168

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANSIEDAD, MITOS Y FANTASIAS: EVALUACION DEL PROGRAMA DE "VISITA DE PUERTAS ABIERTAS" DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" (S.S.A.).

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

MARTINEZ CARLOS, ISAIAS
TELLO OCMAN HECTOR

DIRECTORA: LIC. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO.
SINODALES: LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA.
LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ.
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA
LIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA.

258474

MEXICO, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez":

A los Psicólogos: Martha Rosas L., Araceli Moreno G., Leticia Escalante F., Jesús Moreno R., Julio Ornelas D., Ma. Eugenia Silva C., Leticia Delgado H., Ana Luz Hernández H., Maritza Jiménez de la Mora, Alberto Romo B., Lucía Castañeda F. y Janett Jiménez G.. A los Dres. Rodrigo Barrera, Horacio Reza, Arturo Ongay, Víctor González. Miguel Herrera y Bertha Vivanco. A la Socióloga: Juana Freyre. A la Trabajadora Social: Elvia Blas L.

Por el apoyo, facilidades y orientación que nos dieron a lo largo de ésta investigación dentro de las instalaciones del Hospital.

A nuestros amigos:

Eduardo García S., Hilda Uribe F., Gerardo Hernández G., Fabian Martínez S., Mónica Pineda O., Jaime Espinoza C., Liliana Espinoza P., Israel Montes de Oca V., Rosario Orona A., Araceli Roldán F., Citlalli Lucas S., Gabriela Vázquez V., (Una disculpa, por quienes de manera involuntaria nos faltó nombrar).

A quienes compartieron con nosotros sus ansiedades y alegrías a lo largo de la carrera, formando con cada uno un eslabón de amistad, misma que fue demostrada con su apoyo y aliento en ésta investigación.

A Karime Sierra T., Juan Carlos Vera G. y Erika Baena M.:

Quienes de una manera desinteresada siempre estuvieron al tanto de los avances de nuestro trabajo, apoyándonos de una manera fiel y amistosa.

De una manera muy especial agradecemos a los pacientes y familiares, ya que sin ellos ésta investigación no se hubiera podido realizar, gracias por regalarnos su tiempo e intimidad, y gracias por enseñarnos con sus virtudes y debilidades que cualquier ser humano puede ir en la vida con la frente muy en alto.

ISAIAS MARTINEZ C.
HECTOR TELLO O.

Del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez":

A los Psicólogos: Martha Rosas L., Araceli Moreno G., Leticia Escalante F., Jesús Moreno R., Julio Ornelas D., Ma. Eugenia Silva C., Leticia Delgado H., Ana Luz Hernández H., Maritza Jiménez de la Mora, Alberto Romo B., Lucía Castañeda F. y Janett Jiménez G.. A los Dres. Rodrigo Barrera, Horacio Reza, Arturo Ongay, Víctor González. Miguel Herrera y Bertha Vivanco. A la Socióloga: Juana Freyre. A la Trabajadora Social: Elvia Blas L.

Por el apoyo, facilidades y orientación que nos dieron a lo largo de ésta investigación dentro de las instalaciones del Hospital.

A nuestros amigos:

Eduardo García S., Hilda Uribe F., Gerardo Hernández G., Fabian Martínez S., Mónica Pineda O., Jaime Espinoza C., Liliana Espinoza P., Israel Montes de Oca V., Rosario Orona A., Araceli Roldán F., Citlalli Lucas S., Gabriela Vázquez V., (Una disculpa, por quienes de manera involuntaria nos faltó nombrar).

A quienes compartieron con nosotros sus ansiedades y alegrías a lo largo de la carrera, formando con cada uno un eslabón de amistad, misma que fue demostrada con su apoyo y aliento en ésta investigación.

A Karime Sierra T., Juan Carlos Vera G. y Erika Baena M.:

Quienes de una manera desinteresada siempre estuvieron al tanto de los avances de nuestro trabajo, apoyándonos de una manera fiel y amistosa.

De una manera muy especial agradecemos a los pacientes y familiares, ya que sin ellos ésta investigación no se hubiera podido realizar, gracias por regalarnos su tiempo e intimidad, y gracias por enseñarnos con sus virtudes y debilidades que cualquier ser humano puede ir en la vida con la frente muy en alto.

ISAIAS MARTINEZ C.
HECTOR TELLO O.

A mis padres:

Roberto Tello A. y Amanda Ocman C., quienes con su apoyo, amor y comprensión me enseñaron el camino recto de la vida, a ustedes que con su fe y esperanza hicieron de mí una persona capaz y perseverante; créanme que siempre los llevo conmigo, y esto me ha ayudado a cruzar cualquier camino por difícil que parezca. Gracias por todo, ésta tesis va por ustedes. Los quiero mucho.

A mi hermano Roberto:

Por enseñarme que cuando algo se desea, se puede lograr con la lucha constante por conseguirlo; gracias por tu apoyo, que aunque es de una manera callada se logra escuchar por su misma sinceridad.

A Isaías:

Que con su compañía demostró que no hay un arma de logro más importante que la amistad, ya que gracias a éste gran sentimiento nos pudimos levantar en cada tropiezo, gracias también por comprender que cualquier palabra puede opacarse al solo hecho de decir: amigo. ¡Lo logramos!.

A mis familiares:

Para no herir susceptibilidades no menciono a ninguno en particular, deseo agradecer a cada uno de los miembros de mi numerosa familia, porque me hicieron saber que siempre han deseado mi superación y bienestar. Gracias a todos.

A mis amigos:

Sí, a todo aquel que se de la oportunidad de colocarse dentro de éste párrafo, en especial a Israel (†), Quique y Juan Carlos, porque sé que cada uno en su momento me dio su apoyo, además de alivianar el camino con su siempre grata compañía.

HECTOR

Ningún triunfo puede ser completo si no existe alguien con quien se pueda compartir, sin embargo ese alguien debe ser una persona que vaya bien contigo, por eso quisiera agradecer de una manera super especial a esa persona que ha ido de la mano conmigo durante todo el camino, esa persona que con una sola palabra podía levantarme en cada tropiezo, esa persona que con su amor me fue iluminando el camino hasta llegar a la meta, esa persona que a pesar de todo sigue y seguirá siempre conmigo complementando mi ser; por todo esto y más, gracias **ERIKA**. ¡Te Amo!.

HECTOR

INDICE

	PAG.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO 1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	6
CAPITULO 2 EL MITO Y LA FANTASIA COMO PRODUCTORES O DEFENSAS CONTRA LA ANSIEDAD.	43
CAPITULO 3 EVALUACION DE PROGRAMAS INSTITUCIONALES	70
CAPITULO 4 METODO.	87
• OBJETIVO	88
• PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.	88
• HIPOTESIS DE TRABAJO	89
• HIPOTESIS ESTADISTICA	89
• VARIABLES	90
• DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES	92
• DEFINICON OPERACIONAL DE VARIABLES	92
• SUJETOS	93
• TECNICA DE MUESTREO	93

- MUESTRA 94
- TIPO DE ESTUDIO 94
- DISEÑO 95

- INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES 95
- PROCEDIMIENTO 96
- RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS 96

CAPITULO 5
RESULTADOS 97

DISCUSION Y CONCLUSIONES 117

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS 124

BIBLIOGRAFIA 127

ANEXOS 138

RESUMEN

RESUMEN

En el presente trabajo, se evaluó el programa de "Visita de Puertas Abiertas" del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en cuanto a sus objetivos de: a)Disminuir las fantasías de daño y prisión que se tienen acerca del hospital psiquiátrico; b)Reducir en los familiares los mitos que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento; y, c) Reducir el nivel de ansiedad, en los familiares, que se genera en ellos por la asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental. Para dicha evaluación, se trabajó con familiares de pacientes psiquiátricos que estén internados en el 3er. piso (Mujeres), 4o.piso (Hombres) y 7o. (Mujeres y Hombres) del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", que asistieron por primera vez a esta institución y que tenían un contacto más directo con la enfermedad mental; y que acudieron a la "Visita de Puertas Abiertas" (Grupo Experimental), o, a la Visita Tradicional (Grupo Control), para ambos grupos de 30 sujetos se les aplicó un cuestionario diseñado exprofeso para evaluar mitos y fantasías acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de la misma, además del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), haciendo un estudio pre-post test.

Una vez realizada la investigación se encontró que en ambos grupos hubo una disminución del nivel de Ansiedad-Estado, sin embargo, es importante mencionar que al termino del programa de "Visita de Puertas Abiertas" se registró una disminución mayor en comparación a la Visita Tradicional; así mismo el nivel de Ansiedad-Rasgo presentó una disminución en los dos grupos, siendo mayor en el Grupo Experimental (programa de "Visita de Puertas Abiertas"), en cuanto a los mitos se observó que no hubo cambios en la Visita Tradicional a diferencia del programa de "Visita de Puertas Abiertas", en la que se dio una disminución significativa en la mítica relacionada con la enfermedad mental, por su parte las fantasías de daño y prisión que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, se mantuvieron en la Visita Tradicional, y se presentó una disminución en el Grupo Experimental, el cual fue sometido al programa de "Visita de Puertas Abiertas". De esta manera se comprobó que el programa de "Visita de Puertas Abiertas" cumple con los tres objetivos sobre los cuales se realizó esta evaluación.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Al hablar de enfermedad mental, no solo se debe hablar del sufrimiento de quienes la padecen, sino también del sufrimiento de su familia, que muchas veces esta fundamentado por lo que los demás (sociedad) dicen. Todo eso que la gente comenta de lo que supone son los hospitales psiquiátricos, sobre como son atendidos los pacientes ahí y más aún de lo que según ellos es la enfermedad mental; es decir todo aquello que crea mitos; esto a su vez los lleva a tener fantasías que son la fuente de varios sentimientos encontrados, que solo provocan ansiedad.

Sin embargo, es dentro del seno familiar donde se va a desenvolver el paciente y es por eso que es importante la participación de ésta dentro del tratamiento que el enfermo psiquiátrico debe seguir.

Ahora bien, existen lugares como el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", donde se preocupan de esta situación y han creado programas, tales como la "Visita de Puertas Abiertas", que incluyen a la familia, orientándola con el propósito de formar una alianza terapéutica Familia-Paciente-Institución, para el proceso de recuperación del paciente y de la familia misma.

Se trabajó con los dos tipos de visitas existentes dentro del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"; la Visita Tradicional que se realiza mediante un encuentro familiar-paciente en el jardín del hospital; esta se realiza por las tardes, de 15:00 a 17:00 horas, previo a la autorización del médico. Por su parte la "Visita de Puertas Abiertas", es implementada como un programa, el cual fue insertado inicialmente en el programa de "Orientación a Familiares", actualmente es único e independiente y se lleva a cabo en las aulas y salas de hospitalización del área de hospitalización continua, una vez por semana, este programa es realizado por los Psicólogos de cada piso y consta de una pre-tarea, la visita (dentro de la sala de hospitalización) y una post-tarea. En la pre-tarea, que se da en el aula, se incita a los familiares a hablar de sus miedos, temores, creencias, etc. que tienen en torno a la enfermedad de su paciente y aún más del hospital psiquiátrico. una vez terminada la pre-tarea se da la visita, esta tiene una duración aproximada de 30 minutos, donde el familiar convive con su paciente y con los otros enfermos que se encuentran ahí internados, además de que conocen el lugar donde se alberga a su paciente y el tratamiento que recibe. Finalmente, al terminar el tiempo de la visita, los familiares regresan al aula donde reciben la post-tarea, donde se les pide hablen de su experiencia de haber estado dentro de una sala de hospitalización, además de invitarlos a expresar lo que sienten y piensan después de haber estado en un hospital psiquiátrico; de esta información se hacen comparaciones de las ideas que

tenían antes y después de dicha visita, en esta parte del programa el Psicólogo retroalimenta la participación de los familiares y responde las dudas que puedan existir.

La finalidad de este estudio fue comprobar si el programa de "Visita de Puertas Abiertas" cumple con sus objetivos de: a)Disminuir las fantasías de daño y prisión que se tienen acerca del hospital psiquiátrico; b) Reducir en los familiares los mitos que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento; y c)Reducir el nivel de ansiedad, en los familiares, que se genera en ellos por la asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental. Para comprobarlo se trabajó con 30 sujetos que acudieron al programa de "Visita de Puertas Abiertas" los cuales formaron el Grupo Experimental y 30 sujetos que acudieron a la Visita Tradicional quienes conformaron el Grupo Control, ambos grupos estaban integrados por familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados que acudían por primera vez a un hospital psiquiátrico y no habían tenido contacto directo con la enfermedad mental, a cada grupo se le aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y un cuestionario diseñado exprofeso para evaluar mitos y fantasías acerca de la enfermedad mental, antes y después de la visita.

Se hizo la comparación entre estos grupos ya que ambos cumplían el carácter de visita.

CAPITULO 1

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

CAPITULO 1

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Es de todos sabido que un trabajo de investigación debe estar sustentado por un marco teórico, sin embargo, el presente capitulo muestra también un marco histórico, debido a que creemos que ambas posturas son básicas para el sustento de esta investigación, ya que es la misma historia la que da origen a las diversas concepciones míticas y fantaseadas alrededor de la enfermedad mental, las cuales se han heredado desde los primeros grupos sociales hasta la actualidad, además de que nos permite observar los cambios que se han dado en cuanto al trato y tratamiento que han recibido los enfermos mentales en cada una de las diferentes épocas de la historia.

Tomando en cuenta lo anterior se ha realizado una breve semblanza de los cambios ocurridos en cada época en torno a la enfermedad mental desde la prehistoria hasta nuestros días.

EPOCA ANTIGUA

Prehistoria

En aquella época, con el desarrollo de la agricultura y el perfeccionamiento en la elaboración de instrumentos de piedra, se incremento la libertad y el intercambio de ideas, surgiendo así el pensamiento mágico-religioso.

La magia viene a ser la defensa más poderosa contra enfermedad y la muerte. En ella el hombre busca consuelo para sus temores y respuestas a los misterios de la vida como el nacimiento, el sueño, la enfermedad y la muerte. A este periodo de la antigüedad Ackerknetch lo llamo "Paleomedicina " para referirse a los logros del hombre de la antigüedad y "medicina primitiva" para describir los grupos triviales actuales. Así en el campo de la salud mental "Paleopsiquiatria" corresponde al primer grupo y debe diferenciarse de la "psiquiatría folklórica o primitiva" que pertenece al segundo.

En el sistema mágico-religioso en que el hombre vivía, las enfermedades mentales deben haber representado una crisis, siendo seguramente atribuidas a la violación de un tabú, la omisión de determinadas actividades rituales o a posesiones demoniacas.

Amedrentado por fenómenos naturales o por la lucha constante para sobrevivir en el mundo hostil que lo rodeaba, el hombre debió haber sufrido numerosos problemas psicopatológicos. No existe información exacta del tipo

de enfermedades mentales que presentaba el hombre prehistórico, fuera del hallazgo de algunos amuletos y talismanes que reflejan su creencia en la influencia de los espíritus y el encuentro de cráneos trepanados.

Otro aspecto interesante en relación con los procedimientos terapéuticos, que debió utilizarse en el pasado, es el chamanismo, el cual se sigue usando en algunas culturas. El chaman, nombre derivado del tungus (un dialecto del norte de Siberia), es considerado como una especie de médico o curandero, que es "vulnerable a la posesión de los espíritus, que lo utiliza como un médium para comunicarse con los demás", rigurosamente entrenado para su función, el chaman (sacerdote, curandero o brujo), es reverenciado como el depositario de la leyenda y tradiciones de la tribu. Conocedor por otra parte de los secretos de las hierbas medicinales, debe haberlas utilizado ampliamente en el pasado, naciendo así la herbolaria como la remota precursora de la moderna farmacología.

EPOCA GRECORROMANA

Medicina Griega

Los griegos fueron los primeros en estudiar a los enfermos mentales desde un punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Interesado en sus problemas, el médico griego se preocupaba más por la salud que por la enfermedad mental, con un criterio preventivo que muchos siglos después seria enfatizado en el campo de la salud pública.

Sus ideales se orientaban sobre la manera en que podían reforzarse los mecanismos naturales que sostenían y conservaban la salud, de tal forma que las personas que comían, dormían y hacían ejercicio de forma adecuada, lograban enfrentarse al exceso de tensión (estres) disminuyendo notoriamente su vulnerabilidad a las enfermedades. Siglos más tarde, Juvenal, destacado poeta latino, haría popular el principio, con su celebre frase "Mens sana in corpore sano" ("Mente sana en cuerpo sano").

Los filósofos griegos fueron los precursores de la medicina racional, quienes intentaron explicar el universo por medio de la razón pura. Sin el obstáculo de la magia, religión o tradición, estos heraldos de la ciencia natural fueron los primeros en conjeturar que los fenómenos naturales no eran milagros, sino hechos comprensibles de acuerdo con leyes inmutables.

Heráclito de Efeso, filósofo de la escuela ionica, fue el primer hombre que declaro que los sueños eran un refugio dentro de un mundo personal y no el viajar por las esferas sobrenaturales.

Ya en el siglo V a.C. Alcneón de Crotana, famoso filósofo, médico y naturista griego, alumno de Pitágoras, fue considerado como el precursor de la Anatomía Humana, afirmando que el cerebro era el asiento de los órganos de los sentidos y de la vida intelectual, y que la personalidad podía funcionar en forma optima si había crisis, es decir una adecuada interacción entre las fuerzas internas y externas. Discrasia, era el resultado del conflicto entre estas fuerzas, originando un exceso de humor corporal, que había que remover con purgantes, entre los que destacaba el eleboro negro, también recomendados para este tipo de trastornos, los vapores, los baños y la dieta.

Sin embargo el auge del racionalismo no excluyo a la medicina magico-religiosa, centrada en la divinidad de Asclepio (Esculapio para los romanos).

Ya la Iliada habla de Asclepio, como un rey guerrero que contribuyó con sus barcos y hombres a la guerra de Troya. Dos siglos antes de Hipócrates era ya considerado el principal Dios de la salud. La versión de Hesiódo sobre su nacimiento y divinización, señala que fue hijo de Apolo y de una mujer mortal, quien después engañó al Dios, por lo que recibió la muerte. Sin embargo, antes de que su cuerpo fuera incinerado en la pila funeraria, Apolo robó al pequeño Asclepio y lo dejo en la montaña con Quirón, un centauro, quien lo crió y enseñó artes curativas. Al crecer, su habilidad fue tan grande que incluso devolvía, la vida a los muertos, motivo por el cual Zeus lo mató para que no siguiera resucitando a éstos y dejara vacío el Olimpo. Después de su muerte lo consideró un Dios.

La familia de Asclepio tenía funciones médicas, su mujer Epione calmaba el dolor, Higeia o Higía, su hija, significaba la prevención de la salud y la cura. Panacea, otra hija, significaba el tratamiento y Telésforo, su hijo, la convalecencia.

En el siglo V a.C. aparecen los primeros templos de Asclepio, de los cuales el más famoso era el de Epidauro. Estos templos eran grandes y opulentos, con estatuas del Dios, de oro y marfil, una construcción circular, el tholos contenía agua de purificación. Entre el tholos y el templo se encontraba el abaton , en donde los pacientes, dormían y eran curados durante el sueño. Los grandes templos como el de Epidauro, tenían además un teatro con un estadio y un gimnasio para entretener, consolar e influir en el espíritu de la gente. Más que hospitales eran santuarios religiosos y balnearios medicinales.

El sacerdote vestido de Asclepio, pasaba de noche entre los enfermos con sus ayudantes y una serpiente, administrando curaciones y dando consejos. El factor más importante era la fe, y seguramente los cuadros que más respondían al tratamiento eran los neuróticos.

Los enfermos mentales, debían recorrer, para curarse, la estructura laberíntica del tholos y dormir en ésta antes de llegar al centro curativo, propiamente dicho. En el transcurso de éste muy simbólico proceso, eran "curados" por el Dios mientras dormían.

También en el siglo V a.C., nace Hipócrates, en la isla de Cos, el año de 460 a.C. Enseñó y practicó medicina en Cos. Se dice que en Macedonia curó al rey de una enfermedad de tipo psicológica y también fue llamado para curar la locura de Demócrito.

Con un agudo sentido clínico, emite una teoría anatómica de la locura (enfermedad o lesión del cerebro), una teoría fisiológica (los líquidos corporales eran la causa de la enfermedad mental) y una teoría psicológica (los estados emocionales podían originar cambios mentales o físicos importantes). En efecto, él localizó en el cerebro, la capacidad humana de sentir, pensar o soñar, emitiendo una teoría sobre la posible causa de la locura como el resultado de la interacción de los cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. El predominio de cada uno de ellos originaria cuatro temperamentos: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático; de acuerdo con la orientación emocional prevalente. El exceso de bilis negra era considerado la causa principal de la locura, especialmente de la melancolía.

Pero sin duda el pensamiento más connotado de Hipócrates fue expresado en la introducción de su trabajo sobre la epilepsia, la "enfermedad sagrada" , en donde afirmó : "Yo no creo que la enfermedad sagrada , sea más divina o sagrada que cualquier otra enfermedad, sino que por el contrario tiene características y causas definitivas. Sin embargo por ser completamente diferente de otras enfermedades, ha sido considerada como una visita divina por aquellos que siendo humanos, la juzgan con asombro e ignorancia".

Y en otra parte señala : "El hombre debe saber que sólo de ahí (el cerebro) vienen las alegrías, los deleites, la risa y los deportes, pero también las penas y las lamentaciones. Y es por eso, que vemos, oímos y adquirimos conocimientos, y cuando no está sano, el hombre se pone loco y delirante, con miedo y terror a la noche o al día".

En los trabajos clásicos de Hipócrates, además de la epilepsia, eran reconocidos otros cuadros clínicos, como la psicosis (con ideas falsas y alucinaciones), trastornos impulsivos de la conducta, la melancolía y posiblemente las fobias. Con el nombre de frenitis describió además un trastorno psiquiátrico que se presentaba en los enfermos orgánicos, con cuadros febriles.

La Medicina Romana

Desde tiempos remotos, los médicos romanos habían descubierto los efectos curativos sobre algunos enfermos eufóricos y agitados, tenía el agua de unos manantiales situados en el norte de la península Itálica; dos mil años más tarde se descubrió que estas aguas eran ricas en sales de litio, hoy se utilizan para tratamientos de estados de agitación.

Desde el punto de vista científico, aquellos médicos continuaron en el campo de la salud mental, la trayectoria del pensamiento griego, especialmente después de que Julio César promulgó un decreto en el que se autorizaba a los médicos extranjeros para poder ejercer y enseñar en Roma.

En el siglo I d.C., Asclepiades, originario de Bithinia en Asia Menor, describió que la excitación mental que se presentaba en los enfermos febriles, descrita por Hipócrates como frenitis, era diferente de la manía, en la que el cuadro de hiperactividad psíquica no estaba relacionado con el incremento de la temperatura corporal.

Estableció además la diferencia entre las ilusiones y las ideas delirantes, recomendando para su tratamiento colocar al enfermo en habitaciones bien iluminadas, ya que había observado que con frecuencia estos pacientes tenían miedo a la obscuridad.

En el mismo siglo, Celso, escribió un famoso tratado, "De Re Médica", en ocho volúmenes, en el que al referirse a los trastornos mentales enfatizaba la importancia de la relación médico-paciente, anticipándose a la moderna psicoterapia. Proponía técnicas especiales para animar a los enfermos reprimidos y tranquilizar a los excitados, sugiriendo entre otros medios, el uso adecuado del lenguaje, de la música y de algunas actividades grupales (terapia de grupo u ocupacional).

En la misma obra introduce los términos "delirium" y "demencia", y con el nombre de "letargia", describe otro tipo de trastorno psiquiátrico que podía presentarse en algunos cuadros febriles y que se caracterizaron por somnolencia y disminución de la lucidez.

Areteo de Capadocia (50-130 d. C.), fue el primero que mencionó la manía y la melancolía eran dos fases de la misma enfermedad, muchos siglos antes de que Kraepelin sustentaría la misma teoría.

Dividió las enfermedades mentales en agudas, como la frenitis o delirium y la letargia y las crónicas, integradas básicamente por los cuadros seniles, con alteración profunda de las facultades intelectuales. Afirmó igualmente que la frenitis no sólo se presentaba en padecimientos febriles, sino también en

cuadros de intoxicación alcohólica o debida a otras drogas (delirium tremens no alcohólicas).

Sorano de Efeso (93-138 d.C.), hizo una magnífica descripción del delirium, mencionando que el enfermo podía estar callado y triste o hiperactivo, pero que en ambos casos solía presentar un insomnio pertinaz.

Desde el punto de vista filosófico, Ciserón (106-43 a.C.), al referirse a las pasiones las dividía en cuatro grupos: aegritudo (malestar), metus (miedo), voluptas y laeticia (placer y alegría) y libido (deseo violento), mencionando al utilizar por primera vez este término en el terreno psicológico, que si esta perturbación era excesiva podía determinar un estado morbi, especie de enfermedad del alma.

En el área de la vida sexual, Galeno (129-200 d.C.), señaló que la retención del esperma era motivo de ansiedad en el hombre (eyaculación tardía) y que existía una correlación entre la presentación de síntomas histéricos en la mujer y la ausencia de actividad sexual. El trastorno podía corregirse con la reanudación de la vida sexual, o con la masturbación. Esta relación entre los componentes físicos y psíquicos de la enfermedad ha sido actualmente enfatizada.

LA EDAD MEDIA

Durante esta época, la medicina, al igual que las matemáticas, la historia y la filosofía, entraron en un periodo estático en el que se pierden muchos de los adelantos de la época grecorromana. Para los historiadores médicos, la edad media se inicia con la muerte de Galeno (200 d.C.) y termina con la publicación de Vasalius De Corporis Humani Fabrica, en 1543. Estos siglos son considerados como de estancamiento y aún de retroceso, durante ellos la medicina se ve opacada por la demonología, la astrología y la brujería; esto es aun más profundo en la psiquiatría, que en esta época esta influida por tres elementos: El edicto de Milán, por medio del cual Constantino establecía al cristianismo como la religión oficial del imperio romano el año de 313 d.C.. El códice Teodociano, emitido en 438 d.C., condenando la magia y ordenando la persecución de los "poseídos", lo mismo que la de brujos y hechiceros, y los ordenamientos eclesiásticos contra la disección de los cadáveres humanos, que interfieren en el estudio de la anatomía, quedando en el olvido las aportaciones de la escuela de Alejandría y los conceptos hipocráticos, excluyéndose las enfermedades mentales, para caer en el de la demonología.

Con esta orientación, se identifican los *stigmata diaboli*, manchas y lunares como signos de posesión, pese que algunos líderes espirituales de la

época negaron el poder del demonio para producir trastornos mentales. Guerras, epidemias y supersticiones, incrementan el número de enfermos mentales, utilizándose la tortura y la inmolación para tratar inhumanamente de frenarlos.

Entre el mundo antiguo y el principio de nuestra era surge la figura dominante de San Agustín, perpetuándose la influencia de su pensamiento durante varios siglos.

Sus observaciones en muchos campos, los métodos educativos, el mejor conocimiento del carácter de los niños y la alegría de estar entre amigos, revelan una gran comprensión de la psicología infantil. En su libro confesiones, describe un importante autoanálisis en el que enfatiza la importancia de los primeros recuerdos, los conflictos emocionales y los sentimientos irracionales en la vida mental del hombre, adelantándose en muchos siglos al pensamiento de Freud y rechazando al igual que éste el mito de la inocencia de los niños. Inicialmente el hombre medieval concibió el mundo únicamente en términos de Dios. La creencia general era de que los padecimientos mentales se curaban con fuerzas sobrenaturales, con la intervención de los santos, y cuando éstos no participaban, se utilizaban métodos físicos como purgantes, eméticos y sangrías.

Con esta orientación, debería, suponerse que en un mundo que consideraba la armonía como el ideal divino, los enfermos mentales no deberían ser maltratados ni abandonados, sino acogidos armoniosamente por la comunidad. Sin embargo, este punto de vista humanitario solo lo compartía un pequeño grupo de pensadores espirituales cultivados. La población ignorante, que era la mayoría, fue influida por toda clase de pensamientos mágicos y ocultos, principalmente procedentes de países orientales.

LA INQUISICION

El santo oficio de la inquisición tiene sus antecedentes en lucha contra los cátaros y albingenses a finales del siglo XII. En ese tiempo en que la religión católica predominaba en los países europeos, se consideró crimen la herejía y como tal fue juzgada y castigada.

En 1185, se le concedió a los obispos la facultad de proceder judicialmente contra todo sospechoso de herejía, quienes después de juzgarlo y condenarlo, lo entregaban a la autoridad civil para que efectuara la sentencia que generalmente era la muerte.

En, 1216, Sto. Domingo de Guzmán, uno de los funcionarios de la Iglesia católica, obtuvo las facultades de inquisidor.

En 1229, bajo el pontificado de Gregorio IX se organizo formalmente la inquisición en un concilio de Tolosa, Gregorio IX también comisiona como inquisidores a los frailes menores de San Francisco. Pronto se establecieron tribunales en varios países europeos que fueron encomendados a los monjes dominicos.

En 1478 los "Reyes católicos", Fernando e Isabel obtienen una bula papal que les da la facultad de designar a sus inquisidores y organizar el tribunal de la manera que les conviniera, por lo que nombraron a un inquisidor general de España, y crearon un consejo supremo de la inquisición que se conocía como "La suprema", que era la autoridad máxima , y que estaba constituido por un presidente que era el inquisidor general, tres consejeros, un secretario, amen de diversos empleados. El primer presidente fue Fray Tomás de Torquemada quien escribió las primeras "instrucciones" que fueron promulgadas en 1484.

Después del descubrimiento de América, España fundó tribunales inquisitoriales en sus colonias que también dependían de la suprema mencionada. La herejía por la que fue fundada, y de acuerdo a su significado literal, herejía es un error en materia de fe sostenido con pertinacia, sin embargo, los enfermos mentales también eran considerados quebrantadores de la ley y la moral, o más aún, endemoniados.Por lo que eran enjuiciados por la inquisición; las sentencias podían ser:

"Absolución de cargos", cuando se demostraba la inocencia del reo, en cuyo caso salía libre.

"Absolución de la instancia", cuando el fiscal no probaba los cargos.

De "reconciliación", cuando el reo resultaba culpable, confesaba y daba muestra de arrepentimiento .

De "relajación", que equivalía a la pena de muerte.

Cuando el acusado no confesaba, durante el proceso, el cual podía durar años, se le atormentaba; entre los instrumentos de tortura más comunes estaban el potro, los cordeles y el agua, la muerte podía ser dándole garrote o quemándole vivo; de esta última podría librarse el reo si abjuraba y se arrepentía en el último momento, por lo que se le aplicaba garrote, y de todas formas quemaban su cuerpo. Tanto en los que eran condenados a morir como los que eran condenados a otras penas, siempre ocurría la pérdida de sus bienes; lo que hizo a la inquisición enormemente rica.

En México la inquisición formal empezó en 1571 con la llegada del inquisidor Moya De Contreras, pero desde antes habían fungido como inquisidores los obispos de México y antes de los obispos algunos frailes de la

orden de Sto. Domingo, así que la inquisición en México se inicia propiamente en 1526 y es monástica; para posteriormente convertirse en episcopal.

Desde 1534 el obispo Fray Juan De Zumárraga, actuó como inquisidor. El consejo supremo en Noviembre de 1549 ordenó que por ser los indios cristianos nuevos "no se guarde el rigor del derecho y no se proceda con ellos en la inquisición". A partir de entonces los indígenas de México quedaron exentos de ser enjuiciados por el santo oficio durante todo el virreinato.

La inquisición en México desapareció hasta el siglo pasado con la consumación de la Independencia.

EL RENACIMIENTO

Destaca en ésta época la obra de Alberto el Grande, y de santo Tomás de Aquino; ambos influidos por el pensamiento de Galeno y la medicina árabe, dividieron el aparato psíquico en:

1.- Anima vegetativa, funciones biológicas.
2.- Anima sensitiva, que abarcaría los órganos de los sentidos y el movimiento.
3.- Anima intelectiva, a la que correspondía la inteligencia, el juicio y el razonamiento.

Sostienen que el alma no puede enfermarse y que por lo tanto el trastorno mental debe estar relacionado con algún problema somático, por lo que Santo Tomás de Aquino es considerado el precursor de la Escuela Organicista de Alemania.

Describen las alucinaciones, la manía (ira patológica), las psicosis orgánicas (debidas a problemas de este origen, con perdida de la memoria) y la epilepsia, que consideran es debida a la formación de vapores en el cerebro.

