

11241  
SAIR DE LA BIBLIOTECA  
ESTA TESIS NO DEBE

2 ej 7

TEMA: FUGAS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO  
DEL TIPO DE HOSPITAL " CRUZ DEL SUR. "

U A X A C A

DR. CESAR LANDEROS MORALES.

ASESOR: DR. JUVENTINO MUÑOZ PACHECO.  
DIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO  
"CRUZ DEL SUR"

1982

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## T E S I S A

1.- INTRODUCCION.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

3.- CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO CRUZ DEL SUR.

4.- ACERCA DE LAS FUGAS.

5.- PROYECCION AL FUTURO.

6.- CONCLUSIONES.

7.- BIBLIOGRAFIA.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- EL ORIGEN DEL TRATAMIENTO MORAL EN PSIQUIATRIA. PSIC. PETER RYAN.  
REVISTA SALUD MENTAL. VOLUMEN 4. AÑO 48. NUMERO 2. VERANO 1961.
- 2.- TERAPIA AMBIENTAL. PSIQUIATRIA. AGUSTIN CASO. 1a. EDICION. PAGS.  
1065 - 1069.
- 3.- PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA. FRANCO BASAGLIA. TEXTO: JUAN OBIGLS.  
PAGS. 7, 29, 30, 101, 127 Y 100.
- 4.- HISTORIAS CLINICAS: HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
Tlaloma, D. F. Y HOSPITAL PSIQUIATRICO "ERAZO DEL SUR", OAXACA, OAX.

## INTRODUCCION

Cuando ingresé a la Especialidad de Psiquiatría empezando el primer año de la Residencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se abrió para mí un mundo inexplorado, como es el mundo de los enfermos mentales dentro de un hospital psiquiátrico. Presenciar como llega un paciente al hospital con toda un cortejo de síntomas, los tratamientos utilizados con una amplia gama de recursos, y verlos salir recuperados de sus funciones mentales, es algo impresionante.

Hubo un hecho sin embargo que me llamó la atención sobresaliente, y fué la fuga de los pacientes del hospital, fenómeno catóxico, y el cual a mi parecer no se ha prestado la atención debida.

Posteriormente pasé al Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur, en Taxaca, donde me encuentro actualmente a punto de terminar la especialidad, donde presencié la misma situación, sucediéndose la misma zozobra, naciéndome la idea de desarrollar un trabajo acerca de este problema institucional, que ha pasado desapercibido pero que reviste una gran importancia. Con el presente trabajo se pretende dar una descripción panorámica del problema de las fugas en un hospital psiquiátrico tipo granja, como es el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur, en el Estado de Taxaca, en el cual se destacan como rasgos importantes, el hecho de no existir cercas ni barrotes que impidan salirse a un paciente en un momento dado. Ni medidas coercitivas en el manejo de los pacientes, apreciándose un índice realmente bajo en el rubro de fugas. También se mencionan observaciones hechas en un hospital urbano como es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Y que nos permiten hacer comparaciones objetivas entre dos ambientes diferentes.

Nunca antes se ha escrito nada acerca de las fugas de los hospitales psiquiátricos en México. Dentro del campo de la psiquiatría se ha descubierto este renglón interesante, que se presta a un estudio exhaustivo y profundo como fenómeno humano. Enocescera situaciones particulares y en ocasiones trágicas, haciéndose obligatorio un análisis más acucioso de la situación.

Si tratáramos de ver a fondo la problemática que se plantea, nuestra conciencia de cuidadores de la salud, se secuciaría al observar las terribles circunstancias en que se ve envuelto el paciente que se fuga de un hospital psiquiátrico. La fuga del hospital implica para él una serie de peripecias que a veces terminan en tragedias.

Generalmente el paciente se encuentra confuso, con alteraciones de la sensopercepción, ideas delirantes, desorientación auto y alopsíquica, que sumado al tratamiento intenso propio de un hospital psiquiátrico, al fugarse lo ponen en situaciones críticas estas características mencionadas.

Otro aspecto importante es que el paciente generalmente radica muy lejos del hospital e incluso puede ser que vive en otro estado. Si el paciente es del sexo femenino es frecuente que sea motivo de toda clase de agresiones, incluyendo violaciones; que sean utilizadas como mercancía de prostitución, ó como sirvientas permaneciendo prácticamente secuestradas. Hay que mencionar que al ingresar un paciente al hospital psiquiátrico, el Departamento de Trabajo Social, le recoge todos los objetos de valor que traigan, por lo que podemos presumir que un paciente que se fuga de un hospital psiquiátrico, va a pasar una serie de privaciones, entre - -

otras; Hombres, calamidades clínicas; ó pueden sufrir agresiones del medio ambiente como picaduras de serpientes y otras alimañas, Heridas -- por espinas de los zorrales, que pueden infectarse; o enfermedades tóxico-infecciosas por ingerir agua y alimentos contaminados, e incluso se han dado casos de muertes por ahogamiento al tratar de cruzar arroyos durante la noche, recordando el estado confusional en que se encuentran.

Finalmente un paciente que se fuga de un hospital psiquiátrico sin haber concluido su tratamiento integral, pasa a engrosar el grupo de enfermos crónicos, que constituyen una carga económica para la familia, la sociedad y el país en general.



ANTECEDENTES HISTÓRICOS.- La evolución que han sufrido los hospitales -- psiquiátricos desde los tiempos de la Nave de los locos pasando por las ideas del Tratamiento Moral propugnadas por Vincenzo Chiarugi, Philippe Pinel y William Luke, hasta las revolucionarias propuestas por el grupo de los antipsiquiátricos encabezadas por Ronald D. Laing, David Cooper y - Stearns culminado con Franco Basaglia, nos ha conducido a modificar día a día los criterios para manejar a los enfermos mentales dentro de las - Instituciones Psiquiátricas, dando como resultado que los pacientes dispongan de una mayor libertad de movimientos dentro del hospital, con mayores probabilidades de fuga de los mismos.

Sin duda alguna una de los períodos más creativos y más importantes en - la Historia de la Psiquiatría tuvo lugar en Italia, Francia e Inglaterra; fué la época del tratamiento moral.

El Tratamiento Moral empezó a desarrollarse durante la segunda mitad del siglo XVIII, representó un avance enorme respecto a las prácticas típicas de esa época, tanto por adoptar una actitud más humanitaria y benévola hacia los pacientes, como por la introducción de técnicas de tratamiento más efectivas.

La esencia del tratamiento moral consistió en ofrecerle al paciente mayores comodidades, estimular su interés y su motivación y facilitarle el - desarrollo de amistades y de actividades creativas.

Podemos apreciar el significado del Tratamiento Moral, si lo comparamos, con los métodos de tratamiento aceptados actualmente. Tal vez el paciente mental más famoso y trágico de ese período haya sido el Rey Jorge III de Inglaterra, el cual experimentó cinco episodios psicóticos, siendo el

último en 1810, que se prolongó hasta su muerte en 1828. Su "tratamiento" siempre consistió en separarlo de su esposa y de su familia, y mantenerlo constantemente con una leve de fuerza.

Un testigo presencial, la Condesa de Harcourt, escribió lo siguiente:

"El desafortunado paciente no era tratado como ser humano. Su cuerpo estaba constantemente encerrado dentro de una máquina que no le permitía ningún movimiento libre. Frecuentemente era encadenado, golpeado o sometido a pasar hambre y en el peor de los casos, era controlado por medio de un lenguaje violento y amenazante". La tletostomía, la silla giratoria el ayuno y el uso de cadenas, eran prácticas comunes.

