dada una posición esquizoparanoide en el grupo; Juan se une a un subgrupo resistencial que agrede y ataca al vínculo con acting – outs, atentando contra el encuadre, como el ser inpuntuales. Inicialmente los temas a iluminar y focalizar surgen del temor a ser aceptados, al rechazo y a la cercanía. El grupo señala límites a Juan Pablo el optimista resistente a los temas. Ante la persistencia de la ansiedad del grupo, se moviliza ésta, siendo Juan Pablo y Héctor quienes la actúan, evitando así entrar de lleno a la verbalización del rechazo de los otros y su temor de acercarse al otro. Ante los silencios del grupo Juan Pablo aprovecha para hablar del mundo feliz de Huxley. El tema focalizado a la décima sesión es la dificultad para comunicarse y la actuación que de ello proviene. Ante la acción grupal y la mejoría de la comunicación entre sus miembros, Juan Pablo comparte el liderazgo favorecedor a la tarea, principalmente a través de la racionalización e intelectualización. Ya en etapa de focalización el rol de Juan Pablo continúa siendo el portavoz de la ansiedad. Se fomenta la cohesión grupal, y en ocasiones Juan Pablo funge como descalificador del grupo, lo que el grupo señala a éste, pues salta del tema a focalizar. Sale un miembro del grupo y Juan Pablo toma el rol de actuador, compelido por el mismo grupo, siendo necesario el rescate por parte del equipo. Generalmente Juan Pablo inicia los temas con monólogos sobre salud mental, sobre situaciones chuscas, evidenciándose disociación ideoafectiva. Juan no escuchaba al grupo y fue confrontado por éste, expresándole su enfado y lo absurdo de sus intervenciones. Se señala por el equipo su rol rígido.

PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL ENERO – JUNIO 1998

Se inicia el trabajo grupal con el encuadre en donde se trabajará por lapso de un año, en una modalidad abierta y focalizando, buscando la cohesión grupal. En las primeras sesiones el grupo se compone de siete elementos y se empiezan a manifestar los roles, en donde Juan Pablo funge como emergente, consejero y portavoz de la ansiedad, y ante los silencios del grupo el paciente habla de temas tangenciales, como “todo está bien, aquí no pasa nada, podemos salir adelante, solo hay que echarle ganas” sic paciente. Se integran al grupo otros cuatro miembros siendo bien aceptados por el mismo. Se sigue trabajando la cuestión grupal y en la 8ª sesión existe un cambio del equipo técnico. La despedida y bienvenida de ambos terapeutas se dio en la misma sesión, momento en el que el grupo manifiesta abiertamente su enojo “a mí me da igual que se vaya o se quede”, manejan culpa “yo soy como la manzana podrida, a donde voy, lo echo a perder todo”. Juan Pablo funge en esos momentos como el contenedor del grupo, mencionando que son buenos los cambios ya que éstos les ayudará a adaptarse al afuera. Por períodos vacacionales del equipo técnico el grupo vive de nuevo el abandono y disminuye la asistencia a la actividad. Juan Pablo fluctúa entre estar silencioso y ser el portavoz de la ansiedad que esto les genera hablando demasiado. En la sesión 21 una paciente sale del grupo refiriéndose que ya no asistirá por conseguir trabajo, esto genera envidia que se racionaliza a través de la enfermedad. Juan Pablo habla de sus intentos por conseguir trabajo pero se justifica igual que el resto del grupo y menciona: “solo es cosa de echarle ganas y de querer hacer las cosas” sic paciente. Para entonces el grupo empieza a manifestar su desconfianza hacia el afuera, encubriendo su desconfianza hacia el observador silencioso, rehusándose a hablar de la envidia que les genera que su compañera haya conseguido trabajo. En la última sesión Juan Pablo se

cuestiona a él mismo y al grupo si realmente están enfermos ya que ellos tendrían la posibilidad de hacer más cosas y no “chiquearse” tanto. Juan Pablo menciona que él trata de sobreponerse porque a él lo que más le angustia es que la gente lo rechace y no lo acepte como es por ser un enfermo mental “yo prefiero no mencionar mi enfermedad, porque si así nos rechazan, ahora si lo digo es peor” sic paciente.

EVOLUCIÓN EN EXPRESION CORPORAL

A su ingreso a la actividad se hacen evidentes sus dificultades de postura, tono muscular y baja coordinación psicomotriz; así como su hipomanía de esos momentos. A medida que Juan Pablo fue integrándose a la actividad empezó a comprometerse con ésta, se desarrollo una más sana comunicación con el resto del grupo y comenzó a expresarse libremente usando únicamente la música y su propio cuerpo. En la actualidad se ha convertido en una especie de líder grupal en cuanto a la tarea y su participación verbal y no verbal, marca las pautas en le grupo. De ese modo él es el encargado en gran parte de encuadrar la actividad y puntualizar a sus compañeros el porqué y para que la expresión corporal.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR (GRUPO DE ORIENTACIÓN Y REFLEXIÓN PARA FAMILIARES DE AGOSTO A DICIEMBRE DE 1996).

Desde el ingreso del paciente al servicio, la madre acudió en forma constante dos veces por semana al grupo de orientación y reflexión para familiares, siendo solamente a partir del mes de noviembre de 1996 cuando deja de asistir aduciendo tener que atender a sus hijas menores y varias ocupaciones más.

En el grupo tomó desde un inicio un rol pasivo siendo prácticamente receptora de la información y aportaciones del grupo. Sus aportaciones aunque esporádicas, fueron adecuadas y orientadas a la tarea, observando según la comprensión de los temas y aportaciones de estos en el contexto de su experiencia en la familia, ya que varios miembros de ésta son pacientes psiquiátricos. Su actitud fue pasiva y tendiente a la segregación, mostró ansiedad y actitudes evasivas lo que provocó que le llamaran la atención en el servicio.

A pesar de todo esto, dada su vivencia en el seno de su familia por largo tiempo, la señora mostró una conciencia realista de la enfermedad mental de cada uno de sus familiares enfermos, identificándose a sí misma como contenedora de la psicosis familiar que le ha generado además, sentimientos de culpa y enojo, gran ambivalencia hacia esta situación llevándola a presentar ansiedad y tristeza, así como conductas evasivas hacia lo que se le confronta. De cualquier forma, a lo largo de la estancia del paciente en el servicio, la madre ha dado contención y apoyo no sólo al paciente sino a su esposo e hijos en sus distintas situaciones y estados de enfermedad mental.

Durante las dos visitas domiciliarias que se efectuaron, la madre fue anfitriona y atenta, así como la fuente principal de información entorno a la situación familiar.