Los enfermos desde el punto de vista legal, no pueden establecer diferencias entre lo correcto y lo incorrecto y por lo tanto, no son responsables de los delitos que cometan. Sin embargo, no descartan el pensamiento imperante de la época, de que el tratamiento de ellos debe estar influido por los astros y por los poderes del dominio.

Se sigue pensando en la posesión de la mente de los psicóticos por espíritus diabólicos, con o sin voluntad del sujeto, manifestándose por expresiones verbales diversas y por conducta anormal. El exorcismo, para expulsar al demonio, se vuelve una práctica frecuente y aparecen los grupos autopunitivos, como el de los flageladores que se extienden por toda Europa.

La sexualidad preocupa como un problema de transgresión moral y se considera que los demonios intervienen en las relaciones carnales de los

poseídos. Las brujas, pueden hacer caer en pecado mortal por su sexualidad e inducción al acto sexual.

Dos monjes dominicos, Johan Spencen y Heinrich Kraemer, escriben el Malleus Maleficarum, obra donde el tratamiento recomendado para los enfermos mentales, es la tortura y la muerte, ya que todos los trastornos mentales son debidos a Satán. Quienes lo acepten deben ser castigados para liberar el alma inmortal del cuerpo pecaminoso, estableciendo el razonamiento y justificación del auto de fe, y considerando la cremación de brujos y hechiceras, como un acto de piedad y de devoción religiosa. Todos los enfermos con alucinaciones o ideas delirantes se consideran poseídos por el demonio.

Durante el siglo XVI, la opinión sobre los enfermos mentales seguía siendo la misma de la Edad Media. Alojados en hospitales deplorables, se exhibían como si fueran animales furiosos, mediante el pago de unos peniques.

Sebastián Brant, escribe "Das Narrenshiff" (La nave de los locos), publicada en 1494, señalando que los locos deben ser abandonados en el desierto, o dejarlos a la deriva en una barca, como un simbolismo de alejar la locura. En 1499, Hieronymus Bosch, pinta "el barco de los locos", haciendo una alusión hacia el mismo tema y reflejando el pensamiento de la época.

A pesar de todo lo anteriormente mencionado, en esta época también se inicia el humanismo; Juan Luis Vives, nacido en 1492 en Valencia, al desarrollarse en un ambiente en el que árabes , judíos y cristianos convivían en armonía, publica en 1525 su libro *On Poor Relief* (Un Pobre Consuelo), en donde menciona que los enfermos de la mente se les debía brindar una atención especial, señalando la necesidad de que las autoridades debían hacer hospitales para ellos.

Cornelius Agrippa, publica su libro sobre la nobleza y preeminencia del sexo femenino y en 1519, arriesga su vida en Meta, para liberar a una mujer que había sido acusada de brujería.

En 1563 Weyer publica su libro *De Praestigis Daemonum*,que inicia una dura repulsa a la creencia de la brujería y en los religiosos que la apoyan. Trata de explicar, basándose en un conocimiento médico puro, una gran variedad de signos considerados en la época como sobrenaturales y con los cuales se identificaba, en general, al embrujado.

Paracelso, nacido en Suiza, inicia un trato más humano de los pacientes, incluyendo los mentales, y en su libro de las enfermedades que privan al hombre de la razón, escrito en 1526 y publicado post morten 1567 dice: "en la naturaleza no hay solamente enfermedades que afectan al cuerpo y a la salud, sino algunas que afectan la mente y son las más serias...En la actualidad, los

religiosos de Europa consideran que son debidas a los espíritus, lo que yo no creo".

En relación con el tratamiento, estableció que los trastornos mentales deben ser tratados por medios psíquicos. Consecuentemente él practicó la psicoterapia basándose en: la orientación, la sugestión y el aliento al paciente. Galdston lo considera el pionero de la psiquiatría dinámica.

HOSPITALES

El primer hospital psiquiátrico en Europa fue fundado en Valencia por el padre Jofré, quien alentaba a sus feligreses a ayudarlo después de haber sido testigo de una escena sádica y burlesca a un enfermo mental, situación típica de la Europa de su tiempo.

De 1412 a 1489, cinco instituciones se establecen en España y en 1567 en la Nueva España el hospital de San Hipólito, primero de América. En Roma se funda el hospital de Sta. Ma. de la Piedad, que administrado por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios llega a ser un modelo en su género.

Del libro *Tratado Médico-Filisófico* sobre la enfermedad mental de Pinel, Rumbaut señala algunos pasajes en donde el autor enfatiza lo que aprendió en una visita que hizo al hospital Nuestra Señora de la Gracia de Zaragoza, establecido en 1425 (uno de los cinco ya mencionado). Este hospital admitía unos 300 enfermos psiquiátricos en una forma similar a lo que en los siglos XVIII y XIX, se llamó tratamiento moral. Buena dieta e higiene, abolición de las restricciones físicas, ejercicio, juegos, ocupación y entretenimiento. Hombres y mujeres debían tener participación en actividades de servicio de acuerdo con su estado de salud y siempre bajo la vigilancia del personal de la institución, a los que llamaban papá y mamá, y quienes compartían con ellos actividades recreativas.

Se usó la hidroterapia, pero se ponía especial énfasis en la terapia ocupacional que incluía trabajos cerca del hospital y colaboración en la atención de los enfermos, especialmente de los más perturbados, por los que estaban mejor. La experiencia del personal reconocía que los pacientes que estaban ocupados, evolucionaban mucho mejor que los demás.

EL SIGLO XVII

Durante el siglo XVII Jutglar y Florit, una vez acallados los impulsos de diversas índoles que caracterizaron la interminable serie de enfrentamientos religiosos típica del siglo anterior, se crea en Europa una plataforma propicia para lograr un amplio despliegue de la vida intelectual y científica, sobre una base de tolerancia y de libertad de expresión.

El siglo XVII, más conocido como "La Era de la Revolución Científica", representa el cambio de orientación más importante en la historia de las ciencias, el dejar de preguntarse el por qué suceden los hechos e interesarse en el cómo ocurren.

Felix Plater, se dedicó a principios de este período a investigar a los enfermos mentales. Con gran interés personal por este tipo de enfermos, solicitó y obtuvo el permiso para ser internado con algunos de ellos, pudiendo efectuar un estudio muy completo de sus problemas y de su conducta. Este mismo interés lo llevó a realizar un buen número de autopsias, buscando sin encontrar, la causa de estas enfermedades.

Robert Burton en 1621 publicó su libro "Anatomía de la melancolía", que llegó a ser muy popular, y en el que describe algunos estudios clínicos sobre el tema.

En el siglo XVII los enfermos mentales ya no eran en general considerados como brujos, sino como incurables, por lo que se ponía poco interés en ellos, lo que se traducía en una limitada atención médica.

Al ser considerados como incurables los atendían en instituciones pobres y mal asistidas, llegando a encadenarlos cuando presentaban estados de excitación, se seguía utilizando el concepto de brujería aunque con mayor moderación, hasta que en el año de 1680, el rey de Francia promulgó un edicto aboliendo esta inhumana actitud.

Lamentablemente han pasado los siglos y en pleno siglo XX, los nazis, durante la segunda guerra mundial, al llegar al hospital psiquiátrico de Vinitza, en Ucrania, ejecutaron a los 3500 enfermos que ahí se atendían por ser considerados como subhumanos.

En el siglo XVII, se empieza hablar de las neurosis, ya que este tipo de pacientes podían ser atendidos en consulta externa al igual que los enfermos de otras especialidades, dejando atrás los viejos manicomios que sólo eran utilizados para enfermos psicóticos.

En aquella época se llegó a la conclusión de que las mujeres estaban predispuestas a sufrir problemas psíquicos, por ser más débiles o por tener "espíritus" más delicados. En el tratamiento utilizaban la Flebotomía (corte de

venas) y purgantes, con dieta a base de leche, y como medicamento usaban en algunos casos opio para el dolor, pese a que estaban enterados de que este tipo de medicamentos podían originar adicciones.

Las transfusiones empezaron a utilizarse en esta época y fueron consideradas como un tratamiento psiquiátrico. Denis, un médico francés, utilizaba la sangre de cordero inyectada por vía intravenosa a los pacientes mentales, en algunas ocasiones con buenos resultados (seguramente por el efecto de choque). Debido a la frecuencia de la muerte de algunos enfermos, el tratamiento dejó de usarse, los cirujanos la volvieron a usar hasta el siglo XIX, sin éxito, hasta que Landsteimer, descubrió en este siglo, los tipos sanguíneos.

Los términos histeria e hipocondría eran frecuentemente utilizados; Zimmer, incluía dentro del diagnóstico de hipocondría a la epilepsia, cefaleas, palpitaciones, tos, cólicos renales, diarrea y otros cuadros dolorosos en diversas partes del cuerpo.

En los casos de histeria se consideraba como unos de los síntomas más importantes la omisión de grandes cantidades de orina clara, considerando que era precipitada por estados de excitación, sangrados abundantes y diarrea, determinada en ocasiones por el uso inadecuado de purgantes.

En el campo de la psiquiatría legal, Paolo Zaccia, estableció que sólo un médico era competente para juzgar sobre el estado mental de una persona. Insistió en que primero debería de tomarse en consideración a la persona que ante la ley, como en la actualidad, un enfermo que cometía un acto delictivo, no era responsable por no tener consciencia de su conducta. Zaccia es considerado como el padre de la psiquiatría forense y como médico del Papa, era llamado con frecuencia al más alto tribunal eclesiástico de la iglesia católica. Sin embargo, a pesar de los adelantos científicos y sociales de la época, había una actitud ambigua hacia el enfermo mental, seguía siendo víctimas de burla y menosprecio.

Durante el período llamado del absolutismo luminoso, los reyes como Luis XIV crearon hospitales generales, para ancianos, epilépticos, con enfermedades venéreas y con trastornos mentales; se sabe en la actualidad que alojaban un buen número de enfermos mentales, combinando las características de asilo, prisión y hospital. Foucault, un filósofo francés, consideraba que el asilo debía ser visto como una jaula, en la cual el loco estaría separado, como los animales feroces, para proteger a la sociedad. Esta idea justificó toda clase de métodos de disciplina, incluyendo la brutalidad.

Así mismo las religiosas de San Vicente de Paul, fundaron San Lázaro en 1632 y las hermanas de la caridad, en 1688, la caridad de Senlis, para el cuidado de enfermos mentales y otros que ahora llamaríamos delincuentes

juveniles o sociópatas. El tratamiento era médico y psicológico: aislamiento, lecturas, entrevistas con el personal religioso, ejercicios espirituales y contacto controlado con las familias. Al mismo tiempo Bethlen seguía cobrando por dejar ver a los enfermos mentales. Estas formas dramáticas de sadomasoquismo, representado por los flagelantes colectivos de 1634 y la expresión de la psicopatología de masas, durante la revolución francesa, en el siguiente siglo, se refleja claramente en los escritos del Marqués de Sade.

El cuidado de la salud pública en este siglo estaba al cargo de las parroquias.

EL SIGLO XVIII
"EL SIGLO DE LA LUZ"
Epoca Luminosa (salud mental, tratamiento moral, el humanismo)

No obstante que durante el siglo XIX, críticos, historiadores y artistas, subestimaron al anterior, Brinton considera que esta época fue la depositaria de las grandes culturas europeas y americanas, por lo que esta justificado ampliamente en el que se le ha llamado el siglo de la luz.

Tradicionalmente la norma de eliminar los métodos inapropiados de la restricción para enfermos mentales se atribuya a Pinel, por sus dramáticos esfuerzos para liberar de sus cadenas a los enfermos mentales de Bicetre en 1793. Pero él debe compartir sus méritos con el italiano Vicenso Chiarugi y con el inglés William Tuke.

Vicenso Chiarugi.

En 1788 se abrió el hospital Bonifacio, bajo la dirección del joven médico Chiarugi, quien afirmaba: "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco". La ley sobre los locos, dada en 1774 , daba normas específicas incluyendo la exploración mental, que debía efectuarse en los casos de internamiento; el reglamento prohibía usar fuerza física o métodos crueles en los pacientes, excepto el uso ocasional de la camisa de fuerza, ideada de tal forma que no originara al enfermo incomodidad. En su libro "Tratado médico de la locura", describe 100 casos clínicos acompañados de muchas ocasiones de autopsias. Consideró como causas de enfermedad mental las congénitas y las ambientales. En el tratamiento enfatizaba el tratar al enfermo con tacto y comprensión, utilizando la autoridad con un enfoque individual afectuoso. Guerras y revoluciones hicieron que sus principios pronto fueran olvidados.

William Tuke.

La sociedad de "Amigos de York" efectuó reuniones para "mitigar la miseria y reintegrar a aquellos que estaban excluidos de la sociedad civil y religiosa". Se abre el retiro con 30 pacientes bajo la dirección de Tuke. William Tuke era un próspero comerciante en té y café, tenía 60 años y organizó la construcción y el sostenimiento de la institución con cuotas voluntarias.

Aunque después fue contratado un médico, el tratamiento esencialmente no era médico, la filosofía del tratamiento fue llamada moral. Edificio amplio en un área bonita del lugar, sin barras en las ventanas ni rejas, amplios patios y lugares para actividades recreativas, sólo se usó la camisa de fuerza para control temporal.

Samuel Tuke, nieto de William, al igual que su padre Henry continuó la obra y años más tarde la describía en su libro *Descripción del Retiro*, en la siguiente forma:

"El tratamiento moral de los locos se divide en tres partes:

1.- Se trata de fortalecer el propio poder del paciente para controlar su trastorno.

2.- Se estudia que tipo de medidas de control son absolutamente necesarias, y

3.- Se promueve lo más posible su confort".

En relación con el superintendente del hospital dice: "Debe utilizar todos los tópicos que pueden ser interesantes para el paciente... Los que no se interesen en actividades ocupacionales deben ser alentados a leer, escribir, dibujar, jugar a la pelota o al ajedrez... Si la superintendente es mujer encargada de la atención de enfermas, debe invitarlas a tomar el té, a algunas se les permitirá ver a sus familiares en la ciudad, y tener visitas de su propio sexo, por lo menos una vez al mes".

Tratamiento moral de Pinel.

Pinel (1745-1826), nació en el sur de Francia, fue director de Bicetre (asilo para hombres) y después de la Salpetiere (para mujeres) donde había, criminales, deficientes mentales, y enfermos psiquiátricos. Una de sus primeras actividades en Bicetre y después en la Salpetriere, fue liberar a los enfermos de sus cadenas, verdadero acto de valor durante el reino del terror. Bajo la influencia de los ideologistas, Pinel consideró que el análisis psicológico de las ideas debía integrarse con los estados emocionales y que si solo el paciente se podía mover libremente y se obtenía una buena biografía, era posible entender los síntomas y la evolución del padecimiento. El concibió la locura como un trastorno del autocontrol y de la identidad, por lo cual le dio el nombre de "alienación".

Distinguió cinco formas de trastornos mentales:
1.- Melancolía, con un predominio de una idea delirante, mientras el resto de las facultades permanecía bien (paranoia).
2.- Manía sin delirio.
3.- Manía con delirio, la más típica de las enfermedades mentales.
4.- Demencia con trastorno en el proceso del pensamiento y
5.- Idiocia, con la obliteración de las facultades mentales y los afectos.

En su libro *Tratado médico-filosófico de la manía* (1801), incluye un gran número de historias clínicas. Más importantes que el ambiente, eran los factores que se creían predisponían a la locura y de entre éstos, las pasiones eran las más importantes.

Su tratamiento moral se basaba en el principio de Aristóteles de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones (emociones). Con anticipación a los conceptos posteriores de medicina psicosomática, las pasiones eran consideradas el eslabón entre mente y cuerpo. En el aspecto terapéutico, el médico debía tener una gran firmeza en su aproximación al paciente y controlar su mente, con los ojos, una vez que esta controlada, el tratamiento consistía en una combinación de amabilidad, firmeza y coerción.

Las tres orientaciones terapéuticas de Chiarugi, Tuke y Pinel insistían en reforzar la parte sana del enfermo, y que el tratamiento debía consistir en una combinación de soporte y dependencia. La buena respuesta al tratamiento dependía de la relación médico-paciente (transferencia), y que en todos los casos convenía, separar al enfermo de su familia para poder recibir una terapia estructurada en el hospital, en donde el paciente era tratado como un niño dentro de una especie de familia artificial.

En Estados Unidos el representante moral fue Benjamín Rush (1745-1813), considerado el padre de la psiquiatría americana, uno de los hombres que firmó la Declaración de Independencia, muy interesado en reformas sociales. Su libro "Medical inquires and observation upon the diseases of the mind" (1812), fue el único libro de texto hasta finales del siglo.

Como el tratamiento moral apareció antes del desarrollo de la psicología moderna a finales del siglo XIX, sus pioneros no pudieron expresarlo con criterios psicológicos. Sin embargo, como mencionó Horacio Mann en 1833: "Todo esquema del tratamiento moral se basa en el humanitarismo; el tener consciencia en forma personal de los sufrimientos de otras personas, nos permite relajarnos cuando estas penas de ellos disminuyen".

EL SIGLO XIX

Al iniciarse el siglo XIX el crecimiento y desarrollo de la psiquiatría, fue influido, al igual que en el siglo anterior, por el interés filantrópico de los filósofos de la época, sin embargo los tratamientos eran muy limitados y similares a los de los siglos anteriores.

Los Grandes Clínicos

Al final de siglo XIX Cabanis emitió la teoría de que con frecuencia los problemas somáticos estaban relacionados con los psicológico, por lo que se inician grandes escuelas diferentes, destacando la psicogenista y la organicista, con características diferentes en los diversos países, especialmente en Francia y Alemania.

Francia

Uno de los pilares de la psiquiatría francesa fue Jean Martín Charcot, distinguido neurólogo que había hecho muy buenos estudios en el campo de la neuropatología; fijó su interés en una neurosis funcional, la histeria. Al estudiar esta enfermedad no encontró una evidencia orgánica que explicara la crisis, las contracturas y los trastornos de la sensibilidad.

Al hacer investigaciones sobre la llamada histero-epilepsia, consideró que algunos órganos de enfermos eran "histerógenos", especialmente el ovario, lo que originó numerosas operaciones para eliminarla por parte de los cirujanos de la época.

Surge así el concepto de las neurosis, antes consideradas como "vapores" o "baja de los humores".

Al utilizar la hipnosis para corregir sus problemas, llegó a considerar que existía una estrecha relación entre esta enfermedad y el hipnotismo. El prestigio de Charcot fue muy grande, al grado de que Freud estuvo algún tiempo estudiando con él, sacando la conclusión de que recuerdos inconscientes, ideas y emociones podían originar cuadros de este tipo. La hipnosis se popularizó y hubo descontento de los médicos de la época.

Otros médicos franceses que contribuyeron al mejor conocimiento de la psiquiatría fueron: Jean Pierre Falret quien en 1854, descubrió los trastornos que ahora conocemos como bipolares y que consistían en estados de excitación

y de melancolía con intervalos lúcidos a la que llamó Folie Circularie, antes de que Kraepelin presentara sus estudios sobre la psicosis maniaco-depresiva.

Paul Broca en 1863, descubrió que un enfermo con afasia tenía lesiones en la tercera circunvolución frontal, de la cual dependía el lenguaje, hecho importante que contribuyó a descartar el interés de las localizaciones cerebrales.

En 1856, Morel, al estudiar a un adolescente apático, autista y silencioso, pensó en la demencia y en la idiocia, bien conocidas en ese tiempo, pero la idiocia era congénita, por lo que quedaba descartada y las demencias se presentaban en personas de mayor edad, por lo que la llamó demencia precoz, término que subsistió hasta que Bleuler la cambió por esquizofrenia, que quiere decir mente fragmentada.

En 1838 apareció el libro de Esquirol, *Des Maladies Mentales* traducido a varias lenguas. En el dividía las enfermedades mentales en:

1.- Lipemia (inmovilidad del cuerpo y fijación de los ojos).
2.- Manía (con excitación de todas las facultades mentales, incluyendo la monomanía, palabra ideada por él, que indicaba la prevalencia de una idea delirante sobre un tema particular).
3.- Melancolía (restricción de la vida emocional y reducción de los movimientos).
4.- Demencia (con severa alteración de las facultades mentales).
5.- Idiocia (con una deficiencia congénita de las facultades mentales).

Alemania

En la segunda mitad del siglo XIX, la psiquiatría alemana sería líder en la orientación organicista de la especialidad, en 1818, Heinroth utilizó por primera vez el término psicosomático, para referirse a un problema de insomnio, y cuatro años más tarde en 1822, Jacobi volvió a usarlo en relación con importantes problemas médicos como la úlcera péptica, la colitis ulcerosa y el asma, estableciendo las bases de la estrecha relación entre las emociones y los trastornos orgánicos.

Los organicistas basaban su posición en el hecho de que el alma era inmortal y que por lo tanto no podía enfermarse, mientras que los psicogenistas apoyaban sus argumentos en el hecho de que a pesar de los amplios estudios practicados, nunca se había podido demostrar ninguna alteración orgánica en enfermedades tan importantes como la esquizofrenia. Sin embargo los argumentos sostenidos por unos y otros eran totalmente especulativos e infructuosos.

Los tratamientos que seguían utilizándose eran la "silla revolvente" para lograr resultados terapéuticos basándose en náusea y dolor, el baño con cubetas de agua, llegándose a usar en el hospital de la caridad de Berlín hasta doscientos cubetazos en cada sesión.

En este sentido Griesinger enfatizó que los tratamientos tenían que ser humanos y no bárbaros, enfatizó que los antiguos tratamientos, como la flebotomía, los purgantes y los eméticos eran totalmente inútiles en el campo de la enfermedad mental, recomendando el uso del opio, la digital, el ácido prúsico y la datura.

Heinroth, consideraba que la enfermedad mental era una enfermedad del alma, debida a una "falta de libertad" , Dios castigaba al pecador privándolo de la libertad de acción, y que por lo tanto el enfermo era responsable de sus actos, señalando que la herencia no tenía que ver, ya que el individuo era provisto de una alma nueva.

Por el contrario Griesinger fue el iniciador de la psiquiatría clínica en este siglo, siendo su deseo alejar a Alemania del romanticismo que aún privaba en esa época. En su libro *Patología y terapia de los enfermos mentales* señaló una guía para la localización de la enfermedad mental a través de sus síntomas, ya que consideraba que no había ninguna duda de que el cerebro era el asiento de los trastornos mentales, a pesar de que reconocía, que hasta esa fecha no era posible descubrir un daño específico que explicara sus síntomas.

Señalaba que la manía originaba excitación y la melancolía, depresión y que todos estos síntomas eran importantes para el diagnóstico y tratamiento.

Entre las causas de los trastornos psiquiátricos, señalaba las psicológicas como las pasiones y los estados afectivos, y entre las físicas: la epilepsia, la apoplejía, traumatismos cerebrales y lesiones de los trayectos nerviosos.

EL SIGLO XX

Al principio del siglo XX, la situación de la psiquiatría no era muy halagadora, no obstante que los médicos estaban más capacitados para descubrir los cuadros clínicos y predecir el futuro de los pacientes.

Los grandes clínicos

Como se mencionó, al final del siglo XIX, Cabanis emitió la teoría de que con frecuencia los problemas somáticos estaban relacionados con los psicológicos por lo que se inician grandes escuelas diferentes, destacando la psicogenista y la organicista, con características diversas en los diferentes países, como iremos señalando.

Francia

Desde el punto de vista clínico los discípulos de Charcot, que murió a fines del siglo XIX, siguieron su escuela, aumentaron sus conocimientos y corrigieron sus errores, enriqueciendo notablemente los conceptos psiquiátricos.

Pero fue seguramente a mediados de siglo que los psiquiatras franceses, se cubrieron de honor, al iniciar el descubrimiento de los nuevos psicofármacos. Por primera vez en la historia de la psiquiatría, se contaba ya con un poderoso equipo terapéutico para resolver estos casos, en los cuales los enfermos sufren tanto y son tan incomprendidos, aún por los mismos familiares.

Este hecho tuvo un gran impacto, al lograr que esta especialidad, que por muchos siglos estuviera alejada de la medicina general, volviera al seno de la misma, en las mismas condiciones, y con los mismos adelantos de las otras áreas médicas.

Austria-Hungria

De 1867 a 1918, el estado compuesto por Austria y Hungría, fue gobernado por los Habsburgo. En ella nació Sigmund Freud, uno de los más grandes pilares de la psiquiatría moderna y creador del psicoanálisis.

El psicoanálisis ha sido considerado como un proceso de exploración en la continuidad del trabajo de la mente durante cada día y de acuerdo con el doctor Wallerstein: "de manera ideal este proceso debe seguirse por siete días a la semana por una hora diaria, convirtiéndose después en una hora de cincuenta minutos, que permite tiempo a los analistas, entre uno y otro paciente para ordenar sus pensamientos, hacer las anotaciones adecuadas y prepararse para el siguiente caso".

Más adelante expone "este tipo de tratamiento se considera el de elección para la franja semiestrecha de pacientes que llegan a la valoración

psiquiátrica y que están enfermos lo suficiente para necesitarlo y lo conveniente para tolerarlo". Es importante tomar en consideración el costo muy elevado del tratamiento, que lo limita a un número muy reducido de personas.

La psicoterapia psicodinámica de bases psicoanalíticas, tiene un campo más amplio de enfermos para atender y aunque se efectúa con menos frecuencia en tiempo, sigue siendo de todas formas muy costosa para la mayoría de la población. Posteriormente a Freud, muchos médicos han tendido a abreviar los tratamientos utilizando lo que se ha llamado terapia breve, que se efectúa una vez por semana durante diez o quince sesiones, y suele ser suficiente en muchos casos.

Bélgica

Como ya quedo mencionado, el psiquiatra belga Morel, utilizó por primera vez el término demencia precoz, en el caso de un muchacho de 14 años "que hasta entonces había sido el primero de su clase, sin esforzarse mucho y casi sin estudiar, al enfermar predio la alegría y se volvió serio y taciturno, con tendencia a la soledad..., olvidó todo lo que había aprendido y sus brillantes dotes intelectuales entraron en un periodo de estacionamiento muy penoso. Una especie de inactividad que lindaba con la estupidez reemplazó a toda su actividad previa".

Alemania

Hecker utiliza el término hebefrenia, para referirse a los síntomas de un cuadro. Kahlbaum describe la catatonia o "locura de tensión" como un estado en el cual "el paciente se sienta calladamente, o mudo por completo, inmóvil, sin que nada le haga cambiar de posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin ninguna volición aparente, sin reacción ante los estímulos sensoriales, y algunas veces con flexibilidad cerea igual a la catalepsia".

La personalidad más destacada de Alemania, en el campo psiquiátrico, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, fue sin lugar a dudas la de Emil Kraepelin, quien ejerció una influencia decisiva en el desarrollo futuro de la psiquiatría escribiendo su libro "compendio de psiquiatría" y, hasta que en 1899 se transformó en el texto clásico de la especialidad, encabezando el futuro y muy importante grupo alemán de la psiquiatría organicista.

Estableció que los trastornos mentales podían ser debidos a factores externos, como las intoxicaciones, el delirio febril, trastornos metabólicos y el consumo excesivo de alcohol, o a factores internos que dividió en generales como la edad, el sexo, la ocupación, etc. y factores internos integrados por elementos hereditarios.

Consideró que las psicosis podían ser exógenas o endógenas. Entre las endógenas consideró la esquizofrenia, todavía llamada por él demencia precoz, y a la que dividió en tres grupos: la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, en la cual incluía un gran número de cuadros mentales en los que predominaba la presencia de ideas delirantes. Otro padecimiento descrito por él fue la psicosis maniaco-depresiva, en la que reunió los antiguos cuadros melancólicos y los estados de excitación maníaca, que en su tiempo eran consideradas como entidades diferentes.

Al establecer la diferencia entre este padecimiento y la demencia precoz, señaló que este último era totalmente incurable, criterio que afectó durante muchos años el concepto sobre la evolución del cuadro.

Suiza

En 1911, Bleuler, distinguido médico suizo, acuña al término esquizofrenia (mente fragmentada) para referirse a la demencia precoz. Divide el cuadro en cuatro formas: la hebefrénica, la catatónica, la paranoide y la simple.

Inglaterra

En Inglaterra destaca el doctor Henry Maudsley, que organiza totalmente los servicios de psiquiatría, y en la actualidad, el centro más famosos de entrenamiento en la materia lleva su nombre. Charles Darwin, con sus libros El origen de las especies y Las emociones en el hombre y animal, produce una gran conmoción en el mundo científico de la época, que la postre aporta un gran conocimiento en el origen y desarrollo de la vida en nuestro planeta.

Rusia

En Rusia Korsakov, describe el cuadro que lleva su nombre y Pavlov inicia sus estudios de lo que actualmente llamamos estímulos, y extrapolando las respuestas a la conducta del ser humano. Sus estudios sobre los reflejos condicionados, reciben el Premio Novel en 1904.

Italia

En Italia destaca la figura de Lombroso quien describe "El hombre delincuente" sentando los principios de la antropología criminal. En él indica la necesidad de un buen estudio biológico y psicológico de los criminales, haciendo énfasis en la importancia de la prevención, la educación y la rehabilitación.

Estados Unidos

En 1909, Adolf Meyer, distinguido representante de la psiquiatría norteamericana, visualiza un programa bastante completo de salud comunitaria, en el cual las principales instituciones de servicio social deberían unificarse en todo distrito donde hubiera un hospital psiquiátrico, tratando de lograr una unidad integral de prevención y atención para los trastornos mentales, con el psiquiatra del hospital, trabajando en estrecho contacto con los profesores, policías, trabajadores y médicos generales de la comunidad.

Aproximadamente durante los mismos años, Cliffton W. Beers, publica su libro *A mind that Found Itself*, (relatando sus experiencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos) que inspiró en la sociedad un sentimiento de ayuda a los débiles y a los que sufren, especialmente en el área de la enfermedad mental. Fue así como nació el movimiento de higiene mental que identificó sus principios básicos con los de salud pública, tanto en la prevención como en el tratamiento, con una detección temprana y control oportuno de los problemas psiquiátricos por medio de la investigación y la legislación adecuada, que abarcara todos los servicios de la comunidad y la educación pública.

En este siglo la forma de visualizar la enfermedad mental, aunque no en su totalidad, ha evolucionado y los tipos de tratamientos son variados e interactuan entre sí en algunos casos.

LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN MEXICO

De la Colonia a la actualidad.

El hospital "San Hipólito"

En el siglo XVI, recién consumada la conquista de México y cuando apenas estaba surgiendo la nueva raza, resultado de la amalgama de indio y español, cupo el honor a nuestro país de ser el primero de América, y uno de los primeros del mundo, en que se fundara un establecimiento para alojar enfermos mentales.

Adelantándose muchos años a su tiempo, Bernardino Alvarez, andaluz originario de Utrera, audaz en sus pretensiones y genial en sus realizaciones, una vez sedimentado el espíritu aventurero que lo había llevado a dedicarse al comercio en Perú, regresa a la Nueve España y se siente llamado a atender a sus semejantes, dejando fortuna y posición para dedicarse algunos años a cuidar enfermos en el hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy hospital de Jesús Nazareno.

Poco tiempo después, el 2 de Noviembre de 1566, funda el hospital de San Hipólito, en sus terrenos cercanos a la ermita del mismo nombre, en donde recibe y atiende a enfermos, ancianos y enajenados mentales.

La obra pía de cuidar al enfermo mental no solamente fue ejercida por los hermanos de la caridad a quienes se conocía con el nombre de Hipólitos; en 1602 se autoriza la presencia de los hermanos de San Juan de Dios, los Juaninos de la Nueva España.

Así los alienados pudieron recibir atención, siquiera alimentaria en los hospitales de San Juan de Dios de México, Durango, San Luis Potosí, San Juan del Río, Pátzcuaro, Aguascalientes, Parral, Pachuca, Tehuacán e Izúcar; en los de la Purísima Concepción de Colima, Orizaba y Celaya; en los de Nuestra Señora de Guadalupe en Toluca; en los de San Bernardo en Puebla; en los de Nuestra Señora de los Desamparados en Texcoco; en los de Nuestra Señora de la Caridad en San Cristóbal las Casas, y en los de Santa Catarina Mártir en Oaxaca. Todos estos hospitales fueron fundados entre 1604 y 1748 y cubrían todo el territorio de la Nueva España.