El gran logro del tratamiento moral, fué haber iniciado una época de compasión y de respeto humano en el tratamiento de la enfermedad mental.

En 1877 en Italia, Vincenzo Chiarugi, al hacerse cargo del hospital de - Bolifalio en Florencia, estableció bases para el manejo de los enfermos.

En los reglamentos del hospital declaró que los pacientes debían de recibir cuidado humanitario de alta calidad. La restricción física tendría -

que ser la mínima posible y los médicos deberían visitar diariamente todas las unidades del hospital. Finalmente se inició un programa de trabajo y de recreo. En 1793-1794, se publicó su obra en tres volúmenes "De -

la Enfermedad Mental" en la que escribió: "Es un deber moral supremo y - una obligación médica el honrar al enfermo mental como un ser humano -

igual a todos" Es especialmente necesario ganar la confianza del enfermo por lo que se aconseja ser discreto y tolerante. Generalmente es mejor -

plegarse a los deseos del paciente y considerarlo tanto como sea posible - desde el punto de vista médico. Queda absolutamente prohibido hacer tra-

dejar al paciente para el Hospital, sin que medie una decisión específica del médico, excepto cuando se indique el desempeño de ciertas actividades, como un tipo de terapia o tratamiento".

Philippe Pinel, en 1793, durante el periodo más dramático de la Revolución Francesa, fue jefe del Departamento de enfermos mentales en el Asilo de Bicetre. En esos días dicho asilo se hallaba en condiciones materiales pésimas. Con la ayuda de un asistente hizo cambios revolucionarios en lo que se refería al tratamiento de los pacientes. Eliminó el uso de las cadenas para controlarlos en 1793, año en que fue jefe del Hospital Salpêtrière, aplicó los mismos principios humanitarios en el manejo de los pacientes.

William Tuke en Inglaterra, desarrolló las mismas ideas que sus contemporáneos, en el York Retreat.

Los elementos claves en el tratamiento moral fueron:

a).- El fin de la restricción física.

A los pacientes nunca se los castigaba cuando no podían controlar su conducta. La restricción física era utilizada muy raras veces, solamente para evitar que un paciente se hiciera daño o dañara a otros. Se prohibió explícitamente el uso de cadenas.

b).- La minimización del estigma.

Se hizo un esfuerzo enorme para hacer normales las condiciones sociales de los pacientes y para minimizar los estigmas y los tabúes sociales. Por ejemplo el personal y los pacientes comían juntos en la misma mesa. Se llevó a cabo una política deliberada para crear un ambiente familiar y de trato amable para los pacientes,

como si todos fueran miembros de la misma familia.

c).- El énfasis sobre la actividad constante y creativa.

Hubo un enfoque intensivo sobre la necesidad de que los pacientes se ocuparan en actividades constantes y creativas. Mientras que unos tenían a su cargo el cuidado de los animales, otros eran responsables del cuidado de los jardines. Las mujeres se ocupaban en tejer o en cocer y siempre había material disponible para escribir. Tenían una biblioteca en la que los libros se habían escogido con mucho cuidado y que trataban en su mayoría sobre las ciencias naturales o las matemáticas.

d).- Provisión de condiciones saludables y de limpieza.

Se hizo énfasis en la utilidad de una dieta saludable con porciones generosas de leche, carne y fruta. Cada paciente tenía su propio cuarto, pero cuando esto no era posible, al menos su propia cama, mantas y almohadas.

e).- La inspección constante. La inspección abierta y pública era un medio importante para mejorar la calidad del servicio. El York Retreat, por ejemplo, mandaba regularmente al Comité Ejecutivo del Hospital una evaluación independiente, sobre el nivel de funcionamiento de los servicios.

El significado permanente del tratamiento moral es que no solamente fué el primer periodo, sino una de las pocas etapas en la historia de la salud mental, en que se hizo un intento serio para rehabilitar al paciente mental.

La antipsiquiatría como movimiento científico se inició en Gran Bretaña. Dos series importantes de hechos han llevado a la aparición de la antipsiquiatría:

- a).- Las actitudes e ideologías que plantean dudas sobre la vigencia -- del modelo médico de la psiquiatría y que conciben la locura como producto sociogénico.
- b).- Las deficiencias asistenciales de las Instituciones psiquiátricas, que plantean la urgente necesidad de modificar esta asistencia -- dando con el manicomio-asilo, auténtico productor de trastornos -- irreversibles.

FRANCO BASAGLIA psiquiatra italiano nacido en Venecia es otro defensor de la Antipsiquiatría, siendo Director del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, en 1961, introdujo elementos absolutamente originales en las relaciones internas de la Institución. Opina de dicho movimiento lo siguiente: Hablar de Antipsiquiatría es hablar de la crisis de la Psiquiatría entendida al modo tradicional. Es decir, la antipsiquiatría no es otra cosa que la contestación a un sistema asistencial completamente -- inadecuado que se correlaciona con unos criterios equivocados acerca de lo que la sociedad entiende por "Trastorno Mental". El principal valor del movimiento antipsiquiátrico ha sido pues, servir de revulsivo de -- una situación límite, y los primeros síntomas de esa acción catalizada -- ra va a ser la erradicación definitiva del manicomio y de las institu -- ciones similares cuyo funcionamiento era tenido como normal hasta hace -- muy poco tiempo. Y continúa diciendo que a veces se ha comparado el manicomio con la cárcel; Quien entra en un manicomio, aunque sea califica

do como una institución hospitalaria, no es considerado como un enfermo, sino como un internado que va a expiar una culpa, de la que se conoce ni las causas ni la condena; es decir, desconoce la duración de esa expiación. Por otra parte, allí también hay médicos, batas blancas, enfermos y enfermeras como si se tratara de un hospital, aunque en realidad, no es mas que un instituto de vigilancia donde la ideología médica constituye una coartada para legitimar una violencia que ningún órgano puede controlar, ya que el mandato confiado al psiquiatra es total, en el sentido que el representa concretamente la ciencia, la moral y los valores del grupo social del cual es su legítimo representante dentro de la institución. En el campo específico de la reclusión y en este término se pueden incluir tanto el manicomio como la cárcel desde la época del Barco de los Locos-que erraban por los mares con su cargamento de "anormales" e "indeseables", la ciencia y la civilización parecen no haber sido capaces de ofrecer nada más que un anclaje en las islas de la marginación y la reclusión en las cuales "desviación enferma" y "desviación sana", "culpable" y "responsable" y por tanto "delincuente", encuentran su justa ubicación. Para el hombre descarriado moralmente, la cárcel; para el hombre con espíritu enfermo, el manicomio; para el hombre criminal y reconocido enfermo, el manicomio criminal. Esta ha sido la gran "conquista" de la ciencia hasta ahora.