REPORTE DE TRABAJO SOCIAL

El paciente pertenece a una familia patológicamente integrada, de nivel socioeconómico medio, vive y actualmente con sus padres y cuatro hermanos, en donde la enfermedad mental ha formado parte importante en la vida y desarrollo de sus integrantes, identificándose patologías en cuatro de sus miembros, encontrándose disfuncionalidad en el grupo familiar desde su fundación, manteniéndose así, con un padre ausente en su función paterna, cubriendo parcialmente el área económica, delegando ambos roles a la esposa, la toma de decisiones y el rol de autoridad es ejercido por la madre, siendo ella la única red de apoyo y quien a dado, aunque escasa, contención familiar.

Actualmente el paciente asiste a psicoterapia individual. Es indudable que este caso fue atendido por un equipo multidisciplinario, sino fuera así, se estaría atendiendo la demanda de manera parcial. Hay que tomar en cuenta que un solo indicador da margen para poderse hablar de un progreso en el tratamiento, y ellos se visualizaron en este caso.

De acuerdo se está con la idea de que los fármacos controlan la sintomatología únicamente, pero no ofrece expectativas de transformación y elaboración de la enfermedad, por lo tanto, ellos deberán ser complementados con otras modalidades de tratamiento.

CASO CLÍNICO

La concepción actual de las ciencias de la salud mental nos obliga a pensar en la participación de muy variados factores dentro de la génesis de las diferentes patologías, así como en las múltiples modalidades terapéuticas, rehabilitatorias y pronósticas. Con el presente caso se intenta mostrar cuán importante ha sido la intervención de diversos abordajes terapéuticos para lograr la estabilidad emocional del paciente, la psicoterapia individual ha estado bajo mi cargo. Plenamente se puede decir que el paciente ha estado recibiendo una atención integral: MULTIDISCIPLINARIA.

Haciendo la aclaración de que tal caso no fue tratado en un hospital psiquiátrico, sino en la Institución en donde se realizó el Servicio Social Universitario: “Central de Servicios a la Comunidad” (Ce.Se.Co. – Centro), dentro de un programa denominado “Interconsulta Psiquiátrica”, el cual se asemejaría un poco a una de tantas modalidades de tratamiento que ofrecen los Hospitales Psiquiátricos visitados: Tratamiento ambulatorio.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre: J. L.
- Edad: 53 años
- Escolaridad: Primaria
- Ocupación: Pensionado
- Religión: Católico
- Estado Civil: Casado
- Inicio del tratamiento: 15 de Febrero de 1997
- Actualmente continua en tratamiento

MOTIVO DE CONSULTA

- Agresividad e Insomnio extremos

PROCESO DEL TRATAMIENTO

- INICIO

El psiquiatra de la institución deriva a este paciente para que en conjunto llevemos a cabo su tratamiento, procede él recetándole los medicamentos. El paciente llega quejándose apesadadamente de su malestar, pues dice que debido a éste, su vida se esta haciendo insoportable, ha tenido muchos problemas con todas y cada una de las personas que le rodean (principalmente con su esposa, con la cuál están saliendo a relucir grandes diferencias). Dice alterarse demasiado por cosas sin importancia (reconociendo que son así

cuando logra tener momentos de paz). “Me ponen muy nervioso cosas insignificantes, siempre les doy más importancia de la que realmente tienen” sic. Uno de los factores que él cree que provocan sus alteraciones durante el día, es el insomnio del cual es víctima. Refiere que desde que recuerda siempre ha sido una persona muy violenta y pleitista, sobre todo en su juventud, pero que actualmente esa agresividad va acompañada de mucho malestar, cosa que antes no era así. Con frecuencia agrede verbalmente a la gente y por su cabeza pasan ideas homicidas cuando entra en crisis. El temor por llegar a matar a alguien es lo que le ha llevado a buscar atención especializada pues sus estados de tensión cada día se hacen más insoportables. Una larga temporada de su vida (de los doce a los cuarenta y siete años aproximadamente) la dedicó a alcoholizarse sin importarle nada.

Hace tres años aproximadamente estuvo tratando su problema en el IMSS en donde le diagnosticaron su enfermedad como esquizofrenia, abandonó el tratamiento en ese lugar porque la política administrativa de ahí le desesperaba tanto, que en una ocasión estuvo a punto de golpear a la recepcionista de uno de los departamentos de la institución.

Uno de los síntomas que más le causaron angustia fue el temblor que acompañaba a su agresividad.

- TRANSCURSO

Recién que se comenzaron a analizar algunos momentos muy significativos en la vida del paciente, comenzaron a salir a flote grandes sentimientos de culpa y autoreproches; su aspecto físico comenzó a hablar de ello, su semblante era opaco, llegaba a las sesiones desaliñado de pies a cabeza, mostraba alteraciones episódicas: gritaba, su rostro enrojecía y se ponía a temblar. Apareció con intensidad un nuevo síntoma, el olvido.

Sin duda alguna, los aspectos que se comenzaron a trabajar hasta el momento, denotaban que la influencia de aspectos socioculturales eran lo que lo habían llevado al desarrollo de una patología mental que evolucionó dentro de un ámbito familiar cargado de vivencias desadaptativas que le produjeron una disfuncionalidad en muchos aspectos de su vida.

Poco a poco se fueron analizando cada una de las situaciones que le ocasionaron sentirse mal para con él mismo, y fue así como se logró una mejoría alrededor del sexto mes de iniciado en tratamiento. Reconociendo el mismo paciente que estaba teniendo cambios decide abandonar el medicamento que le recetó el psiquiatra, aceptando que éste le ayudó en mucho al principio, pero que creía conveniente intentar superarse sin él, consultando esto con el psiquiatra y obteniendo su aprobación. Posteriormente, tiene la necesidad de ir en busca de espacios que él cree puedan contribuir a que el progreso de su bienestar sea aún mayor. Al ser una persona jubilada, piensa sentirse mejor si tiene una actividad laboral en la cual pueda ocuparse, busca empleo y encuentra uno de velador, además de hacer pequeños trabajos de albañilería. Propiamente esto correspondería a una terapia ocupacional a la cual en los últimos cinco años se le ha dado mucho impulso en los modelos de atención en los hospitales psiquiátricos.

El gusto del paciente por la música y las actividades deportivas al aire libre lo motivaron para inscribirse a clases de danza y volver a practicar el ciclismo (actividad que en su juventud realizó con gran goce), así como salirse por las mañanas a correr unos cuantos kilómetros y uno que otro fin de semana se va a nadar. Estas situaciones son equivalentes a una terapéutica recreativa.