El Hospital de la Canoa

Poco más de un siglo tuvo que transcurrir antes de que José Sáyago, pobre carpintero que apenas ganaba lo suficiente para subsistir, resuelve, junto con su esposa, con gran espíritu caritativo digno de ser emulado, a alojar en su propio hogar a algunas enfermas mentales que, abandonadas por sus familiares y por la sociedad, deambulaban por las calles en busca de un mendrugo de pan para comer y de un rincón en algún portal para dormir.

Enterado D. Francisco de Aguilar y Seijas, a la sazón arzobispo de México, de la humanitaria obra de Sáyago, decide ayudarlo y lo instala provisionalmente en una vieja casona frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo, en el año de 1690. El pequeño manicomio alojaba a 60 mujeres dementes, y permanecen allí hasta que la Congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de la canoa, con el objeto de construir un hospital para enfermos mentales en el año de 1700.

Evidentemente la actitud de los médicos ante la patología mental tiende a ser objetiva; objetiva, claro está, de acuerdo con los lineamientos de la época.

Las revistas médicas comienzan a aparecer en México en 1772 con el "Mercurio Volante".

En 1860 se establecen en Guadalajara dos hospitales psiquiátricos, uno para hombres y otro para mujeres, y en el mismo año se funda en Monterrey el Hospital Civil, dentro del cual se organiza un departamento para enfermos mentales atendido por hermanas Josefinas.

El Manicomio General de la Castañeda

Con el nacimiento del siglo XX, y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, el gobierno del general Porfirio Díaz inaugura, el 1° de Septiembre de 1910 (334 años después de la fundación del hospital de San Hipólito y 210 del hospital de la Canoa), el Manicomio Ganeral que, por haber sido construido en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda, se conoció con este nombre.

El Primer Hospital Granja

El Manicomio de la Castañeda va resultando anacrónico e insuficiente; los conceptos de asistencia psiquiátrica se han ido modificando y en el año de 1944, se funda la Granja de Recuperación Para Enfermos Mentales de León, Guanajuato.

El concepto de hospital granja viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos; rejas, candados y control coercitivo son abandonados, el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas y en él, el enfermo mental encuentra una remotivación para su vida en el propio ambiente. Se da especial importancia a la terapia ocupacional, mediante la cual el paciente se adapta a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo, a la responsabilidad personal y a la convivencia pacífica. La terapia recreativa también es especialmente estimulada, de tal forma que dentro de la comunidad el enfermo trabaja, produce, consume, se divierte, descansa y, al mismo tiempo, recibe todos los beneficios de la terapéutica psiquiátrica.

El éxito alcanzado por este hospital granja, hizo que en el lapso comprendido entre 1960 a 1964 la Secretaría de Salubridad y Asistencia diera especial importancia a este tipo de construcciones; así vemos aparecer, en orden cronológico, los siguientes establecimientos:

1. Hospital Granja Bernardino Alvarez, Tlalpan, D.F. (1960).
2. Hospital Granja La Salud, Zoquiapan, Estado de México (1961).
3. Hospital Granja para Enfermos Mentales, Villahermosa, Tabasco (1962).
4. Hospital Campestre José Sáyago, Tepexpan, Estado de México (1962).
5. Hospital Granja Cruz del Sur, Oaxaca, Oaxaca (1963).
6. Hospital Granja Cruz del Norte, Hermosillo Sonora (1964).

Al mismo tiempo, los gobiernos de los estados estimulados por los brillantes resultados obtenidos con este tipo de hospitales, crean instituciones de tipo similar (Hospital Granja de Guadalajara, de Morelia, etc.).

La Operación Castañeda

En los primeros meses de 1965, el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, Presidente de la República, considerando las características obsoletas de las instalaciones con que contaban el Manicomio General de la Castañeda, dio instrucciones al Doctor Rafael Moreno Valle, secretario de Salubridad y Asistencia, de suprimirlo definitivamente para sustituirlo por instalaciones modernas que

estuvieran de acuerdo con la evolución que la psiquiatría había sufrido en los últimos años.

Los estudios, análisis y proyectos tendentes a determinar el proceso de construcción y organización de los nuevos servicios, fueron encomendados a la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, debidamente asesorada por un grupo de especialistas en diversas ramas de la medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social y salud pública.

Después de un cuidadoso estudio, la alternativa elegida por la superioridad, que fue la que se construyó, abarcó los siguientes edificios:

1. Un hospital de 630 camas para enfermos mentales agudos (Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en México D.F.).
2. Un hospital pediátrico de 200 camas para rehabilitación psiconeurológica (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en México D.F.).
3. Tres hospitales campestres de 520 camas cada uno (Hospital "Dr. Rafael Serrano", ubicado en el Batán, Puebla; Hospital "Dr. Samuel Ramírez Moreno", en Tláhuac, D.F. y el Hospital "Dr. Adolfo M. Nieto").
4. Un hospital hogar de 632 camas para enfermos de difícil recuperación (Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", en Tizayuca, Hidalgo).

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

Aquí, se hace una explicación más detallada de este hospital, debido a que fue en esta institución en donde se realizó la presente investigación.

Este hospital cuenta con cupo para 630 enfermos y con un moderno edificio de tipo vertical de 10 pisos de altura (aquí se da el servicio de hospitalización continua); fue planeado para que constituyera el corazón del sistema. Estos están distribuidos de la siguiente manera:

Sotano: Aquí se encuentra el comedor de los trabajadores de la institución y el almacén.

Planta Baja: Este piso es el destinado a las oficinas generales, las cajas de pago, el cubículo para chequeo de tarjetas de asistencia del personal, una tienda, una cafetería, un amplio jardín (con dos canchas de basket ball y una de fut ball y una explanada de usos múltiples), el auditorio del hospital (que es utilizado para congresos, reuniones, jornadas, juntas del personal, sesiones clínicas, etc.), el archivo clínico y a partir de Enero de 1997 se incorpora a este piso el servicio de rehabilitación que es el lugar en donde los pacientes toman

su terapia ocupacional o talleres y estos son de trabajos manuales, pintura, macrame, tejido y bordados, pirograbado, carpintería y taquimecanografía (este último es utilizado solo por pacientes de Hospital Parcial); además cuenta con un servicio de estética que esta ubicado dentro del área de rehabilitación, esta da servicio solo a pacientes.

El servicio de rehabilitación funciona en dos modalidades que son de Lunes a Viernes y Fin de Semana, que en realidad son un continuo para no perder el trabajo que se hace entre semana con los pacientes. Dentro de este servicio existen nueve programas que son:

-Actividades Propias de la Vida Humana (A.P.V.H.).
-Actividades Ocupacionales Vespertinas
-Actividades Deportivas y Sociorecreativas
-Deportes
-Eventos especiales (Sirven para fomentar la unión de los pacientes, el personal y la familia, y estos son realizados una vez al mes).
-Fisioterapia.
-Activación de fin de semana (pantomima, dramatización, lecturas dirigidas, dibujo, pintura, actividades deportivas en jardín, juegos de mesa, etc.).
-Salidas Extrahospitalarias (museos, bosques o zoológicos).

Distribución de servicios por piso:

Primer Piso: Es el piso destinado a las especialidades como son la oftalmología, neurología, dental y ginecología. Además esta el área de diagnóstico que se utiliza para Rayos X, mapeo cerebral y electroencefalograma. Cuenta también con la farmacia.

Segundo Piso: Es un piso destinado a los pacientes que son derechohabientes del ISSSTE, PEMEX y SSA. Cuenta con dos alas de 48 pacientes cada una, siendo una de mujeres y otra de hombres.

Tercer Piso: En este piso solo funciona un ala y es una sección para pacientes mujeres cuya capacidad es de 48 pacientes.

Cuarto Piso: Existe también solo una sección, pero la de este piso es para hombres con cupo para 48 pacientes. En este piso se encuentra también la Unidad Médico-Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (U.M.Q.A.I.P.), cuya diferencia con las otras salas de hospitalización es de que esta cuenta con médicos generales, internistas, cirujanos y psiquíatras; esto es por que se manejan pacientes los cuales además de padecer la enfermedad mental tienen otra(s) enfermedades; este servicio cuenta con 24 camas, dos consultorios, una

sala de estar, una sala de juegos, una central para médicos, un cubículo de trabajo social y otro de estudios y tratamientos especiales.
Quinto Piso: Durante la investigación, este piso alojaba a los pacientes del segundo piso ya que este se encontraba en reparación.
Sexto Piso: En este piso se encuentra el servicio de Psicogeriatría que alberga a 20 pacientes de la tercera edad (mayores de 55 años). En el ala opuesta se encuentra el laboratorio.
Séptimo Piso: Cuenta con dos alas con capacidad de 48 pacientes cada una, siendo una para hombres y otra para mujeres.
Octavo Piso: Es el piso destinado para Enseñanza, Investigación y Capacitación; cuenta con una biblioteca, así como la oficina y la estancia de médicos residentes (A.M.E.R.E.P.B.A.).

Cabe mencionar que los pisos de hospitalización cuentan con una estancia entre las dos alas (sala de espera), un cubículo de Trabajo Social, una oficina para el Jefe de Piso, una cámara de Gessell (en ocasiones es utilizada como consultorio de Psicología), un cubículo para personal administrativo, un aula con capacidad para 85 personas, la cocina y cuatro elevadores. En el interior de las salas de internamiento hay 48 camas, 4 consultorios, 1 sala de curación, la estación de enfermería y la estancia (que es utilizada como comedor o sala de descanso). En cada piso se encuentran marcadas las áreas de seguridad para casos de sismo.

Los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospital Parcial se encuentran en un edificio anexo al edificio principal. Consulta Externa consta de 18 consultorios de los cuales 16 son para servicio de Psiquiatría y 2 para Psicología y un cubículo para Trabajo Social; en este servicio se atiende a aquellos pacientes que ya fueron dados de alta en hospitalización continua o a aquellos que no requieren ser hospitalizados. Hospital Parcial es un moderno servicio que se presta en esta institución, los pacientes que se atienden aquí son ambulatorios, los cuales son provenientes de los servicios de hospitalización continua o de consulta externa; en este servicio se trata de integrar al paciente en el área laboral, familiar y social, utilizando los recursos con los que cuenta y haciéndole consciencia de enfermedad para que aprenda a conocer sus limitaciones; se cuenta con dos modalidades de atención: a) Hospital de Día, es de lunes a viernes o dos días a la semana según sea el caso. b) Hospital de Fin de semana, es sábado o domingo, según sea el caso. Existen niveles de tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente:
Nivel 1: El objetivo de éste nivel es la recepción, sensibilización, control e inducción. Se les ayuda a identificar al paciente y al familiar su problemática. La duración es de 2 meses.

Nivel 2: Se trata de comprometer tanto al paciente como al familiar para que se motiven deseos de cambio. Alentarlos a que dejen de ser dependientes, y haciéndoles conscientes de su enfermedad tanto al paciente como al familiar. Es importante mantener asintomático al paciente. La duración de este nivel es de 3 meses.
Nivel 3: Se trata de que el paciente ya identificando su problemática empiece a buscar y dar soluciones. Se trabaja la separación de la institución fomentando responsabilidad e independencia. La duración es de 3 meses.
Nivel 4: Este nivel fue creado para los pacientes que tienen deseos de continuar su proceso rehabilitatorio, para enfrentar de la mejor manera la problemática social y familiar a la que se enfrenta al momento de su reincerción. La duración es de 5 meses y medio.
Nivel 5: En este nivel se plantea de manera concreta la separación de la institución, y se le ofrece un vínculo con características tales que le permitan independencia y al mismo tiempo la seguridad de que cuenta con alguien que está dispuesto a ayudarlo. Este nivel dura 5 meses y medio.

La familia en este servicio juega un papel muy importante ya que es el eslabón entre el hospital y la calle. Finalmente, el servicio de Urgencias, se encuentra en la parte posterior de este edificio, el cual tiene una entrada exclusiva, aquí se da servicio a todos aquellos pacientes que requieren una atención inmediata, este servicio cuenta con ocho consultorios de los cuales uno es del médico adscrito, 6 de consulta y uno más que es el que se utiliza para destinar pacientes. Anexo a Urgencias, se encuentra el área de Observación que es un lugar por donde deben pasar todos los pacientes que se hospitalizan, este cuenta con 12 camas que son utilizadas por los pacientes que llegan a Urgencias y que son canalizados al Hospitalización Continua.

La Inclusión de la Familia al Tratamiento del Enfermo Mental en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

Como se ha observado, a lo largo de la historia de la psiquiatría, el desarrollo de los neurolépticos a partir de 1950, va a hacer que la enfermedad mental pueda ser tratada, sea con hospitalización, o sea sin ella. El personal psiquiátrico, va a tener menos miedo al contacto con el enfermo, y se sentirá menos obligado a estar a la defensiva.

En cuanto al adelanto en los campos de las ciencias humanas, hay que mencionar el desarrollo del método de las pruebas en Psicología. La Psiquiatría o Psicología Institucional surge en relación casi directa con los campos de concentración. Se hace hincapié en la importancia del trabajo para el enfermo, y se enseña los efectos de la institucionalización sobre los diferentes miembros que viven en una institución.

En este contexto, surge la comunidad terapéutica de Maxwell Jones en Gran Bretaña, a finales de la segunda guerra mundial. El pragmatismo Inglés, así como un sistema social liberal, permitieron el desarrollo de la psiquiatría social, de la Anti-psiquiatría, y de la comunidad terapéutica, como primera aplicación de la psiquiatría social.

Las formas de tratamiento al enfermo mental habían tenido como característica brindar tratamiento al paciente psiquiátrico sin involucrar a la familia de este, como cooparticipante en la evolución de los diversos padecimientos psiquiátricos; es hasta mediados de este siglo cuando la intervención de la familia evoluciona el tratamiento de los problemas mentales, convirtiéndose así en una línea terapéutica importante, ya que el paciente es desde luego, el efecto de circunstancias, de casualidades, de las vicisitudes, de la existencia, de sus accidentes e incidentes, pero su origen como su lugar natural, es la familia.

Nuestro país no ha sido ajeno a la evolución de los tratamientos y por medio del Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez" se suma a hacer del familiar un apoyo para que el paciente psiquiátrico remita su sintomatología; creando diversos espacios, donde se promueve la participación directa y activa de la familia en el tratamiento; propiciando así una alianza terapéutica con la institución para el beneficio del enfermo.

Dentro de dichos espacios, podemos encontrar experiencias recientes tales como: en el quinto piso de hospitalización continua se trabajó un modelo de atención que retomaba planteamientos de la comunidad terapéutica, y en un tiempo trabajaron también grupos de autoayuda con familiares (Trejo C. 1989; Fuentes J. 1989).

Desde hace aproximadamente ocho años, se inician en el área de consulta externa, tres niveles de atención a los familiares de pacientes, el primero de ellos es el "grupo de orientación", en el que se imparten pláticas básicas de información sobre la enfermedad mental y el tipo adecuado para el paciente (este se realiza también en el área de hospitalización continua).

El segundo nivel de atención se denomina "grupo de reflexión", donde se trabajan aspectos emocionales relacionados con el paciente y su familia.

En el tercer nivel de atención, se siguen trabajando los aspectos emocionales con los que se inicio en el segundo nivel de atención, tomando en cuenta además la dependencia-independencia que guarda el familiar con la institución; este nivel recibe el nombre de "grupo de autoayuda".

Dentro de las dinámicas de inclusión del familiar al tratamiento del paciente, se encuentran en el área de hospitalización continua, dos modalidades de visita: "visita tradicional", que se realiza mediante un encuentro familiar-paciente en el jardín del hospital; esta se realiza por las tardes, dos horas diarias, previo a la autorización del médico tratante. La otra modalidad es la llamada "Visita de Puertas Abiertas", cuya descripción se presenta a continuación.

Visita de Puertas Abiertas

En abril de 1989, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", se decide que los familiares pudieran entrar a visitar a sus pacientes en el área de hospitalización, actividad que se denomina "Visita de Puertas Abiertas" (programa evaluado en esta investigación). Esta tuvo como objetivo inicial el promover la participación de la familia en el tratamiento y disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital, las que surgían del concepto popular de un modelo de atención manicomial, donde el paciente debía ser sujeto a tratamiento por la demanda de la sociedad. A partir de la experiencia en el trabajo de este programa se han ido sumando otros objetivos tales como:

a) Establecer una alianza terapéutica institución-familia-paciente.
b) Que los familiares participen en una experiencia vivencial.
c) Motivar la participación activa del paciente con su propio proceso terapéutico.
d) Permitir la confrontación interpersonal directa de los familiares, que influya en la concientización del efecto que la conducta propia tiene sobre los pacientes.
e) Desmitificar todo aquello que se viene diciendo de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento.
f) Reducir los niveles de ansiedad en los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

Esta visita inicialmente se insertó en el programa de orientación a familiares de hospitalización continua, actualmente es única e independiente, se realiza una vez por semana; tiene lugar después de la sesión del Programa de "Orientación a Familiares".

Antes de entrar a las secciones de hombres o mujeres, el Psicólogo aborda el tema de la visita, alentando al grupo de familiares a expresar sus opiniones, expectativas, fantasías y temores, para anticiparlos a la situación a la que se van a enfrentar. Es importante mencionar que se trata de un grupo abierto, por lo que hay familiares que se incorporan al grupo por primera vez, mientras que otros familiares ya han realizado esta visita. Generalmente los familiares que han tenido la experiencia auxilian a los de primera vez en lo que a temores, prejuicios y expectativas se refiere.

Las puertas de las secciones de hospitalización son abiertas y permanecen así durante la visita de los familiares; esta tiene una duración aproximada de 30 minutos, no hay vigilancia especial ni restricciones, y el familiar con su paciente tienen la libertad de escoger el lugar para interactuar, pudiendo ser el dormitorio, el comedor, el pasillo, la estancia, etc.

Después de la visita, el grupo de familiares se reúne nuevamente para reflexionar sobre la visita y trabajar las vivencias que ocurrieron. Al final se obtienen las conclusiones del trabajo del día, dando cierre a la sesión grupal.

Un punto especialmente decisivo que se tiene que abordar ahora es el de que la terapia institucional no podría ser, en todo y por todo una terapia "a puertas cerradas" y no cuentan mayormente en ello unos cuantos permisos, algunas salidas de mediana y larga duración y la cura extrahospitalaria posterior.

Por lo anterior es importante el surgimiento de técnicas de relación familiar, donde sea copartícipe la familia con el paciente dentro de su tratamiento en la institución. Ante esta sentencia nace en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de México D.F. El programa de "Visita de Puertas Abiertas", el cual al inicio de esta investigación se creyó basado en técnicas familiares utilizadas en hospitales psiquiátricos de otros países, sin embargo tras un rastreo de información de programas institucionales se encontraron escasas evidencias de posibles antecedentes de este programa, que al ser comentado con la creadora del mismo, la Psicóloga Martha Rosas L., Adscrita al servicio de investigación de esta institución, indica que el origen del programa esta basado en las experiencias vivenciales del llamado grupo de "Orientación a Familiares", donde surgen diversas inquietudes relacionadas con las fantasías y los mitos de parte de los familiares, y es así como la Psicóloga

Rosas se acerca a estudios de "Comunidad Terapéutica" para así crear el programa de "Visita de Puertas Abiertas".

La comunidad terapéutica es una aplicación de la psiquiatría social o de las teorías sociales en psiquiatría. Esas teorías enfatizan el papel que juegan los factores sociales en la formación del individuo, así como en la estructuración de la enfermedad física o mental, pero, no subestiman los factores físicos, químicos y de psicoterapia individual y de grupo, con el uso óptimo del ambiente social o del medio ambiente.

Aunque se cree que es un programa único, al realizar el rastreo de información, se detectaron datos de técnicas semejantes en otros países tales como Inglaterra, donde en los años 50's, L. Clarke y D. Croosley, nos informan que un grupo de médicos superintendentes entusiastas, preocupados por el bienestar y la dignidad de los pacientes, abrieron las puertas de los hospitales mentales, a pesar de la oposición de las enfermeras psiquiátricas, quienes temían que el sistema abierto pudiese hacer su trabajo obsoleto, y estaban renuentes a hablar acerca de los cambios terapéuticos para los pacientes. (Clarke, Liam 1993); (Crammer, J.L. 1994).

Anteriormente la participación de la familia en el tratamiento del paciente durante su hospitalización era nula, lo cual generaba fantasías acerca del trato y tratamiento que pudiera recibir el enfermo; en la actualidad, este tipo de programas en los que se involucra a la familia en el tratamiento, puede ayudar a disminuir el fantaseo que se presenta en los familiares en relación con el paciente, su enfermedad y con el Hospital Psiquiátrico, de esta manera, se establece confianza de él con la institución, creándose una actitud más activa y positiva para la adecuada recuperación del enfermo, reduciendo así las posibilidades de que el paciente sufra probables recaídas.

Como se puede observar, el apoyo de la familia mediante las visitas y la asistencia a las platicas de orientación, es muy importante para la recuperación del paciente psiquiátrico, sin embargo esto debe ser complementado con diferentes tratamientos, tales como:

Tratamientos Biológicos

Estos son los que tratan de corregir alguna falla bioquímica, o una infección, mediante el uso de agentes que originan cambios en la estructura biológica de los enfermos.

Este tipo de tratamientos que hasta fines del siglo XIX no habían demostrado, en el campo de la salud mental, los grandes éxitos que ya habían tenido en la medicina y en la cirugía, se iniciaron a principios del siglo XX con

la malarioterapia, posteriormente se aplica la electropirexia, el tratamiento de choque con insulina, el tratamiento electroconvulsivo, y ya en 1936 la lobotomía prefrontal.

Tratamiento Farmacológico

El uso de medicamentos para poder ayudar a resolver los problemas de las enfermedades mentales como hemos indicado se remontan a muchos años. Recordando que en la medicina tradicional se utilizó el mítico eléboro y los extractos de rawolfia (remedio antiguo de la India), y además de sedantes vegetales como el opio, los hipnóticos de síntesis y los barbitúricos.

Tratamiento con Psicotrópicos

Jean Delay propuso usar el término de psicotrópicos para las "substancias químicas, de origen natural o artificial, que eran susceptibles de modificar la enfermedad mental, sin prejuzgar el tipo de modificación".

Neurolépticos

Dentro de los neurolépticos utilizados, se comienza a usar la cloropromazina, la reserpina, y el haloperidol. Los neurolépticos se utilizan para el tratamiento de la psicosis.

Antidepresivos

Estos son utilizados para el tratamiento de los trastornos afectivos; los más usados son los tricíclicos, los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), en los últimos años han surgido nuevos antidepresivos, tales como la maprotilina (Ludiomil) y la mianserina (Tolvon), así como la fluoxetina (Proxac 20), la paroxetina (Paxil) y la sertralina (Altruline). Su efectividad es muy grande y están prácticamente desprovistos de efectos secundarios.

Litio

Es utilizado para evitar recaídas en la psicosis maniaco-depresiva con un efecto preventivo muy importante.

Tranquilizantes

Estos son utilizados para corregir la ansiedad o la tensión. En 1957 se sintetiza el primero de los derivados de la benzodiazepina, el clorodiacepóxido (Librium), le siguen después el diazepan (Valium), el oxazepan (Bonare), el clorocepato (Belserene), el lorazepan (Ativan), el fluorazepan (Dalmadorm), y otros más.

Tratamientos Psicológicos

Dentro de este grupo, debemos incluir el psicoanálisis, la psicoterapia breve, la relación médico-paciente, el estudio del paciente, el control emocional del paciente y el mensaje terapéutico; en cada uno de estos, es importante la explicación de su enfermedad, la indicación del tratamiento y la transferencia de seguridad.

En las instituciones como ya se menciono se ha incluido la participación familiar para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

CAPITULO 2

EL MITO Y LA FANTASIA COMO PRODUCTORES O DEFENSAS CONTRA LA ANSIEDAD

CAPITULO 2

EL MITO Y LA FANTASIA COMO PRODUCTORES O DEFENSAS CONTRA LA ANSIEDAD

Sería difícil encontrar una definición de mito, que fuera aceptada por todos los eruditos y que al mismo tiempo fuera accesible a los no especialistas. Por lo demás, ¿acaso es posible encontrar una definición única capaz de abarcar todos los tipos y funciones de los mitos en todas las sociedades, arcaicas y tradicionales?. El mito es una realidad cultural extremadamente compleja, que puede abordarse e interpretarse desde perspectivas múltiples y complementarias.

Personalmente (Mircea Eliade, 1978), la definición que me parece menos imperfecta, por ser la más amplia, es la siguiente: el mito cuenta una historia sagrada: relata un acontecimiento que ha tenido lugar en el tiempo primordial, el tiempo fabuloso de los "comienzos". Dicho de otro modo: el mito cuenta cómo, gracias a las azañas de los seres sobrenaturales, una realidad ha venido a la existencia, sea está la realidad total, el cosmos o solamente un fragmento: una isla, una especie vegetal, un comportamiento humano, una institución. Es, pues, siempre el relato de una "creación": se narra cómo algo ha sido producido, ha comenzado a ser. El mito no habla de lo que ha sucedido realmente, de lo que se ha manifestado plenamente. Los personajes de los mitos son seres sobrenaturales. Se les conoce sobre todo por lo que han hecho en el tiempo prestigioso de los "comienzos".

Los mitos revelan, la actividad creadora y develan la sacralidad (o simplemente la "sobre-naturalidad") de sus obras. En suma, los mitos describen las diversas y a veces dramáticas, irrupciones de lo sagrado o de los sobrenatural en el mundo. Es esta irrupción de lo sagrado lo que fundamenta realmente, el mundo y lo que hace tal como es hoy día. Más aún: el hombre es lo que es hoy. Un ser mortal, sexuado y cultural, a consecuencia de las intervenciones de los seres sobrenaturales. (Mircea Eliade "Mito y Realidad", España 1978).

El mito se considera como una historia sagrada y, por tanto, una "historia verdadera", puesto que se refiere siempre a realidades. El mito cosmogónico es "verdadero" por que la existencia del mundo esta ahí para probarla; el mito del origen de la muerte es igualmente "verdadero", puesto que la mortalidad del hombre lo prueba, y así sucesivamente.

Por el mismo hecho de relatar el mito las gestas de los seres sobrenaturales y de la manifestación de sus poderes sagrados, se convierte en el

modelo ejemplar de todas las actividades humanas significativas. No hay ninguna definición del mito, ninguna forma platónica de un mito que se ajuste a todos los casos reales. Los mitos difieren enormemente desde su morfología y en su función social.

La etimología es un punto de partida tradicional aunque sin utilidad en este caso; por que los *mythos griegos* significan precisamente una narración, o algo que alguien expresó, en una gran extensión de sentidos: un relato, una historia, el argumento de una obra teatral. Northrop Frye, afirma, que un mito es una historia en que algunos de los principales personajes son dioses -y eso con el propósito de definir la cualidad esencial del mito- E. W. Count opina que: "sólo en un punto han coincidido los eruditos: los mitos son una forma de literatura... sobre dioses o semidioses" Count mismo, debe tenerse en cuenta, no comparte ese parecer.

Es una virtud de los eruditos clásicos la de que no son tan propensos a hacer esta clase de generalizaciones, al menos en su forma más simple. Sin duda por que los héroes, que juegan tan gran papel en los mitos griegos, no son, obviamente, dioses.

Mucha gente inteligente estima que el mito no es una cuestión propia del saber y la razón, sino más bien de lo poético, lo simbólico y lo hermoso. En la realidad, por supuesto, los mitos a menudo no pertenecen a ninguna de estas esferas, pues muchos de ellos son prosaicos, utilitarios y desagradables.

El mensaje transmitido por un mito es el producto de los elementos de su contenido evidente y de las relaciones entre ellos: no meramente una estructura, sino una estructura de materiales especiales, y precisamente una estructura en parte determinada por éstos.

El mito es un tipo o estilo de pensamiento, el cual varía de acuerdo a cada civilización, cultura, época y lugar.

La idea de Zimmer es que el mito sirve como medio de expresión del pensamiento de los estratos subyacentes de un pueblo. El mito proviene de los estratos profundos de la psique y expresa en sus formas no literales las figuras y acciones simbólicas de lo inconsciente.

Pasaron muchos años desde que Homero fijara en su *Odisea* el equivalente de mito, término que en griego chipriota significaba palabra o verbo. Para él decir mito, fue decir "verdad indiscutible". En los últimos años mito se traduce como algo falto de base científica real: "sólo imaginación".

A veces la historia viene acompañada de una explicación dramatizada, llamada ritual, drama en el cual actúa el oyente. Así, mitos y ritos siguen acompañando paso a paso la historia humana.

¿Qué mueve a los seres humanos a crear y creer mitos, a su aceptación total indiscutible?. El antropólogo Bronislau Kaspar Malinowsky, sostuvo que el mito no es sólo un cuento más que se relata, sino una realidad que se vive. No es una de las invenciones que se leen en novelas, sino una realidad viva, acompañada del creer; algo que ocurrió en tiempos pretéritos y ejerce influencia sobre la cultura humana y sobre el destino del género humano. El conocimiento (del mito) proporciona a las personas bases para su comportamiento religioso y moral y caminos para realizar estas tendencias.

El mito no sólo fue el hilo conductor en la vida de pueblos en el estrato llamado prelógico o precientífico. El mito surge también para explicar fenómenos incomprendibles. Las explicaciones etiológicas, es decir, historias que intentan proveer de un por qué, un cómo y un desde cuándo a los fenómenos, realidades históricas, culturales, geográficas y costumbres que se encuentran en todas las mitologías.

Cada generación, cada grupo y cada centro geográfico crea sus mitos. La primera historia tuvo miles de caras, más la fuente común se vislumbra a través de las diferencias. No fuente común en el sentido de conocimiento de la fuente y contacto entre pueblos, sino fuente común por el hecho de emanar de comunes necesidades de vida, estructuras psíquicas, existencia de niños, relación con la familia, la búsqueda de su ser y de la comprensión del otro, recuerdos nebulosos de generaciones anteriores, búsqueda de la luz o incursión en el mundo de las tinieblas.

Tres son los principales desarrollos de la cuestión que ha conocido el estudio de los mitos hoy día. El primero fue la verificación de que los mitos de las sociedades primitivas son de la máxima importancia para la consideración global del asunto, verificación que se asocia especialmente a los nombres de Tylor, Frazer y Durkheim. El segundo de ellos fue el descubrimiento del inconsciente por parte de Freud y su relación con los mitos y sueños. El tercero es la teoría estructural del mito propuesta por el gran antropólogo francés Claude Lévi-Strauss.

En 1909, la psicología descubrió este mundo a través de los ojos de Freud y su alumno Otto Rank. Freud, al ocuparse de la tragedia de Edipo, creación clásica que toda persona culta en aquellos años conocía, y al indagar y entender el mecanismo psicológico del mito o el mecanismo mítico de la psicología. En 1909, al descubrir su ensayo sobre *El poeta y la alucinación*, consideró la relación entre el niño, el poeta y el mito en viejas historias de distintos pueblos. Así concibió *La novela familiar del neurótico*, tesis que serviría más tarde a Otto Rank para elaborar su teoría sobre el desarrollo del héroe mitológico, ya en este ensayo estableció Freud que las líneas paralelas

entre símbolos mitológicos y el mundo de los sueños, se deben al hecho de que "el mito es el sueño de la tribu". Desde entonces, sueño y mito se convierten en conocidos parientes que unirán familiarmente al psicoanálisis con la fenomenología de las religiones.

Su alumno Carl G. Jung, desde su libro *Símbolos de transformación* (1912), se ocupó de dar una interpretación del mito dentro de una teoría general que relaciona aún más este fenómeno con el inconsciente. Más tarde, el psicólogo suizo y sus alumnos estudiarían no sólo la mitología para uso de la psicología clínica, sino abordarían también distintos estudios místicos y esotéricos, entre ellos la alquimia. Hoy, al hablar de mito y psicoanálisis, se recuerdan nombres como los de Freud, Jung, Fromm, Erich Neuman, Diel y los alumnos de cada escuela, ya que cada uno de ellos instituyó una escuela propia y el enfoque psicoanalítico adoptó diversos rumbos.

El conocimiento del mito y su interpretación psicológica se hicieron necesarios para entender la historia de los pueblos y el comportamiento del individuo.

El símbolo es el elemento central de la psicología analítica. También arribó Jung a una exacta descripción de esta realidad psicológica, nos detendremos un instante en una noción conexa: la de la Imago. Desde el principio, Jung la aprehendió en su justo valor. Con frecuencia reemplazó la palabra *Bild* o imagen por su correspondiente en latín "imago", a los efectos de destacar que se trata, en ese caso de un término técnico, dotado de un alcance bien definido.