A lo largo de siglos, locos, criminales, prostitutas, alcoholizados, ladrones y extravagantes de todo tipo han convivido en el mismo lugar donde las distintas facetas de su anomalía resultaban niveladas por un elemento en común- el salirse de la "norma" y de sus cánones debido a la

necesidad de aislar al anormal del contexto social. Las paredes del hospicio limitaban, contenían y ocultaban al "endemoniado", al "loco", como expresión del mal involuntario e irresponsable del espíritu, junto al criminal, expresión del mal intencionado y responsable. La locura y criminalidad representaban esa parte del hombre que debía ser eliminada, erradicada y ocultada, hasta tanto que la ciencia no ratificase su neta separación mediante una individualización de los distintos caracteres específicos de los fenómenos. Cárcel y Manicomio - cuando ya estuvieron separados - siguieron conservando todavía la misma función de tutela y defensa de la "norma", donde el anormal -por enfermedad o criminalidad- se transformaba en normal en el mismo momento en que quedaba circunscrito por esos muros que establecían una diferencia y un distanciamiento. Por tanto la ciencia ha conseguido separar la criminalidad de la locura reconociendo a esta última, por una parte, una nueva dignidad: la de la abstracción, o sea su definición en términos de enfermedad; y por otra parte, a la criminalidad le ha reconocido un elemento humano, desde el momento que llega a ser objeto de búsqueda por parte de criminalistas y científicos, que incluso "detectan" factores biológicos genéticos como base del comportamiento subnormal. A pesar de la separación científica de las dos entidades abstractas - criminalidad y enfermedad -, cada cual con su típica institución, prácticamente queda inalterada la estrecha relación de la una con la otra en cuanto al orden público, lo cual determina que las funciones de ambas instituciones, respecto a la defensa y la tutela de ese orden permanezcan inalteradas. Además, a pesar del reconocimiento abstracto de esta nueva dignidad, ni el criminal que tiene que expiar la

ofensa hecha a la sociedad, ni el loco que debe pagar por su comporta-  
miento incorrecto e impropio, han tenido nunca dignidad de hombres y  
las instituciones que han sido contruidas para ellos -para su reeduca-  
ción por una parte, y para su cura y rehabilitación por otra-, no han  
visto modificar ni su función ni su naturaleza continuando en su evolu-  
ción sobre vías paralelas.

Hoy existe ya una idea clara acerca de los graves daños que produce la  
hospitalización prolongada e indefinida -totalmente injustificada fuera  
de las fases agudas del trastorno psíquico-, con la inactividad que con-  
lleva, con la pérdida de iniciativa que supone el estar internado duran-  
te largo tiempo-, la acción demerente de las salas del sanatorio men-  
tal, apenas paliada, con la isoterapia en los lugares donde ésta se  
practica, la siempre deficiente asistencia de centenares de enfermos a  
cargo de pocos médicos y poco personal especializado y la pavorosa acumu-  
lación de centenares de pacientes muchas veces de la elemental higiene  
general.

Actualmente, nadie puede mantener que las instituciones cerradas no sean  
indignas de un país "civilizado" y nadie puede esquivar la lucha para  
que las cosas cambien.

Si se pretende analizar de una forma imparcial las posturas que caracte-  
rizan las tendencias conocidas como antipsiquiátricas, se llegará a la  
conclusión de que en realidad preconizan una serie de objetivos con los  
cuales es muy difícil no estar de acuerdo. Todo el acopio de datos que  
demuestran que la asistencia psiquiátrica actual es catastrófica en el  
mundo entero. el régimen institucional de los hospitales psiquiátricos -



ha permanecido invariable durante siglos y en el momento actual es inconcebible que pueda existir. Jamás se ha encontrado un psiquiatra o alguna persona que tenga relación con las instituciones psiquiátricas, que manifieste su satisfacción por la forma como se realiza su asistencia. El acuerdo general es que tiene que cambiar. La asistencia psiquiátrica en el seno del hospital general, permite cada vez con mayor claridad evidenciar, que esta asistencia psiquiátrica, puede realizarse perfectamente en el marco de un hospital general, sin grandes diferencias con el resto de los servicios.

La institucionalización del enfermo mental, el aislamiento prolongado de la vida social la creación del nuevo mundo que supone el sanatorio mental, la necesidad de crear nuevas reglamentaciones y nuevos puntos de vista que ordenen la nueva vida que se engendra en los sanatorios, deje de tener sentido si de entrada carece de la posibilidad de contar con esos sanatorios, tanto desde el punto de vista de los recursos psicossociales, como de los psicoterapéuticos y los biológicos, la psiquiatría actual está preparada para realizar una asistencia prácticamente absoluta dentro del régimen ambulatorio. Las experiencias de la psiquiatría de sector que procura la asistencia del enfermo en el seno de su ambiente habitual, sin que abandone la familia, los amigos y el trabajo, han demostrado su eficacia y conseguido excelentes resultados en plazos de tiempo mucho más breves que cuando se ingresa el paciente en un hospital tradicional.

Sin embargo quedan unos remanentes de enfermos que después de haber pasado por ese tipo de instituciones a nivel de hospital general, no pue-

den reintegrarse a su ambiente habitual, en la mayoría de los casos a causa de la incapacidad económica social de sus familias ó que no cuentan con ellas. Para tales enfermos deben existir y funcionar instituciones intermedias que erradiquen el carácter típico de los hospitales tradicionales. Los talleres protegidos, las granjas agrícolas, las casas de habitación, las residencias para ancianos y otros establecimientos similares, deben suplir las actuales condiciones y aislamiento. Sin embargo no debe olvidarse el carácter excepcional del recurso a ingresar a un paciente en tal tipo de instituciones. El objetivo de un psiquiatra es reintegrar a su ambiente habitual al mayor número de enfermos posible. El I Holist, hace cien años afirmaba que solo el 4% de locos eran curables. No es exagerado considerar que no está lejano el día en que pueda decirse que se tiene un 4% de enfermos incurables. Invertir los cifras en este terreno debe ser uno de los objetivos de la asistencia psiquiátrica actual. La única diferencia que se observa entre los objetivos de una psiquiatría tradicional y de la llamada antipsiquiatría, estriba en los medios que en cada caso se proponen para alcanzarlos. La psiquiatría tradicional es consciente de la necesidad de cambio, pero no propugna fórmulas revolucionarias ni estridentes para conseguirlo, sino que pretende hacerlo de una forma progresiva y racional.

Uno de los errores de los antipsiquiatras es fijar su atención en el estado actual de la asistencia psiquiátrica y horrorizarse de sus deficiencias, creyendo que en ellas reside el auténtico problema del trastorno mental. La barrera establecida entre el manicomio y la sociedad, entre la locura y la razón, entre la anormalidad y la normalidad es más teóri-

ca que real. Grigory Zilboorg y Michel Foucault demuestran en sus obras la enorme cantidad de errores que la humanidad ha cometido con su actitud frente a la locura. La ciencia psiquiátrica se ha esforzado durante más de un siglo en alcanzar un punto en que pudiera prescindirse de este concepto científico de locura, cargado de matrices irracionales y burocráticas. En la estadística de cualquier psiquiatra se puede comprobar que la inmensa mayoría de los pacientes no presentan problemas que se refirieran a lo que se acostumbra llamar "locura". La enajenación y la alienación son situaciones a las que muchos pacientes no llegan jamás, y cuando su trastorno los conduce a situaciones en las cuales su capacidad de juicio o de interpretación de la realidad, se altera, se trata de estados casi siempre transitorios; por lo que la aplicación de las "violentas" terapéuticas psiquiátricas -cuya violencia es tan crítica como la de los enfermos mentales-, en muchas ocasiones consigue que se recuperen rápidamente. En consecuencia puede concluirse que los manicomios son auténticas fábricas de enfermos.