Todo esto dice vivirlo con satisfacción, pues esos espacios le han permitido la comprensión de situaciones difíciles por las que a pasado además de sentir que estos le proporciona relajamiento físico y mental.

El trabajo realizado en conjunto con el paciente ha traído como resultados modificaciones significativas y sólidamente establecidas en su actuar, ese es el reto de la rehabilitación de los enfermos mentales, y el mérito no solo es personal o de quien se encarga de dar las clases de baile sino de todo el conjunto de personas que hemos intervenido en el tratamiento, incluyendo al paciente mismo, colaborado cada uno con nuestra propia formación para buscar la estabilidad emocional del paciente.

Actualmente se continúan trabajando algunas áreas que siguen perturbando sus relaciones sociales así como aspectos que tienen que ver con su sexualidad en la cual se han detectado algunos desequilibrios.

Nota: Este paciente siempre ha sido muy constante y puntual en la psicoterapia asistiendo una vez por semana, y refiere él mismo que de igual manera lo ha hecho en cada una de las actividades terapéuticas que realiza por su cuenta.

ATENCIÓN AL GRUPO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Se aludirá a la atención brindada a estos pacientes de un manera muy breve, únicamente para señalar la importancia que ha tenido el trabajo interdisciplinario que se ha llevado a cabo en el tratamiento de los mismos.

Es un grupo que al principio estuvo formado por 4 miembros, a cada uno de ellos se les emitió el diagnóstico de esquizofrenia, éste fue manifestado por el psiquiatra que está a cargo del tratamiento farmacológico.

Se comenzó a trabajar con estos pacientes desde hace un año aproximadamente, el tratamiento siempre ha estado bajo el cargo de las mismas dos psicólogas que lo emprendimos. A la fecha no ha desertado ningún paciente, al contrario, actualmente el grupo está integrado por cinco personas, quienes más de una ocasión han estado internados en un hospital psiquiátrico.

Se han detectado grandes avances, pues el tratamiento que realiza con cada uno de ellos su respectivo médico psiquiatra ha contenido las grandes crisis las cuales fueron reincidentes al principio de que comenzamos con los pacientes a trabajar en el grupo terapéutico. En un inicio se trabajó la conscientización de la enfermedad y la socialización ya que son dos elementos primordiales a tratar, aspectos que han permitido dar el primer paso en la rehabilitación de estos pacientes.

No han aparecido las recaídas en ninguno de ellos, y su funcionamiento en el exterior presenta un buen nivel de aceptación, se desenvuelven bien en el medio social, así como también en el laboral, aunque es necesario mencionar que sólo dos de ellos lo han logrado en esta última área.

Los demás avances que están por venir, dependerán de la buena disposición que los familiares de cada uno de ellos presente para aceptar integrarse a una terapia familiar, ya que es bien sabido, y como se mencionó en el segundo capítulo: es responsabilidad de cada uno de los miembros de la familia aceptar la parte que le corresponde y responsabilizarse de la misma y que han depositado en el enfermo, aún cuando se trata de una patología orgánica, pues no deja de influir el aspecto familiar, que es el más cercano al enfermo.

ANEXOS

No se hizo un estudio comparativo a fondo del funcionamiento de cada uno de los hospitales visitados ya que las características propias de cada una de las unidades las hace cualitativamente diferentes, se rigen con distintos esquemas, tanto de gastos como de inversión, para tratar a diferentes tipos de pacientes, por lo que se propone que, una vez analizado cada hospital, se planteen metas de mejoría en la atención de sus pacientes, tanto cualitativas, como cuantitativas. Para ello es necesario desarrollar estrategias para el crecimiento, considerando el uso óptimo de los recursos y mejoría en los resultados de atención médica, ligados a un incremento presupuestal racionalizado, así como formas de evaluación más adecuadas.

**“CAMBIOS SUSCITADOS EN LOS TRES
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS”**

“HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE VILLAHERMOSA, TAB.”

Es un hospital que aún conserva cierto grado de rigidez en cuanto a la apertura para considerar diferentes modalidades terapéuticas en su campo de acción, aún se observan rastros de un “hospital tradicional” ya que el enfoque que predomina es el biologicista; sin embargo se está haciendo un doble esfuerzo para lograr un cambio, el cual se ha propiciado a un ritmo lento, aunque debe considerarse que una de las razones de ello se debe a que el Estado de Tabasco tiene serias limitaciones en su economía.

A pesar de lo referido anteriormente, los cambios que ha logrado este hospital son altamente significativos:

- A) Reestructuración de la infraestructura. Pensada ésta en la comodidad y seguridad del paciente. Los pabellones tienen un diseño de confort, éstos son amplios y con aire acondicionado lo cual atiende a una gran necesidad, pues el clima de la ciudad lo exige. Su estructura es en forma circular, en el centro se encuentra ubicada enfermería, esto permite una adecuada vigilancia. Las regaderas están escondidas, con el objetivo de prevenir el daño que muchos pacientes suelen hacerse (intentos de suicidio)

- B) Comienzan a darle importancia a la socialización del paciente. Se abrieron espacios especiales en los que se ha procurado la llamada terapia recreativa y ocupacional (aunque hace falta profesionales altamente calificados en estas áreas). Otro aspecto a considerar, es la visita de familiares un día a la semana, el cual aprovechan las trabajadoras sociales para conocer la situación de la familia del paciente.

“INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA”

Por ser un hospital de iniciativa privada, difiere en mucho del anteriormente mencionado. Le definen características muy peculiares:

- A) Para el ingreso del paciente, se requiere de la firma de los familiares, y cuando es posible, hasta del mismo paciente. Debe existir un responsable, para evitar en la mayor medida de lo posible en el abandono del paciente en el hospital.
- B) Es evidente de que las personas atendidas en este hospital son de una posición socioeconómica medio alta, pues los costos de atención son elevados en comparación con aquellos hospitales que pertenecen a la S.S.A.
- C) La infraestructura cuenta con excelentes condiciones; cada paciente tiene su cuarto y baño. Las salas y consultorios son amplios, limpios y bonitos.
- D) A los pacientes se les permite vestir sus propias prendas, no hay batas.
- E) Regularmente son atendidas patologías no tan graves, no hay pacientes crónicos.- Lo que más abundan son casos de depresión.
- F) Manejan en su gran mayoría la consulta externa, sólo casos que consideran extremosos, son en los que procede la hospitalización.
- G) A la terapia grupal le han dado gran impulso.