La imago -repite Jung con insistencia- no es un calco del objeto exterior alejado en alguna región del cerebro. Es la expresión concentrada de la situación psíquica en tanto que totalidad actuada por un objeto. Esta totalidad actuada o constelación es producto tanto de la actividad que es propia del inconsciente cuanto de la actitud consciente.

En un principio, el poder de los padres gobierna la vida del niño, cual un destino supremo. Pero a medida que el niño crece, comienza en él la lucha entre la constelación infantil (o prehistórica) y su propia personalidad. La influencia de los padres es reprimida en el inconsciente. Por ende, no es eliminada. Guía aún, mediante hilos invisibles, las creaciones, en apariencia individuales, del espíritu maduro. Al igual que todo aquello que cae en el inconsciente, la constelación infantil provoca misteriosas sensaciones en la consciencia. Multiplica los presentimientos, que hacen inferir la influencia de un poder del más allá que lo guiara en secreto. Descubrimos aquí las raíces de la sublimación religiosa, sustituye a la figura del padre, con sus virtudes y

defectos, por una parte, la idea de un Dios omnipotente y perfecto, por otra la del Diablo.

A juicio de Freud y de Jung, la sexualidad constituye el vínculo esencial que domina las relaciones en el adulto de la imago infantil del padre. Se explica así toda la psicología en función del individuo mismo y de las situaciones en que se encuentra. Entre tales situaciones, las hay que son universales por la propia naturaleza de las cosas, verbigracia el hecho de que cada niño tiene padres. Su alcance será, pues universal. Tampoco es sorprendente que las reacciones puramente personales cobren un aspecto general y un valor universal.

Las primeras dudas de Jung respecto del carácter puramente individual de la imago en particular y de lo inconsciente en general surgieron en oportunidad de realizar análisis en los cuales se topaba con productos inconscientes que no eran reducibles a situaciones infantiles personales, Jung nos ha comunicado algunas de estas comprobaciones.

En su libro *Die Beziechungen Zwischen dem Ich und dem Unbenwussten*, consagra la mayor parte del primer capítulo a la minuciosa descripción de un tratamiento, aplicado hacia el año de 1910. No podemos dar más que un sucinto resumen; la enferma padecía una neurosis histérica benigna, que se debía, en buena medida, a una fijación con el padre. La transferencia se operó normalmente, la paciente proyectó sobre Jung las cualidades o la imago del padre. No tardó en caer en la cuenta de esta proyección, aunque no logró liberarse de ella, como lo exigía el desenvolvimiento normal del esquema psicoanalítico, ¿cómo salir de esta embarazosa situación? Jung no deseaba interrumpir el tratamiento en una etapa en que la enferma quedaría desamparada. Se resolvió entonces a proseguir el análisis de los sueños. Ahora bien, ante su gran asombro, la proyección, que en el sueño se efectuaba primero sobre el médico, pronto buscó otro objeto. Este se manifestaba bajo variadas formas, aunque todas representaban a una especie de anciano sabio. Tomó finalmente, el aspecto de una divinidad natural de los tiempos primitivos, de un Wotan cósmico y pagano.

Según Jung, quedaba descartado que una criptomnesia hubiera sido el origen de estas representaciones. La enferma desconocía por entero cuanto se refería a la antigua mitología germánica. Jung sugiere, en consecuencia, este razonamiento: si esas representaciones provienen del inconsciente sin ser introducidas por el individuo -a quien Freud atribuía la constitución misma del inconsciente por la mera represión personal-, es preciso que ellas formen parte de él, independientemente de este individuo. En otros casos, encuentra elementos similares. Por ejemplo, en el de ese joven oficial que expresaba su

despecho amoroso con la imagen de una serpiente que le mordía el talón. También en el de ese demente que pensaba ver un falo solar. En ambos, los pacientes tomaban sus representaciones de motivos muy antiguos que, por lo demás, desconocían por completo. El primero reeditaba el mito egipcio de Osiris; el segundo, una visión del culto de Mitra.

El hecho de que dichas representaciones surgieran espontáneamente del inconsciente no deja de plantear una inquietante pregunta, ¿acaso Jung entiende con ello que el inconsciente es un receptáculo de imágenes, símbolos, representaciones, etc., de donde podemos extraer lo que queramos? Sus descripciones iniciales se presentaban en grado sumo, a una explicación de este género. Además, no hay que asombrarse de que se haya levantado una fuerte oposición contra esta teoría que parecía reintroducir, a su modo, de las "ideas innatas". Las tres observaciones citadas no permiten resolver la cuestión, sin embargo, contienen en germen los dos métodos que permitirán a Jung obtener datos más precisos. Por un lado, continuará sus indagaciones con la ayuda de series de sueños. Por otro se obligará al estudio comparativo de los paralelos mitológicos y míticos de los motivos oníricos.

Desde su relación inicial con los motivos oníricos, que surgían del inconsciente cuando se hallaba excluida toda represión previa, impresionó a Jung su semejanza con el contenido de los mitos, en general y de la mitología, en particular. Otros habían señalado también dicha similitud (por ejemplo, F. Riklin, A. Abraham, A. Maeder y H. Silberer). Jung descubrió esta veta por azar, pero explotó a fondo. Se lanzó con gran celo al estudio comparado de los mitos. Jung procura establecer que los mitos, cuando menos en su forma original, al igual que las creaciones poéticas "inconscientes", brotan de fuente idéntica a los elementos oníricos no extraídos del inconsciente personal.

Según la aludida perspectiva, Jung ha definido el mito de la misma manera que la imagen. También aquel estaría constituido tanto por el aparte subjetivo de la psiquis cuanto por los datos objetivos del mundo ambiente, que parecen los únicos en ser considerados. Jung había trabajado afanosamente para discernir el aparte subjetivo del niño en la imago paterna; se dedicará de lleno a reconocer el aporte subjetivo del primitivo en los mitos solares y lunares. Estas disposiciones son necesariamente inconscientes, de lo contrario pertenecían a la vida consciente, pero no coinciden con el inconsciente personal que, según Freud, solo abarca los contenidos reprimidos por el individuo. Esta es la razón por la cual Jung asigna al conjunto de dichas disposiciones inconscientes, que orientan la vida psíquica, el nombre de inconsciente colectivo.

Así Jung ha formulado su hipótesis de las tendencias dominantes del inconsciente colectivo -o de los arquetipos- a partir de la insuficiencia del inconsciente personal. Este último, en efecto, no podía explicar la existencia de las constantes observadas en los sueños ni la similitudes esas constantes con los motivos míticos difundidos en el mundo entero.

Es natural que Jung haya hecho vigoroso hincapié en el aporte del inconsciente colectivo. Pero una vez más no denigra el papel del inconsciente personal, que conserva en su psicología todo su valor, y en su psicoterapia toda su importancia. Este inconsciente personal abarca todos los contenidos que se han vuelto inconscientes, sea a raíz de haber perdido su intensidad y estar, por tanto, olvidadas, sea por que la consciencia se ha retirado de ellas a consecuencia de una represión. En cambio, el inconsciente colectivo engloba todo aquello que es inconsciente, en particular toda la herencia de las posibilidades de representación que no son individuales sino comunes a la humanidad en pleno. Luego, la hipótesis del inconsciente colectivo no busca suprimir o suplantar la del inconsciente personal, sino únicamente completarla. En este punto las ideas de Jung no han variado, y en 1951 retomará complacido sus expresiones de 1920.

La hipótesis del inconsciente colectivo y de sus arquetipos permite a Jung responder sin ambigüedad a la pregunta inicial respecto de la influencia de la imago paterna. Ella no tiene por origen al padre individual sino a las fuerzas inconscientes que son simbolizadas y totalizadas por el objeto exterior, *in casu* la persona del padre.

Jung habla de los arquetipos como "representaciones colectivas" o de "contenidos" del inconsciente colectivo, para afirmar, poco después, a veces en la misma obra, que estos arquetipos solo son "dominantes" del inconsciente colectivo o "formas a priori", sin ningún contenido representativo.

La imagen arcaica es la forma simbólica bajo la cual el arquetipo aflora a la consciencia; el propio arquetipo es la disposición inconsciente y colectiva como tal; el engrama es el sustrato fisiológico de este mismo arquetipo.

Es perfectamente natural que la imagen arcaica atraiga nuestra atención en primer lugar, puesto que solo ella puede ser aprehendida de modo directo por la conciencia. De acuerdo con lo que hemos visto, su papel psicológico consiste en la proyección de una fuerza psíquica, que se prende de un objeto real transfigurado, de tal manera que se representa tanto -sino más- la fuerza psíquica subjetiva como la realidad objetiva. El padre es un ser objetivo e independiente, con el cual el niño mantiene relaciones muy reales. Pero puede suceder que el padre, en cuanto a objeto, active fuerzas presentes en un estado latente. Estas fuerzas proyectadas en él parecerán pertenecerle, aunque ellas

provienen, en verdad, del inconsciente del sujeto mismo. Tales proyecciones se delatan por una particularidad muy característica. En vez de responder de un modo fiel a la realidad de su objeto y de ser, así puramente individuales, presentan rasgos comunes, de los cuales encontramos paralelos en los mitos de todos los pueblos y de todos los tiempos. Esta particularidad es un criterio infalible y nos permite reconocerlas sin vacilación alguna. En cuanto una imagen, de origen inconsciente, presenta afinidades con motivos mitológicos, Jung ve en ella una indicación de la actividad de los arquetipos. En muchas ocasiones ha formulado esta regla, que no admite excepciones. Pero esta imagen no es, claro está, el arquetipo mismo; es el afloramiento del arquetipo a la consciencia, y como tal se mantiene. Jung describe el arquetipo como "una posibilidad de representaciones" o como "una especie de disposición a producir siempre las mismas representaciones míticas". Desde entonces no ha cesado de repetir, ante la dura incomprensión de sus adversarios, "que no se trata de representaciones heredadas, sino de disposiciones innatas que producen representaciones similares, se trata de estructuras de la psiquis universales e idénticas". El arquetipo es, pues, un centro energético del inconsciente colectivo.

En cuanto función de la psique de una persona dada, se manifiesta invariablemente en una forma individualizada, pero, en cuanto a función, permanece diferenciado -como una potencia activa respecto de su actuación, se diría con terminología clásica-, por que el arquetipo no es una disposición que dormita, aguardando plácidamente su actuación, sino, por lo contrario, una disposición dinámica, que busca su realización.

Jung interpela con aspereza a quienes lo contradicen: "¡la crítica se ha contentado con afirmar que no existen arquetipos de esa índole!, por supuesto que no existen, como tampoco existe en la naturaleza una clasificación de las plantas. ¿Se negará por esta razón la existencia de las familias naturales en el mundo vegetal?, ¿o se rechazará la existencia y repetición de las semejanzas morfológicas y funcionales?. En el caso de las estructuras típicas del inconsciente, se trata de una misma clase de realidad".

Una observación ocasional, en una de sus últimas obras, confirma confiablemente nuestras opiniones: "Ya me han preguntado muchas veces de donde viene el arquetipo, ¿es adquirido, sí o no? no hay medio de responder, en forma directa, a esta interrogante (...). Desde el punto de vista empírico, el arquetipo jamás ha sido constituido en el interior de la vida orgánica. Aparece al mismo tiempo que la vida".

El engrama, ese presunto sustrato fisiológico del arquetipo, no ha sido atestiguado en anatomía y no podría postularse por razones psicológicas. Lo

apartamos, pues, radicalmente de la hipótesis de los arquetipos, a la cual lo unió Jung durante muchos años.

La esencia de la postura de Lévi-Strauss es que el mito es un modo de la comunicación humana, lo mismo que los intercambios económicos y los intercambios familiares realizados a través de las mujeres. Se trata de un producto de la lengua, que, a su vez, junto con la música y el sonido rítmico, forma un cuarto modo, o modo auditivo. Lo mismo que los elementos de la lengua -sonidos o fonemas- carecen de sentido, si se les toma aisladamente, y sólo adquieren significado en combinación con otros fonemas, de la misma manera los elementos del mito -los elementos narrativos aislados, las personas y objetos- carecen por si mismos de significado, adquiriéndolo sólo por su relación con cada uno de los demás. Pero no sólo resulta significativa la formación de la narración simplemente como tal, sino que lo que determina el "significado" real de un mito es más bien su estructura de fondo, del mismo modo que es la estructura de fondo de la lengua lo que le da un significado como medio de comunicación. Las variantes o diversas versiones de un mito pueden mostrar cambios en el significado superficial, pero la estructura y las relaciones básicas seguirán siendo por lo general constantes, pudiendo ser subrayadas, desde luego, por la alteración de sus símbolos externos y las inversiones subsiguientes o por cualquier otro tipo de modificación. Además esta estructura de significado es normalmente inconsciente, al menos en las sociedades tribales, lo cual no le impide reflejar las preocupaciones populares ante las contradicciones sociales o estacionales, como pueden ser las cuñadas o el crecimiento y decadencia de la vegetación y de los hombres.

En seguida surgen algunos problemas serios. La analogía lingüística, que tanto se utiliza en los estudios estructuralistas en general y por Lévi-Strauss en particular, resulta ambigua y confusa al aplicarse al mito. La función de la lengua es ser el vehículo de un contenido, no ser vehículo de sus propias reglas gramaticales y sintácticas, es decir, de su propia estructura. Por tanto es erróneo suponer (como hace Lévi-Strauss) que la propia estructura de un mito es el vehículo del significado de dicho mito, estructura que correspondería en lengua a la sintaxis. Sí la analogía mito-lengua es válida, los mitos, lo mismo que la lengua, serán el vehículo de mensajes distintos de su propia estructura. Y de hecho Lévi-Strauss, aunque formalmente mantenga que el contenido de los mitos no es pertinente, con frecuencia se apoya en último término para su interpretación en su contenido específico. Más valdría decir que el mensaje transmitido por un mito es producto de sus contenidos manifiestos y de las relaciones que mantienen entre sí: no una simple estructura sino una estructura de materiales particulares, y que en parte se haya determinada por ellos.

Dentro de un mito, según Lévi-Strauss una estructura puede revelarse a diferentes niveles o mediante códigos diferentes. "El pensamiento mítico se supera y contempla, más allá de las imágenes, adheridas aún a la experiencia concreta, un mundo de conceptos...(definido) no ya por la referencia a una realidad externa, sino según sus mutuas afinidades o incompatibilidades, manifestadas en la arquitectura del espíritu". Por "espíritu" parece entender la propia estructura de la mente humana, que en todo el mundo es la misma, tanto en las tribus que desconocen la escritura como en la supuesta civilización. El mito más bien "trata" de la mente humana como tal, y de las cualidades generales del hombre, como entidad implicada en unas circunstancias.

En un mito, según Lévi-Strauss una estructura puede revelarse a diferentes niveles, o mediante diferentes códigos. Su interpretación de la implicación de los mitos se resume en estas palabras: "aún cuando la experiencia contradiga a la teoría, la vida social valida la cosmología, por su semejanza de estructura. Luego, la cosmología es verdadera". "El pensamiento mítico siempre avanza partiendo del conocimiento de las oposiciones y hacia la resolución de éstas". Ahora bien, concentrémonos en el lado no filosófico de Lévi-Strauss, podría casi decirse no místico que supongamos que su teoría del mito puede resumirse adecuadamente con su afirmación (en su artículo preliminar "el estudio estructural del mito") de que "el fin del mito es suministrar un modelo lógico capaz de superar cualquier contradicción".

El estudio comparado de los paralelos mitológicos arroja, según Jung, viva luz sobre la persona de Cristo. Este último, al igual que Mitra, representaría bajo un esbozo distinto, al mismo héroe solar. También Cristo, que más allá de la muerte engendra la vida, simbolizaría a la libido. Puesto que concreta la energía psíquica en una forma particularmente conmovedora, los fieles buscan en la persona de Cristo un ejemplo al cual adaptarse. Sin darse cuenta, reconocen en él la proyección ideal de la energía psíquica que llevan en lo profundo de su ser. Se someten a su persona, a la cual creen objetiva, porque en realidad no es otra cosa que la parte más preciosa de ellos mismos.

El simbolismo religioso vendrá en ayuda de quienes, a falta de un despliegue moral integral y de una grandeza del alma personal, quedan sumidas en sus proyecciones, se contentan "con una práctica religiosa en el mareo de una religión 'colectiva' dada, que facilita a mucha gente una vida útil y activa", pero jamás alcanzarán "una vida religiosa verdaderamente personal que difiera por completo de las religiones 'colectivas' existentes".

Vemos así, que las creencias mágico-religiosas calman de alguna manera, las tensiones vividas por los acontecimientos cotidianos, o lo que es más, ante eventos casuales generadores de ansiedad; sin embargo no explican

objetivamente el origen o efectos de estos eventos; y vemos así, que las creencias religiosas han jugado un papel muy importante para explicarse ciertos fenómenos que es difícil conocer de manera más objetiva, formándose así explicaciones colectivas ante eventos específicos, las cuales se traducen en mitos alrededor de dichos eventos.

Sin embargo el contenido de los mitos no solo es mágico-religioso sino que puede variar dependiendo del fenómeno del que se trate y cuya explicación se acepte por parte del grupo social, al enfocarse a lo mitos existentes alrededor de la enfermedad mental, que son a los que nos referimos en este capitulo vemos que estos han limitado en mucho, los avances en el tratamiento de la enfermedad mental y el trato que reciben los pacientes psiquiátricos por parte de la comunidad médica y de la sociedad en general.

En la época de Charcot, a la mayoría de los pacientes, en especial a aquellos que padecían enfermedades orgánicas neurológicas, se les hospitalizaba para separarlos de los miembros más normales y capacitados de la sociedad. En este sentido, la población internada en la Salpetriere se parecía a la de algunos de nuestros actuales hospitales neuropsiquiátricos estatales. Los pacientes (no particulares) de Charcot -como los enfermos mentales hospitalizados por decisión ajena a nuestros días- estaban segregados, no tanto por su "enfermedad", sino porque perturbaban a los demás; por otra parte, eran demasiado pobres e insignificantes, desde el punto de vista de su status social, para que se atendieran en establecimientos privados. ¿Cual era la actitud de Charcot hacia sus pacientes? Freud [1893a] respondió a esta pregunta: "los discípulos que recorrían con él las salas de la Salpetriere -museo de hechos clínicos designados y definidos por él en su mayor parte- consideraban que se parecía mucho a Cuvier, cuya estatua se haya en el jardín *des plantes*, rodeado por los variados tipos de animales que él había estudiado y descrito; o pensaban en el mito de Adán que debió gozar con máxima intensidad de aquel placer intelectual tan ensalzado por Charcot, cuando Dios le ofreció la tarea de agrupar a todos los seres del paraíso".

Desde nuestra ventajosa posición contemporánea, este punto de vista acerca de los pacientes es extraño y deshumanizado, pero en esa época e incluso hoy, en algunas ramas de la medicina, sobre todo en los grandes hospitales de beneficencia -solía considerarse a los enfermos simple "material clínico". Esta expresión revela la naturaleza de la actitud del observador hacia el sujeto. La Salpetriere ofrecía a los enfermos algunas comodidades y gratificaciones de las que ellos carecían en su medio social corriente. Charcot y los demás médicos que trabajaban en el hospital actuaban como gobernantes

frente a sus súbditos. Podríamos suponer que su relación mutua no se basaba en la intimidad y confianza, sino en el temor recurrencial, el miedo y el engaño.

Durante este período, los hechos reclasificados como "enfermedades" fueron muchos. De este modo llegamos a considerar que las fobias, los actos delictivos, el homicidio, la adicción, etc., son -casi sin límite- enfermedades psiquiátricas, lo cual constituye un error enorme y muy costoso. Podría objetarse de inmediato que no se trata de un error, ¿acaso no beneficia a los adictos, los homosexuales y los llamados delincuentes el hecho de que se les considere "enfermos"?. Dicha reclasificación es beneficiosa, por supuesto, para determinadas personas, pero esto se debe en gran medida a que toda la sociedad, o la gente en general, tolera mal la incertidumbre e insiste en que el "mal comportamiento" debe clasificarse como "pecado" o "enfermedad". Es preciso rechazar esta dicotomía. En principio, la conducta que la sociedad considera agraviante o desviada se puede clasificar de muchas maneras distintas. El hecho de incluir a algunos individuos o grupos en la categoría de personas enfermas se puede justificar en términos de conveniencia social, pero mediante observaciones científicas o argumentaciones lógicas.

Vemos entonces, que el mito es un proceso ideológico dado por el consenso cultural, el cual nace por la necesidad de llegar a un conocimiento concreto acerca de un fenómeno o acontecimiento que causa incertidumbre y que sin embargo se nos hace necesario explicarnos el por que de su existencia, puesto que forma parte de nuestra naturaleza humana, algunos de estos fenómenos pueden ser el origen del primer hombre sobre la faz de la tierra, el destino después de la muerte, la existencia de lo bueno y lo malo, la sexualidad, la existencia de Dios, la idea de lo que es salud mental, el origen de la vida misma, etc., en el presente capitulo se intenta hablar de los mitos existentes alrededor de la concepción de la salud y la enfermedad mental, a las cuales, como vimos en el capitulo anterior, se les ha relacionado con hechos mágico-religiosos desde las formaciones de los primeros grupos sociales primitivos, y vemos que parte de esta concepción aun existe en la actualidad, la cual limita el conocimiento y por ende el desarrollo de los tratamientos de las enfermedades mentales, principalmente aquellos en que se requiere trabajar la psicodinámica de la relación familiar que guarda el paciente dentro de su hogar, ya que la familia trae consigo una gran cantidad de sentimientos y ansiedades que de alguna u otra manera son resultado de los mitos que tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, las enfermedades mentales y el tratamiento de las personas que las padecen, o viceversa; utilizan esas creencias e ideas para poder calmar la ansiedad por medio de suposiciones míticas y con ello poder darse explicaciones concretas ante la presencia de la enfermedad mental en su

familia; sin embargo, los mitos no son la única causa o efecto de la ansiedad presentada por la presencia de la enfermedad mental en la familia, sino que existe otro proceso, el cual se da en forma individual y cuya función es la misma que en el mito; puesto que se utiliza para explicarse fenómenos inciertos o que simplemente no se quieren ver, este proceso psicológico es la fantasía, acerca de la cual se han realizado diversos enfoques teóricos:

El surgimiento de las concepciones teóricas de la fantasía a menudo precedía a su estudio experimental. Hay que considerar como una de las primeras concepciones de la fantasía, los puntos de vista de Lucrecio Caro, quien interpreta a la fantasía como el resultado de una coincidencia casual en tiempo y espacio de las imágenes o de sus partes correspondientes.

Ya los autores de los primeros trabajos científicos sobre la fantasía planteaban la cuestión sobre el modo de enfocar el desarrollo de este concepto: ¿de dónde hay que partir, qué aspecto de la realidad psíquica hay que reflejar en la definición?. Más aún, algunos psicólogos, por ejemplo, Th. Elsehans, y más tarde, C. Gordon, expresaban sus dudas respecto a que la fantasía tiene esencia única: ¿no será que se trata de un grupo de fenómenos psíquicos diversos, unidos casualmente por un mismo término?.

A pesar de la diversidad de los conceptos genéricos a los que se ajusta la fantasía, el rasgo específico distintivo coincide casi plenamente en todas las definiciones: contiene el señalamiento de que el resultado de esta fuerza o capacidad, o función es la creación de algo nuevo -nuevas imágenes, ideas, pensamientos originales, composiciones, nuevas combinaciones de imágenes e ideas, su nuevo origen, nuevas dependencias, etc.-.

Una serie de investigadores franceses, comenzando por Tissot, consideran que el objetivo de la fantasía es "hacer tangible (sensible) aquello que no existe ni puede existir". Sobre los mismos objetivos de la fantasía hablan Dugas y, sobre todo, Bernis, que hace resaltar como cualidad fundamental de la imaginación, la capacidad de representar el objeto como "presente, aunque esté ausente". La concepción de la fantasía como una actividad psíquica que crea lo "inexistente" y con esto, en cierto modo, contrapuesta a la realidad, converge con la opinión ordinaria sobre la fantasía como el alejamiento de la realidad. Así Fraser, escribe: "...Sumirse en los ensueños produce satisfacción en aquello, en lo que la niega la vida corriente. En cierto grado todos se entregan a la fantasía".

Algunos psicólogos, particularmente Arnheim, atenúan algo la formulación categórica respecto a que la fantasía crea lo inexistente, señalando que sería más correcto hablar de la invención de formas inexistentes, pero con contenido existente o sobre un nuevo enfoque del objeto existente.

Algunos autores opinan que otro de los objetivos de la fantasía es la introducción del orden en el desorden o caos, que, según la tradición que se remonta a Platón y a la mitología griega, se considera inicial, genesíaco.

Nechaev menciona: "...la imaginación (o fantasía) significa un estado de la conciencia, análogo a las percepciones, pero que no corresponde a los excitantes que actúan". En una serie de definiciones negativas, la fantasía es contrapuesta a otros procesos psíquicos. Dugas escribía que la "imaginación se despierta simultáneamente con las sensaciones y la memoria; pero, en vez de seguir tras ellos, ella orienta estos procesos; en vez de adaptarse a ellos, los deforma".

El sentido de las definiciones negativas de la fantasía, así como su descripción a través de la comparación con otros procesos psíquicos, se reduce a la afirmación de que las imágenes precepticas; en otras palabras, deben contener algo nuevo en comparación con aquéllos.

La dificultad para delimitar el pensamiento y la fantasía está presente, ya que según los manuales de psicología estos dos procesos se interpretan como entidades diferentes, cuando en realidad son una actividad mental unida.

Enmarcando la problemática de la fantasía, es necesario, para evitar incomprensiones, precisar que la actividad mental evidente-imaginativa es tan sólo una de las formas del proceso de la fantasía en el que participan también otras formaciones psíquicas.

La filosofía del racionalismo, reconociendo la realidad de la fantasía, la contraponía el pensamiento conceptual-lógico. Así, el conocido físico y matemático Blaise Pascal consideraba la fantasía una fuerza hostil al raciocinio. En su famosa colección de aforismos, "pensamientos", escribía: "la imaginación es el lado engañoso del hombre, su consejero en errores y falsedades...".

La explicación de la fantasía, por principios filosóficos y psicológicos universales, la encontramos en trabajos de muchos autores.

Así Elsenhans escribía: "nosotros sostenemos la suposición universalmente reconocida, considerando la fantasía como una aptitud humana inicial" (Ursprüngliche). Hay que señalar que este enfoque es característico tanto de los filósofos y psicólogos con orientaciones idealistas manifiestas, como de algunos investigadores que intentan dar una interpretación científica natural a los fenómenos de la fantasía.

Semánticamente, fantasía proviene del griego *phantasia*, pasa al latín y significa la facultad que tiene el ánimo de reproducir, por medio de imágenes, las cosas pasadas o lejanas y de representar los ideales en forma sensible o idealizar las reales.

En filosofia, fantasía es la actividad psíquica productora de imágenes; por ejemplo Kant se apoyó en la distinción tradicional de fantasía productiva (inventora de imágenes) y fantasía reproductiva (que reproduce y combina).

A la función productiva se le dio el nombre de imaginación. La imaginación, es la facultad de representar las imágenes de las cosas reales o ideales, es decir en este último caso que se aprehende una cosa, que no hay realidad o que no existe; de vez en cuando el término imaginación relacionado, aunque cabe hacer la aclaración de que en psicoanálisis se hace la distinción de la forma filosófica tradicional.

La imaginación no es ciencia ni intelecto, tampoco es opinión, pues no va acompañada de convicción. La imaginación se manifiesta como una fase intermedia entre la sensibilidad y la razón y se halla estrechamente vinculada a la memoria. Cuando los sentidos están inactivos, no por ello se detiene la vida psíquica, y su actividad se vincula a la función sensible y a la función imaginativa -esto se produce en los sueños- entonces ocurre que la imagen es distinta de la sensación de que precede y es indispensable a la actividad del pensamiento, pero está puede ser verdadera o falsa.

Cuando un estímulo externo ha dejado de obrar, los movimientos sensoriales se prolongan y al estar reforzadas estas sensaciones retardadas por la aportación de sensaciones semejantes, se constituye todo un complejo de imágenes.

La imaginación se distingue de la memoria por cuanto esta última supone la intervención de un sensible común, el tiempo, que nos conduce de nuevo a una continuidad vivida, a imágenes -copias de experiencias anteriores- La confusión en este dominio es el caso de los "desequilibrados" que confunden sus imágenes mentales con realidades (Aristóteles de Memet Rem, I, 451 a.C.).

La imaginación es pues, la facultad por la cual las percepciones anteriores pueden ser presentadas de nuevo ante la conciencia en forma de imágenes (imaginación productora) y que posibilita la reorganización de estas mismas imágenes en órdenes distintos (imaginación reproductora). De ella depende el conocimiento y la invención, estas dos funciones de la imaginación ya habían sido reconocidas por los empiristas.

La imaginación es productiva por su capacidad de realizar apriori este acto sintético de unificación, de acuerdo con las leyes del entendimiento y por ser ella la que establece o condiciona lo fenoménico dentro de las coordenadas categoriales; esta doble función productora o reproductora, se dan conscientemente, coincidiendo la segunda a lo que comúnmente se le denomina fantasía. (Jiménez 1989).

La fantasía se define como "la facultad de crear imágenes ideales con base en imágenes sensibles previas". En el adulto y el adolescente la fantasía es de considerable importancia, (sueños con ojos abiertos) pues desde el punto de vista de la experiencia psicológica es muchas veces el refugio en que se cobija el sujeto después de una frustración. La fantasía crea un mundo nuevo en el que se "consigue" lo que no ha sido posible en el mundo real. Es pues un mecanismo de defensa que facilita la evasión. (Navarro, 1995).

Las ideas y sentimientos con que teñimos cualquier situación nueva, están dadas por fantasías que tenemos acerca de ella, de nosotros y los demás, de la naturaleza de nuestra relación y las relaciones entre los demás. Estas fantasías provienen parcialmente del pasado, pero continúan modificándose y desarrollándose en el presente, en respuesta a estímulos internos y externos.

La mayoría de nosotros estamos sujetos a oscilaciones de nuestros estados de ánimo, aunque la frecuencia y la medida del cambio varían de un individuo a otro. La manera en que uno se experimenta a sí mismo puede variar sin que se hayan modificado las circunstancias externas.

Si estamos completamente dominados por nuestras fantasías, es probable que ninguna prueba en contrario altere nuestro estado de ánimo. Denominaremos psicótico a quien se haya dominado la mayor parte del tiempo por sus fantasías, hasta el extremo de perder contacto con la realidad. La persona corriente encuentra en el mundo externo ciertos indicios que confieren fuerza a sus fantasías -por ejemplo, selecciona de su medio los elementos que se ajustan a sus ideas preconcebidas-.

Nuestra conducta basada en expectativas fantaseadas influye en quienes nos rodean y como contribuimos a dar a nuestro medio una configuración que corresponde a nuestras fantasías. Esto también explica por qué una persona termina por hayarse siempre en situaciones muy parecidas entre sí.

Un ambiente hostil o amistoso suscita en nosotros las fantasías correspondientes. Pero aunque nuestra percepción sea correcta, las fantasías tienden a añadir a la experiencia un efecto de halo, llevándonos a exagerar en una u otra dirección. No obstante, la mayoría de las personas suelen ser capaces de responder a una situación aunque esta difiera bastante de sus expectativas. Suele decirse a veces: "son sólo fantasías" o "no es cierto, es pura imaginación". Esta actitud ante la fantasía -que como hemos visto forma parte de nuestra vida mental- puede llevarnos a pensar que lo primordial es verificar siempre si los hechos concuerdan con lo que se nos ha dicho.

El hecho de que nos aferremos tan tenazmente a la conciencia y a la realidad quizá se deba a que tendemos a asociar fantasía con locura, con

alguien que vive en "un mundo de fantasía", y también a nuestras propias fantasías aterradoras.

Es indudable que la fantasía puede cumplir una función defensiva, construir una evasión o una distorsión que abarque toda la realidad. Pero en la práctica psicoanalítica tiene un significado más amplio: es una manera de describir el tipo de imágenes y sentimientos desencadenados por una experiencia. Esta puede describirse de modo objetivo o ser elaborada mediante nuestra fantasía para destacar un aspecto de la realidad.

Cabe concebir las fantasías: como ideas, imágenes o pensamientos mediante los cuales respondemos a estímulos internos y externos. En efecto, a los individuos que han perdido contacto con la fantasía los consideramos empobrecidos, aburridos y demasiado prosaicos; en cambio, solemos admirar la riqueza de las fantasías que se expresan a través de las obras del artista y de los juegos del niño.