En cambio, si se tiene en cuenta la pléyade de enfermos que acuden al médico psiquiatra afectos de oligofrenias, demencias seniles, psicosis exógenas, psicosis epilépticas, psicosis tóxicas, etc., no podrá negarse la necesidad de un tratamiento médico y que su trastorno sea considerado, como uno más de la posible gama del enfermo humano. Para evitar la cronicidad de su enfermedad, a estos pacientes en su fase inicial, se les tratará médicamente, empleando con ellos todas las técnicas posibles, -- con que cuenta la psiquiatría actual, manteniéndolos durante un período corto de varias semanas como máximo.

Si se actúa de una forma eficaz y contundente sobre las personas que conviven con el enfermo y las que pertenecen a sus círculos habituales para que acepten la enfermedad y minimizar así las reacciones antisociales, ó los trastornos de conducta que pudieran crear recelos, se podrá lograr el doble objetivo de seguir unas normas que encajen perfectamente con los cánones de la psiquiatría tradicional y con las modificaciones que exige la puesta al día de las concepciones actuales, tanto de concepción del trastorno mental, como de asistencia moderna, satisfaciendo al mismo tiempo las exigencias de las posturas revolucionarias que, en gran parte, están originadas por los graves efectos deletéreos que produce sobre el paciente el ingreso en un marco manicomial.

Es posible que la tormenta que desencadenó la antipsiquiatría haya llegado a una fase que anuncie su posible fin. Su papel de revulsivo ha sido importante. No puede negarse que muchos de sus estimaciones han causado impacto en numerosos países. Pero también es cierto que, tanto el punto de vista conceptual como desde el asistencial, no ha aportado grandes novedades. El desencanto con que la han tratado algunos psiquiatras tradicionales está basado precisamente en la falta de originalidad de sus presupuestos y de sus proposiciones.

Como podemos apreciar en las exposiciones anteriores, la psiquiatría ha sufrido cambios importantes en su evolución a través de la Historia. Sin embargo hay que mencionar que desde antes de Pinel, Chiarugi, y William Tuke hubo otros destacados hombres de ciencia que propusieron cambios radicales en favor de los enfermos mentales.

En México no habian pocos cambios verdaderamente importantes e lo largo de su historia manicomial, en los cuales prevalecieron durante mucho tiempo los tradicionales esquemas de tratamiento, apeándose sobre todo a las escuelas europeas.

Es hasta los últimos veinte años en que se han hecho modificaciones progresistas, dentro de las instituciones psiquiátricas.

En el manicomio de la Castañeda de la Ciudad de México se llegó a albergar hasta 4000 pacientes originando con tal población verdaderos problemas a todos los niveles, trayendo como consecuencia que en los años 60s se diversificara dicha población creando varios hospitales en la ciudad de México y en la periferia. Se construyó uno y tal vez el más importante en Tlalpan, D. F., "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez" y cinco granjas periféricas acomodando en dichos Hospitales a toda la población de la Castañeda. Tienen como característica principal el ser hospitales para una población limitada, lo que permite una mejor atención, control y tratamiento asistencial.

En la provincia se construyeron Hospitales Granjas en los siguientes estados: Hermosillo Sonora; Saltillo Coahuila; León Guanajuato; Chihuahua -- Puebla y en el Estado de Oaxaca el Hospital Granja Cruz del Sur. Este último ha conservado características sugeneris en el manejo de los pacientes psiquiátricos, que lo mantienen a la cabeza en cuanto a atención se refiere.

El Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur fué creado en el año de 1953, por el Dr. Velasco Suárez, más tarde Gobernador del Estado de Chiapas, que en aquel entonces era Director de Salud Mental. Funció como gobernador --

del Estado de Oaxaca, el licenciado Breña Torres y Presidente de la República Mexicana el Lic. Adolfo López Mateos.

El primer Director del Hospital fué el Dr. Espiridión Pérez Jiménez el cual dirigió el Hospital durante 8 años, continuándola en dicho cargo el Dr. Juventino Muñoz Pacheco, actual Director.

El Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur, ha sido un modelo de Hospital -- granja, siendo probablemente el mejor exponente en cuanto se refiere a -- condiciones idóneas para el restablecimiento de los pacientes a nivel -- institucional, cuando menos en la provincia mexicana.

Se encuentra el Hospital localizado a 18 Kms. de la ciudad de Oaxaca, en la carretera que va a fuerte Escondido, adyacente a un pueblito llamado Reyes Mantecón. Ocupa una superficie de 25,000 metros cuadrados aproximadamente. Cuenta con un clima benigno ideal la mayor parte del año, con temperaturas en el verano que no excedan de los 30 grados y en el invierno con temperaturas de 14 grados como mínima. Abundantes lluvias que favorecen a la agricultura de la región. A lo lejos le rodean las montañas que forman el nudo mixteco, situándose el Hospital en un valle sobre una suave pendiente.

La granja cuenta con extensas áreas verdes, con una cantidad considerable de árboles, distribuidos inteligentemente, que en tiempo de verano proporcionan una sombra protectora a los pacientes. Flores de muchos tipos y variedades, con múltiples colores que se les mire por todos lados, dando en conjunto la impresión de un verdadero eden, confirmado por cualquier visitante que llegó al Hospital.

Cuenta con hortalizas que producen todo género de legumbres y en donde los pacientes desarrollan actividades que les sirven como terapia ocupacional.

Existen dos pabellones para albergar a los pacientes, uno para mujeres y uno para hombres.

Tienen una capacidad para 25 pacientes cada uno. Cada pabellón se encuentra enmarcado por amplias ventanas, por lo que entra abundante luz, - estando permanentemente bien ventilados. Dichas ventanas no tienen ningún barroto, lo que le quita el carácter cerrado.

Se cuenta con dos pozos artesanos que surten de agua al hospital en cantidad suficiente para satisfacer todas sus demandas.

Se cuenta con otros servicios complementarios, como son: Servicio Dental, Medicina General, Laboratorio de Análisis Clínicos; Departamento de Psicología, Servicio de Electroencefalografía y una Farmacia bien surtida y como base un Equipo Médico Eficiente encabezado por el Director, auxiliado por su servicio de enfermería. Se celebran reuniones de todo el personal periódicamente con el fin de mejorar los servicios.

Los pacientes casi todo el tiempo pueden pasearse libremente por el hospital ayudándoles en su recuperación estos paseos. Su director muestra una constante preocupación porque a los pacientes se les prodigue la mejor atención médica y alimentación, la cual es de las más completas y suficientes con un aporte balanceado de hidratos de carbono, lípidos y proteínas, que dan un número de calorías adecuado.

Es común que traigan a los pacientes encadenados al hospital, por el estado agudo de excitación psicomotoriz que presentan. Con alucinaciones -

audio-visuales e ideas delirantes de todo tipo, siendo sorprendente como con un tratamiento médico integral bien estructurado, que involucra cuidados generales, aseo y alimentación adecuada y dentro de un ambiente tranquilo se obtiene una sorprendente recuperación a corto plazo.

Con estas características que reúne el hospital, el promedio de estancia de un paciente es de un mes.

No es extraño que por las ventajas señaladas, los familiares de los pacientes, trasladan a estos desde lugares lejanos con el fin de internar a sus enfermos en este lugar, que invita al descanso del espíritu, propio para el restablecimiento de las enfermedades mentales.