- H) El trato que reciben los pacientes por parte de todo el equipo médico, es sorprendentemente cálido y cordial.
- I) La terapia ocupacional, recreativa y familiar tienen gran auge, las cuales son manejadas por profesionales que cuentan con la especialidad en cada área.
- J) Otorgan permisos a los pacientes (cuando se considera pertinente) para salir por algunos días a sus hogares para evaluar el avance y a la vez, como parte de su terapia para que se vayan adaptando nuevamente al afuera y en la convivencia con sus familiares, para determinar a la vez el avance que existe en las terapias familiares.
- Es un hospital destinado a la atención, rehabilitación, prevención, investigación y enseñanza. Cuenta con laboratorios de investigación, salas, auditorio y biblioteca áreas acondicionadas para realizar mesas de estudios y análisis de casos.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Pertenece también a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Opera a un 89% de su capacidad. De sus 400 camas ocupa 356 aproximadamente al mes. Esta unidad es la que cuenta con más plantilla de personal.

ANTES	DESPUES
<p>*Contaba únicamente con la hospitalización continua, “recluyendo” al paciente, durante mucho tiempo, de un año en adelante y un mínimo de dos meses.</p> <p>*Como hospital público, ingresaban a este hospital todo tipo de pacientes, incluso aquellos que no padecían ningún trastorno mental, vagabundos enfermos de desnutrición con la necesidad de un lugar para vivir y en que le ofrecieran alimento.</p> <p>*El aspecto físico del paciente era descuidado, debido a que difícilmente se podía atender aproximadamente a 500 pacientes y procurar su aseo personal a diario. Había una sobrepoblación de internos.</p> <p>*Programa: “PUERTAS CERRADAS” En el cual los ni siquiera los familiares tenían derecho de con el paciente dentro del hospital.</p>	<p>*En 1979 se crea el hospital parcial, derivándose de éste una subdirección de atención ambulatoria, la cual está formada por varios programas. Lo cual permite considerar a fondo cada caso y determinar cuál es el tipo de atención que requiere.</p> <p>*Ahora sólo tienen acceso a los servicios aquellas pacientes que tienen familiares y que se hacen responsables del enfermo. No hay tal ingreso, sino hay un documento firmado con la autorización y un común acuerdo de que se procederá con el internamiento.</p> <p>*Existen límites en cuanto a la capacidad de pacientes que pueden ser internados, lo cual permite mayor atención a su cuidado, se ha adquirido un equipo de lavandería especializado que posibilita un cambio diario de uniforme (pans).</p> <p>*Programa: “PUERTAS ABIERTAS” Ahora, ya existe la convivencia familiar en el hábitat del paciente, incluso el hospital está abierto a toda la comunidad un día a la semana.</p>

En general, en los tres hospitales se han suprimido las terapias – castigo; las camisas de fuerza, ligaduras y ataduras a las que se recurría para controlar a todos los pacientes en los momentos que entraban en crisis; se eliminaron las celdas – castigo y los barrotes. Si bien, la terapia electroconvulsiva no se ha abandonado, sí es notable la selección cuidadosa de cuando esto es requerido, en casos verdaderamente excepcionales. No más administración de medicamentos innecesarios. Cambios en las infraestructuras, se han transformado en sitios agradables a la vista con: jardines, pabellones y cuartos acondicionados para la comodidad y seguridad del paciente, cuyo aspecto es el de un hospital y no el de una prisión. Instalaciones sanitarias que permiten la vida del paciente con mayor privacidad.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

“La ciencia no es revelación, y aunque muy lejos ya de sus comienzos, carece todavía de los caracteres de precisión, inmutabilidad e infalibilidad a los que aspira el pensamiento humano. Pero así y todo es lo que poseemos”

Sigmund Freud

Psicoanálisis y Medicina (1926)

CONCLUSIONES

La Institución Psiquiátrica se ha propuesto responder a los retos que nos plantean los nuevos tiempos, en relación con los cambios estructurales de la sociedad contemporánea, y frente al avance científico, tecnológico y humanístico de la nueva era conforme a las necesidades que demanda la sociedad en torno a sus problemas más acuciantes (específicamente las que se refieren a la salud mental). Las transformaciones a las que han sido sometidos los modelos de atención al paciente con trastornos psicóticos son primordialmente impulsados por una ética y responsabilidad de cada uno de los profesionales que están a cargo de brindar este tipo de atención. El desarrollo de proyectos que ofrecen calidad en las modalidades terapéuticas se han suscitado sin dejar de considerar las necesidades, ritmos y cultura propias de un país como el nuestro.

Los logros que se han obtenido en este ámbito son gracias a que ahora ya no se pierden de vista algunos factores clave para lograr una calidad en los servicios que brinda la Institución Psiquiátrica, por ejemplo y por mencionar solo algunos: día a día hay mayor exigencia en la preparación que tiene el personal que labora en el lugar, pues éste requiere fielmente profesionales capacitados en el medio, las enfermeras y trabajadores sociales tienen especialidad en psiquiatría, los psicólogos deben tener alguna especialidad. Los psiquiatras han dejado de lado la experimentación con los enfermos de ciertos medicamentos no suficientemente comprobados, obtienen la patente de ser hombres prudentes; además, también de parte de ellos es clara la apertura por otro tipo de abordajes con el paciente, tanto, que en el momento de diagnosticar la enfermedad toman en cuenta antecedentes genéticos, hereditarios, la situación personal, laboral, económica, individual y social de paciente, es clara la disposición de parte de ellos por considerar otros factores etiológicos de la enfermedad, la bandera organizista ya no es tan respetada. Han tomado mucha relevancia la psicoterapia individual y grupal para que en estos espacios el paciente haga conciencia de su propia enfermedad, posteriormente estos espacios le han de permitir trabajar la problemática que de fondo trae cualquier enfermedad. La terapia ocupacional y recreativa han logrado forjar su objetivo terapéutico para con el paciente, de la ergoterapia aprende buenos oficios que le preparan para luchar en el afuera una vez que se le dé de alta, para que así mismo, pueda lograr con mayor facilidad la readaptación al medio ambiente.

La terapia recreativa tiene la plena finalidad de la socialización, lo que logra con mucho énfasis a través de dinámicas, recordemos que si hay algo que caracteriza al paciente psicótico es el empobrecimiento de los lazos afectivos, sus relaciones sociales están afectadas en gran medida, sino es que en algunos casos están rotas completamente. Por otro lado se puede ubicar en la línea de la falsedad el hecho de la falta de higiene de los hospitales psiquiátricos y de los pacientes mismos, pues su hábitat es limpio. Y, ¿desnutrición? Teniendo sus tres comidas al día y bien balanceadas, ya que su alimentación es mejor que la de mucha gente que no cuenta con los recursos económicos suficientes para satisfacer esta vital necesidad.

Todo esto se ha obtenido pese a un problema que no es sencillo de diluir: La insuficiencia de recursos financieros. Desgraciadamente dentro del sector salud se fijan prioridades, y el dinero destinado se emplea en las cosas “más importantes”. Cuando existe una reducción presupuestaria (como en los últimos años) los que sufren son los programas secundarios, como los de rehabilitación y de atención a los enfermos mentales, porque según los analistas financieros no se logran beneficios razonables con una inversión también razonable y por tanto, el poco apoyo económico que debería ser destinado se convierte en nulo apoyo. El hospital de día (parcial) como modelo de atención cubre dos objetivos simultáneamente, surge con finalidades terapéuticas indudablemente pero, quizás creado porque un paciente atendido por esta vía requiere menor inversión económica para su atención, un paciente en hospitalización continua le cuesta más a la institución. El desentendimiento del estado mexicano por el cumplimiento de su responsabilidad social, para una solvencia de las necesidades económicas de las instituciones psiquiátricas es el motivo principal por el cual se hace susceptible la institución a sufrir un retroceso a la práctica asilar de hace unos cuantos años. Urge solidificar esos logros para que las instituciones psiquiátricas no se vuelvan a ver pobladas por prostitutas, delincuentes, niños abandonados, alcohólicos, drogadictos, vagos, epilépticos y hasta locos.

Para la consolidación de modelos de atención que han sido eficientes, se requiere de revisiones periódicas y modificaciones en caso de ser necesario, para fortalecerlos no se ve otra vía más que esa; ésta es una tarea que debemos asumir todos y cada uno de los que estamos involucrados y comprometidos en la atención de las enfermedades mentales. Es deber del mismo personal del hospital llevar a cabo esta tarea, específicamente los grupos de profesionales encargados del área de investigación en cada uno de los hospitales, una vez que logren detectar necesidades deberán de crear proyectos económicos, con metas y objetivos claros, que resulte verdaderamente atractivo y que satisfagan el problema, para que así mismo sean aprobados y autoricen su financiamiento.

Por lo anterior, el hospital psiquiátrico e instituciones dedicadas a descifrar este problema enfrentan hoy uno de los más grandes retos a lo largo de su historia, ante el cual tendrán que responder en estos tiempos difíciles, cada una de ellas deberán tomar conciencia crítica de que como institución está sujeta a un proceso constante de transformación, tanto en su interior como al exterior, tendiente a la búsqueda permanente por mejorarse como institución para ofrecer alternativas que respondan a los cambios que la sociedad reclama, éste es un compromiso ineludible, por ello, es necesario trabajar con miras a una reestructuración integral de los abordajes psicoterapéuticos utilizados como herramientas; sólo bajo este eje se le dará sentido a las actividades realizadas en el hospital.

Es el momento ahora también de dar la definición a uno de los conceptos que más se han mencionado a lo largo de esta investigación: Calidad de atención es una aceptable satisfacción del usuario atribuible a la serie de elementos que conforman el sistema de atención intrahospitalaria de la atención psiquiátrica, sin permitir que otros elementos la pongan en peligro.

A continuación, se expone lo más relevante y significativo en los modelos de atención empleados en los tres hospitales psiquiátricos visitados, lo cual contribuye en mucho al restablecimiento del paciente, así como a la calidad que éstos brindan en sus servicios.

- A) Por fin se están suscitando cambios en el campo de la asistencia psiquiátrica, introduciendo en sus modelos terapéuticos la DIMENSION SOCIAL. El tratamiento lo dirigen no sólo al individuo enfermo, sino también a grupos de enfermos, y a las relaciones que estos últimos establecen con su medio, principalmente con la familia, la cual en muchos casos es un factor etiológico importante de la enfermedad y por tanto, es indispensable se trabaje con ella vía psicoterapia familiar, o bien, no siendo tan exigentes, se les imparten pláticas de orientación respecto a la enfermedad del miembro hospitalizado para que tengan plena conciencia y responsabilidad de ello. Siempre se obtendrán buenos resultados cuando se atienden aquellas relaciones patológicas que se mantienen al interior de un conjunto humano (familia). Aterrizando este planteamiento aquí en el Estado de Querétaro, desgraciadamente, no es tan evidente dicho cambio, ya que en principio, no cuenta con instituciones especializadas para atender padecimientos psiquiátricos; sin embargo, algunos psiquiatras y psicólogos canalizan a los pacientes con profesionales que pueden aportar cosas buenas en el tratamiento, pues su intervención es importante e indispensable para obtener resultados favorables en el mismo.
- B) Otro aspecto que está cobrando auge y es digno de mencionarse, es la llamada psicoterapia individual del paciente psiquiátrico una vez que éste egresa del internamiento como una prolongación del tratamiento que recibió dentro del hospital, con la finalidad de que se sigan analizando sus conflictos emocionales, lo cual implica darle un seguimiento formal al caso logrando respuestas más favorables.
- C) La modalidad de tratamiento psicofarmacológico que está teniendo un abordaje diferente, puesto que el medicamento que se les da a estos pacientes ahora lleva un riguroso control por parte de los psiquiatras tomando en consideración que se han de evitar en la mayor medida posible los efectos colaterales que traen consigo los fármacos.
- D) La terapia ocupacional y recreativa se llevan a cabo por personal altamente calificado en estas áreas, son gente que tiene la especialidad en la materia lo cual beneficia sustancialmente al paciente.

Todo esto en conjunto proporcionan al individuo medios que le permiten regresar al medio exterior. Aunque no sólo depende de la institución el restablecimiento del paciente, podríamos asignarle a ella un 50% de "responsabilidad", pero, ¿y el otro 50%?, definitivamente le corresponde a la sociedad entera. Sin las instituciones, sus estructuras, normas y objetivos explícitos la sociedad no sobreviviría. Las instituciones psiquiátricas fueron diseñadas con un compromiso social: enfrentar, controlar y curar las enfermedades mentales; sin embargo, sale a relucir por todas partes una respuesta carente de compromiso por parte de quienes le asignaron dicha tarea. La estructura social frente a la necesidad de protegerse de todo aquello que le estorba para su adecuado funcionamiento institucionaliza, encierra a ciertas personas (los locos), excluyéndolos del mundo exterior hasta que puedan ser soportados, los enfermos mentales constituyen una enorme carga para la salud pública, para la armonía social.

¿Qué es lo que espera la sociedad de hoy en día de la labor psiquiátrica-psicológica que tanta polémica ha desatado en todos los tiempos? Desde un punto de vista muy personal, se cree que pese a los cambios ideológicos suscitados en nuestra sociedad continúan los mitos denigrantes entorno a la institución psiquiátrica, se le sigue rechazando y se le coloca en el banquillo de los acusados. Por tanto, no hay un reconocimiento cabal de cuán importante son los beneficios que esta puede brindar. Podemos pensar que esas ideas vanas radican en un pensamiento tradicionalista que escapa al conocimiento de lo que verdaderamente se hace en un hospital psiquiátrico. Es real que la gente frente a una problemática emocional antes de recurrir al psicólogo o psiquiatra va a consultar a l médico, sacerdote, curandero; se sienten avergonzados e inseguros, no tan fácilmente reconocen que son portadores de una enfermedad mental.

El loco, cómo vulgarmente se conoce al enfermo mental, pese a poner en entredicho los valores de la comunidad, es responsabilidad de ésta retornar al enfermo nuevamente a ella. El loco está entre los límites de la socialización y el abandono, hay que recuperarlo, impedir que se aleje definitivamente, tarea que es muy difícil de llevar a cabo puesto que el rechazo que se le tiene al paciente psiquiátrico es una reacción social transmitida a través de los siglos. No es nada sencillo que la ideología de la sociedad cambie respecto al enfermo mental, para que no se tenga de trasfondo orillar al enfermo al abismo de la soledad y/o que pueda incurrir en el suicidio. Quedaría una interrogante: ¿Qué hacer para que la sociedad coopere en el restablecimiento y readaptación del paciente psiquiátrico?...

En el trabajo interdisciplinario esta definitivamente gran parte del avance profesional en México (particularmente en este caso que nos compete: El abordaje terapéutico de las enfermedades mentales), ello con la finalidad de que sean impulsados servicios de calidad y se pueda palpar una verdadera lucha contra las diversas patologías mentales y lograr la reestructuración del sujeto por todos los que le rodean. Una sola disciplina no da respuesta fiel a la recuperación del enfermo, es necesaria la intervención de otras disciplinas que permitan que el proceso llevado a cabo para lograr la estabilidad emocional de la persona tenga conclusiones satisfactorias. El modelo que se plantea como el más recomendable, es aquél que integra varias categorías de abordaje psicoterapéutico, familiar, grupal, laboral, recreativo, social, ya que todo esto no relega al sujeto sino que lo integra.

Otros aspectos que son importantes para su consideración y que nos reflejan la preocupación por la práctica psiquiátrica de una forma ética y de calidad en los servicios que ésta brinda, son los que a continuación se mencionan y que se encuentran contemplados en el “Código Internacional de la Ética Médica”. Estos aspectos son un gran punto de apoyo y refuerzo que refleja la necesidad de un trabajo en equipo con todos los profesionales de la salud mental:

- A) Un médico debe mantener los estándares más elevados en su conducta profesional, no deben existir motivos de lucro que influyan en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en interés de los pacientes, debe consagrarse a proveer una asistencia competente, con plena independencia técnica, moral y respeto por la dignidad humana, siendo honesto con pacientes y colegas, debe luchar con los defectos personales y profesionales de otros médicos, y desenmascarar a los que incurran en fraude y engaño.

- B) El médico debe de respetar los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y salvaguardar las confidencias del paciente, obrar solamente por el interés del paciente cuando proporciona asistencia que pueda tener efecto debilitador de las condiciones físicas y mentales, observar el máximo cuidado al divulgar descubrimientos, nuevas técnicas o métodos terapéuticos a través de canales no profesionales, debiendo certificar solamente lo verificado personalmente.
- C) Tener siempre presente la obligación de preservar la vida humana, debe a sus pacientes total lealtad y los recursos de su ciencia. En caso de que un examen o tratamiento que estén más allá de su capacidad, se debe acudir a otro profesional con la capacidad necesaria, y prestar ayuda de emergencia como deber humanitario cuando a él se lo soliciten y se sienta capaz para ayudar con sus conocimientos.
- D) El médico deberá comportarse con sus colegas como él quiere que los demás se comporten con él, no sustraer pacientes a sus colegas.

El papel del hospital psiquiátrico, en lugar de destruirse puede reestructurarse cada vez más y dársele un nuevo giro de productividad. En México este tipo de labores las ha desarrollado el "Hospital Fray Bernardino Alvarez" y el "I.M.P.", se han puesto en marcha las modalidades terapéuticas más acordes con la modernidad. Cuenta con un servicio de psiquiatría comunitaria, hospitalización parcial y continua, así como sus diversos programas de rehabilitación: ergoterapia, terapia expresivo-creativa y psicoterapia; y colaboran además activamente en la formación de recursos especializados en la materia a nivel nacional, introduciendo a sus residentes en formación en la comunidad.

Sin duda alguna, aun existen hospitales (reclusorios mentales) que solo asilan enfermos y no existe ningún programa de atención.

Es relevante la siguiente cita, la cual informa que: "El número de camas psiquiátricas no ha aumentado en la última década o, si lo han hecho, ha sido en forma muy modesta. Tampoco ha habido crecimiento en relación con el número de hospitales o servicios de hospitalización psiquiátrica, consultorios externos o dispensarios en salud mental. Más bien el número de estas instalaciones ha disminuido en proporción al incremento de la población y la morbilidad psiquiátrica"¹³.

Por otro lado, existe un problema real: Los hospitales de la Secretaría de Salud, y particularmente los hospitales psiquiátricos, han enfrentado problemas en su operación por la escasez de presupuesto, derivado de la poca información que se tiene respecto a sus necesidades y costos de operación.

En nuestro país son aún incipientes los estudios en los que se busca identificar los costos de operación de los Servicios de Salud, dada la complejidad intrínseca que ello significa y el

¹³ "La Salud Mental en América Latina" De Alarcón R. Pp. 32.

gran número de variables que intervienen para modificarlos. Sin embargo, a pesar de sus condiciones económicas, políticas, ideológicas, culturales y sociales, ha sido posible obtener cambios en el ámbito psiquiátrico, se escucha hablar de argumentos tan frecuentes como: “eso aquí no se puede dar, solo suceden cambios en países avanzados, nuestra situación no se presta para ello”, esto simplemente encubre la falta de decisión, voluntad y convencimiento respecto al cambio. Si verdaderamente estamos convencidos de la necesidad del cambio con relación al problema del tratamiento de la enfermedad y salud mental, pensemos que hay mucho por hacer y que es factible hacerlo. Se requiere de convencimiento, optimismo, energía, cooperación y sobre todo, de profesionalismo. En otras palabras, decisión y honestidad en nuestros planteamientos. Será indispensable en esta búsqueda de nuevas soluciones el compromiso de los especialistas de la salud mental, autoridades, familiares de pacientes, pacientes mismos y de la sociedad en general. De lo contrario, tendremos que invertir en la invención de justificaciones “científicas” a la incapacidad social, política y técnica para enfrentar, curar y comprender la enfermedad mental. Exploremos más allá del terreno clínico.

Es necesario un motor ideológico que mueva el cambio en la concepción de la enfermedad mental, promoviéndola en el ámbito social y no solamente en el médico, pues debe considerarse que se trata de un problema que nos atañe a todos los que formamos parte de esta sociedad. Aunque es sabido que no es fácil enfrentar los tabúes y prejuicios de nuestra sociedad occidental moderna.

Con lo referido en el desarrollo de esta investigación, y más aún en estas conclusiones, se expresa que las hipótesis planteadas en un principio tienen respaldo en lo suscitado dentro de la práctica profesional y de la vida misma ya que no se pueden negar realidades que ocurren en el ámbito de la salud mental: ha habido cambios benéficos, ya que pensar en un tratamiento a través del abordaje de una sola disciplina es una utopía, es necesaria la intervención de varios especialistas, esta idea ha ido tomando cauce poco a poco, logrando una mayor apertura para compartir conocimientos. Y, finalmente deberá encontrarse la manera de propiciar cambios en el sistema social para que así mismo la idiosincrasia pueda darle cabida al entendimiento de la enfermedad mental y así mismo evitar el abandono de la gente que se encuentra afectada mentalmente.

"Dirán algunos que el equivocarse es lamentable; pero más lo es el no equivocarse".

*Erasmus de Rotterdam
Elogio de la locura*

SUGERENCIAS

Después de haber analizado algunos aspectos en torno a los modelos de atención al paciente con trastornos psiquiátricos, se deducen algunas necesidades que se tienen que atender para mejorar los servicios que se brindan tanto en el ámbito hospitalario como en la práctica que a los psicólogos nos compete fuera de la institución:

- * La mejor herramienta del médico y del psicólogo en principio para dar una atención integral y efectiva al paciente, es sin duda, el expediente clínico, por lo que es recomendable no se pierdan de vista elementos importantes que se han de solicitar durante la primera entrevista y que son necesarios para poder emitir un buen diagnóstico, por ejemplo, los antecedentes del paciente en todas las esferas de su vida.
- * Los cursos de capacitación que son impartidos para mejorar el trabajo deben ajustarse, a fin de que satisfaga las necesidades laborales de los profesionistas, evitándose con ello la iatrogenia y los riesgos e trabajo al no saber cómo responder en casos de urgencia.
- * Algunos familiares sólo llegan al hospital por la receta del medicamento, sin el enfermo, proporcionándoles ésta sin evaluar realmente la mejoría o analizar el ajuste de dosis o cambio de medicamento, según lo amerite cada caso. Ello, si bien puede justificarse de múltiples formas, también rompe la relación del médico con el paciente y disminuye la probabilidad de apego al tratamiento medicamentoso, pues es frecuente que el paciente abandone la farmacoterapia en cuanto se incrementan los efectos no deseados del medicamento o porque cuando ya se siente mejor decide abandonar la ingestión en la creencia de que ya ha sanado definitivamente. Deberán tomarse mejores medidas al respecto
- * Sí se detectaron problemas de relevancia en hospitalización, se sugiere que se realice visita médica diaria, en los tres turnos pues aunque el médico conozca el caso y confie en una aceptable evolución del paciente, éste requiere ser revisado diariamente, y no como regularmente se acostumbra: una vez a la semana. Dicha deberá de estar en coordinación con psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.
- * Incrementar la supervisión de los servicios y, sobre todo, de los turnos vespertino y nocturno es una necesidad insoslayable, pues el número de pacientes sigue siendo el mismo, independientemente de que la proporción de trabajadores disminuye notablemente en dichos turnos. Todo esto además con la finalidad de que el paciente se sienta realmente acompañado y atendido de manera profesional, ya que simbólicamente este abandono viene a representar lo que sus familiares hacen con muchos de ellos.
- * Otro aspecto que es importante rescatar es que los hospitales puedan difundir los programas de atención que brindan a la ciudadanía en los diferentes hospitales generales. Se requiere además agilizar trámites administrativos.

* Al mismo tiempo, es importante reconocer que las limitaciones presupuestales afectan definitivamente las alternativas para mejorar las condiciones laborales, por lo que se sugiere participar en proyectos para solicitar financiamiento externo y dar apoyo al hospital para el mantenimiento y compostura al equipo dañado e indispensable en los servicios auxiliares de diagnóstico, de urgencias y de hospitalización.

* Se debe seguir promoviendo el trabajo multidisciplinario e integral, ya que son varias las disposiciones del padecimiento psicótico, la psicosis está polideterminada, ésta no es unidimensional, por lo tanto, es importante abarcar en el tratamiento aspectos familiares, individuales, culturales y sociales los cuales indudablemente circundan al enfermo.

* La evaluación del expediente se puede perfeccionar mediante:

- Cursos de capacitación que enfatizan en la importancia y modo correcto de llenar las diversas formas que integran el expediente clínico.
- Mejor supervisión a todo el personal, de manera más personalizada y directa.
- Programar las actividades de tal modo que se tenga un mayor tiempo para la atención directa con el paciente y para dar suficiente tiempo de escucha durante el interrogatorio médico.
- Establecer una autoevaluación en el seguimiento de cada caso.
- Firmar notas clínicas, ya que de las revisadas algunas aparecían con falta de firma del médico o responsable, incluso de quien la escribió, de forma que no se sabía si son notas médicas, de enfermería o psicología.
- Se recomienda responsabilizar a una persona de cada servicio para que revise que el expediente clínico contenga los formatos y los datos necesarios y completos que éstos solicitan, así como un rótulo que identifique el servicio en que se realizan las notas adicionales (observaciones durante la estancia) o actualización antes de enviarlo al archivo clínico.
- También se sugiere establecer una mejor coordinación de los distintos servicios del hospital para mejorar la atención integral que se da a los pacientes. Por ejemplo, en cuanto a prevención de salud, todo paciente debería ser remitido al servicio dental para dar a conocer técnicas de cepillado, ya que sabemos que la mayor parte de los pacientes tiene problemas de coordinación de movimientos y, por tanto, dificultad en su cepillado, ó bien, que los medicamentos anticonvulsivantes producen inflamación de encías, razón que conduce a problemas gingivales y, por ende, al mal aliento.
- Además, los estudios de laboratorio deberían ser mejor utilizados para lograr un mayor control de las reacciones secundarias del medicamento y promover el diagnóstico oportuno de enfermedades asociadas al padecimiento psiquiátrico.
- Hay que posibilitar un tratamiento tendiente a la rehabilitación y transformación del paciente.
- Para vitalizar la vida institucional debe existir un permanente cuestionamiento que genere propuestas acorde a al momento histórico, político y económico que viven las instituciones y sus integrantes.
- Sería ideal y hasta utópico; más sin embargo importante, el seguimiento de los casos, después de que los pacientes se han sometido a todo el proceso de tratamiento, esto

- permitirá una retroalimentación en todos los sentidos para el profesional de la salud mental.
- Promover proyectos comunitarios que fomenten al máximo la participación real de los pacientes.
- Determinar junto con los pacientes un programa de salidas organizadas quincenalmente.
- Es necesario promover una hospitalización breve lo cual traerá grandes beneficios tanto para el paciente como para la institución.

Tomando en cuenta todos estos parámetros podremos sin duda alguna lograr en la mayor medida posible un diagnóstico más confiable.

* Los medicamentos pueden ser una parte del tratamiento de varios desórdenes psiquiátricos. La recomendación por el médico del uso de fármacos muchas veces causa inquietud y preguntas en los familiares del enfermo. El médico debe tener la experiencia necesaria para tal efecto y explicar claramente por qué receta tal o cual medicina, los beneficios que ha de producir, cuáles serán los efectos colaterales (que pueden actuar desde simples molestias hasta muy serios síntomas) y sus peligros, así como los otros tratamientos alternos. Antes recomendar cualquier medicamento el psiquiatra debe examinar detalladamente al paciente, hacerle una evaluación diagnóstica completa, incluyendo pruebas psicológicas, de laboratorio y además, consultar el caso con otros médicos para reforzar los antecedentes del caso y así mismo proceder al tratamiento. Los medicamentos psiquiátricos deben ser usados como parte de un plan integral, debe de incluir evaluaciones periódicas y en todos los casos psicoterapia. Cuando se receta el medicamento adecuadamente, éste puede ayudar a desaparecer los desórdenes psiquiátricos y lograr el restablecimiento del paciente.

- Es necesario que la formación del alumnado no tenga una formación únicamente dentro del aula, sino que salga y se relacione directamente con el medio que exige su participación en la práctica real, de otra forma, solamente contara con los conocimientos teóricos y no tendrá la oportunidad de conocer las demandas reales que la sociedad pone de manifiesto. Esta medida puede evitar serias deficiencias en el egresado.

Así pues, se espera que hayan quedado explícitas las reflexiones que se planteado en este escrito en torno a los modelos de atención brindados a los pacientes psiquiátricos hospitalizados; la intención de esta tesis no ha sido en ningún momento imponer ideas, sino más bien, compartir experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basaglia, Franco / Langer, Marie / Caruso, Igor / Szasz, Thomas / Verón, Eliseo / Suárez, Armando / Barrientos, Guillermo
"Razón, Locura y Sociedad"
Editores SIGLO XXI

2. Berlinguer, Giovanni
"Psiquiatría y Poder"
Granica Editor.

3. Cancrini, Luigi / Malagoli Togliatti Marisa.
"Psiquiatría y Relaciones Sociales"
Edit. Nueva Imagen.

4. Castañeda G.C., Freyre G.J.
Revista: PSIQUIS No. 5 Volumen V.
Artículo "Riesgos de Trabajo en el área de Salud Mental"
Págs. 2-30

5. De Alarcón R.
Revista: SALUD PUBLICA No. 56
Artículo "La salud mental en América Latina"
Págs. 13-24

6. De la Fuente, Ramón.
Revista: ENLACE No. 6
Artículo "Federalismo y descentralización del Sector Salud"
Págs. 25-35

7. Döring H. María Teresa
"Contra el Manicomio"
U.A.M. (Xochimilco).

8. Foucault, Michel
"El Nacimiento de la Clínica"
Editores SIGLO XXI

9. Foucault, Michel
"Historia de la Locura" Tomo I
Editores SIGLO XXI

10. Hernández Daza, Marcos
"La Sociedad, marco estructurante de la asistencia Psiquiátrica Institucional"
Resumen de ponencias del Congreso Latinoamericano de Psiquiatría

11. Hochmann, Jacques
"Hacia una Psiquiatría Comunitaria"
Editorial AMORRORTU.
Buenos Aires.

12. Hofling, Charles K.
"Tratado de Psiquiatría"
Nueva Editorial INTERAMERICANA.

13. Kaplan, Harold I. / Sadock, Benjamín J.
"Compendio de Psiquiatría"
Salvat, Editores, S.A. de C.V.

14. Kolb, Laurence C.
"Psiquiatría Clínica"
Nueva Editorial INTERAMERICANA.

15. Kuhn, Thomas S.
"La estructura de las revoluciones científicas"
Breviarios del Fondo de Cultura Económica.

16. Lacán, Jacques
"De las psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad"
El caso Aimée o la paranoia de autocastigo.
Editorial SIGLO XXI

17. Lacán, Jacques
"Situación del Psicoanálisis y formación del Psicoanalista en 1956" Escritos I
Editorial SIGLO XXI

18. Molina Salazar R.
Revista: SALUD PUBLICA No. 23
Artículo "Desarrollo económico y salud"

19. Dr. Montenegro, Roger (Presidente)
Asociación Psiquiátrica de América Latina
"Médicos, Pacientes y Sociedad"

20. Pichón, Riviere Enrique
"La Psiquiatría, una nueva problemática"
Del Psicoanálisis a la Psicología Social.
Ediciones Nueva Visión.

21. Postel, Jacques / Quétel, Claude
"Historia de la Psiquiatría".
F.C.E. (Fondo de Cultura Económica)

22. Rotterdam de, Erasmo
"Elogio de la locura"
Editorial ESPASA-CALPE, MEXICANA, S. A.

23. Sacristán, María Cristina
"Locura e Inquisición en la Nueva España (1571 – 1760)"
F. C. E. (Fondo de Cultura Económica)
El Colegio de Michoacán

24. Sacristán, María Cristina
"Locura y disidencia política en el México Ilustrado (1760 – 1810)"
Instituto Mora
El Colegio de Michoacán

25. Sullivan, Harry Stack
"Concepciones de la Psiquiatría Moderna"
Editorial PSIQUE.

26. Sullivan, Harry Stack
"La Entrevista Clínica"
Editorial PSIQUE.