Así, pues, la fantasía forma parte de la vida mental de cada individuo. Los enfermos se distinguen de las personas menos perturbadas por la naturaleza de sus fantasías y el grado de sintonía con realidad externa.

Fantasía en alemán *phanthasie*, es el término que designa la imaginación; más que la "facultad de imaginar", el mundo imaginario y sus contenidos, las "imaginaciones" o "fantasías" en las que se atrincheran el neurótico o el poeta.

Existen tres tipos de fenómenos (o en el sentido más amplio, de realidades): la realidad material, la realidad de los "pensamientos de relación" o de lo psicológico y la realidad del deseo inconsciente y de su "expresión más verdadera" (la fantasía).

Desde 1908, Freud se da cuenta de la necesidad de exigir un espacio para la creación imaginativa, al que en 1911 da el nombre de fantasía y explica que ésta debe su existencia a la introducción del principio de realidad.

Según Freud el reino de la fantasía constituye una reserva organizada durante el paso, vivido en forma dolorosa, del principio del placer al principio de realidad, para poder sustituir las satisfacciones reales que no han podido ser alcanzadas, por una satisfacción exagerada.

Freud ante la formulación de su doctrina, el mundo de las fantasías parece situarse enteramente en el marco de la oposición entre lo subjetivo y lo objetivo, entre un mundo interno y un mundo externo que poco a poco, por medio del sistema perceptivo, impone al sujeto el principio de realidad.

El inconsciente aparece entonces como el heredero del que en un principio fue el único mundo del sujeto, en el que sólo regía el principio del placer.

El mundo de las fantasías es como "reservas naturales" que crean las nociones civilizadas para perpetuar en ellas el estado natural. "Con la introducción del principio de realidad, una modalidad de actividad del pensamiento se escinde; permanece independiente de la prueba de realidad y sometida únicamente al principio del placer. Es lo que se denomina "creación de fantasías". Para la prueba de realidad no es válida. La realidad de pensamiento es equiparada a la realidad externa, el deseo a su realización, al hecho".

Debido a la ausencia del "patrón de realidad" en el inconsciente, éste puede quedar reducido a un ser menor, a un estado menos diferenciado.

Con la introducción del principio de realidad, la actividad de pensamiento se divide en dos, y una parte se libera de la prueba de la realidad y se mantiene sometida únicamente al principio de placer. Se trata de la fantasía que se encuentra en el juego de los niños y prosigue en los sueños diurnos.

Como se puede observar, fantasía es una palabra que fue divulgada por el psicoanálisis y cuyo significado se modificó. El diccionario la define como "una producción de la imaginación por la que el Yo trata de escapar del dominio de la realidad". En el psicoanálisis por el contrario, mediante la introducción de la fantasía, Freud quiso dar materialidad a lo que denomina "realidad psíquica", conjunto dotado de cohesión y solidez. Considera las fantasías en el origen de los síntomas y describe una organización concreta de las mismas en el psiquismo.

La psique se encuentra dividida en dos partes. Una considerada lo real y vive sobre el principio de realidad. La otra permanece independientemente de ella y "obedece únicamente al principio del placer". A eso se denomina creación de fantasías que comienza ya con el juego de los niños y que, cuando continúa en forma de ensueños diurnos, deja de apoyarse en objetos reales. (*Freud, Los dos principios del suceder psíquico*).

Para los Klenianos, las cosas son aparentemente más simples. Las fantasías provienen directamente de las pulsiones. Las pulsiones derivan del instinto, ya existen desde el comienzo de la vida y son "buscadoras de objeto". "La sensación de una pulsión en el aparato psíquico se vincula con las fantasías de un objeto que le es asignado" (H. Segall). A cada incitación pulsional le corresponde una fantasía específica. La realización alucinatoria del deseo se basa sobre una fantasía inconsciente que acompaña y expresa una incitación pulsional.

No todas las fantasías son inconscientes. Pueden existir bajo la forma de ensueños diurnos conscientes, o subliminales (preconscientes). A la inversa pueden estar ocultas en el inconsciente y se las vuelve a hallar, mediante la

reconstrucción analítica, detrás de los sueños manifiestos que hayan pasado por mecanismos de condensación, desplazamiento y procesos de figuración.

En el caso particular de la fantasía, la existencia y naturaleza de la fantasía consciente remiten directamente a la psicología de la consciencia. Por el contrario la existencia y la naturaleza de la fantasía inconsciente sólo se puede inferir en base al material psicoanalítico. Por razones históricas y lógicas, sólo ha sido posible construir un modelo provisorio de fantasía inconsciente partiendo de la fantasía consciente.

Al hablar de fantasía consciente, se habla de una fantasía que intenciona objetos ficticios o independientes de la fantasía, pero que satisfacen a la fantasía. La fantasía consciente es motivada por el deseo o por el miedo, actitud de entrega o aversión. Sin embargo la tonalidad emocional cambia con el desarrollo de la fantasía consciente; por ejemplo al placer inicial puede seguir la decepción, una fantasía suicida puede convertirse en horror. El objeto de la fantasía puede ser mentado como existiendo independientemente, o no, de la fantasía. A este último cabe distinguir:

a)*Las fantasías engañosas* que no acompañan a la consciencia del carácter irreal de la fantasía; por ejemplo el sueño en sus formas habituales;

b)*Las suposiciones vivas* que el sujeto trata de proveer con un crédito de existencia independiente;

c)*La imaginación reconstructiva y constructiva*, controlada por el juicio.

En cuanto a la fantasía inconsciente podemos decir que es una intención -deseo o aversión- que apunta a un objeto-meta cargado de un valor positivo, negativo o ambiguo.

La fantasía inconsciente es proceso económico-dinámico; estructuralmente, es un pensamiento fragmentario y errático, separado del recuerdo, del deseo y del afecto. Es objeto de una interpretación.

El modelo provisorio de la fantasía inconsciente plantea dos problemas principales, el problema de la existencia y el de la esencia, a saber: si existe algo que se puede llamar fantasía inconsciente y si la fantasía inconsciente existe, cuál es su naturaleza.

Freud descubrió los impulsos instintivos fundamentales de la vida mental, y los distintos procesos llamados mecanismos mentales, por medio de los cuales los impulsos y sentimientos se controlan y expresan, se mantiene el equilibrio interno y se logra la adaptación al mundo exterior. Estos mecanismos son de muy distinto tipo y muchos de ellos han sido muy estudiados, para los autores actuales todos estos variados mecanismos se hayan en intima relación con especiales particulares de fantasía. (cit. Aguila, 1972).

La fantasía inconsciente de incorporación se describe en términos abstractos como el proceso de introyección. Cualquiera que sea la denominación empleada, sus efectos psíquicos reales le siguen. Aunque no se trata de un verdadero comer corporalmente conduce no obstante a verdaderas alteraciones del Yo. Estas creencias sobre objetos internos tales como "tengo dentro de mi un pecho bueno" o "tengo dentro de mi un pecho mordiente, tengo que matarlo y librarme de él" y otras semejantes, conducen a efectos reales: emociones profundas, tipo de conducta hacia las personas, profundas modificaciones en el Yo, carácter y personalidad. (Freud, 1948).

Toda actividad humana deriva de algún instinto; sólo a través de la fantasía podemos satisfacer las necesidades instintivas. Cuya realización no podemos intentar en el mundo exterior. (Freud, 1948).

Cuando comparamos las realidades corporales y exteriores, con la fantasía, como son otras actividades mentales, es una ficción, ya que no puede ser tocada, manejada o vista, aunque es real en la experiencia del sujeto. Es una verdadera función mental y tiene efectos reales no sólo en el mundo interno de la mente, sino también en el externo del desarrollo corporal y conductual del sujeto. Los modales de las personas tales como tono de voz; postura corporal; modo de caminar y dar la mano; expresión facial y maneras en general, están determinadas por una fantasía específica. Estas son habitualmente muy complejas, relacionadas con los mundos interno y externo y unidas a los antecedentes del individuo. Basta con mirar a nuestro alrededor, para ver las infinitas variaciones de las características corporales, es decir, los modales, mediante los cuales se expresan las fantasías dominantes y los estados emocionales unidos a ellas. (Navarro, 1995).

El término fantasía se ha usado en diferentes y diversos sentidos, en distintas épocas y por diferentes autores. Dar una definición exacta no es posible, por que primero es necesaria una descripción de las series de hechos que poco a poco han ampliado el concepto.

La palabra fantasía se usó también para señalar un contraste con la "realidad", tomándose este término como idéntico a hechos externos u objetivos. Algunas personas tienden a oponer "fantasía" a "realidad", de tal manera que subestiman la importancia dinámica de la fantasía. Es decir, se tiende a la desvalorización de la realidad psíquica y del significado de los procesos de la vida mental como tales.

Psicoanalíticamente, la fantasía es la escenificación imaginaria en que se haya presente el sujeto y que se representa en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término de un deseo inconsciente. (Jiménez, 1989).

La fantasía inconsciente está en plena actividad, tanto en la mente normal como en la neurótica; la diferencia entre lo normal y lo anormal reside en la modalidad con que se tratan las fantasías inconscientes, los procesos mentales particulares por medio de las cuales son elaboradas y modificadas, y el grado de gratificación directa o indirecta en el mundo real y la adaptación al mismo, que tales mecanismos permite. (Navarro, 1995).

En conclusión, vemos que la fantasía surge a partir de la existencia de situaciones problemáticas, competencia, aspiraciones, deseos actuales insatisfechos, que producen tensión en la psiquis y provocan recuerdos relacionados con las impresiones de la primera infancia, como un intento de librarse de todas dependencias, incluyendo la dependencia del pasado que, aparece en forma de complejos infantiles; surge como un deseo de alejarse de la vida cotidiana con su crueldad atormentadora y vacío sin consuelo, alejarse del yugo de los propios antojos que varían constantemente. En su tiempo N. G. Chernisheuski escribió: <<en general, la fantasía nos posee, cuando tenemos escasez de la realidad>>. La insatisfacción surge también, como demostró Bairel a causa de la constante aspiración a la claridad, sencillez, orden y consumación.

Vemos entonces que la génesis de los mitos y las fantasías es muchas veces la ansiedad, ya que estas son formas de evadir los problemas cotidianos; con la diferencia de que en las fantasías las creaciones son a nivel individual y en los mitos su creación es social; aunque algunas veces son los mitos y las fantasías las que provocan ansiedad.

Día a día parecen aumentar las amenazas contra el ser humano y su integridad. Inestabilidad tanto física como emocional, son signos que acompañan a la ansiedad de nuestro tiempo y de todos los tiempos.

Uno de los objetivos que nos anima es delimitar el fenómeno de la ansiedad como estado y como rasgo, ya que esto forma parte esencial en la presente investigación.

La ansiedad rasgo, Spielberger la define como "las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado". Es decir la ansiedad que experimenta el organismo generalmente.

La ansiedad-estado es la ansiedad experimentada en un momento dado y frente a situaciones particulares, estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Existen diferentes enfoques sobre la ansiedad, estos son:
a)Teoría existencialista: Con respecto a la existencia, Unamuno, dice que el Yo y el mundo se forma mutuamente y de este juego de acciones y reacciones brota en el individuo la consciencia de su Yo. Este Yo es la consciencia de uno mismo, o sea que es núcleo del reciproco juego entre el mundo exterior y nuestro mundo interior.

Este mismo autor dice que cuando más involucrados nos encontramos en los cuidados y menesteres de la vida, de repente aparece el sentimiento de nuestra mortalidad y no tan solo la muerte sino una suprema sensación de ansiedad y esta ansiedad quitándonos del conocimiento aparente, nos lleva inesperadamente al conocimiento sustancial de las cosas.

Los filósofos de la existencia consideran que la vida se presenta como una tremenda obligación que requiere ser asumida responsablemente. El ser humano nunca aislado, es el único capaz de comunicarse con los demás y consigo mismo; también el único que sabe que se va a morir y que puede llegar a dejar de ser. Se insiste junto con esto en que la naturaleza humana incluye simultáneamente potencialidades contradictorias lo que constituye una fuente constante de ansiedad.

Tillich, describe tres tipos básicos de ansiedad existencial en función de tres maneras en que el no-ser amenaza al ser, estos son:
1.- Ansiedad Ontica, o ansiedad de la vida y la muerte.
2.- Ansiedad espiritual, originada por la experiencia de vacío y la carencia o pérdida del sentido de la vida.
3.- Ansiedad moral ante la culpa y la condenación.

Tillich dice que el hombre permanentemente puede experimentar ansiedad. Tal situación ocurriría como resultado de uno mismo en forma libre.

Para los existencialistas la naturaleza humana incluye contradicciones lo cual constituye una fuente de ansiedad. Es decir, el hombre es esencialmente libre, puede elegir, por lo tanto es responsable de su ser y su situación, y especialmente de su futuro. El conflicto fundamental y multiforme de la existencia es entre el ser y el no-ser.
b) Teoría Psicoanalista: Indudablemente Freud abrió la brecha para comprender la fenomenología de la ansiedad; con su teoría psicoanalítica vino a cambiar y revolucionar los conceptos de la psicología y la psiquiatría, así como a encauzar nuevos métodos.

Es interesante hacer notar que en los conceptos de ansiedad y angustia, Freud no hace distinción entre ellos, por lo que nos referiremos al concepto de ansiedad solamente.

Freud, define a la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Supone una energía psíquica y otra física, no independientes sino interactuantes. Corresponden a la ansiedad sensaciones físicas, siendo las más frecuentes las que afectan a los órganos respiratorios y al corazón. Posteriormente añade que la ansiedad tiene su ubicación en el Yo. Solamente el Yo puede experimentar ansiedad. La fuente de esta ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. La ansiedad moral se presenta cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

Tales amenazas contra el Yo se presentan en diversos modos en las diferentes etapas del desarrollo. En los primeros años amenazan la personalidad, todavía no madura, con la pérdida del amor. En una etapa posterior, la irrupción de las pulsiones prohibidas expone al niño a la amenaza de la castración (símbolo general de castigo) y, más tarde, las acciones prohibidas acarrean la reprobación de la sociedad, lo que produce el temor de ser excluido de ella.

De esta manera, cuando los peligros específicos que se experimentan en la primera infancia afectan al Yo, éste continúa actuando a través de la vida, es decir, la primera experiencia de ansiedad ocurre cuando el Yo es todavía débil, por encontrarse aún en proceso de desarrollo, esta experiencia es la que establece el patrón para la vida ulterior. Por esto cuando posteriormente afronta situaciones semejantes a las primeras experiencias el Yo tiende a considerarlas igualmente peligrosas.

La función del Yo es mantener la estabilidad emocional del individuo previendo la experiencia consciente de la ansiedad que nace de las amenazas del Ello y del Super yo, dando lugar al desarrollo de los mecanismos de defensa y características de la personalidad.

c) Teoría Culturalista: El principio de esta teoría se debió al antropólogo A. Kardiner, él quiso confirmar la teoría Biológica-Instintiva de Freud de que era correcta en las culturas primitivas pero halló lo opuesto. El desarrollo de la personalidad variaba en tal grado en el mundo como sus patrones sociales, costumbres y culturas.

Para K. Horney, la ansiedad es una respuesta emotiva al peligro, puede estar acompañada de sensaciones físicas como temblor, sudoración, y palpitaciones cardíacas. Señala que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros,

especialmente los padres en la infancia, y la hostilidad que despierta esta situación. Cuando la hostilidad ha sido reprimida surge la ansiedad. La ansiedad es diferente para cada individuo y es una reacción ante una amenaza de un valor vital. Por si sola la inhibición no provoca ansiedad, mientras no comprometa este valor vital.

H. S. Sullivan, concibió la vida humana como un proceso a través del cual el hombre lucha y se estimula para ser aceptado en sus relaciones interpersonales, de aquí la importancia de la ansiedad, para este autor la ansiedad es el resultado de las relaciones de uno para con otros. La transmite la madre al hijo y resurge más tarde ante las amenazas a la seguridad de uno. Los grados de ansiedad son: ligera, la cual es la que le ocurre a la gente cada día y severa que ocurre en la infancia y que es propia de los estados patológicos. La ansiedad la concibe él como una experiencia de tensión que surge como una expresión a la disyuntiva que representan las relaciones interpersonales. Es decir, el desarrollo del individuo siempre tiene que ver con un problema continuo y fundamental: el logro adecuado de su necesidad de satisfacción y de seguridad. Siendo la ansiedad el producto de ciertas exigencias culturales.

E. Jacobson, considera la ansiedad como una señal que involucra un fenómeno de descarga, o sea la ansiedad es una experiencia que se origina y se usa por el Yo; está basado en la anticipación de un peligro inminente y está asociada con los comportamientos relacionados a obtener un nivel óptimo de excitación orgánica (este principio es un equivalente de la homeostasis).

E. Schachatel, para definir la ansiedad toma como punto de partida las formulaciones de Freud, para él, es un estado afectivo. Nos habla de un afecto de convivencia que consiste en una descarga difusa, de la tensión sin meta fija, y que sucede siempre que el sujeto ha perdido su sentido de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental. Concibe a la ansiedad como inherente en acto o en potencia, en cada movimiento hacia un crecimiento progresivo o diferenciado. Surge pues en las etapas del ser humano cuando se frustra la realización de la actividad y saca al individuo de su situación familiar o de su protección.

Los psicoanalistas de orientación cultural convienen en que la ansiedad aparece cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar su relación con las demás personas. Sin embargo, consideran que estos impulsos internos que amenazan la seguridad son en gran parte, fuerzas producidas por ciertas exigencias culturales.

d) Teoría Factorialista: El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) ha sugerido a los teóricos modernos a considerarlos también como rasgos; es decir, características relativas constantes que se hallan

en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y está organizada de diversa manera que se expresa fenomenológicamente en cada individuo.

R. B. Catell-Scheier, han distinguido dos clases de ansiedad: la caracterológica y la situacional. Describen la caracterológica como algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, como la timidez. Como conflicto interno, en último termino es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, remota y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto. La situacional se relaciona más con la amenaza externa y menos con los aspectos internos del individuo, ésta puede ser normal y ajustada a las estructuras de la personalidad. Catell considera que la ansiedad es una única entidad que aparece en los experimentos como dimensión distinta, siendo muchas veces una respuesta a las amenazas y peligros reales del medio.

C. D. Spielberger, señala que la ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del Sistema Nervioso Autónomo cuyo nivel ansioso fluctúan en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo implica un motivo o disposición conducta adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rasgo de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responde a éstas con reacciones de ansiedad-estado (A-E) desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

Para este autor en el estado ansioso se amalgaman los rasgos caracterológicos y transitorios cuyos fenómenos se observan psíquica y fisiológicamente y como tales pueden ser sometidos a medición.

Siendo la ansiedad un fenómeno universal, podríamos decir que la mayoría de los autores la conceptualizan de la misma forma, sus diferencias son solo de grado y utilizan diferente terminología para referirse a ella.

Concluimos que las escuelas revisadas tienden a considerar la ansiedad como una reacción a una fuente interna (rasgo) que amenaza la integridad del individuo, está relacionada con sus vivencias pasadas y con una fuente externa (estado) que ocurre en un momento determinado, esta ansiedad se presenta como una señal de alarma ante un peligro externo.

Por otro lado, vemos que la naturaleza del ser humano, lo hace susceptible a vivir diversas situaciones amenazantes a lo largo de su vida, las cuales ponen en riesgo su salud tanto física como psicológica, ya que ningún hombre esta exento de sufrir eventos tales como: enfermedades, problemas cotidianos, situaciones traumáticas, etc., por lo cual, esta propenso a sufrir continuamente lo que Spielberger llama ansiedad-estado, cuya intensidad va a

depender como ya se vio, de la ansiedad que experimenta el organismo generalmente, como parte de su personalidad, es decir de la ansiedad-rasgo; y revisando algunas de estas situaciones amenazantes, que ponen en riesgo el aumento de la ansiedad, nos encontramos con las enfermedades crónicas y/o degenerativas que llega a sufrir algún ser querido o hasta con la misma muerte, en este capitulo se intenta enfocar propiamente al sufrimiento de la enfermedad mental por parte de algún miembro de la familia, ya que es el tema específico de la presente investigación; y cabe mencionar que de acuerdo a investigaciones realizadas por M. Rosas (1990), A. L. García (1992) y E. García (1996); y en base a las crónicas realizadas en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" durante el programa de "Visita de Puertas Abiertas" por los Psicólogos de este hospital y por los autores de la presente investigación, se ha observado que los familiares de los pacientes psiquiátricos, llegan con una gran carga de ansiedad, por la presencia de la enfermedad mental en un miembro de su familia, alrededor de la cual existe mucho desconocimiento y confusión, intentando explicarse con ideas equivocadas sobre el trato y tratamiento que reciben sus familiares en el hospital psiquiátrico; llegando así a formarse imágenes fantaseadas y retomar creencias populares o mitos, con la intención de refugiarse en ellos y con la necesidad de darse una explicación concreta ante una situación que sólo les ofrece incertidumbre, ansiedad y sufrimiento, llegando a ser en este caso como en muchos, el mito y la fantasía una causa o efecto de la ansiedad presentada ante un evento amenazante.

CAPITULO 3

EVALUACION DE PROGRAMAS INSTITUCIONALES

CAPITULO 3

EVALUACION DE PROGRAMAS INSTITUCIONALES

El adelanto en los campos de las ciencias humanas en los últimos años ha evolucionado de manera positiva, el tratamiento de las enfermedades en general ha dado paso a la interdisciplinariedad, como una forma de abordar el problema de las enfermedades desde diferentes enfoques, incluyendo el social, el fisiológico y el psicológico; ya que es visto que existen problemas de salud que deben necesariamente ser observados desde este punto de vista.

El psicólogo clínico, como menciona Harrsch (1973) debe cumplir con algunas funciones, tales como las de identificar, clasificar y analizar problemas referentes a la salud mental. Dentro de sus funciones está también la evaluación de programas institucionales de asistencia y prevención de problemas psicológicos.

Por lo tanto se hace latente la importancia de que los profesionales de ésta área cuenten con las herramientas necesarias para el diseño y aplicación de programas enfocados a los cambios conductuales.

Sin embargo el evaluar programas de asistencia y prevención, desafortunadamente no es un trabajo que se de frecuentemente en el quehacer profesional del psicólogo clínico. Esto esta relacionado principalmente con dos factores: el primero es que en las instituciones existen frecuentes cambios en los cargos administrativos, entonces no es posible llevar a cabo una continuidad en el trabajo y por lo tanto los programas iniciados en una administración son suspendidos o sustituídos por otros. En el caso de que se continúen y no logren alcanzar sus metas, no se evalúan ya que de todos modos a las instituciones se les sigue brindando partidas de presupuesto y parecen ofrecer pocos beneficios en comparación con los costos. Otras causas que impiden la evaluación de un programa en alguna institución, es la ausencia de programas estructurados, la falta de datos precisos o el que se afecten los intereses de las personas involucradas en los mismos.

El segundo factor, es que el psicológo clínico durante su formación académica no es capacitado para realizar éste tipo de actividades y aunque en su trabajo exista la necesidad de llevar a cabo la evaluación de programas, no cuenta con las herramientas necesarias para poder realizarla; por lo que los psicólogos clínicos con base en su experiencia vivencial dentro de las instituciones, se han dado a la tarea de implantar programas de atención y de prevención a los asistentes a dichas instituciones siendo muy pocos los que son evaluados.

De esta manera, se ha dado paso a la creación de programas institucionales tanto preventivos como de tratamiento a los diversos problemas de salud; se ha observado que la información, las actitudes, los mitos, las fantasías, la cultura, etc., influyen en la población general para prevenir y tratar ciertos problemas de salud en diferentes áreas, tales como la sexualidad, desarrollo humano en relación con la edad, drogadicción, salud mental, etc., dichos programas tienen diversas bases teóricas y/o vivenciales, sobre las cuales se estructuran y se llevan a cabo, en algunos de ellos, principalmente en los enfocados al tratamiento, se ha hecho copartícipe no sólo a la gente afectada directamente, sino también a los que conviven con ella, como la familia, los maestros, compañeros de trabajo o estudios, etc. dependiendo de la situación que trate el programa institucional, sin embargo dichos programas deben ser adaptados a las características del grupo de personas a la que sea dirigido, utilizando los procedimientos que se permitan lograr los objetivos que en el programa se planteen, por lo qué se hace necesario evaluar los programas institucionales con la finalidad de comprobar si estos son efectivos en el cumplimiento de sus objetivos o en su caso, por medio de dichas evaluaciones conocer y analizar sus deficiencias, para superarlas y mejorar los programas, de tal manera que logren cubrir adecuadamente sus espectativas.

La evaluación de programas es una tecnología incipiente que se basa en parte, en el conocimiento y en la habilidad para utilizar los procedimientos de investigación. Sin embargo significa algo más que hacer investigación, puesto que implica tanto la recopilación de datos como las habilidades de juicio.

Evaluación e investigación son términos cuya distinción semántica es poco clara. Algunos escritores los emplean como si fueran sinónimos, otros hablan de la evaluación de la investigación, y los hay quienes incluyen la evaluación como una parte de la investigación.

El diccionario suele ser un buen punto de partida para obtener claridad semántica. Según el diccionario de la Real Academia, evaluación significa "estimar, apreciar el valor de las cosas no materiales". Proviene del verbo latino valere: ser fuerte o valioso. Esta definición contrasta con la de investigación: "indagación o examen cuidadoso, paciente, sistemático y diligente de algunos campos del conocimiento, que tienen por objeto establecer hechos o principios". Deriva de investigare, que significa búsqueda diligente. Las definiciones se distinguen tanto en la importancia que se concede a la apreciación como en las coordenadas de tiempo. Los juicios de valor son inherentes a la evaluación, no así a la investigación. Un investigador estudia las características de X sin inferir que X es bueno o malo, productivo o improductivo, eficiente o ineficiente. Otros podrán usar los descubrimientos de

él como fundamento para hacer esas afirmaciones e incluso él mismo puede hacerlas en otro momento, pero no pertenecen al proceso de investigación.

La formación de los psicólogos clínicos les permite ocuparse de las cuestiones de confidencialidad de la relación paciente-terapeuta, pero no está claro que esto pueda aplicarse a la evaluación de programas, en la cual el cliente es una institución pública o una corporación en lugar de un individuo.

La evaluación es una empresa bastante singular, aunque no necesariamente una actividad misteriosa que sólo unos cuantos pueden ejecutar. Más bien, es una actividad importante y común en la profesión psicológica.

La definición de evaluación de programas parece variar según la persona que la ofrezca. Craig la define como un actividad o series de actividades encaminadas a cambiar el estado social, psicológico, económico o educacional de un individuo o un grupo de individuos. Cualquiera que sea la índole o la amplitud del programa, su evaluación puede definirse en diversas formas:

1. La "evaluación de programas es la medición de las consecuencias deseables e indeseables de una acción ejecutada para facilitar la obtención de metas que estima el sujeto" (Riecken, 1972).
2. La "evaluación de programas designa el proceso de verificar las áreas de decisión, seleccionando para ello información apropiada y recopilándola y analizándola con objeto de comunicar un resumen de datos que ayude a los encargados de tomar decisiones a escoger entre las alternativas" (Alkin, 1972).
3. La evaluación de programas es "...la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las cuales no los alcanzó y la relación que hay entre los efectos del programa y una diversidad de variables y características del programa" (Perloff, Perloff y Sussana, 1976).

La conclusión general es la misma cualquiera que sea la definición: la evaluación de programas es un proceso de enjuiciar si un programa de actividades consiguió alcanzar las metas propuestas. El proceso consta de cuatro actividades fundamentales, que constituyen características esenciales del método científico.

1. Identificar las metas del programa.
2. Transformar las metas en variables observables.
3. Reunir los datos relativos a las variables identificadas.
4. Comprobar las metas con los datos recopilados, juzgando el éxito en la obtención de metas.

La evaluación de programas significa algo más que recopilar datos, tabular hechos y escribir un informe sucinto. Se da prioridad al juicio, a la

interpretación (evaluación) de datos concernientes a la operación eficaz y al valor de los resultados del programa.

La evaluación puede utilizarse para estimar las relaciones entre los objetivos del programa, las actividades y los resultados, pero también se le puede usar para fines menos nobles (Suchman, 1972). En primer lugar, puede servir para "adular" y hacer que el programa parezca "bueno". En éste caso, en el informe sólo se mencionan aquellos aspectos que reflejen la realización del programa o los logros sociales, mientras que se omite lo demás. Otro ejemplo de mal uso es el "encubrimiento", que intenta cubrir las deficiencias y fracasos evitando el examen crítico de las actividades y de los resultados. Se distrae la atención de los errores evidentes y se hace un análisis superficial de su funcionamiento. Un tercer tipo es el "submarino"; con él se pretende hundir el programa sin atender a su eficacia. Las consideraciones políticas reemplazan a los juicios objetivos de éxito o fracaso. El cuarto tipo es la evaluación "ficticia", que se limita a legitimar la operación de un programa. Su finalidad es hacer la evaluación sin analizar críticamente los resultados y sin emitir juicios sobre la eficacia del programa. El último tipo de manipulación designa el acto de posponer la modificación o extinción del programa, recurriendo por ello a una acción dilatoria de buscar los "hechos" que permitan tomar la decisión correcta. Lo que realmente se desea es perpetuar el programa con el pretexto de que se va a efectuar una valoración.

Siempre existe la posibilidad de que se haga mal uso de la evaluación. El evaluador puede evitarlas si no interviene directamente en su implantación como un observador imparcial y objetivo. Es decir, no debe tener nada que ganar o perder con la continuación o finalización de un programa. Por desgracia, tal objetividad no siempre puede lograrse.

La evaluación de los programas debe hacerse en la situación de interacción de las posibles unidades de organización, mientras las personas o los grupos que las forman cumplen con sus obligaciones.

Los valores del público desempeñan un papel esencial en la elaboración y en el funcionamiento del programa y, en consecuencia, en su evaluación. Los valores muestran resistencia al cambio. De ellos dependen los apoyos teóricos del programa y los objetivos. Una vez fijadas las condiciones del problema y la estrategia de políticas conforme a los valores del público, el patrocinador-iniciador los convierte en objetivos por medio de la teoría.

Cuando uno emplea la teoría (cuando sea posible) para convertir valores en objetivos, la redacción de objetivos se vuelve esencialmente un proceso de escribir definiciones operacionales de conceptos (o sea de variables). Es importante reconocer que la especificación operacional de los objetivos del

programa no es substitutivo de su evaluación; la mejor forma de concebir el programa es ver en él un juicio y un proceso de aprendizaje que permite comparar sus resultados y objetivos (Tuckman, 1972). Además un programa suele tener numerosos objetivos que emanan de diferentes maneras de definir un concepto particular.

Una vez identificados y definidos de modo operacional los objetivos del programa, el siguiente paso será elaborarlo. Para que un programa funcione, los que participan en él deben tener oportunidad de dar sus puntos de vista en la etapa de elaboración. Más de un programa ha fracasado porque ni los individuos ni los grupos clave fueron incluídos en él.

Debe haber suficiente flexibilidad para adaptar actividades y ajustarlas a las circunstancias cambiantes en que opera el programa, y para substituír las que no responden a los objetivos por otras que sí lo hagan.

La operación del programa deberá evaluarse constantemente para facilitar su modificación y el cumplimiento de los objetivos.

La selección del lugar y de los participantes nace del deseo de generalizar las actividades y resultados del programa a otros sitios y a otros participantes. Para ello, la mejor estrategia consiste en especificar las poblaciones de participantes y lugares y hacer una selección aleatoria en estas poblaciones. Otras veces la selección se lleva a cabo mediante el proceso de políticas, el cual depende de muchos factores extraños. Cualquiera que sea el método, el procedimiento de selección determina el grado de las generalizaciones del programa.

Los últimos componentes de los conceptos teóricos que sustentan el proceso de evaluación de programas son los métodos que se emplean en la recopilación y en el análisis de datos. Esos métodos dependen en parte de la selección del lugar y de los participantes. Se aplican diversos métodos tales como la observación naturalista, encuestas, cuestionarios, etc..

El método apropiado para la evaluación de un programa depende de las circunstancias en que se implanta éste. Por ejemplo, si los participantes no fueron seleccionados aleatoriamente, un diseño cuasiexperimental de grupos de control no equivalentes será más idóneo que un diseño de grupo aleatorizados. Algunos argumentan que el diseño ideal de evaluación es el experimento controlado (Rosi, 1972); sin embargo, muchas veces no es posible realizarlo. La mejor estrategia consiste en reunir con una técnica apropiada el mayor número de datos sobre el tema.