Se dice que en los siglos VIII a XI de nuestra era existieron notables médicos árabes, entre los que destacan Avicena, Rhazes, Averroes, Avenzoar y Najari, que impartían tratamientos psiquiátricos que según relatan las crónicas de ese tiempo consistían en: Hacia hospitales con todo el confort y lujo. Había ricos príncipes que los sostenían, siguiendo los ordenamientos del coran, que decía al respecto, "Encargaos vosotros mismos de los locos; alimentarlos, vestirlos y hablarles siempre con lenguaje dulce y honesto". Dietas especiales de platillos exquisitos, llegando a la exageración de servir ruisecores. Música suave como sedante, Fuentes a diversas alturas para que el ruido del agua fuera sedante e hipnótico. Representaciones teatrales.

El primer hospital psiquiátrico Árabe fué construido en Fez hoy Marruecos hacia el año 700. Los Árabes se encontraban muy adelantados, en relación con sus contemporáneos europeos, con respecto al trato del enfermo mental.



El Director actual lleva 6 años dirigiendo el hospital y se podría decir que desde que asumió el cargo, las condiciones generales de los pacientes, en cuanto a atención médica y servicios, han mejorado considerablemente. Lo mismo podría decirse de las instalaciones, que han sufrido cambios notables.

Con relación a la terapia ocupacional, se pone gran interés en que todos los pacientes la reciban. Buena parte del tiempo la pasan al aire libre, ocupados en labores del campo, ya trabajando en parcelas, cultivando ó recolectando legumbres ó plantando árboles. A lo largo del año, cursan por el Hospital, grupos de enfermería, que realizan prácticas de atención al enfermo mental, como parte de su programa oficial de adiestramiento. Organizan variadas y entretenidas terapias de juego para los pacientes, y generalmente se designa uno estudiante de enfermería por cada paciente, para que ésta le sirva de compañero y se encargue de sus cuidados generales.

El tipo de población que acude habitualmente al hospital es de la raza Zapoteca, característico de estas latitudes, que en ocasiones no hablan español, con un nivel socio-cultural generalmente bajo. Otros proceden de estados circunvecinos, como Oaxaca, Guerrero, Veracruz y ocasionalmente de la Ciudad de México.

Cuando un paciente es dado de alta del hospital, el Departamento de Trabajo Social, desarrolla una constante labor de seguimiento, recordando a los pacientes, por diferentes medios de comunicación, no dejen de acudir a sus citas periódicas a la Consulta externa. Lográndose con esta preocupación disminuir las recaídas.

La consulta externa juega un papel muy importante en el manejo de los -  
pacientes, pues es ahí donde se recibe al paciente por primera vez, con  
un cuadro psicótico agudo y en donde se determina su ingreso al hospital  
y posteriormente se controla a través de visitas periódicas, internando\_  
únicamente a aquellos casos, que estrictamente lo ameritan.

Los padecimientos más frecuentes que ameritan internamiento son: Brotes  
psicóticos agudos, secundarios a T.B.C.; Psicosis tóxicas sec. a farma-  
codependencia; Psicosis Epilépticas. Psicofrenias, Alcohólicas Crónicas  
y ocasionalmente Esquizofrenias.

Las edades más frecuentes son de los 15 años a los 45.

No se admiten enfermos crónicos, porque es poco lo que se les puede -  
ofrecer, canalizándolos a otros hospitales, que si aceptan a este tipo\_  
de paciente.

Aún se registran frecuentes recaídas de los pacientes ocasionadas por -  
su bajo nivel socioeconómico, siendo éste el principal factor que los -  
induce a abandonar los tratamientos, con las consecuentes recaídas.

ACERCA DE LAS FUGAS.- Hasta que punto jurídicamente hablando, la institución es responsable de la seguridad de un paciente. Se podría cuestionar bastante sobre esto. Los familiares al traer al hospital al paciente y quedarse este internado, depositan desde ese momento toda la seguridad en la institución.

Claro es que la institución se protege, al firmar los familiares los documentos, que la descargan de cualquier responsabilidad, aceptando todos los riesgos, que incluyen desde luego la posibilidad de fuga.

Pero el enfermo mental reúne por la tesitura de su padecimiento, condiciones especiales, que lo hacen diferente de cualquier otro tipo de enfermo; que lo predisponen, haciéndolo más vulnerable a multitud de peligros.

Recordemos que en el hospital solo son susceptibles de internarse, los pacientes que presentan un cuadro psicótico agudo, con síntomas específicos como son: Confusión mental, excitación psicomotriz, ideas delirantes, alteraciones de la sensorio-percepción y desorientación auto y alopsíquica. Es decir si un paciente se fuga en estas condiciones, es fácil imaginar a todos los riesgos que se expone. Si a su cuadro de ingreso le agregamos el tratamiento intensivo a que son sometidos, con todo el armamentario psiquiátrico con que se cuenta en la actualidad, con los efectos deletéreos que se presentan sobre todo al inicio; en que el paciente presente además de los síntomas mencionados en líneas anteriores, se suma un parkinsonismo medicamentoso, marcha atáxica, sedación intensa, etc., se refuerzan aún más los riesgos.

Los familiares se encuentran tranquilos y confiados en que su enfermo

está en un lugar seguro y a resguardo de peligros. A veces es la esposa la que se encuentra internada por un cuadro de Psicosis Maníaco-Depresiva, en fase maniaca, que al fugarse por las características del cuadro psiquiátrico, es una paciente que va a ser presa fácil, para sufrir ataques sexuales, con consecuencias catastróficas como son: Enfermedades venéreas ó embarazos indeseados, amén de otras secuelas.

Si se trata de una hija joven, se expone a ser violada e incluso caer en manos de tratantes de blancas.

Hasta que punto es recomendable que un hospital psiquiátrico se mantenga sin guardias y sin berrotes. Si analizamos las situaciones anteriormente mencionadas, no pueda uno menos que inquietarse, ante perspectivas tan sombrías para un paciente que se fuga de un hospital psiquiátrico. Nótese pensemos que el paciente que se fuga es nuestro hijo, esposa, madre, etc.

Será lo mismo que se fugue un Farmacodependiente, que un Débil mental, que un Epiléptico. Incudablemente que no, pues como sabemos un farmacodependiente generalmente es internado por presentar una Psicosis tóxica producida por la sustancia química a la que es adicto, trátase de alcohol, marihuana, L.D., hongos alucinantes, inhalantes, etc.

En cuanto su organismo elimina ó metaboliza estas sustancias, el paciente se recupera casi ad integum, por lo que si se fuga, tiene muchas posibilidades de defenderse ante cualquier circunstancia, e incluso puede desempeñar un empleo para conseguirse el sustento diario y reunir dinero para llegar a su lugar de residencia.

El débil mental está expuesto a mayores riesgos, que el farmacodependiente, por sus capacidades limitadas, siendo utilizada y manipulada por viciales para que roben o pidan para el provecho de estos, ocurriendo muy a menudo, que el ser utilizado en actividades ilícitas, en un momento dado sea cogido infraganti, por la policía y enviado a la cárcel, en las que es común encontrar un número elevado de oligofrénicos purgando condenas por delitos cometidos, de los que no tienen una conciencia plena al cometerlos. Pueden extraviarse fácilmente, corriendo el peligro de morir de inanición o sufrir accidentes de todo tipo.

El paciente Epiléptico está expuesto tanto o más que el Débil Mental, pues éste además de que generalmente es un paciente deteriorado de sus funciones cerebrales superiores por las crisis convulsivas repetidas, al fugarse deja de tomar sus medicamentos, corriendo el riesgo de presentar un ataque epiléptico, en el momento menos oportuno y sufrir graves daños corporales, como caer en el fuego, morir ahogado o como ha ocurrido en ocasiones, que caigan en manos de fanáticos religiosos, que los someten a tratamientos exóticos a base de "limpias" con yerbas, que también les hacen ingerir en pocimas que los pueden producir intoxicaciones mortales.

Si el paciente es del sexo femenino los riesgos se multiplican, cuando se el caso de pacientes de las que no se volvió a saber de ellas, determinando secuestradas como sirvientas o prostitutas.

COMO SE FUGA UN PACIENTE DEL HOSPITAL.- En un hospital urbano como por ejemplo el Fray Bernardino Alvarez, los pacientes permanecen en sus secciones los primeros días hasta que pase la fase aguda. Posteriormente se le permite bajar a la sala ocupacional, que es cuando se presenta la ocasión propicia para fugarse, a durante los días de visita en que se abren las puertas de las secciones con un constante flujo de gente, aprovechando esta circunstancia para escapullirse y fugarse. Algunos son alcanzados antes de llegar a la salida, pero otros logran su objetivo.

Afortunadamente la gran mayoría son reintegrados por sus familiares en cuanto llegan a sus hogares, pero otros nunca llegan.

En un hospital campestre como es el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur al paciente le es más fácil fugarse, por no haber barrotes ni cercas o bardas que le impidan salirse, casi en el momento en que lo desee. Como el Hospital se encuentra rodeado por la campiña, es sencillo esconderse entre los matorrales ó aprovechar las sombras de la noche para fugarse.

Cuando el personal se percata de la fuga del paciente, se le busca por todos los alrededores, logrando las más de las veces alcanzarlos a dactenier.

Hay que hacer destacar que pese al hecho de que el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur no cuenta con cercas ni barrotes, los registros indican bajas de fuga, en relación con otros hospitales psiquiátricos. Generalmente se fugan más pacientes del sexo masculino, que del sexo femenino como podría esperarse, no llegando a la veintena al año.

En el hospital psiquiátrico Frey Bernardino Alvarez se registra un número mayor de fugas por ser un hospital con una capacidad mayor, que le permite albergar a un número más grande de pacientes.

**PORQUE SE FUGAN LOS PACIENTES .-** Es frecuente que en cuanto un paciente empieza a salir del cuadro agudo, sus ideas son más coherentes y congruentes, me agranda su capacidad de atención y comprensión y por consiguiente su estado de orientación. Como consecuencia empieza a angustiarse por los problemas de su hogar o otros intereses fuera del hospital. Además se percata de diferencias cualitativas mentales en relación con otros pacientes que aún se encuentran psicóticos, lo que lo impele a huir de estas situaciones, solicitando en forma perseverante, sean egresados del hospital, no operabilizándose de que generalmente todavía no están recuperadas totalmente sus capacidades de integración superior, negándose a aceptarlo, (es una característica del enfermo mental el cual no tiene conciencia de enfermedad mental, o la tiene parcialmente), al serle denegada su solicitud decide fugarse.

M.M.L. femenina de 21 años de edad con Dx. Psicosis paranoide sec. a Farmacodependencia Múltiple, procedente de medio familiar desorganizado. El padre abandonó a la familia, siendo la madre el único sostén de la misma, desarrollando actividades de enfermera. La paciente abandonó la escuela secundaria por la adicción a la marihuana y el alcohol, haciendo uso posteriormente de otras drogas. A la semana se fugó del hospital todavía con síntomas agudos. Fue enganchada por tratantes de blancas y llevada hasta Ottawa Canadá, en donde desarrolló actividades de bailarina de Strip Tease. En una ocasión en que se encontraba bajo

los efectos de drogas, fue visitada por varios sujetos, resultando trabajada. Emigración la departó, siendo llevada de nueva cuenta al hospital, al estarle alteraciones psíquicas a su arribo a la ciudad de México.

A.P.R. femenina de 25 años, originaria del Estado de Aguascalientes, con Epilepsia tipo Gran Mal. Se fugó del hospital Fray Bernardino Álvarez, siendo recogida por una señora que la encontró vagando por la ciudad, llevándosela a su domicilio. Esta señora de un nivel cultural bajo, con un pensamiento mágico-religioso de las que abundan en nuestro país, cuando observó una crisis generalizada de la paciente, pensó que ésta estaba "endemoniada" y le empezó a dar de beber "agua bendita", haciéndola rezar todo el tiempo, además la sometió a ayunos, "para que se le saliera el demonio". Al paso de los días la paciente cayó en -- Status Epilepticus, llenándose de temor la señora, abandonándola en -- una iglesia de donde la recogió una ambulancia de la Cruz Roja, de donde la enviaron posteriormente de nuevo al hospital Fray Bernardino Álvarez con una psicosis injertada a su Epilepsia, con daño cerebral -- irreversible.

J.R.S. masculino de 22 años, procedente del Estado de Guerrero, fue internado con un brote psicótico sec. a T.C.M. el escape de un caballo -- dos años antes. Con oligofrenia tolerada. El paciente se dedicaba a las labores del campo, hasta antes de enfermarse, hacía tres meses.

Su nivel escolar era mínimo, pues solo había llegado hasta el Ser. -- grado de la escuela primaria, pocas veces había salido de su pueblo natal.



Una noche se fugó del hospital en compañía de otro paciente, cuando contaba con ocho días de estancia.

Se dice que aún presentaba confusión mental cuando se fugó. No volvió a saberse de él.

L. N. femenina de 26 años oligofrénica madia, con una estancia de cuatro años en un Hospital campestre.

Se fugó del hospital una noche, siendo encontrada días después ahogada en un arroyo a unos kms. del hospital. Se supone que en la noche al tratar de cruzarlo, resbaló perdiendo el equilibrio, ahogándose sin que nadie le prestara ayuda.

La paciente no cuenta con ningún familiar. Había sido traída al hospital por la policía, al encontrársela vagando y con bajas capacidades mentales, en una ciudad cercana.

R.S.V. femenina de 18 años, con Dx. Psicosis Maniáctiforme y Psicofrenia superficial. Se fugó del hospital Fray Bernardino Alvarez, dedicándose a practicar la prostitución en la vía pública, en donde conoció a un farmacodependiente con el cual estuvo viajando constantemente por varias partes de la República, incluyendo el Puerto de Acapulco en donde fue obligada a trabajar en un cabaret y a hacerse adicta al alcohol y a la marihuana, siendo abandonada en la ciudad de Guadalajara, con una Psicosis tóxica y una hemorragia intestinal. Fue localizada por sus familiares al año y medio. Actualmente se encuentra en un hospital para enfermos mentales crónicos, con deterioro progresivo.