Los procedimientos evaluativos para un programa (según Wortman, 1975) son los siguientes:

1) Validez de las conclusiones: Designa un conjunto de preocupaciones asociadas con la elección de los procedimientos de recopilación de datos y análisis adecuados a las circunstancias del programa. Por ejemplo; el evaluador debe cerciorarse de que los cuestionarios fueron escritos a un nivel de comprensión correspondiente a la habilidad de lectura de los participantes. Además el análisis estadístico debe ser apropiado al nivel de medición y a las características del diseño. En síntesis, lo que se busca es usar buenas técnicas de recabación de datos y procedimientos adecuados de análisis estadístico.

2) Validez externa: En la evaluación de programas, éste tipo de validez indica la capacidad de generalizar los resultados. Una de las metas de cualquier programa es la posibilidad de generalizar las actividades y los resultados a otros participantes en otras situaciones. Así pues, el interés por la validez externa refleja el deseo de operar un programa de tal manera que sea posible pasar "...de hechos particulares a conclusiones generales" (Neale y Liebert, 1973). La selección del lugar y de los participantes, por tanto, se encuentra asociado principalmente con la validez externa.

3) Evaluación formativa: Se relaciona con la fase de operación del programa y, en consecuencia, "...con el proceso de formulación de tratamiento..." (Wortman,1975), se refiere a una continua retroalimentación durante la operación del programa, de manera que las actividades puedan planearse y modificarse para lograr los objetivos globales.

4) Validez interna: La valoración de la validez interna (en contraste con la validez externa) denota el proceso de estimar la etapa de elaboración del programa. En concreto, la validez interna es un intento por cerciorarse de que "...el efecto obtenido puede atribuírse con seguridad a la variable independiente que fué manipulada ..." (Neale y Liebert, 1973).

Si antes de implantar el programa se elimina cualquier posible confusión, se evitará un innecesario desperdicio de recursos.

Entre las fuentes comunes de confusión y, por tanto, entre las amenazas contra la validez interna (Campbell y Stanley, 1963) figuran las siguientes: maduración de los participantes, su "mortalidad" (es decir, aquellos que abandonan el programa por cualquier razón), selección de los participantes, experiencias históricas concomitantes, efectos de la práctica, cambios de las técnicas y dispositivos de medición, y la regresión estadística en los casos en que la selección se base en puntuaciones extremas.

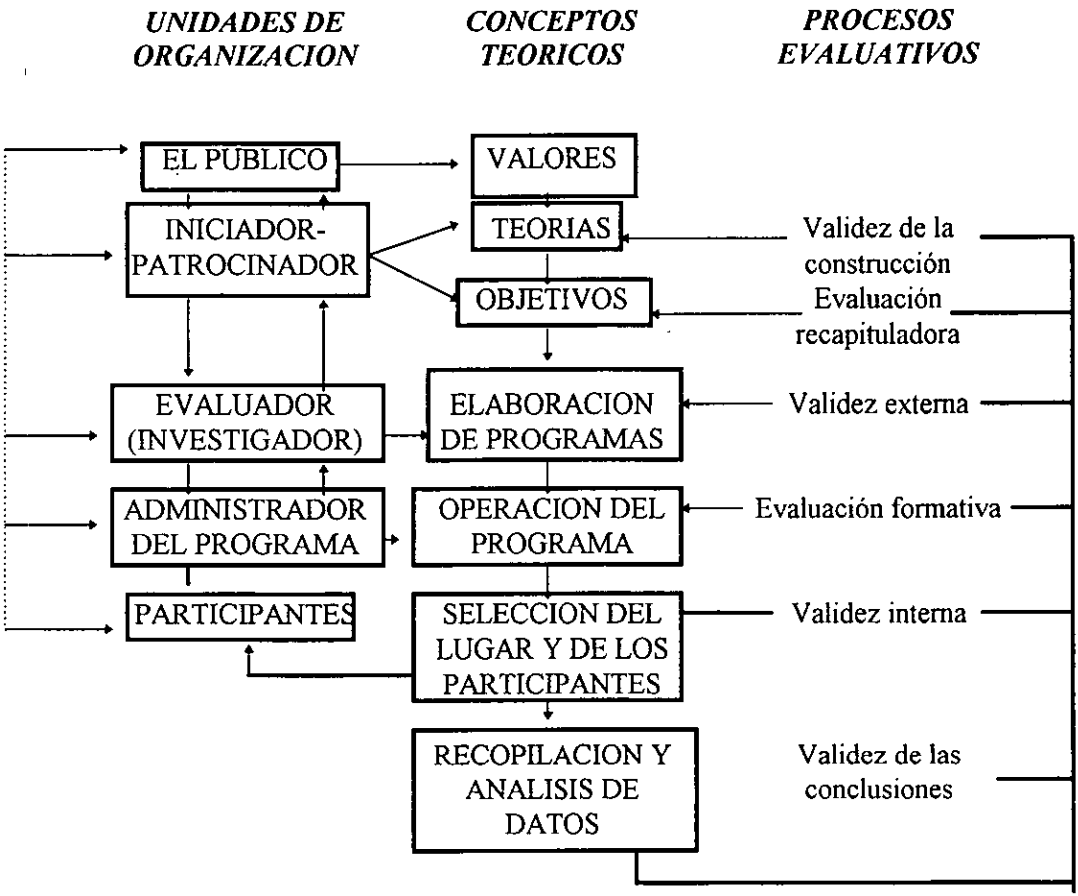
En resumen, lo que se desea es determinar si entre actividades y resultados existe o no una relación excenta de confusión y, si no es así, que debería de cambiarse antes de poner en marcha el programa.

5) Evaluación recapituladora: Designa las tentativas para estimar la eficacia con que un programa alcanzó sus objetivos o metas. El juicio sobre la obtención de éstos se acompaña de la valoración sobre si poseen significado y valor. El fundamento de la evaluación recapituladora es el juicio que el evaluador realiza basándose en los datos disponibles.

En ésta etapa se supone que el programa fué implantado bien y la atención se enfoca sobre un juicio de la consecución de objetivos y conveniencia. Desde luego, los juicios del evaluador pueden resultar impopulares, especialmente si recomiendan desehechar el programa, reformular, por completo las actividades, o si se considera que los objetivos carecen de sentido.

De lo anterior se deduce que esta evolución se relaciona directamente con el programa. (cuadro 1)

En el siguiente cuadro se muestran los factores que integran la evaluación de un programa; y que quedan descritos con anterioridad:



* Las líneas punteadas de interacción no figuran en el modelo original de Wortman.

◆ *Modelo de evaluación de Wortman (1975). Según Wortman, P. Evaluation research: A Psychological perspective. American Psychologist, 1975, 30, 565. Copyright 1975 por la American Psychological Association.*

De acuerdo al marco teórico presentado anteriormente se dice que el beneficiado con la evaluación de un programa es siempre una institución pública o empresa. En la presente investigación la institución favorecida es el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud, en donde el programa evaluado fue llamado "Visita de Puertas Abiertas"; dicha evaluación entra en la definición de Perloff, Perloff y Sussana, 1976, en donde menciona que una evaluación es "...la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las cuales no los alcanzó y la relación que hay entre los efectos del programa y una diversidad de variables y características del programa". Esto debido a que la evaluación del programa de "Visita de Puertas Abiertas" se está realizando como un medio para comprobar si éste, cumple con tres de sus objetivos principales, que son:

1) Desmitificar todo lo que se viene diciendo de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento.

2) Disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital.

3) Reducir los niveles de ansiedad en los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

Siendo de ésta manera, un proceso en el cual se enjuicia si éste programa está consiguiendo sus metas propuestas. Cabe señalar que la evaluación del programa, nació del deseo de conocer su eficacia y sus deficiencias con el fin de ponerlas a la luz y proponer con base en los resultados, cambios o la propagación del programa a otros hospitales, aunque se sabe de antemano de acuerdo a la teoría, que la selección aleatoria de los sujetos es una buena estrategia para evaluar un programa, en éste caso se delimitaron algunas características de la población debido a que se requería tomar en cuenta ciertos aspectos o capacidades para contestar los instrumentos utilizados para realizar la evaluación; tomando en cuenta que la teoría indica que las palabras utilizadas en los inventarios y cuestionarios aplicados en la evaluación de un programa deben ser entendidas por toda la población, es necesario indicar que para lograr ésto, se realizó un piloteo para comprobar si en realidad los miembros de la población comprendían los términos utilizados en los instrumentos, haciendo necesario cambiar algunos de ellos antes de la aplicación. Es adecuado mencionar también que para lograr un mayor control en los resultados de la evaluación del programa, se trabajó con un grupo experimental y un grupo control, como lo recomienda la teoría en el caso de los diseños cuasi-experimentales, así mismo se hizo una aplicación pre-post en cada grupo, ésto con el fin de lograr un mayor control sobre la validez interna.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Por medio de una revisión bibliografica, se encontró que se han realizado pocas evaluaciones de programas, incluso estas han sido ubicadas solamente en trabajos de tesis. De las evaluaciones encontradas se excluyerón aquellas cuyos programas evaluados se enfocan más a temas reeducativos y de información, y solo se tomarón en cuenta a aquellas en que la temática es más terapeútica, ya que se cree que son más afines a la presente investigación; a continuación se hace una presentación de las mismas:

Alma Luz Garcia Vega inicia en el año de 1992 un estudio titulado: Evaluación del programa "Orientación a familiares" impartido en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Debido a que la participación de la familia juega un papel importante en la recuperación del paciente que padece de una enfermedad mental, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" se creó en 1988, el programa "Orientación a Familiares". Entre sus objetivos están los de lograr una alianza terapeútica familia-institución y modificar las actitudes de los familiares que provocan el deterioro a su paciente.

Esta investigación iniciada a 4 años de haber sido creado dicho programa, planteó la necesidad de saber si realmente el programa cumple con los objetivos descritos, y también verificar si modifica la cohesión y adaptabilidad de la familia del paciente atendido en dicho hospital.

Por esta razón, en este trabajo se revisaron las características de la familia, y se consideró a ésta como un sistema cerrado, en el que no se permiten cambios.

Una vez vistas estas características, se trabajó con dos conceptos que, teorizados, forman un modelo de funcionamiento familiar; dichos conceptos son cohesión y adaptabilidad familiar.

En esta investigación que evaluó el programa de Orientación a Familiares de dicho hospital, se utilizarón ciertos instrumentos, estos fuerón: un cuestionario que fue elaborado conforme a los objetivos del programa y que evalúa esos objetivos y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II, para medir la cohesión y adaptabilidad familiar.

Se trabajó con un total de 17 individuos familiares de pacientes hospitalizados en el 4o. piso, sección hombres. Se formó un grupo experimental constituido por 11 individuos, cuyos integrantes asistieron al programa. A estas personas se les aplicó un pre-test (con los instrumentos mencionados) antes de asistir a su primera plática de orientación; posteriormente, se les aplicó un post-test, cuando dejarón de asistir a las mismas.

Se formó un grupo control, que estuvó conformado por 6 individuos familiares que no asistieron al programa; a este grupo también se les aplico un

pre-test, en cuanto se detectó que no acudían a las pláticas, y un post-test al ser dado de alta su paciente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación se concluyó lo siguiente:

Se observó la falta de ligas emocionales entre los integrantes de la familia y el paciente, es decir, no existe cohesión familiar, siendo un tipo de familia desintegrada que de acuerdo con la hipótesis de Olson (1979), es problemática.

Por otro lado, se observa un nivel de adaptabilidad rígido, por lo que estas familias tienden a mantenerse en su status, ya que es un sistema familiar con patrones de resistencia al cambio.

Con estos niveles de cohesión y adaptabilidad, tenemos un tipo de familia Desintegrada-Rigida, en la que existen ligas emocionales débiles entre sus miembros; de igual forma no cuentan con la habilidad de modificar su estructura en relación a la respuesta al estrés que produce la enfermedad de uno de sus miembros.

De acuerdo con estos resultados, se habla de familias que tienen como característica por lo menos un enfermo mental crónico, avalando de esta forma la teoría de Robles de Fabre (1987): "Para hacer frente a la enfermedad se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una necesidad del sistema familiar".

Tomando en cuenta las características antes mencionadas, se concluye entonces que el programa de "Orientación a Familiares" no tiene el alcance suficiente para modificar los niveles desintegrados de cohesión y rigidez de adaptabilidad, característicos de estas familias. Esto es, el programa sólo cuenta con un reducido número de pláticas de tipo informativo, las cuales no tienen la capacidad de modificar dichas características.

Por lo tanto, si se habla de familias que obtienen ganacias secundarias (equilibrio familiar) al mantener a un paciente identificado como enfermo con la asunción de este rol, dicho sistema familiar no permite tener adherencia al tratamiento, por lo tanto no existe asistencia constante a las pláticas de orientación y es por esta razón que el programa no cumple con sus objetivos; esto es, si hubiera constancia en la asistencia a las pláticas estos objetivos podrían cumplirse.

Debido a que en esta investigación se pudieron observar algunos problemas para que el programa de "Orientación a Familiares" cumpla con sus

objetivos, se sugirierón los siguientes puntos para lograr un mejor funcionamiento del mismo:

1.-Manejar niveles diferentes para familiares con pacientes que se internan reiteradamente (por ejemplo: Nivel A: pacientes internados por primera vez; Nivel B: pacientes internados por segunda vez; y Nivel C: pacientes internados más de dos veces u otros miembros de la familia que también requieran tratamiento).

2.-Estructurar el contenido de las pláticas para cada uno de los niveles, para que, independientemente de quién exponga el tema, siempre sea el mismo contenido.

3.-Actualizar o adecuar, con base en la experiencia, la estructura y el contenido de los niveles del programa.

4.-Canalizar a los familiares que ya hayan concluido el ciclo de pláticas a consulta externa, en donde se maneja un nivel reflexivo de orientación a familiares.

5.-Estructurar un programa para fin de semana en el cual los familiares que no pueden asistir entre semana o son del interior de la república, tengan la orientación familiar.

6.-Extender el progama conjuntamente con Psiquiatría Comunitaría para llevar a cabo a las diferentes comunidades este tipo de orientación.

7.-Estructurar un programa de difusión para propiciar la asistencia de la familia.

8.-Entrenamiento humanistico al personal que imparte las pláticas, con el fin de que puedan apoyar y comprender realmente a la familia, tomando en cuenta su medio socio-económico en el que estan inmersos.

Otra investigación realizada en 1996, por Eduardo Garcia Silva, la cúal tituló: "Importancia de la Intervención Psicológica Sobre las Actitudes Hacia la Enfermedad Mental en Familiares de Pacientes Psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardinoa Alvarez")"; tuvó como finalidad analizar el papel de la intervención psicológica y orientación a familiares de pacientes psiquiátricos y de sus consecuencias tanto para el familiar como para el paciente. Fue motivado por la bibliografia que existe y por la propia observación del investigador en escenarios reales referente a que la emergencia de enfermedad mental en un miembro de la familia repercute en el resto de los integrantes ocasionando cambios en el sistema que influyen sobre la actitud de los miembros de dicha familia hacia el paciente identificado y en la interacción que se da entre ellos y que, a su vez, afecta directamente al paciente obstaculizando su recuperación e influyendo en la recaída, por lo que resulta importante tratar al familiar que se encuentra en esta situación (Minuchin, Ackerman). Se partió del supuesto hipotético de que los familiares de enfermos

mentales que acuden a intervención psicológica logran, con esto, una actitud de aceptación hacia su enfermo y mejoría en sus relaciones interpersonales con el mismo a diferencia de quienes no asisten a servicios psicológicos.

Otro motivo importante para llevar a cabo esta investigación es la escasa bibliografía que existe en torno a las actitudes de los familiares hacia sus pacientes identificados.

A pesar de que el trabajo con la familia desde el punto de vista psicológico y/o psiquiátrico es relativamente nuevo (Goldman 1990), ofrece una alternativa de tratamiento terapeútico ante las no siempre adecuadas -para el caso- farmacoterapia o terapia psicoanalítica.

Así pues, se plantea la creación de grupos de orientación como una forma de incidir sobre esta problemática. Ahora, en este programa, la orientación es concebida como un proceso de aprendizaje en el que aparecen tres elementos: información, afecto y producción; tres conceptos que se presentan cuando se alude al cambio de actitudes.

Según el mismo programa los objetivos especificos que se plantean son los siguientes:

1.-Informar a los familiares acerca de aspectos relacionados con la enfermedad mental.

2.-Propiciar el interés de los familiares en el proceso de reincorporación del paciente al medio familiar.

3.-Crear espacios grupales para que los familiares reflexionen sobre su papel en la problemática del paciente psiquiátrico, así como en las propuestas para su posible incorporación en la búsqueda y ejecución de soluciones.

4.-Estimular a los familiares en la identificación de problemas específicos y en la búsqueda de soluciones, modificando patrones de conducta y actitud ante el enfermo mental.

Para esta investigación se trabajó en el servicio de consulta externa de dicho hospital, con un grupo de 15 sujetos que tenían un familiar con enfermedad mental que era atendido en la misma institución como un grupo experimental en sesiones que duraron una hora y media con frecuencia de una sesión por semana y teniendo por lo menos seis sesiones. Como grupo control se contó con el mismo número de sujetos que tenían un familiar con enfermedad mental y que, sólo tenían una sesión de psicología en consulta externa.

La intervención consistió en una orientación psicológica que ya previamente se ha estructurado en un programa del departamento de psicología del hospital y la cual se ha llevado desde hace siete años en la misma institución.

Se empleó para la evaluación un estudio transversal aplicando un test al grupo con una sesión (control) y otro al grupo de reflexión (experimental) en donde por lo menos los sujetos tenían siete sesiones. En esta evaluación se aplicó la Escala Hacia la Enfermedad Mental de Stefani (1973). Como resultados de este estudio se observó una mayor incidencia en la esquizofrenia y en el transtorno orgánico mental y del comportamiento, estos incluyen sintomatología de orden psicótico. Los otros transtornos, aunque de menor incidencia, no dejan de hablar de esos síntomas psicóticos que, finalmente, son comunes a todos los transtornos, con excepción de la alucinación que no se presentó en un paciente con diagnóstico de transtorno de ansiedad generalizada.

La mayoría de los familiares que acuden al hospital en compañia del paciente son madres del mismo, en menor proporción son padres y hermanos y en una mínima hijos, cónyuge y tíos.

La mayoría de los pacientes identificados son jovenes y también solteros. Esto mantiene relación con el hecho de que la mayoría de los familiares hayan sido madres y la minoría cónyuges de los pacientes.

La correlación de la actitud hacia la enfermedad mental entre los grupos no mostró una diferencia estadisticamente significativa, sin embargo, cualitativamente es muy significativo que en el grupo de reflexión la actitud hacia la enfermedad mental tienda a ser más neutra que favorable y en el grupo de información, valga decir con los sujetos que no tienen intervención psicológica la actitud tienda a ser mayoritariamente favorable, pues estos resultados estan en franca oposición a lo que se esperaba encontrar con base a las hipótesis, a saber, que con la intervención "mejoraría" la actitud de los sujetos de neutra a favorable o desfavorable a neutra, pues, se suponía que la sensibilización, la información y la reflexión en grupo favorecería que los sujetos superaran prejuicios existentes en ellos en torno a la enfermedad mental y entonces lograran aceptar más a su paciente identificado en tanto no lo estigmatizaran más como "loco". Ahora bien, el hecho de que haya sucedido justamente lo contrario no indica que la intervención sea contraproducente o que degenere en una especie de iatrogenia, sino que una actitud más de tipo neutro parece indicar una mayor objetividad del sujeto con respecto a la situación que esta viviendo en casa con un enfermo mental.

Por su parte, los sujetos que no tuvieron intervención, al mostrar una actitud en su gran mayoría favorable, sugiere que la ejecución del inventario se realizó con otro tipo de factores, a saber, la no formación reactiva, donde el sujeto se muestra benévolo, comprensivo y tolerante para con su paciente

identificado encubriendo así o negando la hostilidad y la irritabilidad que le causa la interacción con el mismo.

Es importante señalar que en las madres apareció una actitud proporcionalmente distribuida, es decir, igual número de madres aparece una actitud favorable que neutra, en cambio en los hermanos se observó únicamente una actitud neutra, por lo que se ratificó que son las madres quienes tienen mayor contacto con el paciente identificado y mayor interes en el tratamiento.

Finalmente el trabajo realizado por E. Garcia Silva deja como sugerencias las siguientes:

1.-Realizar más investigaciones en torno al tema con el objetivo de obtener más datos y se pueda entonces contar con un patrón informativo que guíe las ulteriores intervenciones institucionales en busca de una mejor atención a los familiares de los pacientes psiquiátricos.

2.-Realizar una investigación que de cuenta de la relación que puede existir entre el cambio de actitud hacia la enfermedad mental en el familiar y su paciente identificado y observar entonces si este cambio de actitud produce también un cambio en la interacción familiar, donde se encuentre inmerso el paciente identificado, por ende, un cambio interaccional familiar-paciente y ver, además, si este cambio de actitud no solo produce cambios en el familiar que asiste al grupo dejando de lado a la familia.

3.-Dar un mayor impulso a este tipo de intervenciones en grupo.

4.-En cuanto al grupo de primer nivel, se suguiere implementar alguna dinámica que pudiese dar mayor motivación al familiar para continuar con la intervención, por que, en todo individuo que inicia un tratamiento psicoterapéutico se presentan resistencias al mismo además de ser característico de todo grupo (o del sujeto que se inicia en grupo ya conformado), que demore en aparecer el sentido de cohesión y adherencia al mismo grupo por la misma resistencia.

Una vez dada la revisión de algunas investigaciones que evaluarón programas institucionales, se puede observar que la evaluación de este tipo de programas es de suma importancia para su modificación y/o extensión, ya que no se puede saber la influencia de estos sobre la gente si no se lleva a cabo una revisión desde la linea teórica en la que se basan, su estructura y los resultados que se obtengan de ellos.

Las investigaciones anteriormente presentadas tienen que ver de manera directa con la atención del paciente psiquiátrico en conjunción con la familia como parte del tratamiento, así mismo se observa que las actitudes hacia la enfermedad mental en cada individuo van a estar dictadas por medio de la cultura y la sociedad, tomando en cuenta que la actitud "indica una disposición

compleja, adquirida, de relativa duración, a comportarse de un modo determinado. Designa un modo de ser enraizado en las capas profundas de la persona que influye decisivamente en las relaciones con ciertos objetos, convicciones sentimentales, prejuicios y opiniones son expresiones de esta modalidad anímica"(Dorsch 1985). Tomandolo desde el punto de vista de la salud mental, las actitudes hacia el enfermo y de la institución donde se le es tratado, van a estar fundadas en los mitos y fantasías que la misma cultura y la misma sociedad imponen, y esto en ocasiones puede ser contraproducente hasta para la familia, ya que como se vió anteriormente, esta en juego la cohesión y adaptabilidad familiar, provocando con esto un ambiente de tensión, estrés y ansiedad, dificultando así la salud del enfermo identificado y de la familia misma.

Tomando en cuenta lo anterior, el programa de "Visita de Puertas Abiertas" del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", se enfatiza en todas estas cuestiones y por eso se creyó indispensable su evaluación para tratar hacer de él, un programa lo más eficiente posible.

CAPITULO 4

METODO

OBJETIVO

Evaluar el llamado programa "Visita de Puertas Abiertas" del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" con base en tres de sus objetivos, los cuales son: a)Desmitificar todo aquello que se viene diciendo de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento; b)Disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital y c)Reducir los niveles de ansiedad en los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El hecho de tener un paciente psiquiátrico en la familia, que requiera ser internado en un hospital psiquiátrico, genera en este núcleo una serie de sentimientos encontrados y amenazas en su integridad física, emocional y social, lo cual provoca que quienes están a su alrededor reaccionen con manifestaciones de ansiedad y comiencen a crear y creer en los mitos y fantasías que se tienen acerca de estas enfermedades, su tratamiento y sobre los lugares donde son tratados este tipo de pacientes. Por tal motivo se creo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el programa de "Visita de Puertas Abiertas", que pretende disminuir estos sentimientos de ansiedad y estas ideas míticas y fantasiosas; por lo tanto el objeto del presente estudio se basa en la necesidad de verificar si dicho programa cumple con estos objetivos.

La evaluación de estos objetivos del programa, tiene como fin la difusión del mismo en otras instituciones psiquiátricas, pues es importante la integración de la familia al tratamiento del paciente dentro y fuera del hospital. Por lo tanto, la pregunta de investigación es:

¿Es posible que disminuyan la ansiedad, los mitos y las fantasías que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta, en los familiares de los pacientes psiquiátricos por medio del programa de "Visita de Puertas Abiertas"?.

HIPOTESIS DE TRABAJO

De cumplir eficientemente sus objetivos el programa de "Visita de Puertas Abiertas", logrará disminuir en los familiares que acuden al mismo: las fantasías de daño y prisión que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos; los mitos que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta; y los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado provocado por la asistencia a un hospital psiquiátrico y el contacto directo con la enfermedad mental.

HIPOTESIS ESTADISTICAS

H0.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las fantasías de daño y prisión que los familiares tienen acerca del hospital, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.
H1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las fantasías de daño y prisión que los familiares tienen acerca del hospital, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.

H0.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los mitos que se tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.
H1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los mitos que se tiene acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.

H0.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de Ansiedad-Rasgo que presentan los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.
H1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de Ansiedad-Rasgo que presentan los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.

H0.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de Ansiedad-Estado que presentan los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.
H1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de Ansiedad-Estado que presentan los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental, entre los familiares que acuden al programa de "Visita de Puertas Abiertas" y los que acuden a la "Visita Tradicional", después de haberse realizado la visita.

VARIABLES

VI: La asistencia del familiar al programa de "Visita de Puertas Abiertas", siendo esta la primera vez que tiene contacto con la enfermedad mental y con un hospital psiquiátrico.
VD1:Cambios en las fantasías de daño y prisión de los familiares acerca del hospital.
VD2:Cambios en los mitos que se tienen en cuanto a los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta.
VD3:Cambios en el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado provocado en los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

VI: La asistencia del familiar al programa de "Visita de Puertas Abiertas", siendo esta la primera vez que tiene contacto con la enfermedad mental y con un hospital psiquiátrico: Programa implementado en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" el cual tiene entre sus objetivos: A)Disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital; B)Desmitificar todo aquello que se viene diciendo de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento y C)Reducir los niveles de ansiedad en los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

VD1:Cambios en las fantasías de daño y prisión de los familiares acerca del hospital: Representación individual de los sucesos inexistentes que según se dan en los hospitales psiquiátricos.

VD2:Cambios en los mitos que se tienen en cuanto a los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta: La creencia popular de diversas situaciones ficticias de todo aquello que la misma sociedad dice acerca de la enfermos mentales y de los lugares donde son tratados estos.

VD3:Cambios en el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado provocado en los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental: Ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad y que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, profunda insatisfacción, incertidumbre, sentimiento de amenaza, aprensión, inquietud difusa, desconcierto y desintegración.
Ansiedad-Rasgo: Diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.
Ansiedad-Estado: Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VI: La asistencia del familiar al programa de "Visita de Puertas Abiertas", siendo esta la primera vez que tiene contacto con la enfermedad mental y con un hospital psiquiátrico: Programa que se lleva a cabo en el área de hospitalización continua del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" con los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

VD1:Cambios en las fantasías de daño y prisión de los familiares acerca del hospital: El aumento o disminución de las fantasías de daño y prisión, es determinada por el puntaje que obtuvo cada sujeto en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental" (Elaborado por los autores del presente estudio).

VD2:Cambios en los mitos que se tienen en cuanto a los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta: El aumento o disminución de los mitos que los familiares tienen acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y el tratamiento de esta, es determinada por el puntaje que obtuvo cada sujeto en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental" (Elaborado por los autores del presente estudio).

VD3:Cambios en el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado provocado en los familiares por su asistencia a un hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental: El aumento o disminución de los niveles de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, es determinado por los puntajes obtenidos del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

SUJETOS

En esta investigación se trabajó con familiares de pacientes hospitalizados en el 3er. piso (mujeres), 4o. piso (hombres) y 7o. piso (mujeres y hombres), que asistieron a la "Visita de Puertas Abiertas", siendo esta la primera vez que acudían a un hospital psiquiátrico y que tenían contacto con la enfermedad mental, formando así el grupo experimental compuesto por 30 sujetos, estos mismos parámetros se utilizaron para trabajar con familiares de pacientes que acudieron a la "Visita Tradicional", quienes formaron el grupo control.

Para formar ambos grupos, los sujetos debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, que supieran leer y escribir, que vivieran y fueran familiares del paciente y que fuera la primera vez que acudían a un hospital psiquiátrico; esto con la finalidad de homogeneizar la población y debido a las características requeridas para la aplicación de los instrumentos. (Cuestionario de Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental e IDARE).

TECNICA DE MUESTREO

Por las características requeridas de la investigación el tipo de muestreo es por cuota (30 sujetos por grupo), ya que para formar el grupo experimental, se tomaron familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados del 3er. piso (mujeres), 4° piso (hombres) y 7o. piso (mujeres y hombres) que acudieron por primera vez al programa de "Visita de Puertas Abiertas", de dicha institución, siendo también la primera ocasión que tenían contacto con un hospital psiquiátrico y con la enfermedad mental, así mismo se formó el grupo control con aquellos familiares que acudieron a la "Visita Tradicional", y cuyas características fueron iguales a las del grupo experimental.

MUESTRA

Para el presente estudio se tomo una muestra de 30 familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados que acudieron a la "Visita Tradicional", los cuales formaron el Grupo Control y 30 familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados que acudieron al programa de "Visita de Puertas Abiertas", quienes integraron el Grupo Experimental.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio, es una investigación evaluativa, considerándose además de tipo exploratoria, ya que pretendía conocer y evaluar si el programa de "Visita de Puertas Abiertas": a) rompe con las fantasías de daño y prisión que tienen los familiares acerca del hospital psiquiátrico, b) reduce los mitos que los familiares tienen acerca de la enfermedad mental, los hospitales psiquiatricos y el tratamiento de esta, y c) reduce los niveles de ansiedad de los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

Se puede considerar también un estudio de campo, ya que se realizó en el área de hospitalización continua del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

DISEÑO

El diseño utilizado se considera un diseño cuasi-experimental, por no controlar las variables extrañas y afectar la validez interna. Así mismo se puede considerar un diseño de dos grupos independientes (control y experimental) con pre y post prueba, con la variante de que el grupo control se evaluó a través de la "Visita Tradicional" y el grupo experimental se sometió a la "Visita de Puertas Abiertas"; esto con la finalidad de prevenir la influencia de variables extrañas que afecten la validez interna.

INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES

Se aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), debido a su gran confiabilidad y validez; este inventario fue iniciado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en el otoño de 1964 en la Universidad de Vanderbilt creando un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en adultos normales. En 1967 estas actividades continuaron en la Universidad estatal de Florida y las metas fueron ampliadas tanto para propósitos clínicos como de investigación, para incluir su utilización en individuos emocionalmente perturbados.

Además se elaboró un cuestionario, el cual evalúa mitos y fantasías acerca de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental, el tratamiento de esta y el trato que reciben los pacientes en este tipo de instituciones; este cuestionario se realizó en base a una bibliografía revisada sobre la historia de la enfermedad mental, con la finalidad de obtener información sobre las diferentes creencias de este tipo de padecimientos así como de los tratamientos utilizados a lo largo de la historia del hombre, así mismo se tomaron en cuenta, para dicho fin, las crónicas realizadas durante el programa de "Visita de Puertas Abiertas", en las que se registran las inquietudes, dudas, creencias y sentimientos que los familiares expresan por tener un contacto más directo con la enfermedad mental; la validación de dicho cuestionario se obtuvo por medio de la técnica interjueces, los jueces con los que se trabajó, fueron seis Psicólogos adscritos del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y seis Psicólogos docentes del área clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PROCEDIMIENTO

Se elaboró un cuestionario con la finalidad de evaluar los mitos y fantasías acerca de la enfermedad mental de los hospitales psiquiátricos, del tratamiento de está y del trato que reciben los pacientes en estos hospitales; dicho cuestionario se validó y confiabilizó por medio de la técnica de interjueces en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", con la colaboración de seis Psicólogos adscritos de esta institución que trabajan con el programa de "Visita de Puertas Abiertas" y con seis Psicólogos docentes del área clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una vez establecido el cuestionario, se trabajó con 30 familiares de pacientes internados en el 3er. piso (mujeres), 4o. piso (hombres) y 7o. piso (mujeres y hombres), con la finalidad de homogeneizar la muestra, los cuales acudieron al programa de "Visita de Puertas Abiertas", siendo esta su primera vez que tenían contacto con un hospital psiquiátrico y con la enfermedad mental; a estos se les aplicó además del Cuestionario de Mitos y Fantasías Hacía la Enfermedad Mental, el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), de Charles Spielberger; se trabajó de la misma forma con 30 familiares de pacientes psiquiátricos de estos pisos que acudieron solo a la "Visita Tradicional", quienes conformaron el grupo control.

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron analizados después de haber corrido la investigación a través de la técnica estadística de T-Studens por tratarse de dos grupos relacionados y de dos grupos independientes con pre y post prueba.

CAPITULO 5

RESULTADOS

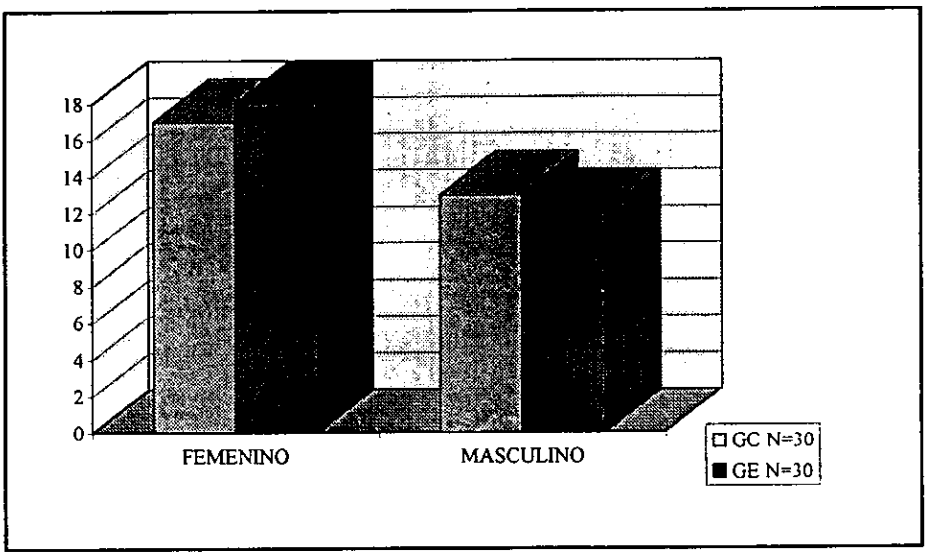
COMPARACION DE GRUPOS

TABLA 1

SEXO	FEMENINO	MASCULINO
GC N=30	17	13
GE N=30	18	12

En la presenta tabla se observan las frecuencias de los sexos correspondientes a cada grupo.

GRAFICA 1



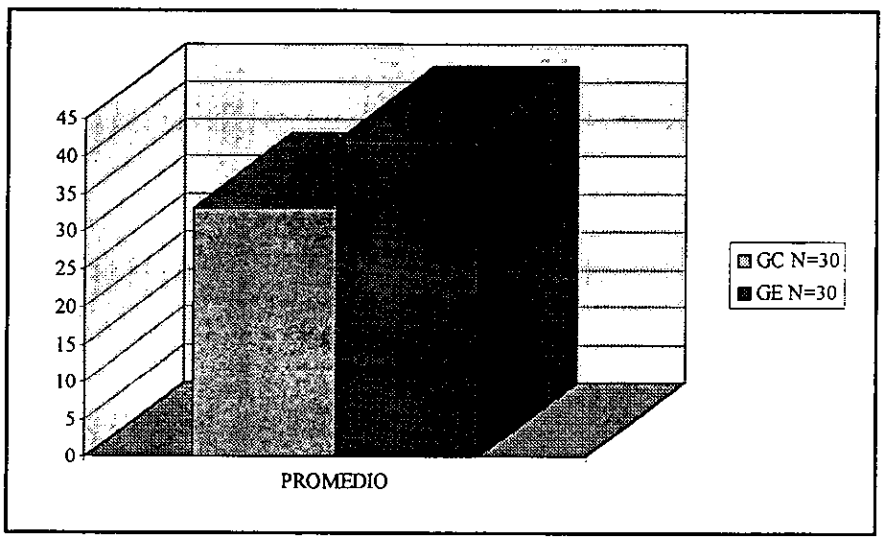
Esta gráfica muestra las frecuencias de cada sexo de los familiares pertenecientes al Grupo Control (Visita Tradicional) y al Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

TABLA 2

EDAD	PROMEDIO
GC N=30	33.13
GE N=30	42.1

En esta tabla se presenta la edad promedio del Grupo Control (Visita Tradicional) y del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

GRAFICA 2



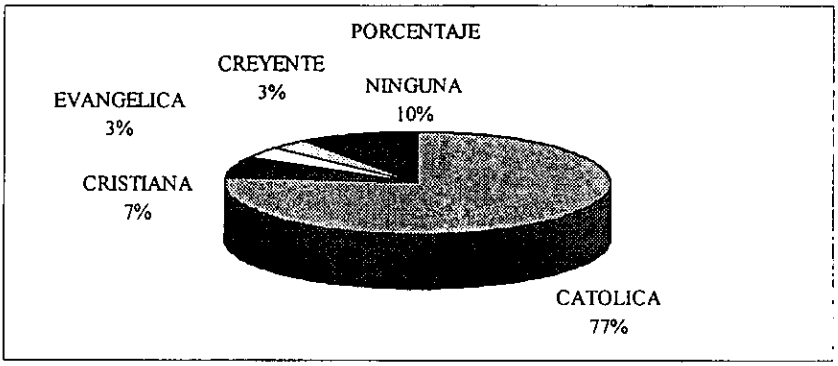
Esta gráfica muestra el promedio de edad de los familiares que integraron el Grupo Control (Visita Tradicional) así como de los que integraron el Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

TABLA 3

RELIGION GC	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CATOLICA	76.7	23
CRISTIANA	6.7	2
EVANGELICA	3.3	1
CREYENTE	3.3	1
NINGUNA	10	3
N=30		

En la presente tabla se observan las religiones en porcentaje y frecuencia de los familiares que integraron el Grupo Control (Visita Tradicional).

GRAFICA 3



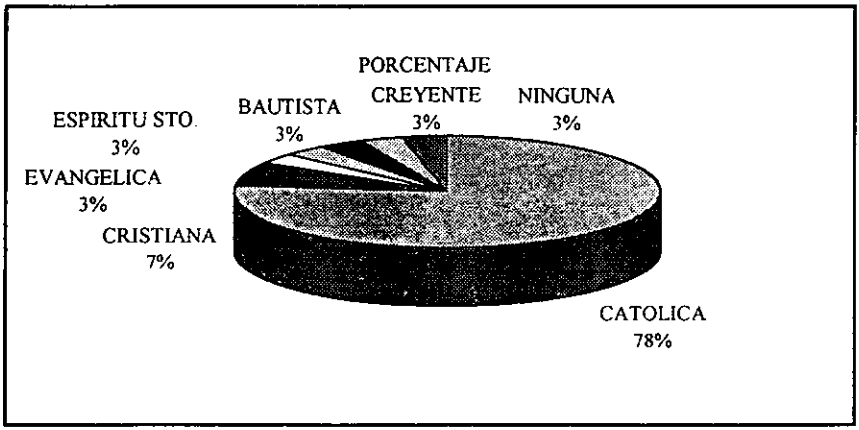
En esta gráfica se observa la distribución de la religión de los familiares que integraron el Grupo Control (Visita Tradicional).

TABLA 4

RELIGION GE	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CATOLICA	76.7	23
CRISTIANA	6.7	2
EVANGELICA	3.3	1
ESPIRITU STO.	3.3	1
BAUTISTA	3.3	1
CREYENTE	3.3	1
NINGUNA	3.3	1
N=30		

En esta tabla se aprecian las diferentes religiones en porcentaje y frecuencia de los miembros del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

GRAFICA 4



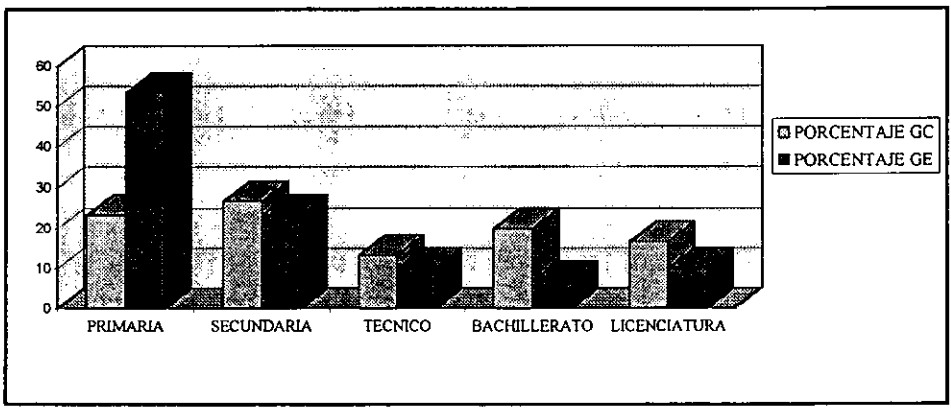
En esta gráfica se observa la distribución de los familiares que formaron el Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

TABLA 5

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE GC	PORCENTAJE GE	FRECUENCIA GC	FRECUENCIA GE
PRIMARIA	23.3	53.3	7	16
SECUNDARIA	26.7	23.3	8	7
TECNICO	13.3	10	4	3
BACHILLERATO	20	6.7	6	2
LICENCIATURA	16.7	10	5	2
			N=30	N=30

En la presente tabla se muestran los porcentajes y frecuencias de los integrantes del Grupo Control (Visita Tradicional) y del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) según su escolaridad.

GRAFICA 5



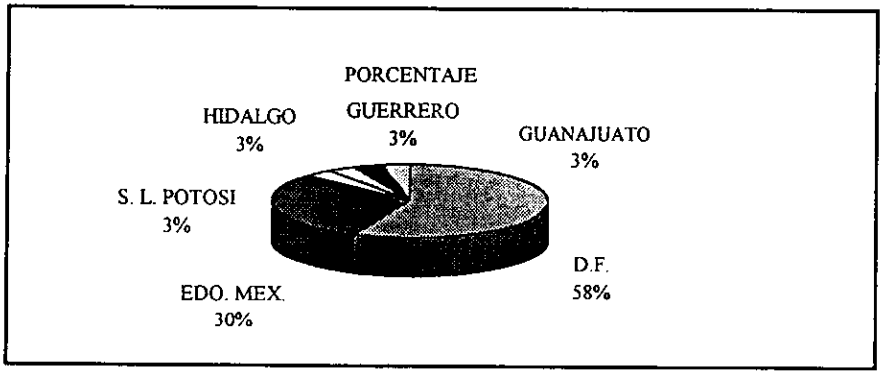
Esta gráfica muestra la distribución de los porcentajes de cada grupo según su escolaridad.

TABLA 6

RESIDENCIA GC	PORCENTAJE	FRECUENCIA
D.F.	56.7	17
EDO. MEX.	30	9
S. L. POTOSI	3.3	1
HIDALGO	3.3	1
GUERRERO	3.3	1
GUANAJUATO	3.3	1
N=30		

Esta tabla muestra los lugares de origen en porcentaje y frecuencia de los integrantes del Grupo Control (Visita Tradicional).

GRAFICA 6



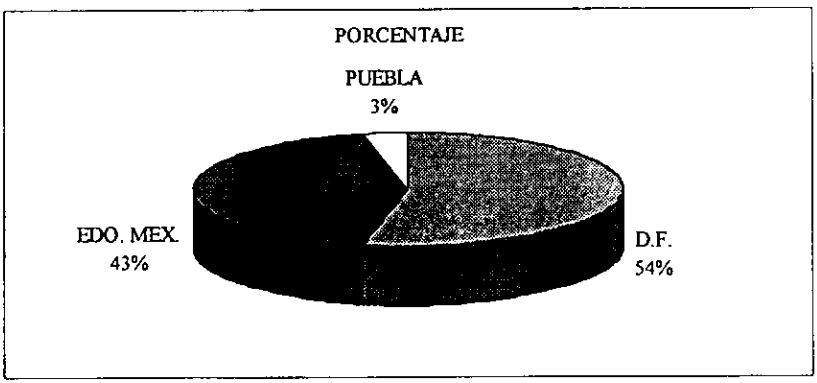
Esta gráfica muestra la distribución de los porcentajes según la residencia de los familiares del Grupo Control (Visita Tradicional).

TABLA 7

RESIDENCIA GE	PORCENTAJE	FRECUENCIA
D.F.	53.3	16
EDO. MEX.	43.3	13
PUEBLA	3.3	1
N=30		

La presente tabla muestra los lugares de origen en porcentaje y frecuencia de los integrantes del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

GRAFICA 7



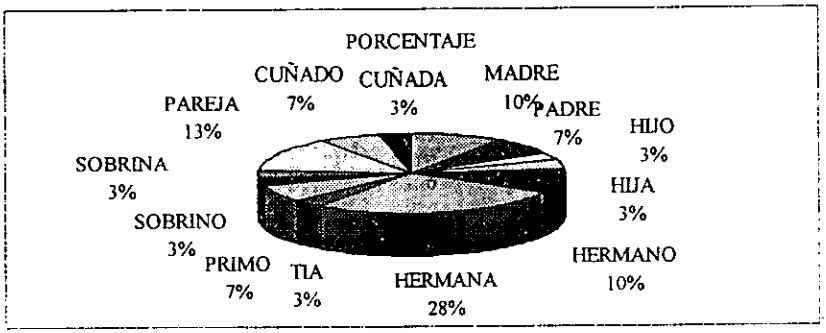
En esta gráfica se puede observar la distribución de los porcentajes según la residencia de los familiares que integraron el Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

TABLA 8

PARENTESCO GC	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MADRE	10	3
PADRE	6.7	2
HIJO	3.3	1
HIJA	3.3	1
HERMANO	10	3
HERMANA	26.7	8
TIA	3.3	1
PRIMO	6.7	2
SOBRINO	3.3	1
SOBRINA	3.3	1
PAREJA	13.4	4
CUÑADO	6.7	2
CUÑADA	3.3	1
N=30		

Tabla de porcentajes y frecuencias del parentesco que guardan los integrantes del Grupo Control (Visita Tradicional) con los pacientes.

GRAFICA 8



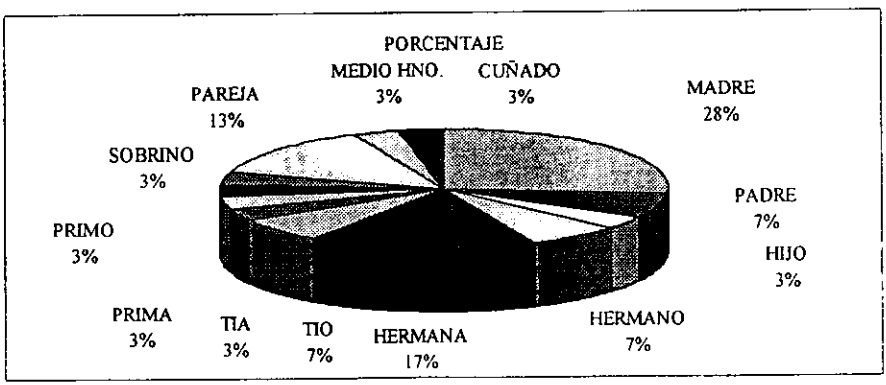
Gráfica de distribución del parentesco que tenían los familiares del Grupo Control (Visita Tradicional) con su paciente.

TABLA 9

PARENTESCO GE	PORCENTAJE	FRECUENCIA
MADRE	26.7	8
PADRE	6.7	2
HIJO	3.3	1
HERMANO	6.7	2
HERMANA	16.7	5
TIO	6.7	2
TIA	3.3	1
PRIMO	3.3	1
PRIMA	3.3	1
SOBRINO	3.3	1
PAREJA	13.4	4
MEDIO HNO.	3.3	1
CUÑADO	3.3	1
N=30		

Tabla de porcentajes y frecuencias del parentesco que tenian los integrantes del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) con sus pacientes.

GRAFICA 9



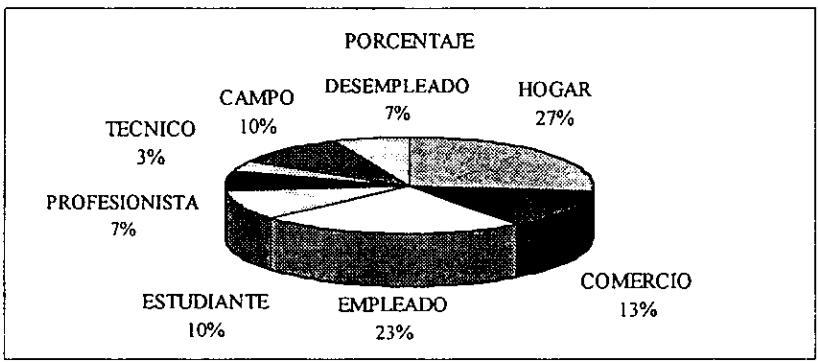
Gráfica de distribución del parentesco que tenian los familiares del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) con su paciente.

TABLA 10

OCUPACION GC	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HOGAR	26.7	8
COMERCIO	13.4	4
EMPLEADO	23.2	7
ESTUDIANTE	10	3
PROFESIONISTA	6.7	2
TECNICO	3.3	1
CAMPO	10	3
DESEMPLEADO	6.7	2
N=30		

Ocupación de los familiares del Grupo Control (Visita Tradicional) en porcentaje y frecuencia.

GRAFICA 10



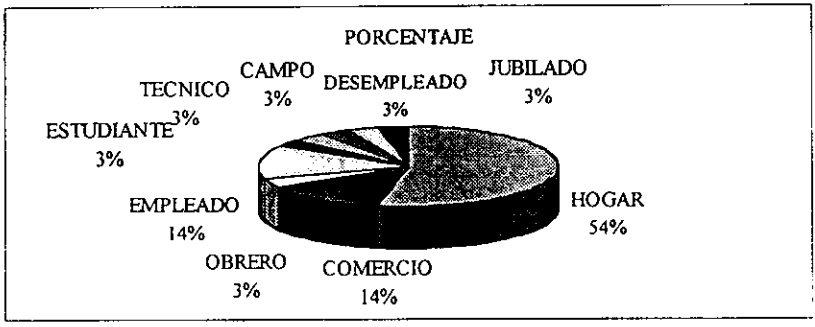
Esta gráfica muestra la distribución de la ocupación que tenian los integrantes del Grupo Control (Visita Tradicional).

TABLA 11

OCUPACION GE	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HOGAR	53.4	16
COMERCIO	13.4	4
OBRERO	3.3	1
EMPLEADO	13.4	4
ESTUDIANTE	3.3	1
TECNICO	3.3	1
CAMPO	3.3	1
DESEMPLEADO	3.3	1
JUBILADO	3.3	1
N=30		

Ocupación de los integrantes del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) en porcentajes y frecuencias.

GRAFICA 11



Esta gráfica muestra la distribución de la ocupación que tenían los integrantes del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas).

TABLA 12

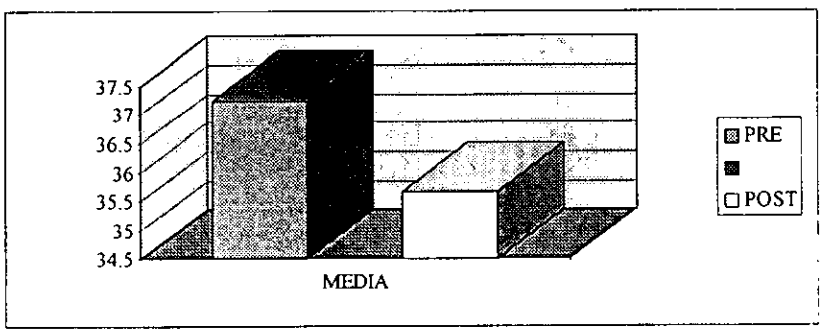
Tabla de comparación de pre y post prueba de los resultados obtenidos de Ansiedad-Rasgo en la prueba IDARE.

ANSRAS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES. EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	37.233	2.48	3.461	0.019	H0
POST	35.666				

Interpretación y conclusión estadísticas:

Como puede observarse en esta tabla, el valor de t es igual a 2.48 con una significancia (probabilidad asociada) de 0.019, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que si hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Ansiedad-Rasgo antes y después de la Visita Tradicional, en donde se observa que existe una disminución en el registro post.

GRAFICA 12



Gráfica comparativa de las medias obtenidas de Ansiedad-Rasgo en pre y post prueba del Grupo Control (Visita Tradicional) del IDARE.

TABLA 13

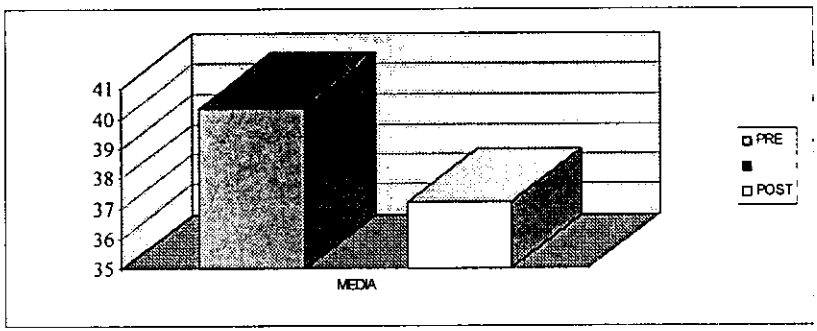
Tabla comparativa de pre y post prueba de los datos obtenidos de Ansiedad-Estado de la prueba IDARE.

ANSEST	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	40.333	2.27	7.555	0.031	H0
POST	37.2				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En esta tabla se observa un valor t igual a 2.27 con una significancia (probabilidad asociada) de 0.031, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se concluye que existen diferencias estadisticamente significativas en el nivel de Ansiedad-Estado antes y después de la Visita Tradicional, mostrando así una disminución en la post prueba.

GRAFICA 13



Gráfica comparativa de las medias obtenidas de Ansiedad-Estado en pre y post prueba del Grupo Control (Visita Tradicional) del IDARE.

TABLA 14

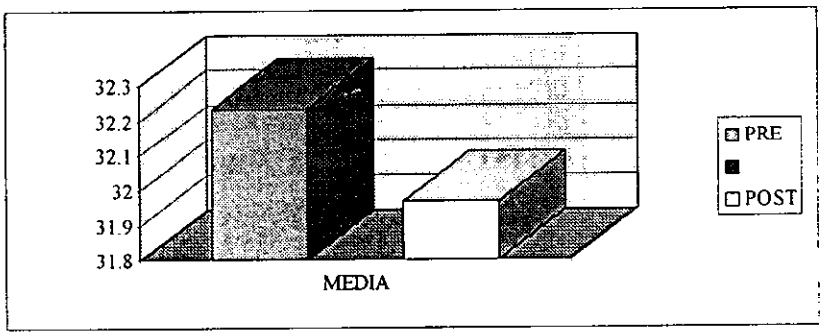
Comparación de pre y post prueba de los datos obtenidos en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia La Enfermedad Mental", en los reactivos que evalúan mitos.

MITOS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	32.233	0.52	2.815	0.608	H1
POST	31.966				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En esta tabla se observa un valor de t igual a 0.52 con una significancia (probabilidad asociada) de 0.608, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, concluyendo que no existen diferencias estadisticamente significativas en los mitos presentados por los familiares que asisten a la Visita Tradicional antes y después de ésta.

GRAFICA 14



Gráfica comparativa de las medias obtenidas del Grupo Control (Visita Tradicional) en pre y post prueba del cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental" en los reactivos que evalúan mitos.

TABLA 15

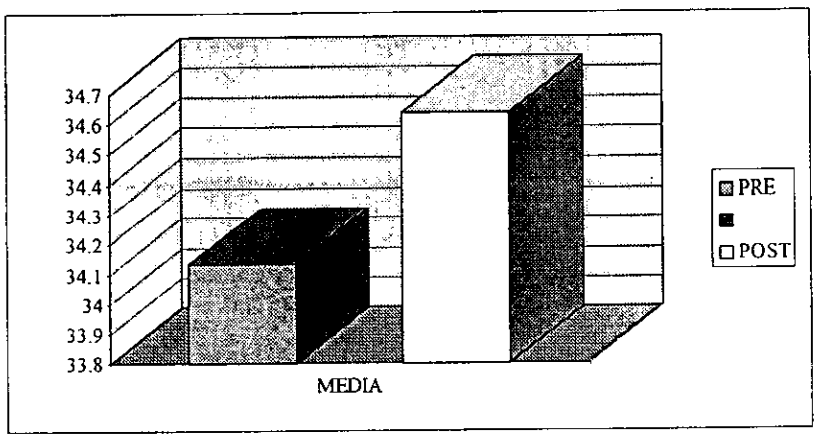
Tabla comparativa de pre y post prueba de los resultados obtenidos en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia La Enfermedad Mental", en los reactivos que evalúan fantasías.

FANTASIAS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	34.133	-0.72	3.821	0.479	H1
POST	34.633				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En la presente tabla se observa un valor de t igual a -0.72, con una significancia (probabilidad asociada) de 0.479, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, concluyéndose así, que no existen diferencias estadísticamente significativas en pre y post prueba, observándose que no existen cambios en las fantasías presentadas por los familiares que asisten a la Visita Tradicional.

GRAFICA 15



Gráfica comparativa de las medias obtenidas del Grupo Control (Visita Tradicional) en pre y post prueba del cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental" en los reactivos que evalúan fantasías.

TABLA 16

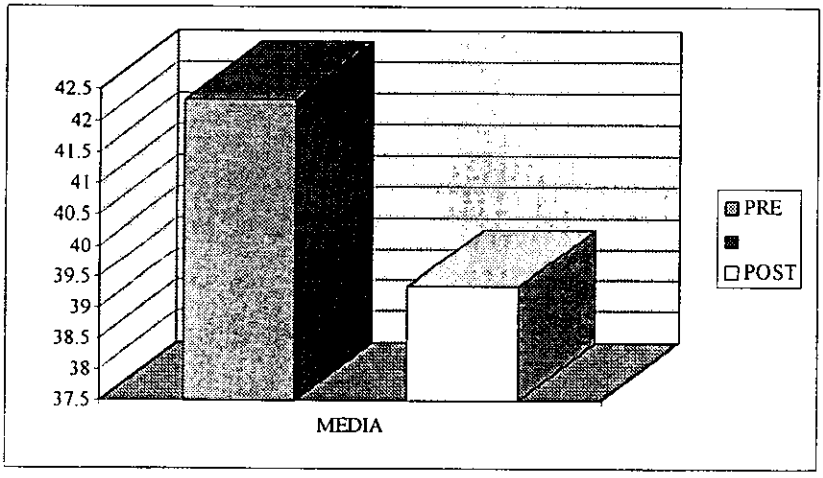
Tabla de comparación de pre y post prueba de los resultados obtenidos de Ansiedad-Rasgo en la prueba IDARE.

ANSRAS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	42.333	3.48	0.862	0.002	H0
POST	39.333				

Interpretación y conclusión estadísticas:

Como puede observarse en esta tabla, el valor de t es igual a 3.48, con una significancia (probabilidad asociada) de 0.002, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que si hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Ansiedad-Rasgo antes y después de la Visita de Puertas Abiertas, en donde se observa que existe una disminución en el registro post.

GRAFICA 16



Gráfica comparativa de las medias obtenidas de Ansiedad-Rasgo en pre y post prueba del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) del IDARE.

TABLA 17

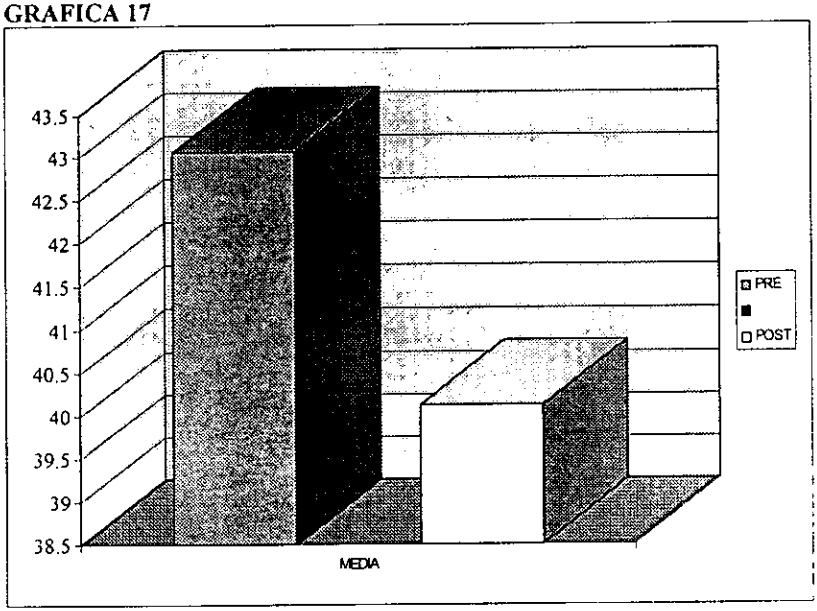
Tabla comparativa de pre y post prueba de los datos obtenidos de Ansiedad-Estado de la prueba IDARE.

ANSEST	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	43.067	2.87	5.607	0.008	H0
POST	40.133				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En esta tabla se observa un valor t igual a 2.87, con una significancia (probabilidad asociada) de 0.008, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Ansiedad-Estado antes y después de la Visita de Puertas Abiertas, mostrando asi, una disminución en la post prueba.

GRAFICA 17



Gráfica comparativa de las medias obtenidas de Ansiedad-Estado en pre y post prueba del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) del IDARE.

TABLA 18

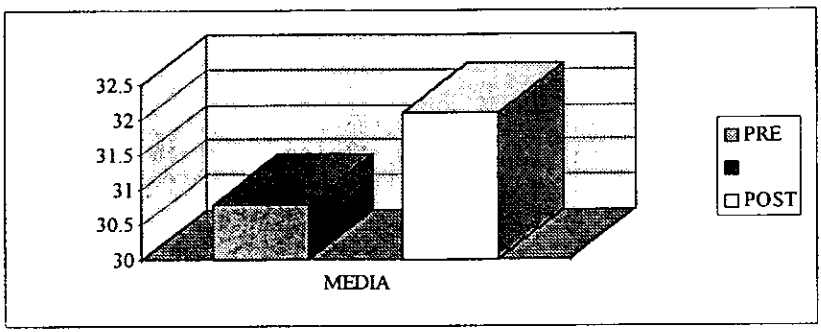
Tabla de comparación de pre y post prueba de los datos obtenidos en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia La Enfermedad Mental", en los reactivos que evalúan mitos.

MITOS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	30.8	-2.31	3.087	0.028	H0
POST	32.1				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En esta tabla se observa un valor de t igual a -2.31, con una significancia (probabilidad asociada) de 0.028, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que existe una diferencia estadísticamente significativa en los mitos presentados por los familiares asistentes a la Visita de Puertas Abiertas, observándose una disminución al finalizar esta visita.

GRAFICA 18



Gráfica comparativa de las medias obtenidas del Grupo Experimental (Visita de Puertas Abiertas) en pre y post prueba del cuestionario de "Mitos y Fantasía Hacia la Enfermedad Mental" en los reactivos que evalúan mitos.

TABLA 19

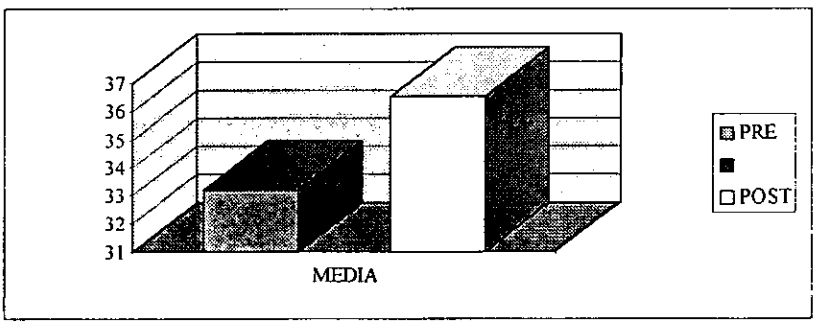
Tabla de comparación de pre y post prueba de los reactivos que evalúan fantasías en el cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia La Enfermedad Mental".

FANTASIAS	MEDIA	VALOR DE "t"	DES.EST.	SIGNIFICANCIA	DESICION
PRE	33.2	-4.39	4.12	0-00	H0
POST	36.5				

Interpretación y conclusión estadísticas:

En la presente tabla, se observa una t igual a -4.39, con una significancia (probabilidad asociada) igual a 0.00, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose así, que existe una diferencia estadísticamente significativa en las fantasías que presentan los familiares que asisten a la Visita de Puertas Abiertas, las cuales disminuyen al finalizar dicha modalidad de visita.