Se podrán escribir muchas historias más, todas casi siguiendo la misma tónica trágica como la que a continuación se describe:

C. J. G. muchacha joven que a los 19 años abandonó su patria natal en el Estado de Oaxaca, para ir a trabajar a la ciudad de México como -- sirvienta. No hablaba ni español, solo el Zapoteco, por lo que encontró dificultades para acomodarse. Al poco tiempo presentó un brote -- psíquico agudo, siendo internada en un hospital psiquiátrico. Un día se fugó del hospital, pero al cruzar una avenida, fue arrollada por -- un vehículo en marcha, causándole F.T.A. politraumatizada con pérdida -- de la conciencia, por espacio no determinado, sufriendo amputación -- del miembro inferior derecho, quedándose como secuela, crisis convulsivas generalizadas. Durante dos años no fué posible localizar a ningún familiar por la evolución rápida de la paciente y la dificultad -- del idioma. Finalmente se logró ponerse en contacto con una prima paterna, la que se hizo cargo de ella.

Pero además de los riesgos a que se expone un paciente al fugarse, -- también representa para los demás un peligro potencial, por el carácter propio de su padecimiento que lo ha impulsado a cometer delitos. Se conoce de casos en los que un paciente con delirios bien sistemati -- zados y alteraciones sensorio-perceptivas, se fuga y comete un homicidio, o como sucedió con un paciente que presentaba una depresión endógena, en el hospital F.T.A. que logró evadir la vigilancia de su sección, -- consiguiendo el propósito de quitarse la vida, tirándose desde varios pisos de altura, causándose una muerte instantánea.

## PROYECCION AL FUTURO.

Los muros, las cadenas, los lazos de sujeción, las celdas acolchadas que persistieron por largos años han perdido terreno. Lo que hace un siglo era la norma se ha convertido en la excepción, al mismo tiempo que la agitación y la furia de los reclusos también ha disminuido. Evidentemente en la agresividad del paciente influye mucho la forma en que se le trata; es decir su violencia era una reacción en gran parte refleja, una actitud reactiva frente a la amenaza del medio intrahospitalario.

En la medida que la medicina ha elaborado técnicas cada vez mejores y acumulado más conocimientos sobre el trastorno psíquico, el clima y el aspecto del hospital psiquiátrico se han visto en la necesidad de cambiar. Paulatinamente han aparecido medios más eficaces y menos agresivos, por las constantes aportaciones de la investigación.

El largo periodo del despertar de la psiquiatría en su fase precientífica, cuando el psiquiatra no era un médico como los demás y su única posibilidad de actuación era limitarse o contemplar en forma pasiva, la evolución de los cuadros clínicos y hacer minuciosas observaciones sobre los matices que podía apreciar entre los distintos pacientes.

Es desde luego una época brillante, pero sería excesivo identificar a ese psiquiatra con el papel de corcelero, de protector de la sociedad bien pensante y satisfecha.

Si se considera que la única causa del enfermar psíquico es el medio ambiente, es posible que caigamos en una actitud redaccionalista. En cambio si se adopta una actitud objetiva y se hace acopio de los da--

tos que proporciona la investigación, prescindiendo de posturas especulativas y apriorísticas, habrá que reconocer que existen cantidad de factores que concurren interrelacionados en el desencadenamiento del trastorno mental.

Los hallazgos de la genética en los últimos años, junto con los enormes avances que continuamente están haciendo la bioquímica y la psicofisiología, a través de múltiples trabajos realizados en los más diversos países, están aportando gran cantidad de datos que permiten afirmar que no es el ambiente social, ó en las perturbaciones del medio familiar donde residen las únicas causas del enfermar psíquico y que la misión del psiquiatra es la de investigar con todos los medios que estén a su alcance, los datos que puedan conducirle a un mayor conocimiento de los mecanismos de la enfermedad mental.

La larga y dolorosa historia de la asistencia psiquiátrica, es la historia de una serie de errores en la concepción de la enfermedad mental y en la actitud del médico hacia ella. Pero la ciencia avanza a través de los errores, lenta y penosamente nace la verdad. Por mucho que se ignore aún de la patología psíquica del ser humano, es indudable que se tienen muchos más conocimientos que los que tenía el médico francés Philippe Pinel. En cambio la actitud de Pinel que simboliza en su gesto de romper las cadenas, es algo que sigue siendo admirable y que hay que seguir compartiendo.

John Conolly dice, "la aplicación de la ciencia médica en ninguna enfermedad pueda limitarse a la aplicación de fármacos y mucho menos en las enfermedades mentales.

Las ocasiones para el tratamiento de los trastornos mentales son limitadas y el material se encuentra en la organización general de la institución, la regulación de las dietas, el ejercicio físico, las horas de descanso, las ocupaciones, las diversiones, los vestidos y la conducta, elementos todos de amplia aplicación y de extrema importancia!

Si queremos evitar que los pacientes se fuguen de los hospitales psiquiátricos y resguardarlos de toda clase de peligros, debemos esforzarnos porque su estancia en los hospitales sea la más confortable posible.

Para esto tenemos que ajustarnos a ciertos principios básicos como son:

- 1.- Primum non nocere, no dañar al enfermo.
- 2.- El paciente debe recibir sustento suficiente para vivir: comida rica y temperatura apropiadas.
- 3.- Cuidado médico adecuado y protección contra las enfermedades: Exámenes médico y dental repetidos, porque los enfermos mentales no se quejan.
- 4.- Defender al paciente de abusos y peligros.
- 5.- El paciente debe ser protegido de sus propios impulsos: Suicidio, agitación, excitación, peligrosidad o intentos de homicidio, ordenes de agresión, ordenes de destrucción, alucinaciones amenazadoras, etc.
- 6.- Las necesidades de los pacientes deben ser la primera preocupación del hospital. Es necesario preservar el sentido de individualidad del enfermo. Buscar un equilibrio entre las consideraciones individuales y las necesidades del grupo. Evitar que se sientan rechazados y no queridos por la sociedad en que viven y afirmen su autoe

tiva e identidad, aunque tengamos considerables inconvenientes por su naturaleza.

7.- Actividad y trabajo.- El enfermo en el hospital debe tener un plan de trabajo. Se le debe procurar confianza, pensar que es digno de ello, hasta que su comportamiento demuestre lo contrario. Evitarle la ociosidad. De ser posible el trabajo debe ser creativo en el campo vincular el trabajo o la agricultura.

8.- La conducta de los enfermos mejora:

A).- Si la estructura del ambiente proporciona relaciones interpersonales que satisfagan las necesidades emocionales de los enfermos.

B).- Si reduce los conflictos psicológicos.

C).- Si reduce las privaciones.

D).- Si fortalece las "disminuidas" funciones del "Yo" del enfermo.

Si a los principios básicos anteriores agregamos las siguientes recomendaciones generales para llevar a cabo una terapia ambiental, vamos a reforzar aún más el deseo del paciente de permanecer en el hospital, hasta completar su tratamiento. Son las siguientes:

1.- Establecer por medio de juntas, una comunicación directa entre los miembros del personal y los enfermos.

2.- Los enfermos deberán ser estimulados en su propio tratamiento.

3.- La idea general es que aunque el personal médico y paramédico con la autoridad superior, muchos problemas de la sala psiquiátrica, pueden ser puestos en las manos de los enfermos.

4.- El hospital y las salas psiquiátricas deberán estar organizadas de tal forma que permanezcan en contacto directo con la comunidad fug

ra del hospital y por lo tanto, exista una constante interacción de esfuerzos terapéuticos.

5.- Regularmente se deberán tener sesiones de terapia de grupo, en las cuales se procurará desarrollar la exposición, la discusión en grupo y la corrección de sentimientos y conductas.

6.- Se estimulará la convivencia sana entre los pacientes masculinos y femeninos y se les permite libertad; entendiéndose la libertad, no como el derecho para hacer lo que ellos quieran, sino como la oportunidad para hacer lo que ellos deben hacer.

7.- Se permitirán permisos terapéuticos a los pacientes capaces de aceptar la responsabilidad que esto implica.

8.- Se fomentará los contactos con la familia y con la comunidad.

9.- Se procurará formar "grupos familiares" especiales para que comprendan las enfermedades mentales, corrijan conceptos erróneos que frecuentemente tienen sobre la enfermedad mental y colaboren al tratamiento.

Si prestamos atención a estos lineamientos intrahospitalarios y tratamos de continuar nuestra labor terapéutica cuando el paciente sale del hospital, a través de programas de seguimiento, exhortando al paciente y a la familia, para que continúe su tratamiento, acudiendo a la consulta externa periódicamente, las recaídas disminuirán considerablemente, reincorporando a su ambiente familiar y social a un número mayor de pacientes.

Existen otras posibilidades que ya son realidades en algunos hospitales, como son la comunidad terapéutica y el Hospital de día.

Hay la psiquiatría enfocando sus esfuerzos hacia la conducta, la familia y la sociedad.

En la psiquiatría, el interés en los aspectos sociales es una respuesta a la necesidad de entender con formas de patología, como son la delincuencia juvenil y la drogadicción que son causa de gran preocupación. Estos fenómenos son más acentuados como problemas propios de nuestro tiempo, que tienen profundas raíces y consecuencias sociales. No puede decirse que la psiquiatría social tiene una estructura teórica fija. Más bien ha incorporado conceptos que permiten abordar al individuo como parte de su grupo. El interés en la psicodinámica personal se ha extendido a la dinámica de la familia, del grupo y de la comunidad. El individuo es visto como parte de una familia y ésta como parte de un grupo social más extenso.

El foco no sólo ilumina problemas teóricos, sino que ha conducido a resultados prácticos como son el interés en los aspectos epidemiológicos y preventivos de los problemas psiquiátricos y la organización del trabajo asistencial en el seno de la comunidad. Los enfermos son atendidos en lugares abiertos con el propósito de que su enfermedad sea en lo posible menos disruptiva para sus vidas. El conocimiento de que en las instituciones asilares tradicionales operan poderosos factores antiterapéuticos que en buena parte explican el deterioro que sufren los enfermos crónicos, ha apoyado fuertemente al punto de vista social, el cual ha conducido a ciertos logros: Uno que se ha extendido ya en la mayor parte de los países, es el concepto de "comunidad terapéutica", otro es "el hospital de día.



Lo que se conoce como comunidad terapéutica es un conjunto de ideas desarrolladas a partir de los trabajos iniciales de un psiquiatra inglés, Maxwell Jones, quien postuló la necesidad de que el ambiente en las instituciones psiquiátricas fuera en sí mismo curativo.

El personal médico y paramédico de la institución es adiestrado para que pueda enseñar a vivir mejor a los enfermos principalmente a través de su advertencia del efecto de su conducta en los demás y de la adquisición de nuevas habilidades sociales. Un ambiente psicoterapéutico requiere el acortamiento de la distancia social entre médicos, enfermos y personal auxiliar. Todos participan en un programa de actividades, dialogan y comen juntos en una atmósfera que es a la vez cálida y de respeto y aceptación recíproca. Simultáneamente los familiares de los enfermos reciben también tratamiento psicológico, de modo que cuando el enfermo regresa, encuentre un ambiente más sano. La idea es sencilla, pero no es fácil de realizar y tiene consecuencias importantes. La filosofía que orienta el concepto de comunidad terapéutica es opuesta a la que orientó el trato de los enfermos mentales en los grandes hospitales psiquiátricos hasta tiempos recientes.

El Hospital de Día, obedece al concepto de tratar a los enfermos mentales sin separarlos de la comunidad. Estas instituciones de manejo menos costosas ofrecen una alternativa para tratar enfermos crónicos.

Un Hospital de Día debe estar equipado para llevar cualquier tratamiento orgánico o psicológico. Los enfermos pasan en el hospital la mayor parte del día, toman sus medicamentos, comen juntos y se mantienen activos bajo vigilancia experta. En las tardes vuelven a casa.

En el hospital, el enfermo tiene la oportunidad de comunicarse y vincularse con el personal y con otros pacientes. Un aspecto central son las instalaciones y los talleres donde es posible que los enfermos -- lleven a cabo una variedad de actividades ocupacionales ajustadas a sus distintas capacidades e intereses.

La orientación social se expresa también en la participación del psiquiatra en programas comunitarios de salud, en colaboración con psicólogos, trabajadores sociales y médicos familiares.

Hoy la psiquiatría cuenta con conocimientos acumulados y con técnicas sólidamente establecidas. Sus logros ocurren dentro de la tradición científica y son relativamente independientes de las ambiciosas teorías generales.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- Se fugan más pacientes en los hospitales urbanos, que en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur, Oaxaca, Oax.
- 2.- Los pacientes que más se fugan de los hospitales psiquiátricos son los farmacodependientes y los pacientes con síndromas orgánicos cerebrales; los que empiezan a salir de su cuadro agudo y ocasionalmente psicóticos agudos, con preponderancia del sexo masculino.
- 3.- Los pacientes que se fugan están expuestos a múltiples riesgos.
- 4.- Se debe propugnar por mejorar las condiciones intrahospitalarias para evitar las fugas.
- 5.- El enfermo mental es diferente de otro tipo de pacientes, que lo hacen más susceptible de padecer accidentes de diferente índole.
- 6.- Se pueden evitar las fugas de los hospitales psiquiátricos, elaborando programas, estructurados de tal manera que permitan detectar con personal bien adiestrado, al paciente que piensa fugarse.
- 7.- Sensibilizar a los familiares para que en cuanto llegue el paciente a su casa, sea retornado al hospital para que finalice su tratamiento y evitar que pase al grupo de los enfermos crónicos, que constituyen una carga económica para la familia, la sociedad y el país.
- 8.- Establecer convenios con las corporaciones pertinentes (Servicio de Rescate, Policía, Locatel, etc.) para que en cuanto se fugue un paciente del hospital se le trate de localizar rápidamente para evitarle sufrimientos innecesarios, que pudieran dañarlo psíquicamente más de lo que se encuentra.

9.- Establecer internamientos de corta duración de tal manera que el paciente se reincorpore lo más pronto posible a su núcleo familiar y social, tratándose de minimizar la estigmatización.

10.- Incrementar el personal médico, de enfermería, terapias ocupacionales y recreativas, así como psicólogos para formar equipos multidisciplinarios que den una mayor eficiencia a la institución.

11.- Sacrificar la cantidad por la calidad limitando el ingreso a los pacientes con un cuadro agudo que tengan como máximo un año de inicio.

Los pacientes que no reúnan estos requisitos canalizarlos a la mayor brevedad posible a otros hospitales.

12.- El Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur, en Oaxaca, Oax. es un modelo de hospital que podría convertirse con esfuerzos en el mejor hospital psiquiátrico, no de México, sino de Latinoamérica; pues su situación geográfica, su clima y sus condiciones intrahospitales permiten presumir que reúne las condiciones idóneas asistenciales.