GRAFICA 19



Gráfica comparativa de las medias obtenidas del Grupo Experimental (Visita de puertas Abiertas) en pre y post prueba del cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental" en los reactivos que evalúan fantasías.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSION Y CONCLUSIONES

ACERCA DE LOS SUJETOS:

a) Sexo

En cuanto al sexo, se observo una mayor incidencia del genero femenino en comparación con el masculino, pudiendo pensarse que es debido al rol que juega la mujer en nuestra cultura, el cual es de proveedora de cuidado, protección, proveedora de afecto y más orientada al interés por los otros, mientras que el rol tradicional masculino exige toda la estancia y permanencia en el trabajo remunerado por un número mayor de horas, lo cual explica el por que la mujer se involucra de una manera más intensa que el hombre en el tratamiento de su familiar paciente.

b) Edad

Tomando en cuenta que el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" prohibe las visitas a menores de edad, se observo que la edad promedio de los familiares que visitaron a sus pacientes en la "Visita Tradicional" fue de 33 años, y de 42 en la "Visita de Puertas Abiertas".

c) Religión

Debido a la temática de esta investigación "Mitos y Fantasias hacia la enfermedad mental", se considero tomar en cuenta la religión, ya que se penso que el aspecto "mágico-religioso" podía ser un factor de gran influencia para los resultados que pudiera arrojar el estudio. Finalmente encontramos, un predominio de la religión católica, pudiendo ser por la incidencia de esta religión en nuestro país, sin embargo encontramos otras religiones tales como la cristiana, evangélica, creyente, bautista y espíritu santo, mostrando así la diversidad religiosa y por ende la diversidad ideológica que se da dentro de la población de familiares de los paciente psiquiátricos, esto es importante mencionarlo, ya que en algunos casos, las creencias mágico-religiosas limitan el tratamiento que reciben los pacientes, ya que como es sabido, en algunas religiones no se da una aceptación plena a las especialidades de la salud, recomendando así, un estudio más detallado sobre las religiones dentro de la salud.

d) Escolaridad

Se tomo en cuenta el factor de la educación, ya que pensamos que el grado de conocimientos que una persona pudiera tener puede influir de manera significante en las creencias míticas o fantasías, así, en este estudio se dio una mayor incidencia entre las personas cuyos estudios eran de primaria (GC= 23 % y GE= 53.3 %) y secundaria (GC = 26.7 % y GE = 23.3 %), y en menor frecuencia se encontraron aquellos cuya educación escolar era de bachillerato, técnico o profesional, esto quizá es por que participaron un mayor número de mujeres, que como es visto, en esta sociedad aun se encuentran con muchas limitantes para su realización profesional, otro aspecto puede ser que la mayoría de los sujetos, eran de clase social baja, lo que es lógico pensar, que su dedicación es más al trabajo que a la escuela.

Por tanto, aunque no de manera concluyente si parece importante mencionar que todos los sujetos tenían algún grado de escolaridad, ya que para ser participante en este estudio, debían saber leer y escribir.

e) Residencia

La residencia fue importante tomarla en cuenta, ya que es de suponerse que las creencias van a cambiar de un lugar a otro, en este estudio se encontró que la mayor incidencia se dio en sujetos de D.F., los que venían del Estado de México ocuparon el segundo lugar, y de otros estados como San Luis Potosí, Hidalgo, Guerrero, Guanajuato y Puebla la incidencia fue mínima, esto se debe más que nada a la cercanía que se tiene al hospital.

f) Parentesco

Se tomó en cuenta el parentesco, con la finalidad de conocer que miembro o miembros de la familia con quienes vive el paciente, están de alguna manera más involucrados en el apoyo al tratamiento que recibe en esta institución, obteniéndose una mayor asistencia de la madre, la hermana y la pareja quien en su mayoría fue mujer, esto debido probablemente al rol protector que se le da en nuestra sociedad a la mujer, además de que según se sabe, los hombres tienen menos posibilidad de asistir a las visitas por sus horarios de trabajo, lo cual lo podemos constatar al observar la frecuencia de las ocupaciones de los familiares participantes en este estudio.

g) Ocupación

Se observó una frecuencia mayor de familiares que se dedican a labores propias del hogar, siendo esta aún más alta en familiares que acuden a la "Visita de Puertas Abiertas", esto es debido probablemente a que el horario del programa evaluado, se da únicamente por la mañana y en un día especifico a la semana, cerrándose así las posibilidades de que acudan más personas con otras ocupaciones dentro de dichos horarios, y asistiendo principalmente quienes se dedican al hogar, puesto que no depende su tiempo de un horario rígido.

ACERCA DE LA EVALUACION DEL PROGRAMA:

Como es sabido, el presente estudio tuvo como principal objetivo evaluar el llamado programa "Visita de Puertas Abiertas" del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en base a tres de sus objetivos, los cuales son:

a) Desmitificar todo aquello que se viene diciendo de los hospitales psiquiátricos, la enfermedad mental y su tratamiento.

b)Disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital.

c)Reducir los niveles de ansiedad en los familiares por su presencia en el hospital psiquiátrico y por el contacto directo con la enfermedad mental.

Con base en los resultados obtenidos, se confirmó que existe una disminución en el nivel de Ansiedad-Estado [la cual se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano. (Spielberger, 1975)], después de haber concluido ambas modalidades de visita, sin embargo cabe hacer hincapié en que al termino de la "Visita de Puertas Abiertas", se registró una disminución mayor en comparación con la que se presentó después de haber culminado la "Visita Tradicional", esto probablemente se debe a la oportunidad que se les brinda a los familiares asistentes, de expresar sus sentimientos, los cuales son caracterizados por una gran confusión, culpa, temor, incertidumbre, inseguridad, mitos, fantasías, etc., esto los lleva a expresar comentarios tales como: "siento impotencia por que no lo pude ayudar cuando estuvo afuera, antes yo pensaba lo peor del hospital, pero ahora ya me tranquilice un poco..." o "yo siento mucha tristeza por lo que le paso a mi hijo y por que creí que lo tenían amarrado...", estos sentimientos e ideas expresadas los llevan a manifestar altos niveles de Ansiedad-Estado, por lo que tienen la necesidad de hablar sobre sus casos particulares que los llevan a manifestar dichas emociones; además de tener la posibilidad de conocer más cercanamente

el lugar en donde se encuentra hospitalizado su paciente, por lo que al darles esta oportunidad disminuye gradualmente su Ansiedad-Estado; viéndose así que la visita (cualquiera que sea su modalidad) por sí misma tiene efectos favorables sobre la ansiedad de los familiares.

En lo que respecta a la Ansiedad-Rasgo, la cual se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado (Spielberger, 1975); se puede decir que a pesar de que el nivel de este tipo de ansiedad, según este autor, es relativamente estable, en el presente estudio se observó una disminución en ambas modalidades de visita, viéndose una disminución mayor después de haber terminado la "Visita de Puertas Abiertas", esto debido quizá a la actividad dinámica de expresión que se dio en la pre y post tarea de dicha visita, lo cual repercutió en el nivel de Ansiedad-Rasgo.

Por otro lado, en lo que respecta a los mitos hacia la enfermedad mental, su tratamiento y el trato que reciben los pacientes en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", al realizar las crónicas del programa de "Visita de Puertas Abiertas", se observó que los familiares relacionan en diversos sentidos ya explicados en el marco teórico a la enfermedad mental con aspectos mágico-religiosos, y es en la pre y post tarea en donde manifiestan haber llevado muchos de ellos a sus pacientes con algún "brujo", "chaman", "curandero", etc., para realizarle una "limpia", "exorcismo", etc., por ejemplo algunos comentarios son: "debo confesar que antes de traer a mi hermano aquí, lo lleve con un curandero para hacerle una limpia, yo sabía que no lo iban a curar, pero a mi me tranquilizó mucho..."; "nosotros pensamos que le habían hecho algún daño, que lo habían embrujado o que le habían dado algo, y por eso lo llevamos primero con un curandero a hacerle una limpia, pero él nunca se compuso, luego nos dijeron de este lugar y esperamos que se cure...", pudiendo ser estas actitudes, manifestaciones de su resistencia a no aceptar que su familiar sea un enfermo mental o más aún un "loco", siendo esta una de las razones por las que no acuden primeramente a las instituciones psiquiátricas. En el presente estudio, al termino de la "Visita de Puertas Abiertas" se observó una disminución significativa de esta mítica, ya que dentro del programa manifiestan este tipo de creencias y se aclara gran parte de sus dudas; dentro de las suposiciones acerca del trato que reciben sus pacientes dentro del hospital psiquiátrico, los familiares manifiestan su temor a que reciban un trato inadecuado sobre el cual ellos han escuchado a través de diversos medios, que se les da o se les daba en las instituciones de esta especialidad médica, las

cuales según expresan, consisten en: amarrarlos con cadenas, estar en camas de piedra o loza, bañarlos a manguerasos y con agua fría, ponerles camisas de fuerza, tenerlos desnudos, que existen gran número de abusos sexuales, que no se les da de comer, que incluso se les golpea, etc., todas estas fantasías de daño y prisión, entre otras, expresan tener los familiares de los pacientes psiquiátricos; sin embargo al igual que los mitos, al termino de la "Visita de Puertas Abiertas", se observó una disminución significativa en este tipo de fantasías, lo que no sucedió al termino de la "Visita Tradicional", en donde no hubo disminución ni de mitos, ni de fantasías concernientes a la enfermedad mental, entre los comentarios que dicen los familiares en la post-tarea del programa de "Visita de Puertas Abiertas", encontramos algunos tales como: "uno se imagina, por la televisión, que los tratan mal, pero yo creo que es un lugar igual a cualquier otro hospital..."; "conforme uno va asistiendo a las visitas se va acostumbrando y el miedo va desapareciendo..."; "ahora ya veo mejor a mi hija que cuando la trajimos, y dice que aquí la tratan muy bien, ahora me siento más tranquila...", en estos comentarios se observa cualitativamente la disminución de las tres variables evaluadas: las fantasías de daño y prisión, los mitos alrededor de la enfermedad mental y los niveles de ansiedad.

Con base en el marco teórico presentado, toda investigación evaluativa tiene como fin medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia de una programa al cumplir con las metas que se plantea, facilitando así el proceso en la toma de decisiones.

Es importante recordar que el programa de "Visita de Puertas Abiertas" del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" implementado por la Psicóloga Martha Rosas L., tiene como bases teóricas la llamada comunidad terapéutica y las vivencias y comentarios que manifiestan los familiares asistentes a este programa, el cual tuvo como objetivo inicial promover la participación de la familia en el tratamiento y disminuir las fantasías de daño y prisión que los familiares pudieran tener en relación al hospital, las que surgían del concepto popular de un modelo de atención manicomial, sin embargo a partir de la experiencia con este programa se han ido sumando otros objetivos ya mencionados en el marco teórico, de esta manera, al obtener los resultados de la investigación, se puede concluir que el programa de "Visita de Puertas Abiertas", es eficiente e idoneo en el cumplimiento de los tres objetivos sobre los cuales se realizó esta evaluación. Así mismo es importante mencionar que al cumplirse dichos objetivos, aumentan las probabilidades de que los familiares se involucren más en los tratamientos de sus pacientes, puesto que este programa de "Visita de Puertas Abiertas" ayuda al rompimiento de algunas de

las resistencias más fuertes para la no aceptación de la enfermedad mental, como son las ideas erróneas que se tienen acerca de ella. Por su función terapéutica, el programa de "Visita de Puertas Abiertas" contribuye al restablecimiento emocional de los familiares asistentes, lo cual es de suma importancia en el apoyo que estos presten a su paciente en su tratamiento y rehabilitación.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

Es importante considerar las situaciones que de alguna forma obstaculizaron el proceso adecuado de esta investigación, estas fueron:

1.-No existía instrumento alguno que evaluara mitos y fantasías hacia la enfermedad mental, el trato y tratamiento que deben recibir los pacientes psiquiátricos, por lo que fue necesaria su elaboración.

2.-No se pudieron tomar en cuenta más de una visita, ya que los familiares dejaban de asistir a ellas por diversas razones, (vivir lejos, tener trabajo u otras ocupaciones o incluso por la falta de apoyo que se le da al familiar hospitalizado), además de que, como ya se mencionó, el programa de "Visita de Puertas Abiertas" se da el mismo día, anexo en tiempo al "Programa de Orientación a Familiares", debido a esto, se tuvo que aislar de este programa a los familiares participantes con la finalidad de llevar un control que permitiera resultados más objetivos, esto último afectaba de alguna manera el proceso adecuado de las actividades propias del hospital, por lo que no se nos permitió aislarlos en más de una ocasión.

3.-No todos los familiares asistentes a las visitas por primera vez sabían leer y escribir, lo cual es necesario para responder los cuestionarios, por lo que se tuvo que incluir este requisito en los criterios de inclusión, evitando así que se aplicara en toda la población de familiares de primera vez que asistían a las visitas; cabe mencionar que no fue posible leerles los reactivos ya que esto llevaba tiempo y ellos lo necesitaban para ver a sus pacientes. También se presentaron algunos casos en los cuales el familiar sabía leer y escribir pero no accedían a participar.

4.-Se hicieron notar los problemas de espacio durante la investigación, ya que la aplicación de los instrumentos al Grupo Control, se tuvo que realizar en los pasillos fuera de la sección de hospitalización y la aplicación al Grupo Experimental fue llevada a cabo en un aula de clases, la cual en ocasiones estaba ocupada, por lo que a veces se trabajó en cubículos con espacio y sillas insuficientes.

5.-Al darse el programa de "Visita de Puertas Abiertas" completo (con pre y post tarea), los familiares tenían que quedarse un poco más de tiempo después de la visita para las aplicaciones post prueba, esto en ocasiones nos llevó a que los familiares manifestaran sus preocupaciones por otras actividades que tenían que hacer, lo cual nos hace pensar que ante esto, se encontrara inmersa una carga de ansiedad por el tiempo empleado, afectando probablemente las respuestas de la post prueba; por esta misma razón hubo también familiares que no accedieron a contestar la post prueba, ya que sentían que el tiempo que duraba el trabajo para esta investigación era demasiado extenso.

SUGERENCIAS

Con base en las observaciones hechas durante la investigación y los resultados obtenidos se hacen las siguientes sugerencias:

1.-Se sugiere que al trabajar con la evaluación del programa de "Visita de Puertas Abiertas" se tomen en cuenta otros objetivos que el mismo programa se propone, esto con la finalidad de ampliar el conocimiento de dicho programa.
2.-Se sugiere que en una investigación futura se ralice la estandarización del cuestionario de "Mitos y Fantasías Hacia la Enfermedad Mental", a la población general.
3.-Se sugiere que para tener un conocimiento más amplio en torno a los mitos y fantasías que se tienen acerca de la enfermedad mental, su tratamiento y trato que reciben los pacientes psiquiátricos; que se hagan estudios más detallados tomando en cuenta la religión, la escolaridad y la residencia de las personas, ya que pensamos que son factores que influyen de manera directa en las creencias que se puedan tener alrededor de la salud mental.
4.-Se sugiere implementar el programa de "Visita de Puertas Abiertas" el fin de semana, brindándole la oportunidad a aquellos familiares que por sus ocupaciones o por la lejanía de su residencia no pueden acudir entre semana a este programa.
5.-Se sugiere que se le de un espacio aparte al programa de "Visita de Puertas Abiertas", ya que al darse conjuntamente con el "Programa de Orientación a Familiares" el tiempo es demasiado, lo cual provoca que el familiar se canse y pierda el interés en uno u otro programa.
6.-Se sugiere difundir el programa de "Visita de Puertas Abiertas" a otros hospitales psiquiátricos con la finalidad de que un mayor número de familiares apoye en su tratamiento a su familiar paciente, reforzando así la alianza terapéutica Institución-Familia-Paciente.
7.-Se sugiere que el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" brinde un mayor apoyo a las investigaciones futuras.
8.-Se sugiere a los Psicólogos que trabajan dentro de las instituciones, que realicen la evaluación de los programas que llevan a cabo, ya que es parte de la labor de los Psicólogos Clínicos en favor de la gente que requiere sus servicios.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Alexander Franz Gabriel, HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA, UNA EVALUACION DEL PENSAMIENTO PSIQUIATRICO DESDE LOS TIEMPOS PREHISTORICOS HASTA NUESTROS DIAS, Ed. Espaxs, Barcelona, España, 1970.

2.- Ali Sami Mahmud, EL ESPACIO IMAGINARIO, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1976.

3.- Arnau Grass Jaime, DISEÑOS EXPERIMENTALES EN PSICOLOGÍA Y EDUCACION, Ed. Trillas, México, D.F., 1986.

4.- Basaglia, Et. Al., ANTIPSIQUIATRIA Y POLITICA, Ed. Extemporaneos México, México, D.F., 1979.

5.- Berenstein, Isidoro, FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL, Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1987.

6.- Beutner R. Karl y Nathan G. Hale Jr., GUIA PARA LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL, Ediciones Horme S. A., Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1964.

7.- Calderón Narváez Guillermo, ESA AGONIA LLAMADA LOCURA, EDAMEX, S. A. de C.V., México, D.F., 1995.

8.- Calderón Narváez Guillermo, SALUD MENTAL COMUNITARIA, Ed. Trillas, México, D.F., 1992.

9.- Calderón Torres Mariano, TESIS: DETECCION Y EVOLUCION DE DEPRESION EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, D.F., 1985.

10.- Cariaga, Gabriel, MITOS Y FANTASIAS DE LA CLASE MEDIA, Cuadernos de Joaquín Mortiz, México, D.F., 1980.

11.- Caso Muñoz Agustín, FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA, Ed. Limusa, México, D.F., 1989.

12.- Clarke, Liam, THE OPENING OF DOORS IN BRITISH MENTAL HOSPITALS IN THE 1950'S, Revista: History of Psychiatry, Inglaterra, Diciembre 1993, Vol. 4.

13.- Coleman, James. C., PSICOPATOLOGIA, Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1977.

14.- Conde Brandt Franz, ANALISIS FUNCIONAL DE LA ANSIEDAD, Univercidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, 1975.

15.- Corres Ayala Patricia, LA VERDAD DEL MITO, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, 1994

16.- Covini, Angelo, HACIA UNA NUEVA PSIQUIATRIA, Ed. Herder, Barcelona, España, 1987.

17.- Craig, J. R., METODOS DE LA INVESTIGACION PSICOLOGICA, Interamericana Editorial, México, D.F. 1987.

18.- Cramer, J. L., BRITIAN IN THE FIFTIES : LEUCOTOMY AND OPEN DOORS, Revista: History of Psychiatry, Inglaterra, Septiembre 1994, Vol.5.

19.- CRONICAS REALIZADAS DURANTE EL PROGRAMA DE "VISITA DE PUERTAS ABIERTAS" DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNADINO ALVAREZ". (Realizadas por los Psicólogos que manejan el programa y por los autores de esta investigación).

20.- Cueli, José y Lucy Reild, CORRIENTES PSICOLOGICAS EN MEXICO, Ed. Diogenes, México, D.F., 1976.

21.- Cueli, José, PSICOTERAPIA SOCIAL, Ed. Trillas, México, D.F. 1989

22.- Chagoya Flores Leticia, TESIS: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD CON EL INSTRUMENTO IDARE, ANTES Y DESPUES DE UNA TERAPIA DE APOYO EN UN GRUPO DE PACIENTES EN SALAS DE TERAPIA INTENSIVA, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México D.F.1980.

23.- Chazaud, Jacques, INTRODUCCION A LA TERAPIA INSTITUCIONAL, Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina,1978.

24.- Daved Dominguez, TESIS: EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REEDUCACION RACIONAL EMOTIVA PARA MADRES DE NIÑOS SORDOMUDOS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F.,1990.

25.- Davila Alpizar, Et. Al., TESIS: EVALUACION DE UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA RELACION TERAPEUTICA DE LA SALUD EN LOS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1990.

26.- Dominguez Morano Carlos, EL PSICOANALISIS FREUDIANO DE LA RELIGION, Ediciones Paulinas, Sevilla, España, 1990.

27.- Espadas Memeri Miguel A., TESIS: RELACIONES FAMILIARES EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS, Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, D.F., 1985.

28.- Equivel Guillen Hilda E., TESIS: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA APLICACION AUTOMATIZADA DE PRUEBAS PSICOMETRICAS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1995.

29.- Ey, Henry, TRATADO DE PSIQUIATRIA, Ed. Toray Masson, Barcelona, España, 1980.

30.- Foucault, Michel, HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA I, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1967.

31.- Foucault, Michel, HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA II, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1986.

32.- Frek, Julio, EL MANICOMIO, INSTITUCION CARCELARIA EN LA CULTURA EN MEXICO, Suplemento de la revista "Siempre", Núm. 795, Mayo 1977.

33.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.4 "INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS I", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

34.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.5 "INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS II", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

35.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.6 "PSICOPATOLOGIA DE LA VIDA COTIDIANA", Amorrortu Editores, Buenos, Aires Argentina, 1994.

36.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.8 "EL CHISTE Y SU RELACION CON EL INCONSCIENTE", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

37.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.9 "EL DELIRIO Y LOS SUEÑOS EN LA <<GRADIVA>> DE W. JENSEN Y OTRAS OBRAS", Buenos Aires, Argentina, 1994.

38.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.13 "TOTEM Y TABU Y OTRAS OBRAS", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

39.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.21 "EL PORVENIR DE UNA ILUSION, EL MALESTAR DE UNA CULTURA Y OTRAS OBRAS", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

40.- Freud, Sigmund, OBRAS COMPLETAS, Vol.23 "MOISES Y LA RELIGION MONOTEISTA, ESQUEMA DEL PSICOANALISIS Y OTRAS OBRAS", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1994.

41.- Freyre García Juana, MUJER, LOCURA Y SOCIEDAD, UN HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", E.N.E.P. Acatlan, U.N.A.M., México, D.F., 1988.

42.- García Gómez Mercedes, TESIS: EVALUACION DE LOS EFECTOS COLATERALES DE UN PORGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA SOBRE LA INTERACCION SOCIAL DE PACIENTES PSIQUIATRICOS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1983.

43.- García Silva Eduardo, TESIS: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS (HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ",S.S.A.), Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1996.

44.- García Vega Alma Luz, TESIS: EVALUACION DEL PROGRAMA ORIENTACION A FAMILIARES, IMPARTIDO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1994.

45.- Gómez Jara Francisco, ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA Y A LA PSICOLOGIA SOCIAL, Ed. Fontamara, México, D.F., 1989.

46.- Gordon, Wood, FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION PSICOLOGICA, Ed. Trillas, México , D.F., 1984.

47.- Guinsberg, Enrique, NORMALIDAD, CONFLICTO PSIQUICO, CONTROL SOCIAL, SOCIEDAD, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL, U.A.M. Xochimilco, Ed. Plaza y Valdez S.A., México, D.F., 1990.

48.- Gutierrez Lara Mariana, TESIS: EL USO DEL SISTEMA DE EVALUACION ESTRUCTURADO EN UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES, Facultad de Psicologia, U.N.A.M., México, D.F., 1991.

49.- Hayashi Villagran Marcela , TESIS: ANSIEDAD Y TABAQUISMO, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F. 1987.

50.- Hostiz, Raymond, DEL MITO A LA RELIGION EN LA PSICOLOGIA ANALITICA DE C. G. JUNG, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1968.

51.- Jiménez Hata Elisa Katherine, TESIS:LA FANTASIA VISTA A TRAVES DE DIFERENTES ENFOQUES PSICOANALITICOS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1989.

52.- Jimenez Olivarez Ernestina, PSIQUIATRIA E INQUISICION, Ediciones Copilco, S.A. de C.V., México, D.F., 1992.

53.- Jung C.G., SIMBOLOS DE TRANSFORMACION, Ediciones Paidos, Barcelona, España, 1982.

54.- Jung C.G., TIPOS PSICOLOGICOS, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1972.

55.- Kaplan, Harol I., TRATADO DE PSIQUIATRIA, Ediciones Científicas y Técnicas S.A., Barcelona, España, 1992.

56.- Kirk, G. S., EL MITO: SU SIGNIFICADO Y FUNCIONES EN LAS DISTINTAS CULTURAS, Barral Editores, Barcelona, España, 1971.

57.- Kolakowski, Leszek, LA PRESENCIA DEL MITO, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1972.

58.- Laplanche, J., FANTASIA ORIGINARIA, FANTASIA DE LOS ORIGENES , ORIGENES DE LA FANTASIA, Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1986.

59.- Magnusson, David, TEORIA DE LOS TEST, Ed. Trillas, México, D.F., 1969.

60.- Marcos, Silvia, MANICOMIOS Y PRISIONES, Distribuciones Fontamara, S.A., México, D.F., 1981.

61.- Martin, Paul P., LA MEDICION DEL COMPORTAMIENTO, Alianza Editorial, Madrid, España, 1991.

62.- Mendez Cardenas Alicia y Romero Ortíz Isabel Y., TESIS: EVALUACION DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE FARMACODEPENDENCIA EN ADOLESCENTES, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F. 1991.

63.- Mendez Ramirez Ignacio, Et. Al., PROTOCOLO DE INVESTIGACION: LINEAMIENTOS PARA SU ELABORACION Y ANALISIS, Ed. Trillas, México, D.F., 1984.

64.- Mills, W., LA IMAGINACION SOCIOLOGICA, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1975.

65.- Mircea, Eliade, MITO Y REALIDAD, Guadarrama Editorial, España, 1978.

66.- Morales Chaine Silvia, TESIS: EVALUACION DE UN PROGRAMA PARA PADRES QUE MALTRATAN A SUS HIJOS BASADO EN EL ENTRENAMIENTO EN PLANIFICACION DE ACTIVIDADES EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD: ADQUISICION DE HABILIDADES DE ENSEÑANZA INCIDENTAL, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1996.

67.- Morales, Maria Luisa, PSICOMETRIA APLICADA, Ed. Trillas, México, D.F. 1975.

68.- Montgomery, Douglas C., DISEÑO Y ANALISIS DE EXPERIMENTOS, Grupo Editorial Iberoamericana, México, D.F. 1991.

69.- Nahum, Megged, TRASPASANDO LA SOMBRA Y EL UMBRAL, MITO Y PSICOLOGIA COMTEMPORANEA, Ed. Universidad de Guadalajara, Guadalajara Jal., México, 1992.

70.- Navarro Rojas Ana María, TESIS: FANTASIAS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F. 1995.

71.- Nunnally, Jum C., INTRODUCCION A LA MEDICION PSICOLOGICA, Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1970.

72.- Olivarez Herver Mario A., TESIS: LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL: UNA COMPARACION EN GRUPO DE ADOLESCENTES SEGUN SU SEXO, Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, D.F. 1992.

73.- Padilla Reza Martha B., TESIS: COMPARACION EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD SEGUN EL FACES II ENTRE FAMILIAS CON Y SIN PACIENTES PSIQUIATRICOS., Facultad de Psicología, U.N.A.M., 1994.

74.- Plutchik, Robert, FUNDAMENTOS DE INVESTIGACION EXPERIMENTAL, Ed. Harla, México D.F., 1975.

75.- Postel, Jacques y Quétel, Claude, HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1987.

76.- Ristch De Groote, LA LOCURA A TRAVES DE LOS SIGLOS, Ed. Brugera, España, 1970.

77.- Rosas Laurrabaquio Martha y Torner, Carlos, TRABAJO CON LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO. I. GRUPO DE ORIENTACION A FAMILIARES, Revista: Psiquis Vol.1, México, D.F., 1990.

78.- Rosas Laurrabaquio Martha y Torner, Carlos, TRABAJO CON LOS PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO. II.EXPERIENCIA DE LA VISITA DE LOS FAMILIARES AL INTERIOR DE LAS SALAS DE HOSPITALIZACION CONTINUA (SEPTIMO PISO) , Revista: Psiquis Vol.1, México, D.F., 1990.

79.- Rozet, I. M., PSICOLOGIA DE LA FANTASIA, Akal Editor, Madrid, España, 1981.

80.- Salzberger, Isca, LA RELACION ASISTENCIAL, APORTES DEL PSICOANALISIS KLEINIANO, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1970.

81.- Sanchez, Héctor, LUCHA EN MEXICO CONTRA LAS ENFERMEDADES MENTALES, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1974.

82.- Scheff, Thomas J., EL ROL DEL ENFERMO MENTAL, Amorrortu Editores, Buenos Aires Argentina, 1970.

83.- Silva Arciniega Ma. del Rosario, TESIS: SIETE ESCALAS PARA MEDIR IDENTIDAD, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F. 1989.

84.- Sladogna Ceiman Alberto, Et. Al., LA LOCURA, ARTEFACTO 4 (REVISTA LACANIANA DE PSICOANALISIS), México, D.F. 1993.

85.- Sn. Martín, Hernán, SALUD Y ENFERMEDAD, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., México, D.F., 1992.

86.- Spielberger, Charles, IDARE, Ed. El Manual Moderno, México, D.F., 1975.

87.- Spielberger, Charles Donald, TENSION Y ANSIEDAD, Ed. Harper and Row, México, D.F., 1979.

88.- Stern, Erich, LA OBSERVACION Y LOS TEST EN PSICOLOGIA CLINICA, Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1967.

89.- Szasz, Thomas, EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1982.

90.- Szilasi,Wilhelm,FANTASIA Y CONOCIMIENTO, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1977.

91.- Tournier, Paul, MITOS Y NEUROSIS, Ed. Aurora, Buenos Aires, Argentina, 1976.

92.- Vallerino Cesema Lilia E., TESIS: EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AYUDA DE PSICOTERAPIA EN PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F., 1986.

93.- Velazquez Valencia Elia Z., TESIS: VALIDACION DE LA PRUEBA PERSONA BAJO LA LLUVIA, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F.,1988.

94.- Wainerman, Et. Al., ESCALAS DE MEDICION EN CIENCIAS SOCIALES, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1976.

95.- Zax, Melvin y Specter, Gerald, INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA DE LA COMUNIDAD, Ed. El Manual Moderno S. A., México, D.F.,1979.

96.- Zinzer, Otto, PSICOLOGIA EXPERIMENTAL, Mc. Grawhill Editorial, México, D.F., 1996.

ANEXOS

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre:_____ Fecha:_____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1990 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial, Reg. Núm. 39

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico (a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo
Deleg. Cuauhtémoc México, D.F.

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

A continuación se le presenta una serie de enunciados con referencia a la enfermedad mental , marque con una "X" la respuesta adecuada a lo que usted crea ; por favor no deje ningún enunciado sin contestar.

***Por ejemplo:**

- Es más seguro viajar en taxi que en camión .

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

1.-Mis oraciones a Dios dan a los médicos ayuda divina para curar a mi paciente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

2.-Si existen relaciones sexuales entre familiares esto trae como consecuencia la locura.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

3.-Al hospitalizar a un paciente , existe el peligro de que empeore al estar en contacto con otros enfermos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

4.-La enfermedad mental se puede curar por medio de las limpias.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

5.-En el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" , los pacientes son enviados a un piso determinado según la gravedad de su enfermedad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

6.-Los transtornos mentales son causados por Satanás.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

7.-Siento que el comportamiento de mi paciente , me va a cansar hasta llegarle a perder el cariño.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

8.-La magia viene a ser la defensa más poderosa contra la enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

9.-Cuando la gente se entere de que tengo un enfermo mental en casa , me dejaran de hablar.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

10.-Se puede utilizar la tortura para frenar la enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

11.-Mi paciente desprestigia a mi familia.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

12.-La locura es un castigo por no seguir los mandatos de Dios.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

13.-Existe la medicina que cura la enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

14.-A los enfermos mentales , se les debe aislar del resto de la gente.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

15.-El visitar a mi paciente en el hospital psiquiátrico , lo pone peor.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

16.-Lo mejor para el enfermo mental es encerrarlo.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

17.-Cuando mis vecinos se enteren de que tengo un enfermo mental en casa, harán todo lo posible por correrme.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

18.-La enfermedad mental es una enfermedad de los nervios.

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

19.-Con la enfermedad mental de mi paciente perderé a mis amigos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

20.-Un enfermo mental es un peligro para la sociedad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

21.-Cuando den de alta a mi paciente todo volverá a ser como antes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

22.-Solo los enfermos que se atienden en consulta externa son curables.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

Observaciones y/o comentarios:

Nombre:

Edad: **Sexo:**

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Lugar donde vive:

Parentesco que tiene con su paciente:

Nombre de su paciente: