

25.  
2e1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

HISTORIA Y TRANSFORMACION DEL HOSPITAL  
PSIQUIATRICO 'FRAY BERNARDINO ALVAREZ'  
EL CASO DEL HOSPITAL DE DIA,  
1997-98.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADAS EN SOCIOLOGIA**  
P R E S E N T A N :  
**MARIAN MISDRAHY FLORES**  
Y  
**SELVIA LARRALDE CORONA**

268110

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DE 1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Dedicada a:

A mi mamá, papá, Pati, Negri, Laura, Raúl, Nico, Fer, Lila mi tío Fer, mi familia, por estar, querer, acompañar, aguantar, divertir, prestar, financiar y formar cada momento de la vida.

A las *Beverly* (Martha, Alejandra, Magali e Ilse) por hacer divertida la universidad.

A Marian Misdrahy, por darme la oportunidad de conocer y trabajar con una persona tan inteligente y agradable

Y a Pablo, por el amor  
y todas las demás cosas que me ha dado su compañía

## Agradecimientos

La presente tesis no hubiera sido posible sin la valiosa ayuda de algunas personas a las que agradecemos sinceramente su dedicación y apoyo.

En primer lugar queremos dar las gracias a la Doctora Angélica Cuellar que tuvo la paciencia y el tiempo para asesorar nuestra investigación y apoyamos totalmente en este proceso.

También agradecemos el tiempo y los comentarios de nuestros sinodales: los profesores(as) Arturo Chavez, Claudia Bodek, Josefina Morales y Aurora Tovar.

Merecen especial gratitud de nuestra parte la psicóloga Miriam de la Llera, jefa del Servicio de Hospital Parcial y Psiquiatría comunitaria, el Doctor Alberto Gamiochipi jefe del Hospital de Día, y al Doctor Mercado de Hospitalización Continua, por su atención y amabilidad mientras realizabamos nuestro trabajo de campo en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Al Psiquiatra Fernando Corona Hernández por su apoyo, su cariño, y sobre todo por aguantarnos todos estos meses.

Agradezco infinitamente este trabajo a:

La Sra. Ruth Flores, mi excepcional madre, al Sr. Isaac Misdrahi, mi perseverante padre y a la octogenaria abuela Maty, por ser mis pilares y mostrarme lo que es una familia , un hogar y una identidad. . . Los Quiero.

Mis hermanos: Mauricio, Marcos y Malka, les agradezco nuestra maravillosa infancia.

A la familia Larralde, por tener las puertas de su casa siempre abiertas para mí.

Gracias Selvia por el café con crema, tu trabajo y tu extraordinaria plática.

Ricardo, esta investigación es una de las tantas cosas que tengo que agradecerte; me honra la dulzura y nobleza de tu amistad.

Betty, verdaderamente tu fortaleza y capacidad rompen cualquier hastío; es un gusto estos años de amistad.

Sergio, gracias por compartir la agudeza de tu inteligencia y presencia conmigo.

Dr. Fernando Izunza, sin su sensibilidad e inteligencia, el recorrido de mis laberintos no sería posible, gracias por estar ahí.

*Incluso en los mundos de inmensos y sombríos  
silencios, existen seres mágicos capaces de  
lograr que las almas sordas y silentes  
escuchen la música: Fabian Fournier,  
este trabajo es enteramente tuyo.*

FALTA PAGINA

No. /

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

### CAPÍTULO I

1.1 Breve historia de la relación sociología-psiquiatría.....	14
1.2 Otras consideraciones acerca de la locura .....	31
1.3 Relación enfermedad mental-anormalidad .....	33
1.4 Elementos a considerar en la definición del trastorno mental .....	39
1.5 Psiquiatría y transgresión cultural .....	50

### CAPÍTULO II

2.1 Una visión de la psiquiatría moderna .....	54
2.1.1 Los medicamentos psicoactivos .....	56
2.2 Breve historia de los hospitales psiquiátricos en México.....	60
2.2.1 Hospitales en México. Siglo XX .....	69
2.2.2 Después de La Castañeda.....	73
2.3 Reseña histórica del Hospital Fray Bernardino Álvarez.....	76
2.4 La Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-1994 .....	83

### CAPÍTULO III

3.1 Hospital de Día: una alternativa terapéutica en el Hospital Fray Bernardino Álvarez .....	92
--	----



3.1.1 Factores contribuyeron al nacimiento del Hospital de Día .....	93
3.1.2 La perspectiva antipsiquiátrica.....	98
3.1.3 Alternativas terapéuticas .....	103
3.2 Historia general del Hospital de Día.....	112
3.3 Historia del Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez .....	113
3.4 Hospital de Día como muestra del Servicio de Hospital Parcial en el Fray Bernardino Álvarez .....	116
3.4.1 Lineamientos generales del Hospital de Día.....	119
<b>CONCLUSIONES</b> .....	138
<b>ANEXO</b> .....	144
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	145

## INTRODUCCIÓN

En su carácter de ente biológico, con cualidades psíquicas específicas, una dimensión social y una situación histórica determinada, el hombre se organiza en grupos, colectividades y sociedades esperando con ello que sus posibilidades de sobrevivencia se vean enriquecidas.

Así, para lograr la convivencia de millones de personas, el hombre traduce sus necesidades ya sea a reglas explícitas (las leyes de cada nación) o en reglas implícitas en nuestros códigos de conducta (valores, tradiciones y costumbres.)

En este marco, las enfermedades mentales aparecen como fenómenos disruptores tanto del equilibrio psíquico [de la organización] como del orden social. Aún más, entre nosotros y la sociedad media un mundo que constituye nuestro grado de convivencia más próximo, y que el trastorno mental altera: la familia. El enfermo mental representa, pues, la desintegración de los lazos que unen al individuo con su medio dificultando el desarrollo integral tanto de sí mismo como de su familia.

Desde los comienzos de la historia, el hombre ha tenido que enfrentarse con diversos problemas de salud mental y la problemática para encontrarles solución ha sido abordada de distintas maneras dependiendo de la conceptualización histórica que se tenga de la enfermedad mental, así como de las condiciones materiales de vida del enfermo, los sectores poblacionales encargados de manejar la problemática directamente, y el apoyo de la sociedad civil y de las autoridades.

Es un hecho que el trastorno mental continua siendo uno de los fenómenos más temidos y que causan mayor conmoción a nivel familiar, comunitario y social. La enfermedad mental ha sido una constante en la historia de la humanidad, y ha sido objeto de innumerables estudios desde perspectivas sociales, biológicas y psicológicas. Sin embargo aún no queda clara la conceptualización de la salud y la enfermedad mental.

En la era cristiana y durante la Edad Media las sociedades interpretaban los trastornos mentales como fenómenos sobrenaturales determinados por espíritus malignos

que se posesionan del individuo. Partiendo de esa interpretación del padecimiento mental, se recurrían a ritos mágicos para sanar al individuo doliente, al resultar inútiles estos mecanismos de curación la comunidad utilizaba como recurso la reclusión obligada del enfermo.

Se puede hablar entonces de que éste es el primer antecedente de lo que más tarde se conocería como manicomios, en donde durante muchos siglos las celdas, cadenas y cualquier medio de contención eran considerados válidos para salvaguardar al resto de la sociedad de aquellos seres peligrosos e incoherentes que demostraban una conducta irracional.

Es hasta el siglo XVIII que se inicia la etapa humanística de la psiquiatría con Pinel, quien libera al enfermo de las cadenas. Lamentablemente, el espíritu humanístico de Pinel no fue compartido por la mayoría de la academia psiquiátrica, la cual, junto con la mayor parte de la sociedad, continuó condenando a los enfermos mentales al aislamiento.

Con la aparición del psicoanálisis, creado y representado por Sigmund Freud y posteriormente por otras escuelas, la psiquiatría sufrió una total transformación, abriéndose un nuevo campo para la exploración de la etiología de los padecimientos mentales lo que repercutió directamente en la conceptualización de la enfermedad y de los pacientes.

Aquel que era considerado un ser irracional, incurable y peligroso, se convierte en un ser insuficientemente estudiado y valorado desde la perspectiva psicológica y social. Por tanto, el psiquiatra tiene que salir del manicomio y ampliar su espectro visual para ahondar en los laberintos de las experiencias, entorno social, cultural y familiar del enfermo, aspectos sin los cuales el fenómeno de la enfermedad mental es incomprensible.

A partir de éstas transformaciones se empezó a gestar el cambio de conceptos en relación con el enfoque asistencial que propugnaba la atención del paciente de forma más abierta; gracias al advenimiento de la psicofarmacología, que ha proporcionado al psiquiatra un armamento terapéutico y de control del paciente, la psiquiatría comenzó a abandonar sus patrones tradicionales.

Los psiquiatras actualmente son los encargados de abordar, definir y manejar la problemática a un nivel institucional. Generalmente esta perspectiva del trastorno mental se basa en una visión orgánica, lo cual se traduciría a una etiología de las enfermedades mentales de índole primordialmente biológico-hereditario.

La sociología por su parte, muchas veces, minimiza esta concepción organicista del trastorno mental atribuyendo a factores psicosociales un peso determinante para el conocimiento de la enfermedad mental, simplificando el trastorno a un problema de desadaptación, rechazo o a un deficiente desempeño de los distintos roles sociales, situaciones que en efecto ocurren en la mayoría de los casos en que se presenta la enfermedad mental, pero que no son el rasgo definitivo ni distintivo de ésta, como se argumentará más detalladamente en nuestra investigación.

Más allá de la disputa entre los biologicistas y los científicos sociales, nos queda claro que el enfermo mental no puede entenderse fuera de su contexto emocional, económico y social; el trastorno mental no puede estudiarse en el vacío como una mera abstracción: nos referimos a hechos concretos que han existido desde hace miles de años y que no se presentan homogéneamente en las diversas clases sociales.

Por ello afirmamos que conceptualizar orgánicamente esta problemática sin contemplar los aspectos antes mencionados, incapacita al investigador para comprender al fenómeno. Un tratamiento meramente psicosocial resultaría de igual manera insuficiente .

Los avances tecnológicos y científicos, específicamente en el área neurocientífica, han demostrado la presencia de deficiencias neuroquímicas en el cerebro, daños cerebrales y determinantes hereditarios que intervienen directamente en la gestación de los padecimientos mentales, mientras que en las ciencias sociales se han generado perspectivas que resultan relevantes para el campo de la psiquiatría.

El estudio de la prevalencia, la estratificación social, los determinantes sociales y tendencias de diversas desviaciones y trastornos psiquiátricos, el estudio de las acciones del estado y las actitudes de la sociedad para contender con tales trastornos y desviaciones, las causas económicas, sociales y culturales de la enfermedad mental, el papel del apoyo social en la preservación de la salud mental , los derechos de los enfermos a un trato y un tratamiento competentes y humanos y el exámen crítico del funcionamiento interno de las instituciones asistenciales, son un ejemplo de .la aportación que las ciencias sociales han legado a la medicina.

En este último aspecto se inserta el presente trabajo de investigación, para ello decidimos acercarnos a la mayor institución psiquiátrica de la ciudad de México, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y estudiar las recientes alternativas

terapéuticas que ofrece esta institución.

Observar directamente el proceso que existe entre el paso de internamiento del paciente y el retorno a su casa, es decir, el lazo inmediato que se da entre el mundo médico y el social, nos resulta central desde el punto de vista de la sociología. Este paso -que parece ser sencillo y que en realidad no lo es- resulta bastante doloroso y difícil para el enfermo y su familia.

El hecho de que el enfermo tenga que pasar de un ambiente de aislamiento y fuerte medicación, a una comunidad que con mucha frecuencia no lo entiende ni lo acepta, es complicado. Por lo que es bastante común que, después de chocar con su ambiente, el paciente tenga que regresar al internamiento temporal iniciando un círculo vicioso difícil de romper.

Lo que a nosotras nos interesa especialmente es este proceso de transición del ambiente médico al social, así como el por qué se presenta el problema y las formas en que se ha intentado resolver este choque entre el enfermo mental y la sociedad.

Nuestro estudio de caso que se centrará en el Hospital de Día (un servicio brindado por el Fray Bernardino Álvarez) nos proporcionará un ejemplo de alternativa terapéutica que se ocupa de este proceso.

Dentro de esta lógica, nuestro primer objetivo es justificar por qué la sociología tiene algo trascendente que aportar con respecto al buen trato de los enfermos mentales, quienes tradicionalmente han constituido un campo abordado exclusivamente por la medicina. Marcar la importancia que han tenido las explicaciones de índole social en la psiquiatría, así como enfatizar la relación de la teoría social con el campo de la salud mental, resulta imprescindible para alcanzar el fin que nos propusimos que es acentuar la relevancia de la multidisciplinarietà en el caso de la enfermedad mental.

Ofrecer el contexto histórico del trato y del tratamiento de los enfermos mentales en nuestro país, mismo que nos hace reconocer la relevancia de la historia y la transformación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de 1997-1998, es también otro de nuestros principales objetivos.

Llegando así a nuestro último objetivo que es la descripción del Hospital de Día como un ejemplo concreto de lo que podríamos llamar un servicio que se encarga de suavizar el choque que sufre el paciente entre el internamiento y la comunidad. Al mismo

tiempo que nos proponemos dar cuenta de la injerencia de otras áreas de estudio en el campo de la salud mental como son la sociología, las neurociencias, y la psicología.

Nuestro estudio de campo fue realizado en una institución psiquiátrica pública, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde se desarrolla desde hace varios años el programa del Hospital de Día. Este programa, una de las alternativas adyacentes al internamiento prolongado, se encuentra dentro del servicio de hospitalización parcial, y basa sus programas de rehabilitación en la búsqueda de la reinserción del paciente a su comunidad o núcleo más cercano a través de un semi-internamiento que abarca de las 8.00 a las 15.00 horas.

Observar la dinámica de la hospitalización parcial -específicamente de este programa conocido como Hospital de Día que constituye un servicio de semi-internamiento con el que se busca que el paciente se reincorpore a la vida social - nos parece importante para la formación sociológica. Encontramos inmersas en este modelo institucional, que se propone atenuar una problemática no resuelta como lo es el tratamiento de la enfermedad mental, nos hizo patente la necesidad de la aportación sociológica para cuestionar la conceptualización de la enfermedad y en, este caso específico, de su tratamiento a nivel institucional.

El hospital de día es una de las instancias que contrarrestan el internamiento prolongado facilitando así el tránsito al reaprendizaje y fortalecimiento de los lazos del enfermo con su núcleo familiar y social, pues los estudios han demostrado que el confinamiento prolongado deteriora las capacidades físicas y mentales de los individuos.

Nuestra tesis se organiza en tres capítulos. En el primero de ellos damos un cuerpo teórico a la investigación, la cual -aclaramos- fue abordada desde una perspectiva ecléctica: estableciendo la relación entre la sociología y la psiquiatría, campos del conocimiento que a primera vista parecieran irreconciliables, y que paradójicamente son áreas que se han nutrido mutuamente en los últimos años.

Para este fin fueron leídos y analizados textos que nos brindaron una visión general de la extensa historia del intercambio entre la sociología y la psiquiatría, entre los más importantes se encuentran los textos del sociólogo francés Roger Bastide, quien se especializó en el estudio de los aspectos sociales de la enfermedad mental. El no recurrir directamente a todos los autores que han hecho algún estudio relacionado con la injerencia

de la ciencia social en la psiquiatría, fue con la finalidad de evitar que los límites de esta investigación se desbordasen, convirtiéndolo a este documento en un trabajo meramente teórico.

Esto no quiere decir que no hayamos recurrido directamente a autores que se consideran clave, pero siempre lo hicimos teniendo presente la idea de que nuestro objetivo era establecer la interdisciplinariedad de la sociología con la psiquiatría, así como contextualizar históricamente al hospital psiquiátrico más importante de la Ciudad de México para finalmente llegar a la descripción del Hospital de Día.

Nos parece pertinente diferenciar la concepción de la locura que se refleja en algunas creaciones artísticas y los pacientes psiquiátricos. Son estos últimos a quienes nos referimos a lo largo del estudio. En una parte del primer capítulo hemos abordado este tema aprovechando alguna mención a Erasmo y su *Elogio de la locura*

En el siguiente apartado nos referimos a la relación entre 'salud mental-normalidad' y 'enfermedad mental-anormalidad', conceptos que erróneamente se consideran necesariamente ligados. Desvincular la anormalidad de la enfermedad mental y la normalidad de la salud, es necesario para lograr un conocimiento más objetivo de nuestro tema y evitar alguna confusión al respecto.

Derivado del punto anterior, la investigación continúa analizando cuáles son los elementos que definen al enfermo mental una vez aclarado lo erróneo que resulta el equiparar a este con un individuo 'anormal'. Para ello recopilamos diferentes concepciones del 'trastorno mental' intentando encontrar denominadores comunes que aclaren el término y nos lleven así por una senda de conocimiento más certera.

Para finalizar el primer capítulo, se advierte sobre otro de los puntos polémicos de la psiquiatría: el diagnóstico y la dificultad ante la que el psiquiatra se enfrenta para no confundir la enfermedad con lo que llamamos 'transgresión cultural', esto es, desobediencia social.

Nuestro objetivo no es adoptar una postura radical acerca de la superioridad que tenga una disciplina sobre otra (llámese psicología, psicoanálisis, neurociencia, psiquiatría o sociología), sino resaltar el hecho de que se complementan unas a otras para conseguir un estudio más completo del trastorno mental.

En el segundo capítulo abordamos el contexto histórico de las instituciones

psiquiátricas en México, su evolución histórica desde que eran consideradas como instituciones de caridad de la Iglesia católica hasta su transformación en organismos dirigidos por médicos especializados.

Más específicamente desarrollamos la historia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y el nacimiento en la década de los 70 del Hospital de día. Así como también se incluye un breve seguimiento de las corrientes que han nutrido a la psiquiatría moderna para poder entender como ha evolucionado el concepto de enfermedad mental en nuestro país.

La transformación legal en materia de atención psiquiátrica y derechos de los enfermos mentales, fue otro apartado de éste capítulo. Nos referimos concretamente a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 debido a que es el instrumento legal que regulariza el funcionamiento de las instituciones psiquiátricas y contribuye en gran medida a sus transformaciones.

Decidimos incluir este documento porque marca el paradigma legal vigente del trato y del tratamiento de los enfermos mentales en nuestro país, al mismo tiempo que es una herramienta legal realizada tomando en cuenta no sólo parámetros médicos: para su realización se formó un grupo multidisciplinario que incluía psicólogos, médicos, psiquiatras, abogados y asociaciones de protección a los derechos de los enfermos mentales.

De manera que contamos con un instrumento legal que pretende dar protección integral al paciente, lo cual representa una innovación importante en el rubro del tratamiento psiquiátrico en México.

Este capítulo fue realizado basándonos en la revisión de diversos textos de naturaleza histórica y legal del tratamiento psiquiátrico en México, además de contar con información oral recabada por entrevistas realizadas a funcionarios que consideramos claves para el proceso de transformación actual de las instituciones psiquiátricas.

En el último capítulo incluimos los factores que influyeron directamente en el nacimiento del Hospital de día, como lo fueron la corriente antipsiquiátrica o las formas alternativas de tratamiento que, buscando evitar el aislamiento del enfermo mental, han tenido lugar a lo largo del siglo XX..

Finalmente, realizamos una descripción de las funciones del Hospital de día, (sus



programas y dinámicas) durante el período que va de enero de 1997 a marzo de 1998, como ejemplo de la aplicación de una nueva concepción del trastorno mental a nivel institucional.

Para la realización de éste capítulo revisamos textos de psiquiatría tradicional y de la teoría antipsiquiátrica, así como otras alternativas terapéuticas que se han llevado a cabo a nivel mundial para brindar un contexto cercano a ésta forma de atención al paciente.

Utilizamos los programas vigentes del Hospital de día, pero también los que antecedieron al actual con el fin de describir detalladamente el funcionamiento y las diferencias que hubo de uno a otro, mostrando una preocupación por el mejoramiento del tratamiento del enfermo mental y principalmente que éste servicio es una alternativa que se aplica hoy y se encarga de facilitar éste paso complejo del ambiente médico al social.

Otra fuente de información importante para nuestro estudio fue la observación directa del funcionamiento del Hospital de día que realizamos durante aproximadamente cuatro meses. La realización de esta investigación es un intento por aproximarnos al complicado, ignorado y fascinante mundo de la enfermedad mental. Asombrosamente, un espacio menos ajeno a todos nosotros de lo que pudiéramos pensar.

#### NOTA ACLARATORIA

Realizar ésta investigación nos hizo conscientes de que el tema que abordamos es complejo y sumamente amplio, pues no solo estamos hablando de sociología, sino de psiquiatría, psicología, de las neurociencias, entre otras. Una cantidad considerable de factores y de disciplinas se entrecruzan con el problema de trastorno mental, por lo tanto la cantidad de información se multiplica, así como las reflexiones que se deben hacer sobre ésta.

Por esta razón a pesar de los esfuerzos que realizamos nos fue imposible mencionar toda la información que teníamos del tema, aunque intentamos dar un panorama general, por lo que seguramente pecamos de brevedad y escasez de análisis en muchos aspectos sobre todo en los que no son propiamente sociológicos.

Esperamos que las omisiones que se realizaron en nuestra investigación no sean del

todo graves, por el hecho de ser el presente trabajo un estudio que pretende brindar un contexto general de la relación que tiene la sociología con el problema de la enfermedad mental, así como presentar una recopilación de lo que ha sido el trato a los pacientes con enfermedades mentales en México, con el fin de contextualizar la importancia del Hospital de Día en el Fray Bernardino Álvarez como ejemplo de una visión integral de los llamados enfermos mentales.

A pesar de abarcar varias disciplinas nuestra consideración del fenómeno es básicamente sociológica. Esperamos que bajo esta perspectiva sea leída.

También es importante aclarar que, por el hecho de que nuestra investigación de campo fue realizada en una institución psiquiátrica y que en general estamos abordando de manera directa el ambiente, nos pareció correcto utilizar las herramientas teóricas que utiliza el ambiente médico y que se deben respetar para el tratamiento de los pacientes en todas las instituciones psiquiátricas del país. Los términos médicos que utilizamos fueron consultados en el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en una serie de criterios con rasgos definitivos, ésta nomenclatura esta basada en la observación empírica. Y CIE-10 (Clasificación internacional de las enfermedades) que son documentos aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A continuación aclaramos el significado de algunos de los conceptos que utilizamos a lo largo de nuestra investigación.

*Trastorno mental.* Síndrome o patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, éste síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción en el comportamiento, psicológica o biológica ni el comportamiento desviado ( político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

En la redacción de esta tesis utilizamos indistintamente el término enfermedad

mental y trastorno mental debido a que la terminología psiquiátrica se encuentra en proceso de revisión de ambos conceptos, aunque actualmente el término mayormente aceptado es trastorno mental.

*Paciente agudo.* Que el padecimiento perdure de 1 a 28 días.

*Paciente sub crónico.* Que el padecimiento perdure de 29 a 89 días.

*Paciente Crónico.* Que el padecimiento dure más de 90 días.

## CAPÍTULO UNO

### 1.1 Breve historia de la relación sociología-psiquiatría

La sociedad a través de sus códigos de normalidad determina lo adecuado o inadecuado para su seguridad, estabilidad y desarrollo. Con este fin crea organizaciones e instituciones que salvaguardan sus intereses como colectividad. En este marco, el enfermo mental resulta un elemento desestabilizador en la familia, y por lo tanto en la sociedad.

En primer término el enfermo mental se manifiesta incapaz de participar en la dinámica familiar y social como se espera, debido a su inestabilidad psicoemocional, lo que se traduce en relaciones afectivas, laborales y sociales complicadas y frustrantes.

A simple vista las enfermedades mentales son el padecimiento de la psique que repercute en la interacción del enfermo con los otros, sin embargo, más adelante veremos que la adaptabilidad social no es el único parámetro para determinar la enfermedad mental.

Una de las grandes confusiones que prevalecen en sectores de la sociedad occidental es la de equiparar la anormalidad con la enfermedad, y la normalidad con la salud. Argumentos debatibles, que implican el análisis de toda una visión particularista del otro, así como de nuestro ambiente. El trastorno mental y su inserción en la sociedad, continúa siendo campo casi exclusivo de la disciplina médico-psiquiátrica.

Las manifestaciones de trastorno mental agudo y crónico requieren la intervención activa de las ciencias biológicas en el control, y como atenuante del síntoma que desintegra al enfermo de su medio y de sí mismo. Sin embargo, la aproximación al individuo únicamente como fuente de múltiples emociones y actitudes patológicas empobrece el desempeño de la psiquiatría, así como las necesidades del paciente.

La perspectiva de la enfermedad en general y en este caso específico de la enfermedad mental, como elementos aislados del medio ambiente, es uno de los puntos cruciales que han impedido un mejor avance en la calidad de vida del enfermo mental. Esta apreciación del organismo como experimento de laboratorio, limita fuertemente el

crecimiento profesional del psiquiatría y la integración del paciente a la sociedad. Porque el ser humano como ser social, biológico responde, se nutre, aprende y crea a partir de una familia, cultura y sociedad determinada. No enfatizar suficientemente estos factores derivaría en una aproximación raquítica hacia el individuo hipertenso, diabético o esquizofrénico. El proceso de conocimiento de una enfermedad requiere de una aprehensión holística del hombre y su medio, para construir así una base más sólida de la etiología, desarrollo y resolución del trastorno.

La sociología, disciplina generalmente excluida de ámbito psiquiátrico, tiene una relación estrecha con las enfermedades mentales. La historia de la vinculación de la sociología con la psiquiatría es innegable, ambas parten del interés por conocer al hombre, un animal eminentemente social como lo definió el mismo Aristóteles en su obra *La Política*.

La psiquiatría como especialidad de la carrera de medicina, tiene como objetivo estudiar y tratar las enfermedades mentales manifestadas en una conducta irracional entorpecedora de la relación con el otro. Entendiendo por conducta irracional, la disrupción de las funciones mentales del hombre que así ve limitada su capacidad de desarrollo, de integración coherente de las ideas, emociones y de la conducta.

Los puntos de encuentro de la psiquiatría y la sociología son diversos. De hecho la íntima relación de estas dos especialidades ha dado lugar al nacimiento de una nueva especialidad conocida como psiquiatría sociológica. No se refieren a ella como psiquiatría social, porque el estudio de las enfermedades mentales es carácter social, por ello se habla de una psiquiatría sociológica que abarca una estudio más profundo y serio de los factores sociales desencadenantes de la patología mental.<sup>1</sup>

Curiosamente, para varios autores este enlace formal de la psiquiatría con la sociología no corresponde a la labor profesional del médico ni del psiquiatra, sino a la del sociólogo. Roger Bastide, profesor de la Sorbona e *investigador 'L'Ecole Practique des Hautes Etudies'* quien se ha dedicado a estudiar la relación de las enfermedades mentales y las condiciones socioeconómicas es un claro ejemplo de ello.

A partir del terreno sociológico ha analizado la problemática del trastorno mental

---

<sup>1</sup> Fernández Alojós, F.: *Psiquiatría Sociológica*. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1974, pág.. 8.

haciendo hincapié en las condiciones micro y macro sociales detonadoras de las patologías.

Por su parte, los psiquiatras-sociólogos parten del cuadro clínico sin perder de vista el contexto social haciendo uso de las herramientas metodológicas de la sociología.

De esta manera se contemplan varios aspectos o categorías: la epidemiología, que es el estudio de la frecuencia de las enfermedades psíquicas, es la base para organizar adecuadamente la asistencia psiquiátrica en una determinada población y conocer la proporción de enfermos que en ella se encuentran. Especifica a partir de niveles socioeconómicos y de otros datos padecimientos para intentar lograr una correlación lógica que permita atacar el padecimiento desde su terreno sociocultural, base importante para el desarrollo de las terapéuticas curativas de los trastornos mentales.

Otro elemento que contempla el amasiato psiquiatría-sociología, es la sociogénesis, que es el estudio específico de la intervención de los factores sociales en la génesis de las enfermedades mentales.

Por su parte, la sociosemiología analiza los trastornos sociales ocasionados por las enfermedades mentales, es decir, el centro de atención de esta variable no es el individuo, sino la colectividad, llámese familia, compañeros, etc., que conviven y padecen de cierta forma junto con el enfermo la desintegración.

La socioprofilaxis actúa activamente en la vertiente social de la asistencia psiquiátrica como una medida informativa, preventiva para la sociedad. Por último, la psiquiatría comparada busca establecer comparaciones entre unos enfermos y otros cotejando los respectivos contextos socioculturales. Por lo anterior, queda claro que la relación que guarda la sociología con la psiquiatría es más estrecha y necesaria de lo que comúnmente se piensa

Haciendo un recuento histórico de la interacción de la psiquiatría y la sociología, encontramos que una de las corrientes que influyó decisivamente en la psiquiatría, y con ello en una concepción del mundo y de la enfermedad mental, fue el psicoanálisis.

En los trastornos neuróticos y psicóticos, a partir de la primer década de nuestro siglo, fueron reconociéndose los factores culturales y sociales como elementos imprescindibles para la comprensión, tratamiento y revisión de las patologías. De esta forma algunos psicoanalistas como Alfred Adler, Hany Stack Sullivan, Karen Horney, entre otros, realizaron su labor médica en una dimensión social, aunque no en términos

formalmente sociológicos, sí con la claridad de la funcionalidad de ésta.

La tendencia de los profesionales de la salud mental a concebir su especialidad orgánicamente disminuyó en los años veinte, cuando los escritos psiquiátricos comenzaron a mostrar en sus conceptos, la fertilización de la sociología en su campo.

Un ejemplo de la transición que sufrió en la conceptualización de la enfermedad mental fue el psiquiatra Ernest Rutherford. Influido por el creciente peso y reconocimiento de las ciencias sociales en 1916 señaló la importancia del diagnóstico de los psicoanalistas en los conceptos interpretativos, terapéuticos que abarcan no únicamente el determinismo médico, sino las creencias incluso religiosas.

Rutherford Groves sostenía que en algunas religiones existían aspectos que podían servir a las personas como canal de escape o medio de satisfacción. Este autor se interesó en el análisis del proceso de socialización y los problemas sociales de la familia. Contribuyeron a la expansión de los focos de atención de los psiquiatras, trasladándolos del mero organismo a la situación social de la persona.

El papel de Groves en 1917 es de gran importancia y trascendencia, ya que representa la primera postura sólida para el reconocimiento de la teoría freudiana en la enfermedad mental, así como para la valoración de la sociología como ciencia inserta en el proceso de conocimiento de la psiquiatría.

Entre 1933 y 1935 Groves condensó propuestas básicas para la exploración del mundo de la enfermedad mental, donde la interacción de la sociología y la psiquiatría es indispensable:

- El acercamiento a la cultura a través de la experiencia psicoanalítica,
- El análisis de las situaciones sociales del paciente,
- Considerar a los problemas sociales como producto de desajustes psicopáticos,
- Reconocimiento de factores endócrinos y,
- Una psiquiatría clínica dedicada al estudio funcional de las situaciones de las enfermedades mentales.<sup>2</sup>

Esta pequeña contribución de la sociología a la psiquiatría sugiere *a grosso modo* la

---

<sup>2</sup> Rose Amorld, M.: *Mental Health and Mental Disorder*. Ed. W.W. Norton & Co., New York, 1955, pág.. 24.

investigación socio-psiquiátrica de los procesos mentales de socialización, las fuentes de las neurosis en los factores del ambiente social y el socioanálisis de las contradicciones culturales.<sup>3</sup>

En 1919 se llevó a cabo una primera mesa redonda de la Asociación Americana Sociológica acerca de las implicaciones sociológicas de la psiquiatría, lo que nos habla de una necesidad evidente del trabajo conjunto para la resolución de la problemática de la salud mental.

William Isaac Thomas, por ejemplo, introduce la interpretación socio-situacional de la motivación como contraste a la interpretación meramente interna que también estaba en boga. Su teoría inicialmente fue tachada de trunca e inadecuada, no obstante, su planteamiento de la importancia de la acción social y su motivación en el complejo de las enfermedades mentales fue reconocida, por lo menos en la sociología norteamericana en los últimos escritos de Kurt Lewin y Talcott Parsons.

Thomas centró sus estudios en las tensiones generadas por el cambio social y la migración, condiciones que a su juicio repercutían decisivamente en la salud mental e integración del individuo.

Otro trabajo importante en este ramo es el de Thomas Elliot, quien enfatizó la necesidad de aplicar los conceptos encontrados en los trabajos de Freud, Jung, Jelliffe White, entre otros, a la motivación en la formación de grupos y organizaciones.

Ensayos posteriores de Elliot hablan de la enajenación mental como una situación social más que como un rasgo o característica individual. Además, creía en la caución situacional de la enfermedad mental, por lo que propuso una terapia colectiva a través de cambios culturales como medio para la resolución de los trastornos mentales. Para estos estudios acuñó el término 'Socioanálisis' (1920) y la necesidad de lo que llamaba una 'psiquiatría sociológica'.<sup>4</sup>

Con intereses teóricos y terapéuticos, también utilizó las herramientas de la sociología así como los conceptos del psicoanálisis para estudiar la adaptación a las situaciones de pérdida de los pacientes (con esto el autor se refiere a la pérdida de algún bien o ser querido). Por otra parte, contribuyó a la valoración sociológica de las teorías de

---

<sup>3</sup> Ibidem pág.. 25.



Trigant Burrow, psiquiatra que consideraba a la cultura civilizada como una colectividad 'insana'<sup>4</sup> lo que provoca la patología individual.

Anton Boisen, sociólogo que servía como capellán, se dio a la tarea de estudiar las ideologías religiosas, conflictos éticos y la historia de la vida social como factores causantes de las enfermedades mentales o como terapia para pacientes mentales institucionalizados. Boisen veía a los conflictos éticos y religiosos como síntomas de una colectividad enferma y encontró alivio en los pacientes a través de la liberación del aislamiento, los sentimientos de culpa y los miedos.<sup>6</sup>

L. L. Bernard, psicólogo social conductista, aparece en esta área como crítico de las ideas de varios psiquiatras como Freud, Jung, Mccurdy y Jelliffe, entre otros, especialmente en interpretación de la neurosis. Consideraba la problemática en el ámbito organizacional, esto es, social y no un proceso instintivo.

En 1923 el psicólogo Kimball Young, reconoció las dificultades de la integración del individuo en un ambiente cultural disociado. Las represiones del medio, decía, podían representar un gasto social de energía, así como fuente de neurosis<sup>7</sup>.

Utilizó los conceptos psicoanalíticos de los deseos reprimidos, la ambivalencia, la proyección de las culpas a través de chivos expiatorios, los mecanismos de defensa y de compensación para apaciguar la frustración generada por el medio ambiente; así sugirió formas de educación que resolvieran estas dificultades no únicamente en el ámbito institucional sino intrafamiliar.

En 1926 William Ogburn propuso que la labor de la sociología en el campo de la salud mental debería consistir en comprobar los descubrimientos o hipótesis no controladas por los psicoanalistas debido a su atención centrada en las manifestaciones individuales de la enfermedad.

Otra contribución a la teoría interdisciplinaria fue el trabajo que realizó Laurence K. Frank en 1927. En sus escritos que aparecen en 1936 se muestra preocupado por los valores humanos y por lo que él llama 'higiene cultural'<sup>8</sup>, realizó estudios donde definió

<sup>4</sup> Elliot, D.: 'The Possibilities of Cultural Hygiene'. *Psychiatry*, Num. VI (February 1943), pág.. 83-88.

<sup>5</sup> Rose A. M.: *op cit* pág.. 27.

<sup>6</sup> Faris, R.: *Los grandes problemas sociales*. Ronald Press Co., N.Y., 1957, pág.. 185

<sup>7</sup> Rose A. M.: *op Cit*, pág.. 35.

<sup>8</sup> *Ibidem* pág.. 31

una gran cantidad de situaciones psicopatológicas gestadas en el seno familiar. Veía a la sociedad como paciente, no como culpable.

Las depresiones individuales, la delincuencia, etc. a su juicio son índices generales de desintegración cultural. Pero la sociedad no es diagnosticada como un organismo, sino como una unidad interactiva a través de la cual sus miembros son satisfechos, frustrados y juzgados. Concebía a la salud como algo no-dado y con posibilidad de ser perdido, por lo tanto una meta social a alcanzar aunque la enfermedad se manifieste individualmente.

En 1930 la Asociación Sociológica Americana, resaltó la relevancia de la investigación de los conflictos culturales para entender los desordenes funcionales. Dentro de este gran tema se valoraron los rubros del impacto del conglomerado urbano en los problemas emocionales de los niños, la relación entre antropología cultural y psiquiatría, los estados psicóticos en los pacientes de ciertas áreas culturales y la higiene mental en la industria. Esto nos habla de una creciente preocupación por los aspectos sociales específicos en la evolución y aparición de las enfermedades mentales.

En 1932 Robert Faris ingresó al campo de la sociología partiendo del siguiente supuesto: 'sí existen factores culturales en la psicosis, debe ser posible demostrarlos por el método de la concordancia y diferencias entre varias áreas ecológicas y culturales'<sup>9</sup>. Comparando los antecedentes de un gran número de pacientes de hospitales para psicópatas públicos y hospitales privados, encontró una gran desproporción en esquizofrénicos y maniacodepresivos, mientras que las epilepsias sí se encontraron dispersas a través de todas las áreas. Su tesis que 'donde los contactos sociales son adecuados y las personas no están demasiado protegidas ni aisladas de la cultura prevaleciente, la esquizofrenia es rara, y cuando esta aparece, la restauración de la aceptación del grupo y la participación es terapéutica'<sup>10</sup>.

Edward Sapir, otro pionero en el acercamiento de la psiquiatría a la sociología, destacó la importancia de la antropología cultural en la salud mental por el hecho de estar constantemente redescubriendo 'lo normal', parámetro erróneamente utilizado para la medición de la salud mental. También intensificó su lucha por el reconocimiento de los

---

<sup>9</sup> Faris, R.: 'Insanity Distribution by Local Areas', *Proceedings of de American Statistical Association*, XXVII, (March, 1932), pág.. 53-57

<sup>10</sup> Faris, R.: 'Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality' *American Journal of Sociology*.

psiquiatras de los componentes sociales involucrados en las enfermedades mentales.

Read Bain visualizó los conflictos personales y su expresión patológica como consecuencia de las 'inconsistencias de la cultura', esto es; demandas, expectativas incompatibles del individuo y varios sectores del medio, ya sean sexuales, familiares, económicos, morales, educativos, etc.

La escuela de Sociología Urbana de Chicago, creada en 1892 por A. W. Small, consideró que la clave de la explicación de la vida social se encuentra en los móviles psicológicos y la influencia recíproca individuo-sociedad. Desde este punto de vista Robert Faris y H. Dunham publicaron en 1939 'Mental Disorder in Urban Areas' donde se analizaron la epidemiología de las enfermedades mentales relacionadas con otras condiciones socioculturales, como podrían ser las relaciones conyugales, laborales, etc.

Otra obra importante que hace hincapié en la correlación de los hechos sociales con el trastorno mental es 'Mind, Self and Society' (1934) de George Mead, donde se postula la formación del yo a través de la interrelación con los otros. 'La conciencia de sí, nace de la percepción de la actitud del otro hacia uno mismo (el sí mismo en espejo). Son los actos del otro los que dan significación a los actos del individuo'<sup>11</sup>.

Apoyada también en la teoría psicoanalítica se abocó al estudio de la formación de la personalidad, sosteniendo que 'la cultura modela tanto la personalidad sana como la patológica, por lo que la raíz del trastorno mental se encuentra en la disonancias culturales'.<sup>12</sup>

El difícil acercamiento de la psiquiatría y la sociología no ha evitado que ambos campos se nutran uno del otro y que nazcan áreas específicas de estudio de las enfermedades mentales en cada una de las dos disciplinas antes mencionadas: la psiquiatría social y la sociología de las enfermedades mentales.

Autores como E. M. Grenberg y S.S. Bellin atribuyen a la psiquiatría social el estudio de los medios y de los remedios utilizados por la sociedad en su lucha contra las enfermedades mentales en tanto que constituyen un problema social.

Un segundo sentido de la psiquiatría social es el apuntado por H.M. Adler y S.W.

---

Num. XL (Sept 1934) pág.. 155-65

<sup>11</sup> Postel, J. & Quétel, C.: *Historia de la Psiquiatría*. Paz Montalvo, Madrid, 1983, pág.. 567

<sup>12</sup> *Ibidem*. pág.. 570

Hartwell quienes atribuyen a esta disciplina la formación de trabajadores sociales en el campo de psiquiatría. Esto responde a la necesidad de contar con elementos capacitados para interactuar con el paciente psiquiátrico.

En el hospital psiquiátrico se desarrolla una dinámica en la que el paciente debe introyectar las normas, los valores y comportamientos de la sociedad para poderse reincorporar a su medio, por tanto' los trabajadores sociales formados a partir de la psiquiatría social deben funcionar como intermediarios entre la cultura normativa y el individuo enfermo'.<sup>13</sup>

La tercera acepción de la ramificación social de la psiquiatría, corre a cargo de Maxwell Jones quien define a este campo como el estudio de los métodos de tratamiento y de las técnicas de reaprendizaje de la vida social, a través, por ejemplo, de grupos de juego y de trabajo.

A pesar de las diferentes conceptualizaciones de la psiquiatría social, encontramos como denominador común la necesidad de la rehabilitación del paciente para llevar a cabo lo que llamamos una vida normal y el énfasis en la planificación y estructuración de estrategias para que el enfermo mental deje de representar un problema social a través de la reinserción a su medio natural.

La perspectiva sociológica de la enfermedad mental y su punto de encuentro con la psiquiatría es distinto, el nacimiento de la sociología de las enfermedades mentales es tan antiguo como el nacimiento de la sociología clásica y tienen el mismo fundador: Augusto Comte.

Desde la perspectiva positivista , la locura 'es el pensamiento desprendido del control de la colectividad, entregado a él mismo, a la inmoralidad de la vida interior y la pulsión de los deseos'<sup>14</sup>, lo que se traduce en una rebelión del individuo contra su medio, fugándose de su responsabilidad como ser social a través del pensamiento incoherente y comportamiento antisocial.

De acuerdo con la lógica positivista, la sociología de las enfermedades mentales se encargaría de estudiar la aparición de la locura a través del estudio de los diferentes períodos históricos. Esto implica una definición en primera instancia de los períodos

---

<sup>13</sup> Bastide, R.: *Sociología de las Enfermedades Mentales*. Siglo XXI, México, 1975, pág.. 3

orgánicos y de crisis.

El período orgánico se refiere a los momentos históricos en que la solidaridad de los individuos forman una cohesión total que mantiene bajo control la subjetividad del individuo, evitando que esta se desborde provocando la conducta antisocial.

Este período orgánico se debe a que la colectividad esta organizada de tal forma que sus valores, normas y costumbres satisfacen las necesidades psicosociales de los miembros de la misma. Un ejemplo de esto, es la Edad Media donde existía un Dios omnipotente, una Iglesia omnipresente que satisfacía existencialmente a la comunidad, una estratificación y jerarquización fuertemente delimitada que regulaba las relaciones sociales y una estructura familiar solidificada por la alta religiosidad y el miedo.

Este período histórico de acuerdo a la escuela positivista, fue claramente orgánico, por lo que el trastorno mental no representaba una problemática social grave.

¿Que pasó cuando la organización social dejó de responder a las necesidades del hombre? Comte afirma que comenzó un período de transición conocido como de crisis, en donde la solidaridad entre los individuos se debilita abriendo el camino a la ' subjetividad individual', conocida como locura, que a final de cuentas, anula el carácter social del individuo<sup>15</sup>.

Por tanto, la transición de un período orgánico a otro representa los momentos de proclividad de la locura, y es ahí donde la sociología de las enfermedades mentales tendrá su campo de estudio.

Morel, en desacuerdo con Comte, realizó un paralelismo entre la criminalidad y las enfermedades mentales en *su Tratado de las Degeneraciones de la Especie Humana*, concluyendo que 'el origen de la locura deriva de la fragilidad del sistema nervioso, el cual es presa fácil del paludismo, saturnismo y el alcohol principalmente, creándose así la locura en el individuo que como parte de una sociedad degenerará en locura social'<sup>16</sup>. Morel va más allá explicando la lenta evolución de los pueblos conocidos como salvajes debido a la enfermedad mental colectiva.

Comte intentó fundar una sociogénesis de las enfermedades mentales, atribuyendo la

---

<sup>14</sup> Ibidem, pág.. 22

<sup>15</sup> Blondel, Ch.: *Introduction a la Psychologie Collective*. Amand Colin, Paris, 1972, pág.. 2-35

<sup>16</sup> Bastide *op cit.* pág.. 24

locura individual al relajamiento de los lazos de solidaridad entre los individuos durante los periodos de crisis, mientras que Morel, en sentido inverso atribuyó las enfermedades mentales a causas biológicas que degeneran el sistema nervioso del individuo lo que finalmente desintegra los vínculos del individuo con la sociedad.

Comte y Morel coinciden en un punto: la locura se manifiesta en la ruptura de los lazos del enfermo con la sociedad, postulado que no debe confundirse con 'un exceso de individualismo' ya que el hombre para poder relacionarse adecuadamente deberá integrar satisfactoriamente su aspecto individual y social lo que en teoría se manifestará en una conducta normal y sana.

Comte sintetiza su teoría con respecto a la enfermedad mental de la siguiente forma: 'Sin constitución mórbida la desintegración social no arrastra consigo necesariamente la desintegración individual, pero la desintegración social contribuye a la enfermedad mental a través de los daños físicos que inflige al individuo (mayor frecuencia de traumatismos, de las infecciones, de la dieta insuficiente o inadecuada, etc.) o a través de la herencia (el medio sociocultural puede afectar a los genes a través de las relaciones sexuales).<sup>17</sup>'

La sociología francesa sufrió una crisis después de Comte, esta renacería con Durkheim y Levy-Bruhl. Este último autor, distingue dos tipos de mentalidades: la mentalidad prelógica que caracteriza a las sociedades primitivas y la lógica característica de nuestras sociedades.

En consecuencia, al estudiar las funciones mentales de las sociedades primitivas desde nuestra mentalidad y percepción 'lógica' en el sentido de Levy-Bruhl, nos encontramos con la incapacidad de penetrar aguda y objetivamente sus percepciones, valores, juicios y actos, remitiéndonos a uno de los problemas del hombre occidental: el etnocentrismo.

Aterrizando esta situación en la psiquiatría, encontramos a Charles Blondel quien llega a la conclusión siguiente: "No hay entre lo normal y lo patológico una diferencia de grado, sino de naturaleza"<sup>18</sup>, esto es, para valorar la patología o la normalidad es necesario partir de la misma consciencia y cosmovisión de una determinada sociedad. Lo patológico en consecuencia no se deriva de la diferencia de conciencia de las diferentes culturas con

---

<sup>17</sup> Leighton Alexander H.: *My Name is Legion*, N.Y., 1959 pág. 74.

respecto a nuestra lógica, sino de la incapacidad del individuo inmerso en su medio de mantener los vínculos sociales con el resto del grupo.

Por tanto, siguiendo el razonamiento de Levy-Bruhl y Blondel, es indispensable partir de la conciencia social del individuo presuntamente enfermo para poder lograr una valoración real de su estado. Este planteamiento, anula la posibilidad del establecimiento de parámetros universales de salud mental, si la equiparamos a esta con la normalidad, equivalencia que los autores antes mencionados hacen.

Emile Durkheim contribuye al entendimiento de las enfermedades mentales introduciendo uno de los conceptos más importantes y más estudiados: la anomia.

En su obra aparecen dos definiciones de la anomia, la primera en *La División del Trabajo Social* como: 'la ausencia de reglamentación y en consecuencia de fijeza y de regularidad en las relaciones entre las diversas 'funciones' sociales de donde surgen los conflictos entre órganos teóricamente solidarios'<sup>19</sup>.

Mientras que en su obra *El Suicidio* menciona lo siguiente: '...el estado de irregularidad o de anomalía está, pues, reforzado por el hecho de que las pasiones se encuentran menos disciplinadas en el preciso momento en que tendrían necesidad de una disciplina más fuerte' La anomia, en efecto, procede de que en ciertos puntos de la sociedad, hay falta de fuerzas colectivas, es decir, de grupos constituidos para reglamentar la vida social'<sup>20</sup>.

En ambas definiciones no hay gran variación, más bien se complementan, la primera tiene una connotación principalmente social y la segunda individual, pero finalmente ambas se refieren a una falta de reglamentación del individuo. Sin embargo, es importante apuntar que Durkheim nunca atribuyó una considerable importancia a la problemática de la salud mental y a los factores sociales, ya que consideraba el trastorno mental un fenómeno psicofisiológico. Paradójicamente su concepto de *anomia*, es retomado por los sociólogos Norteamericanos para encontrar la sociogénesis del trastorno mental.

Durante la transición del siglo XIX al XX dos movimientos, uno que partía de la psiquiatría hacia la sociología, el otro en dirección inversa, confluían en el punto de

<sup>18</sup> Bastide, R.: *op cit.* pág.. 26

<sup>19</sup> *Ibidem* pág.. 28

<sup>20</sup> Durkheim, Emile. *El suicidio*, ediciones AKA, 1989, pág. 271 y 521.

encuentro de la dimensión social de la enfermedad mental, campo que había sido ignorado con anterioridad.

Un ejemplo de esta corriente que partía desde el campo psiquiátrico es la del doctor Pierre Janet y su concepto de *tensión psíquica*. ' La disminución de la *tensión psíquica* explica a la vez el sentimiento de plenitud, de dificultad, de insuficiencia, de despersonalización, donde se gestan las enfermedades'<sup>21</sup>.

La enfermedad mental, de acuerdo con el planteamiento de Janet, se desarrollará cuando nuestra *tensión psíquica* no sea la suficiente para enfrentar nuestro ambiente, lo que se manifestará concretamente en el individuo como percepción distorsionada, trastornos en la atención o en la memoria, automatismo, agitación y todos aquellos síntomas que muestran la ruptura del individuo con el otro.

El punto clave de los estudios de Janet es que explica el aumento de los trastornos mentales a partir de la complejidad de la vida social. Sin embargo, esto por sí solo no explica por qué en una misma sociedad algunos se enferman y otros permanecen sanos; Janet responde a este cuestionamiento aceptando la existencia de un factor biológico que predispone a ciertos individuos a la enfermedad y esto combinado con un medio ambiente social demandante culmina en la patología.

¿Cuál es la clase de sociedad demandante, que absorbe mayor tensión psíquica de los individuos?. A juicio de Janet, son los centros urbanos donde la lucha por el empleo, por el mejoramiento socioeconómico y la mecanización del trabajo son elementos cotidianos, es decir, 'la sociedad urbana que plantea mayores expectativas a diferencia del mundo rural, donde el habitante se encuentra en un ambiente más solidario, con los lazos afectivos más fortalecidos con el resto de la población, con labores menos enajenantes y expectativas de vida más sencillas'.<sup>22</sup>

La segunda gran corriente sociológica que sirve de cimiento para una sociología de las enfermedades mentales es la marxista. Karl Marx cree en el papel patógeno que juegan las condiciones económicas sobre la naturaleza humana, reiterando que ningún fenómeno escapa de la influencia de las condiciones materiales de vida, incluyendo la salud mental.

---

<sup>21</sup> Janet, Pierre. "La tension psychologique et ses oscillations", en *Traité de psychologie*, tomo II, del Dr. Georges Dumas, Alcan, 1923, pág. 993.

<sup>22</sup> Bastide, R. *Op. Cit.* pág. 30



Desde la perspectiva marxista, la etiología de la enfermedad mental esta íntimamente relacionada con las condiciones de vida materiales. Por tanto, la disminución de la problemática de la enfermedad mental radica en la transformación del modo de producción para lograr la mejoría en las condiciones de vida de los individuos y esto automáticamente repercutirá en una población física y mentalmente más sana.

En el terreno de la psiquiatría francesa, el doctor Guillant hace hincapié en las determinantes sociales desde una perspectiva global, esto es las contradicciones de la sociedad, sus transformaciones técnicas, materiales o morales. Esta inclusión de las transformaciones morales es un concepto retomado de Mao Tse Tung quien afirmaba que: 'No hay que considerar únicamente los conflictos entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción por más que sean fundamentales, sino todo el conjunto de contradicciones accesorias, ideológicas, políticas, y culturales'<sup>23</sup>

De esta manera, el doctor Guillant, partiendo de la sociología marxista aporta una nueva dimensión la sociología de las enfermedades mentales: la cultural.

En el campo clínico la psiquiatría soviética se basa en la teoría de los reflejos condicionados o pavlovismo, la cual demuestra que los reflejos pueden condicionarse.

Pavlov hace incapie en los reflejos alimenticios y de defensa, así como sobre lo racional y lo social, reconociendo que 'en el animal (en las neurosis experimentales) y con mayor razón en el hombre, dos reflejos pueden, bajo cierto condicionamiento, entrar en conflicto, lo que implica la inhibición de ambos, da su lugar al condicionamiento y por consiguiente a la acción de la sociedad'<sup>24</sup>.

Este condicionamiento se torna más complejo cuando pasa del animal al hombre debido a la introducción de la palabra, la cultura y la moral.

La Escuela Soviética apunto que las enfermedades mentales aparecen debido a deficiencias congénitas o por la hostilidad del medio que debilita el sistema nerviosos del individuo; y que en la psiquiatría pavloviana, que es necesario condicionar los reflejos alimenticios y de defensa para canalizar más fácilmente el reflejo sexual sublimado en sentimientos de solidaridad social.

Aparentemente la corriente marxista y la pavloviana son contradictorias, sin embargo

---

<sup>23</sup> Ibidem, pág.. 32

se complementan; ambas atribuyen la causalidad de los trastornos mentales a factores sociales sin ignorar la predisposición orgánica en ciertos individuos.

Otra corriente de relevancia tanto para la sociología como para la psiquiatría es el psicoanálisis. De acuerdo con la teoría psicoanalítica de Freud, la etiología de los trastornos mentales se encuentra en los primeros cinco años de vida del individuo, periodo en el cual se delimitará su personalidad y los elementos que la perturban.

A simple vista los factores sociales se ven reemplazados por la biografía del individuo, los factores biológicos y especialmente los sexuales.

Sin embargo, esto no minimiza el valor de la sociología en el psicoanálisis, ya que la importancia atribuida a la infancia del paciente nos hace retomar la dinámica intrafamiliar, el mundo infantil con sus procesos de socialización, aprendizaje y relaciones.

Centrar el estudio de la enfermedad mental a partir de la infancia del sujeto lleva a considerar factores socioeconómicos que determinan a la familia y por tanto a la educación y experiencias que acumulará el niño.

En conclusión, el psicoanálisis debe poner atención a las condiciones materiales de vida del paciente, ya que de ahí dependerán en gran medida las experiencias infantiles del individuo así como las situaciones detonantes del traumatismo.

Con respecto a la importancia de la libido, es decir, del impulso sexual en la teoría psicoanalítica, sería absurdo abordarlo desde un enfoque orgánico, pues la manifestación del impulso sexual dependerá de la educación, valores introyectados del medio ambiente, de la cultura y del seno familiar.

Indudablemente la sociología es un punto de apoyo fuerte para la corriente psicoanalítica, una de las teorías que más han revolucionado el campo de la salud mental

En los Estados Unidos, cuando los sociólogos comenzaron a investigar apartados de la psiquiatría descubrieron varios fenómenos que después fueron utilizados por los psiquiatras; por ejemplo, la explicación de las rebeliones obreras por la frustración como señala McDougall, o el estudio sobre los campesinos polacos emigrados a los Estados Unidos de Thomas, quien encuentra una íntima relación entre la desintegración social del emigrante en su nuevo medio y el incremento de las enfermedades mentales.

---

<sup>24</sup> *Ibidem*, pág.. 33

A partir de este último autor las investigaciones de la sociología de las enfermedades mentales aumentaron considerablemente hasta llegar a crear la sección de 'Sociología y Psiquiatría' en la Sociedad Americana de Sociología.

Esta nueva sección formalizó y reconoció lo ya descubierto por los sociólogos y psiquiatras: la necesidad de reciprocidad entre las dos disciplinas para la mayor comprensión del tema en cuestión.

Así en la sección 'Sociología y Psiquiatría' se clasificaron los trabajos de investigación y el campo de la sociología de las enfermedades mentales en tres categorías: una referente a las dimensiones culturales y sociales de las enfermedades mentales, otra la que concierne a las relaciones sociales en la terapia y por último la referente al trabajo de la sociología en la prevención.

Todas las investigaciones realizadas contaban con un denominador común, la certeza de la interdependencia de la cultura, sistema social y personalidad en la etiología de los trastornos mentales

Sullivan, otro de los investigadores que influyó esta rama de la sociología desde la psiquiatría, concebía al individuo como un ser social retado constantemente por su medio. Esto es, el individuo se definirá a sí mismo por sus relaciones con los otros que serán sus elementos formativos.

A diferencia de Freud, Sullivan no consideró que el proceso formativo concluya en la infancia sino que continua hasta la adolescencia. De esto deduce que el tratamiento psiquiátrico deberá enfocarse a analizar el medio del paciente para resolver, de esta forma, las interrelaciones y comunicaciones dañadas.

Sin embargo, ni Sullivan ni ningún otro teórico, responden al problema que se enfrenta el psiquiatra al intentar alcanzar la objetividad científica a lo largo del tratamiento ya que como observador no puede escapar a sus propias influencias socioculturales, tomando en cuenta que el terapeuta es parte importante ya de las interrelaciones del paciente.

El sociólogo Talcott Parsons, relacionó la enfermedad mental con el concepto de la 'desviación', término que designa todas las conductas que se apartan de las normas preestablecidas de la sociedad. Clasificó la desviación a partir del binomio conformidad-alineación, que serán representados en el extremo, el primero, con actos de

hiperconformismo y el segundo con la disidencia o la rebelión.

Así, el psiquiatra al estudiar un conflicto ya individualizado, tiene que observarlo desde el exterior esto es, en su dimensión social, porque: 'el sistema de la personalidad no es más que la traducción en el interior de un ser del sistema social'<sup>25</sup>.

Parsons clasificó la sociogénesis de los trastornos mentales de la siguiente forma:

- Cuando la personalidad no introyecta las normas, valores y papeles que definen a su sistema social.

- Cuando el individuo absorbe excesivamente la normatividad de su comunidad, anulándose su personalidad (el caos de los ansiosos y/o fóbicos).

- Cuando el sistema social está desorganizado y el individuo interioriza esa desintegración.

Lo que permitiría una personalidad sana sería entonces y de acuerdo con Parsons, una adecuada 'orientación hacia los valores', es decir, el individuo tiene que elegir constantemente entre diversas variables: la primera es la de universalismo-particularismo, que plantea al individuo o actor el conflicto de la elección de los papeles a desarrollar en nuestra vida cotidiana, la segunda variable corresponde a la afectividad-neutralidad, donde el conflicto recae en la utilización de la carga afectiva adecuada en los diferentes papeles que desarrollamos.

Otra variable es la del dilema hacia la colectividad-orientación hacia sí mismo que entra en conflicto cuando las demandas colectivas no concuerdan con las demandas individuales. En la variable del sistema de satisfacciones, gratificaciones-privación, se integra uno de los elementos más importantes para la salud mental: la frustración,

Finalmente Parsons habla de la variable concerniente a la extensibilidad o no extensibilidad de los papeles que absorben solo una pequeña parte de la personalidad, lo que resulta en un bloqueo que repercutirá en la salud mental<sup>26</sup>.

Para la mayoría de los sociólogos, la enfermedad mental era percibida como trastornos sociales de adaptación, por lo tanto, la enfermedad dependerá del contexto socio

---

<sup>25</sup> Parsons, T.: *Interrrelations Between Social Enviroment and Psychiatric Disorders*, Milbank Memorial Fund, N.Y. 1953 pág.. 163

<sup>26</sup> *Ibidem*, pág.. 130

cultural del paciente, relativizándose el concepto de trastorno mental, pues lo que en una sociedad pudiera parecer sano, a otra podría parecer patológico.

Frente a esta postura, se encuentra la concepción sociocultural, donde se afirma que el trastorno mental se presenta independientemente de la ascendencia sociocultural, lo que les lleva a concluir que las enfermedades mentales tienen una connotación básicamente orgánica, como lo sería una apendicitis, un tumor cerebral, etc. Así la enfermedad se presenta en todas las sociedades y en todas las clases sociales, existiendo el antecedente hereditario que hace a algunos individuos propensos a ésta.

El diagnóstico científico (por llamarlo de alguna manera) en el área de la salud mental, sufre aún de muchas deficiencias: individuos con trastornos conductuales evidentes pueden presentar pruebas clínicas normales y hombres con una vida normal y aparentemente sana pueden presentar pruebas irregulares.

Esta situación podría hacer pensar que la detección de la enfermedad mental queda a juicio de la familia, que es el núcleo cercano del individuo -y el que recibe la carga de llevar a su familiar a consulta- así como también a criterio del psiquiatra quien a pesar de contar con una formación médico-científica está inmerso en un núcleo normativo y valorativo determinado.

La complejidad de la enfermedad mental hace necesaria la constante interrelación de la psiquiatría y las ciencias sociales. A pesar de manifestarse física y psicológicamente en el individuo, los trastornos mentales son parte de una problemática social.

## **1.2 Otras consideraciones acerca de la locura**

La locura entendida como la pérdida del lastre de la cotidianidad y como el tránsito por la vía de la anormalidad dentro de una sociedad determinada, atentando contra los modelos de vida, comportamiento y pensamiento para lograr crear nuevos caminos de tránsito hacia una vida más plena. no es de ninguna manera lo que la psiquiatría considera enfermedad mental.

La misión creadora, conlleva un acto de entrega parcial o total y el abandono de sí

mismo al mundo irascible de la imaginación donde los límites son inefables, aquí la psiquiatría tienen poco o nada que ver.

La locura del poeta poseído por las intuiciones de su mundo y que no concibe otra forma de vida sino a través de la palabra o el comportamiento del pintor obsesionado en vertir prácticamente la sorpresa o la desdicha de su existencia (sólo por nombrar algunas actitudes), no es definitivamente un comportamiento que defina a la enfermedad mental. Son quizá manifestaciones poco usuales de nuestra sociedad occidental donde el trabajo técnico y el consumo se erigen como pilares de nuestra existencia.

Erasmus de Rotterdam en su *Elogio de la locura* define literariamente y marca lo que podrían ser algunas de las diferencias entre la enfermedad mental y la locura de la siguiente manera:

Hay dos tipos de locura.: la que envían las furias cegadoras desde el infierno cuando lanzan serpientes venenosas y asaltan los corazones de los hombres con la pasión de la guerra, la sed inextinguible del oro, el amor prohibido y criminal, el parricidio el incesto, el sacrilegio o cualquier otra peste. O cuando persiguen a un alma culpable y consciente con las furias y fantasmas del terror. Y hay otra locura muy distinta de esa: procede de mí (la estulticia) y es deseable por encima de todo. Aparece cuando el alma se siente liberada de las preocupaciones y angustias por una especie de desvarío, inundándola al mismo tiempo de deliciosos perfumes<sup>27</sup>.

Don Quijote de la Mancha, por ejemplo, personaje cumbre de la novela homónima de Miguel de Cervantes Saavedra, es un loco en un sentido romántico, erasmico popular y literario. Monta su caballo y sale de la región de la Mancha sin rumbo fijo en compañía de su escudero Sancho Panza en búsqueda de aventuras caballerescas y amorosas que le dieran sentido a su sombría existencia.

Este es un hombre extraordinario en el sentido estricto de la palabra, es decir, fuera de lo ordinario, pero no un enfermo mental, o paciente psiquiátrico.

Es de gran trascendencia entender que el 'mito romántico de la locura', o la locura expresada en la búsqueda y creación de nuevos horizontes más plenos para el hombre, es totalmente distinto al trastorno mental, aunque ambos compartan el aspecto de la anormalidad, quizá de aquí deriva la confusión.

---

<sup>27</sup> Rotterdam, E.: *Elogio de la locura*. Alianza, Madrid 1984, pág. 79

Un paciente psiquiátrico no es un visionario peligroso para el sistema , un intelectual reprimido o un ser incomprendido debido a su genialidad.

Claro que no ignoramos que, sobre todo durante este siglo, se han cometido terribles atropellos a intelectuales, artistas o personas no gratas para algunos sistemas y han sido encerrados en manicomios atribuyendoles enfermedades mentales, pero también creemos que esto no tiene que ver directamente, con la psiquiatría o la concepción de enfermedad mental, sino más bien tiene que ver con cuestiones políticas e ideológicas.

El enfermo mental es un ser que comúnmente sufre de trastornos afectivos y de conducta, que le impiden relacionarse adecuadamente con los otros e integrarse consigo mismo, esto tampoco quiere decir que sean seres carentes de inteligencia, sensibilidad y talento, simplemente lo que intentamos decir es que la relación entre genio, artista y enfermo mental es principalmente un mito romántico de la literatura,. pero tal vez toda la confusión a este respecto deriva de la turbia diferenciación entre salud-normalidad y enfermedad-anormalidad. Por lo que consideramos pertinente esbozar los principales aspectos de los anteriores binomios.

### **1.3 Relación enfermedad mental-anormalidad**

La normalidad se mide en función de cada sociedad, una conducta normal implica una acción que se inserta en la media de la población, dentro de una constante de actitudes, sin que esto sea sinónimo de salud , por ejemplo: el tabaquismo en la adolescencia es una realidad constante en la sociedad mexicana, por tanto, es normal, sin embargo no es una situación ideal o sana para el individuo debido a sus consecuencias a largo plazo, como lo son las afecciones respiratoria y cardiacas, entre otras.

De ahí que la postura de los sociólogos que limitan el concepto de la enfermedad mental a una inadaptación social, no es tan acertado, esto equivaldría a considerar la salud del individuo en relación a las normas establecidas por la cultura.

Naturalmente la mayoría de los paciente psiquiátricos son anormales ya que no han logrado una adaptación a su medio social, pero éste no es el referente básico para determinar la salud o enfermedad del individuo.

A criterio del Dr. F. Alonso Fernández, la definición del enfermo psíquico, se basa en tres fundamentos:

- La pérdida de la libertad del sujeto frente a sí mismo, esto es, la pérdida de la capacidad de control y de acción del individuo,
- La presentación de rasgos en su vida psíquica y en su conducta incomprensibles psicológicamente con la relación a lo que ha sido su biografía hasta aquel momento.
- La aparición de estructuras psíquicas cualitativamente distintas de las estructuras psíquicas que se presentan en los sujetos sanos <sup>28</sup>

Este autor también afirma que “la enfermedad psíquica está condicionada algunas veces por factores sociales, pero en sí misma representa un hecho distinto del acontecer sociocultural, puesto que se relaciona esencialmente con la biología del ser individualmente considerado”<sup>29</sup>.

La locura se presenta como un sin-sentido. Por ello para encontrarle una respuesta se creía que el quehacer psiquiátrico debía de estar inserto dentro del marco de la filosofía del hombre. Es así que la psiquiatría nace como una rama de la filosofía.

Muchos médicos dedicados al estudio de la locura aparecían adscritos a distintas escuelas filosóficas: positivismo, fourierismo, eclecticismo e incluso veían en una revolución social ‘el único medio para resolver esta problemática del sin-sentido que representa la locura’<sup>30</sup>.

Cuando nace la psiquiatría a fines del siglo XVIII y principios del XIX, la teoría dominante es la del continuo progreso de la mente humana, sin embargo parecía que el número de enfermos aumentaba.

Los médicos de la época intentaron reconciliar la locura con la teoría evolucionista del progreso a través de Morel, quien concebía a la locura como un fenómeno de regresión de las formas superiores hacia las formas inferiores de organización física y mental, esto debido a una intoxicación del sistema nervioso.

Esto confirma la dificultad con la que tanto los estudiosos como la comunidad en

---

<sup>28</sup> Alonso Fernández.: *Psiquiatría sociológica*. Paz Montalvo, Madrid, 1974, pág.. 11

<sup>29</sup> *Ibidem*, pág.. 11

<sup>30</sup> Bastide, R.: *El sueño el trance y la locura*. Amorroutu Editores, Argentina, 1972, pág.. 123



general se enfrentan para definir y diferenciar la salud de la normalidad y la enfermedad de la anormalidad ya que ambos están inmersos en un mismo cuadro valorativo y normativo y a las pocas pruebas infalibles de diagnóstico clínico y objetivo para la detección de la enfermedad.

No debemos considerar a los seres adaptados como psíquicamente sanos, ya que no es un parámetro del todo confiable; por ejemplo, entre los 'niños modelo', esto es, conformistas, tranquilos, se producen el cuarenta por ciento aproximadamente de las esquizofrenias que se presentan en la adolescencia y en la juventud.

Los niños antes referidos se encuentran perfectamente adaptados a su medio y generalmente no encuentran motivo alguno de malestar. Este conformismo, contiene un caudal psico-higiénico deficiente que los hace propensos a esquizofrenia infantil y juvenil<sup>31</sup>.

En el caso contrario, tenemos los ejemplos de aquellos hombres que han desafiado las normas de su sociedad en la búsqueda de órdenes sociales más justos o simplemente una vida personal más satisfactoria y que en absoluto denotan enfermedad mental, sería absurdo pensar en personajes como Jesucristo, Gandhi o Lenin en términos de trastorno mental por el hecho de haber sido individuos claramente inadaptados a su medio, y con comportamientos atípicos

Tal es el caso de individuos sin menos peso social que podrían hacernos entender claramente el binomio salud-normalidad, por ejemplo, el escritor Henry Miller, nacido en los Estados Unidos a fines del siglo pasado y con una marcada aberración hacia su país por considerarlo un sistema que derivaba en la automatización e idiotización del ser humano.

Su vida en los Estados Unidos jamás mostró el más breve atisbo de normalidad o adaptación, tenía problemas conyugales y laborales, no creía en la institución del matrimonio, una conducta sexual reprobable para su tiempo y espacio, relaciones afectiva atípicas y un trabajo que lo tenía frustrado, en fin, una conducta implícita y explícitamente 'amoral', irrespetuosa e irreverente.

Sin embargo, jamás alguien ha clasificado a Henry Miller como un enfermo mental, porque su inconformidad con el medio en el que se desenvolvía denotaba contrariamente

---

<sup>31</sup> Fernández *Op Cit.* pág. 12

una gran inteligencia que se plasma claramente en sus libros.

La total adaptación del ser humano a sistemas socio-políticos y culturales tan injustos y absurdos, más que prueba de salud mental, debieran ser motivo de preocupación, pues en el momento en el que el individuo pierde la capacidad crítica de mantener relaciones afectivas y construir modelos, aunque sea imaginarios, denota un conformismo potencialmente peligroso para el desarrollo del ser humano.

De lo anterior se desprende que existen inadaptados por una disconformidad psicológica o social con el ambiente (como Henry Miller) y que son perfectamente sanos, y enfermos que viven perfectamente adaptados (como se ejemplifico con la esquizofrenia infantil o juvenil).

Sin embargo se puede decir que el hecho de vivir inadaptado supone tensiones emocionales que pueden producir o detonar la enfermedad mental.

Si bien es cierto que en el mundo de los inadaptados abundan mucho más los enfermos mentales que los individuos sanos, también es cierto y no lo debemos pasar por alto, que el trastorno mental a veces es la causa de la inadaptación y en otras, la consecuencia<sup>32</sup>.

Otros de los elementos importantes que deben ser considerados en la problemática de la salud es el 'espacio social', es decir, el espacio necesario para interactuar debidamente con los demás. Si no se dispone de este espacio, aumenta significativamente la posibilidad de enfermar. Este concepto de 'espacio social', se deriva de 'espacio vital' que es el espacio necesario para vivir, y el espacio psicológico necesario para desarrollar nuestro yo adecuadamente.<sup>33</sup>

La 'frustración social' es otro aspecto a valorar cuando se realiza un diagnóstico psiquiátrico, este deriva de las expectativas sociales no cumplidas, esto es, 'la discrepancia entre un acto social, que es el nivel profesional socio-económico de la persona, y un dato psicológico, que son las aspiraciones de esa persona'<sup>34</sup>.

La familia es el núcleo más importante a analizar y a atender ya que es en ella donde se puede encontrar cierta proclividad hacia las enfermedades mentales pues es el área por

---

<sup>32</sup> Ibidem. pág.. 20

<sup>33</sup> Ibidem pág.. 21

<sup>34</sup> Ibidem pág.. 21

excelencia de creación y prevención de las mismas.

Se ha comprobado la existencia de familias esquizofrenógenas, en las cuales hay una gran tendencia a esta enfermedad considerada genética. A este tipo de familias se les llamaba anteriormente neuropáticas y la gran cantidad de enfermedades que se manifestaban en ella se atribuían a factores hereditarios, sin embargo se ha descubierto que más que una enfermedad heredada se trata de un contagio de los trastornos a través de la convivencia.

La típica familia de esquizofrénicos es aquella donde la comunicación entre los miembros es nula o defectuosa, donde se vive en un clima de ausencia afectiva y automatización<sup>35</sup>.

El tratamiento y prevención de trastornos mentales no puede ni debe contemplar únicamente la medicación, es importante trabajar en los medios morbígenos, áreas productoras de trastornos mentales y crear ambientes sociales saludables para lograr la recuperación del paciente.

El hospital psiquiátrico y su sistema manicomial, entendido este como lugar de expositos donde se encierra al individuo enfermo que se ha convertido en un problema constante para la familia debe reconfigurarse.

El verdadero trabajo profiláctico y terapéutico debe realizarse a nivel social, comenzando desde el núcleo más fuerte e importante de nuestro conglomerado social: la familia, contexto donde el enfermo nace, se manifiesta y es intolerado. El hospital psiquiátrico debe cambiar su estructura organizacional y su manera de abordar el trastorno mental. Sin que por ello neguemos los factores biológicos implicados en esta dinámica.

Estamos conscientes de que la enfermedad mental es como un fenómeno biológico con disfunciones neuroquímicas, nerviosas y neuronales, aunque consideramos que el sistema del aislamiento y el acercamiento al paciente, como un cerebro perturbado únicamente, repercute en la poca o nula recuperación del enfermo a pesar de la efectividad temporal de los psicofármacos para reincorporarlo a su medio gracias a sus efectos tranquilizantes o activantes.

El hombre es un ser social, esta premisa aristotélica ya ha sido probada en numerosas

---

<sup>35</sup> *Ibidem* pág. 22

ocasiones. Un individuo que se encuentra aislado no desarrolla adecuadamente sus capacidades ni obtiene ningún tipo de retroalimentación. Esta verdad lo es tanto para el sujeto sano como para el enfermo, a pesar de la peligrosidad del enfermo mental, que se da en un porcentaje mínimo, la reclusión prolongada es uno de los grandes problemas de la psiquiatría.

Los psicofármacos pueden relevar esta función de marco de seguridad para la sociedad. Muchas veces el enfermo necesita alejarse del medio en el que se desenvuelve habitualmente para evitar que estalle una crisis que la familia no puede manejar, en estos casos el hospital a nuestro juicio puede funcionar como lugar de tránsito del paciente, pero no como un lugar de aprisionamiento, porque es cierto el hecho de que la mayoría de los enfermos mentales requieren de cuidados especiales que en sus casas por diversas razones no se les pueden otorgar, ahí el hospital puede fungir una de sus labores. Esta concepción 'lugar de tránsito' es diferente a 'lugar de reclusión', que es como generalmente se había manejado.

La formación de médicos especialistas en las enfermedades mentales debe ser aprovechada para la investigación científica apoyados en las diferentes disciplinas que les puedan aportar conocimiento al área, como son la antropología, la psicología, y la sociología entre otras.

Es un hecho la necesidad de la reclusión temporal de los pacientes crónicos y agudos ya que pueden representar un riesgo para la comunidad y para ellos mismos, así como su adaptación a los medicamentos y la valoración de su evolución; también es necesaria la reclusión temporal porque las condiciones de vida de un paciente con este perfil son muy dolorosas si no tienen los medicamentos y cuidados pertinentes.

Por ello sí debe de fungir el hospital como una especie de centro de contención temporal muy breve para luego ser canalizados a centros intermedios entre la contención y la sociedad, para tener un mayor número de probabilidades de que el enfermo logre tener una más fácil adaptación.

Se necesitaría un centro donde la debilidad y fragilidad del paciente pueda ser trabajada con todo el tiempo que esto requiera y que incluso pueda independizarse del medio ambiente del que provenía ya que seguramente ahí se encuentran varios elementos patógenos que debilitarán de nuevo al paciente provocándole una nueva crisis y

eternizando el círculo vicioso del internamiento , la salida del hospital y su reinternamiento tras una nueva crisis.

Esta instancia fortalecedora que ofrece la esperanza de lograr seres independientes de los ambientes morbígenos, además de atenuar la angustia, desintegración, dolor y inadaptación propia de la mayoría de los pacientes, es el Hospital de Día. Es un proyecto nacido en Europa y que ha sido adoptado parte del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El Hospital de Día es una de las transformaciones más ambiciosas que realiza la psiquiatría mexicana en los últimos años. Más adelante explicaremos en qué consiste este centro o sistema de atención psiquiátrico, a que necesidades responde y su viabilidad en la sociedad mexicana.

#### **1.4 Elementos a considerar en la definición de trastorno mental.**

Existen muchas formas y diferentes puntos de vista para definir que son los trastornos mentales. ¿Cuál es el rasgo definitorio de éstas?, ¿Cuál es el elemento que identifica certeramente a un trastornado?

Morris Rosemberg clasificó las diferentes concepciones del trastorno mental dentro de las siguientes categorías:

- concepción popular
- concepción psicológica
- concepción psico-social
- concepción médica
- concepción legal
- concepciones interrelacionales
- concepción social

CONCEPCIONES POPULARES: Desde la Segunda Guerra Mundial han habido una serie de estudios con respecto a la actitud del público hacia la enfermedad mental. Se ha descubierto que en la percepción del público existen dos características prominentes del desorden mental:

-La impredecibilidad

-La peligrosidad.

Popularmente se cree que los enfermos mentales son altamente impredecibles. Son vistos como personas que no siguen las reglas y quienes por su comportamiento errático pueden repentinamente avergonzar o poner en peligro a otros.

Un estudio conducido por el *National Opinion Research Center*, también muestra que el público en general tiende a pensar que los alterados mentalmente son peligrosos.

Ahora la impredecibilidad puede caracterizar los patrones conversacionales de los psicóticos. Mientras se lleva a cabo una conversación normal un paciente puede parar repentinamente en la mitad de una oración y hablar sobre otro tema diferente, por ello no debe sorprendernos que se tenga una imagen de los psicóticos como imprevisibles. Pero este no es por sí mismo un rasgo definitorio. Algunos psicóticos son extremadamente previsibles.

Un paciente puede andar con la misma expresión facial día a día, incluso semana tras semana sin mostrar el más mínimo cambio de expresión. Por lo tanto este elemento no puede servir como un rasgo característico de la enfermedad mental.

Con respecto a la concepción violenta y peligrosa, ésta es nutrida por los dramáticos reportes de medios de comunicación sobre psicóticos disparando al azar a extraños o por ejemplo las películas y los programas de televisión donde frecuentemente retratan psicóticos asesinos que aterrorizan a la población.

Halpert (1970) encontró que la gente reserva el término de enfermedad mental para el comportamiento que asusta o amenaza<sup>36</sup>.

Estas visiones populares no son nuevas. En la Europa medieval, los psicóticos eran encarcelados, encadenados a las paredes o sujetos a otras restricciones físicas porque se creía que eran violentos o incontrolables. Aún en nuestros días, la reclusión del enfermo está basada en éste supuesto.

Aunque es verdad -como afirma Rosemberg- que los psicóticos son a veces peligrosos, la peligrosidad tampoco es característica definitoria de estos.

---

<sup>36</sup> Harpert, H.: 'Public Opinion and Attitudes About Mental Health' *Social Psychology and*

Una investigación anterior a la mitad de los años sesenta reveló que los pacientes mentales en realidad tienen una tasa menor de arrestos que la población en general (Cockermhan 1989)<sup>37</sup>.

Estudios posteriores mostraron que ex pacientes hombres tuvieron tasas más altas en asalto, estas tasas fueron más bajas que las de los exconvictos e incluso que la de los conductores ebrios.

Es claro que la inmensa mayoría de las personas enfermas mentales no son más peligrosas que los miembros de otros grupos.

En la mayoría de los síntomas psiquiátricos no hay evidencia de una alta peligrosidad. Un hombre que escuche voces, mire fijamente a la pared o sufra fobias, es difícil que pueda representar un serio problema para la sociedad, esto significa que así como el enfermo mental no es necesariamente peligroso, la gente peligrosa no es necesariamente enferma mental.

Si se define la peligrosidad como la capacidad de infligir daño a los otros, entonces los criminales, conductores ebrios, policías, soldados y fabricantes de armas, son notablemente más peligrosos. Por tanto, la peligrosidad no puede ser considerada un rasgo definitorio de la enfermedad mental.

**CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS:** Dentro de las concepciones psicológicas Rosemberg encuentra varias teorías en las cuales la característica definitoria del desorden mental está localizada en los eventos mentales y emocionales de la gente o en las consecuencias conductuales de estos eventos.

Básicamente existen tres ramificaciones de esta concepción: anormalidad, aflicción o angustia e irracionalidad.

**ANORMALIDAD:** La anormalidad implica en el campo de la salud mental, un pensamiento, emoción o conducta rara, inusual o atípica. Por ejemplo, lavarse las manos veinte o treinta veces al día cuando el promedio de la población lo hace tres; llorar al recibir cualquier noticia o revisar quince veces antes de salir si la estufa está apagada, es

---

*Mental Health*, 1970, pág.. 489-504

decir, lo que correspondería a comportamientos obsesivos, sin embargo un deportista destacado muestra una anomalía estadística con respecto a la media de la población, y no es considerado en ningún momento como enfermedad mental. Por lo que el criterio de la normalidad estadística es una concepción demasiado estrecha para explicar la magnitud de la enfermedad.

Existe otro tipo de normalidad, la normativa, que deriva de un criterio más valorativo que estadístico.

Generalmente, en este caso la enfermedad mental cumple con el requisito de la anomalía normativa pero el autor antes referido cita varios ejemplos de normalidad ejemplo de anomalía que en este sentido se traduce en un comportamiento socialmente inapropiado, como sería la prostitución, el homosexualismo u orinar en la vía pública. Sabemos que esto no se traduce necesariamente en patología, ni la sociedad lo considera así.

El comportamiento socialmente incorrecto de ninguna forma puede representar el rasgo definitorio de los trastornos mentales, es más bien debido a la socialización inadecuada, un aprendizaje defectuoso de los diferentes roles a representar socialmente, quizá un desafío, una mala interpretación o una pérdida de autocontrol.

**AFLICCIÓN O ANGUSTIA PSICOLÓGICA** psicológica: en el DSM IV<sup>57</sup> cada uno de los desordenes mentales es conceptualizado como patrón que ocurre en una persona y que es asociado con un síntoma ya sea doloroso, de incapacidad, de aumento significativo del riesgo a morir, o pérdida considerable de la libertad. sin importar su causa original, esto debe ser considerado como una manifestación conductual, psicológica o biológica de disfunción en la persona.

De acuerdo con el DSM IV las dos características del trastorno mental serían: 'la angustia psicológica' que se refiere al dolor, incomodidad, desdicha, miedo y experiencias disefóricas y la 'incapacidad social' que se refiere a la incapacidad de asumir compromisos con actores sociales, a la incapacidad de jugar roles sociales adecuadamente.

<sup>57</sup> Cockerham, William C.: *Sociology of mental Disorder*, Prentice Hall, 1989, N.Y. pág. 397

<sup>58</sup> DSM IV. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. Masson, donde se clasifican los desordenes mentales. 1996



Ambos criterios no pueden ser definitivos del trastorno mental, ya que no podemos olvidar que no todos los trastornos implican angustia o dolor, por ejemplo, los maníacos depresivos en sus estados de euforia no experimentan ningún tipo de angustia.

La angustia en algunas ocasiones es una reacción normal como respuesta a situaciones de la vida cotidiana como podría ser la muerte de un familiar, un rompimiento amoroso, un fracaso laboral, etc. En cuanto a la inhabilidad social ya argumentamos anteriormente que la adaptación social, involucra otros elementos culturales, valorativos y no necesariamente patológicos.

La irracionalidad es otro rasgo presuntamente distintivo de la enfermedad mental. Esto implica un divorcio de la realidad, la cual se encuentra presente en los psicóticos, quienes crean su propia realidad basada en percepciones y pensamientos inferidos de una realidad externa inexistente, por ejemplo, creerse Napoleón o Jesucristo, etc.,

Sin embargo, podemos encontrar que el divorcio de la realidad no es exclusivo de los psicóticos, una mala percepción o ignorancia pueden crear un efecto similar como creer que la tierra es cuadrada.

**CONCEPCIONES PSICOSOCIALES:** La primera de estas teorías se refiere al desorden mental, como la incapacidad para sobrellevar las demandas cotidianas de la vida social: funcionar adecuadamente en las relaciones con los otros, mantener un trabajo, etc.

No necesariamente la incapacidad de relacionarse adecuadamente con el medio ambiente es síntoma irrefutable de enfermedad, en los sistemas socioculturales tan complejos en los que vivimos, muchos otros factores pueden entrar en juego, para lo que se llama una incapacidad de relación adecuada, por ejemplo los económicos y el racismo.

La desadaptación es la otra gran teoría de la enfermedad mental, esto implica, problemas para vivir en sociedad. La desadaptación a un medio tan hostil como las sociedades en las que vivimos, no puede ser indicativo del desorden mental. Los criminales, revolucionarios, artistas, etc. son ejemplos claros de desadaptados no necesariamente enfermos.

**CONCEPCIONES MÉDICAS.** El trastorno mental es concebido como una enfermedad, y el sujeto que la padece es un paciente, al tratamiento necesario se le llama terapia y el

problema del sujeto es el diagnóstico. La problemática deberá resolverse en consultorios, clínicas u hospitales con doctores y enfermeras.

Se piensa en el desorden mental como una deficiencia física. Sin embargo, el trastorno mental implica un desorden de la mente, no del cerebro, aún cuando se detectan causas físicas, como lesiones cerebrales, los instrumentos utilizados no son del todo confiables ya que los sujetos con vidas perfectamente normales presentan electroencefalogramas alterados mientras que los sujetos con crisis epilépticas pueden presentar el mismo estudio normal.

Los instrumentos científicos utilizados por la psiquiatría han detectado daño cerebral únicamente entre el 20 y el 35% de los diagnosticados como esquizofrénicos (Seidman 1983)<sup>38</sup>. Esto de cualquier forma no demuestra que la lesión sea el elemento definitorio del desorden, pues pacientes esquizofrénicos con la misma lesión cerebral, presentan sintomatología diferente.

En los desórdenes físicos, al parecer los síntomas no importa quien los padece, donde aparecen ni cuando, por ejemplo, un estornudo o hipertensión, etc. Mientras que los síntomas mentales dependen de la identidad social, contexto, interpretación y otras consideraciones no médicas. De hecho los juicios de patología mental no descansan en bases meramente biológicas sino también valorativas.

CONCEPCIONES LEGALES: Esta concepción dependerá de cada país, en Inglaterra en 1843, fue la primera vez que se consideró el desorden mental como elemento a tomar en cuenta en un delito. En éste año la absolución del criminal se basaba en la cuestión de si en el momento del acto el sujeto podía reconocer entre el bien y el mal. Esto quiere decir que el padecimiento mental es la incapacidad de reconocer entre el bien y el mal.

Otro criterio que se utilizó posteriormente, es el de la capacidad de control de sus acciones. Finalmente en 1964 un criminal podría ser liberado si su acto era resultado de una enfermedad mental.

Así, los elementos claves que el sistema legal contempla en la enfermedad mental,

---

<sup>38</sup> Seidman, L.J.: 'Schizophrenia and Brain Dysfunction: An Integration of Recent Neurodiagnostic

son el control de los actos y la diferenciación entre el bien y el mal, aspectos que no pueden definir con claridad el trastorno mental.

**CONCEPCIONES INTERRELACIONADAS:** Estas teorías localizan el factor definitorio en las relaciones con los otros . El trato puede manifestarse de manera no verbal: desviación de las reglas espacio-temporales, hablar demasiado fuerte, cerca o no escuchar. este comportamiento es típico de los psicóticos. Pero, las alucinaciones, autismo, u oír voces, síntomas de algunos enfermos mentales no implican la interacción con los otros, por lo que está teoría queda carente de sustento.

**CONCEPCIONES DE RELACIÓN SOCIAL.** Localizan el desorden mental en proceso de definición social, no son específicamente los pensamientos, emociones o comportamientos, sino que la respuesta social a estos el punto crucial. Por ejemplo, la homosexualidad antes se diagnosticaba como un desorden mental; con el surgimiento del movimiento *gay* y su conquista de mejores posiciones en la escala de representatividad la *American Psychiatric Association*, cambió su perspectiva y desaparece el concepto de homosexualidad como enfermedad mental.

El cambio, de acuerdo a esta teoría se encuentra en la definición social que se le da a las diferentes manifestaciones. Esto quiere decir que lo que convierte a un individuo enfermo mental, es la definición social.

Existen tres teorías correlacionadas que expresan esta misma idea de definición social:

1- Teoría del etiquetamiento, representada por Scheff, Sarbin y Mancuso, quienes afirman que existen serias consecuencias cuando hay enjuiciamiento social, lo que provoca que el individuo enjuiciado vea alterada su auto imagen y se establezca en el nivel que se le posicionó, interiorizando el estereotipo social y comportándose de acuerdo a la expectativas sociales, por ejemplo: un delincuente que al ser juzgado como tal, continua jugando el rol que la sociedad le marcó.

---

Findings' *psychological Bulletin*, 1994, pág.. 195-238

Para los autores antes mencionados 'La mayoría de las enfermedades mentales pueden ser consideradas un rol social'<sup>39</sup>. Pero el argumento de la clasificación de los individuos como enfermos mentales debido a que su comportamiento concuerda con el estereotipo social de desorden mental, es defectuoso, porque los estereotipos de trastorno mental pueden ser incorrectos de acuerdo a Rosemberg.

La única persona que podría comportarse con base en este estereotipo social, sería una persona sana fingiendo, porque la sintomatología y comportamiento de los enfermos es increíblemente amplia y diversa. No se encuentra en los pacientes psiquiátricos un comportamiento típico, así, podemos ver no hay introyección de ningún rol.

En el rango de síntomas, se encuentra que el comportamiento típico de personas con diferentes desórdenes varía tan ampliamente como el de las personas sanas. Esta internalización del rol del enfermo implica un nivel de docilidad social imposible de aceptar debido a que el costo social que se paga es muy alta, pues es la exclusión.

2.- En la teoría del control social Sabin y Mancuso, afirman que el etiquetamiento del enfermo es un instrumento de control social de los individuos inconformes con su colectividad. Perciben el problema de la enfermedad mental como un mito que permite recluir, castigar y controlar a los miembros insurrectos de la sociedad determinada ya que representan un peligro para el orden establecido. Este argumento es fácilmente refutable, ya que un individuo con alucinación o autismo ¿en qué puede alterar o afectar a las más altas esferas? No nos parece que los individuo con estas características pueden amenazar de una forma u otra el poder establecido en una sociedad determinada.

3.- Teoría de la desviación emocional. Esta se refiere específicamente a las reacciones emocionales atípicas en un individuo. Estamos hablando entonces en términos normativos o valorativos, por lo que la salud mental sería un cuestión demasiado particularista.

En ninguna de las teorías anteriores se explica con claridad el rasgo definatorio del

---

<sup>39</sup> Rosemberg, Ms.: *The Unread Mind*, Lexinton Books, N.Y., 1991, pág. 24

trastorno mental, esto no quiere decir que no se caracterice adecuadamente el desorden mental. Las diferentes teorías describen a la enfermedad mental, pero carecen del denominador común que explique qué es lo que definitiva y objetivamente delimita a un individuo sano de un enfermo.

Una información final para concluir este argumento de las diferentes teorías con respecto al trastorno mental es el de Morris Rosemberg, quien afirma que lo que hace a los pensamientos, emociones y comportamientos ser considerados patológicos, es el hecho de que el observador sea incapaz de tomar el rol de actor y no poder por tanto entender comportamiento<sup>40</sup>.

Por lo anterior queda claro que es necesario entender y definir la relación entre salud mental y sociedad. La salud mental denota la estabilidad emocional y la eficacia intelectual de los miembros de una sociedad. La concepción general es la de un agregado de individuos, cada uno de los cuales funciona eficazmente en su relación con los demás individuos.

Así, desde la perspectiva de la mayoría de los teóricos sociales, cuando la sociedad esta bien organizada provee a través de sus instituciones y grupos, los roles necesarios para utilizar las potencialidades y realizar las expectativas de sus miembros<sup>41</sup>.

La tesis de Ernest W. Burgess (Universidad de Chicago), señala que quizá el factor más importante en los desórdenes y trastornos mentales, es el fracaso de la sociedad para proveer adecuadamente los roles sociales esenciales para promover la salud mental.

Esta teoría del factor organizacional de la sociedad como elemento principal en la etiología de la enfermedad mental, también sería aplicable al caso de los inadaptados y criminales. Lo que convierte al desorden mental en una más de las consecuencias de la injusta jerarquización de la sociedad<sup>42</sup>.

De este modo la criminalidad y enfermedad mental severa, se manifestarían únicamente en los sectores poblacionales desprotegidos desde el punto de vista económico y social económico y social, donde la frustración por expectativas socioeconómicas no cumplidas son cotidianas, así como la distancia abismal que separa las oportunidades

---

<sup>40</sup> Ibidem, pág.. 29

<sup>41</sup> Ibidem, pág.. 37

<sup>42</sup> Burgess, Ernest W.: *Mental Health and Mental Disorder*, Chicago Press, pág.. 3-17

reales de obtención de los satisfactores materiales y sociales (como el status y el reconocimiento) y su consecución.

Pero esto no sucede así, las enfermedades agudas no dejan de presentarse en las clases sociales altas y aun en las sociedades donde la jerarquización y organización es distinta.

En este sentido, Roger Bastide argumenta que las enfermedades mentales no están repartidas de forma homogénea según los grupos sociales, según el *status* del individuo, por ejemplo, más neurosis y psicosis entre los divorciados y los solteros<sup>43</sup>.

La estadística puede ser de gran ayuda para poder dilucidar la proporcionalidad en la aparición de los trastornos mentales, pero los datos que estas nos arrojen pueden ser causa de múltiples interpretaciones, como advierte Bastide.

La mayor incidencia de neurosis y psicosis en divorciados y solteros que en casados podría llevarnos a una precipitada conclusión: el aislamiento predispone a la enfermedad mental, pero ¿Cómo saber si no es un proceso inverso? es decir, que la enfermedad lleva al aislamiento, por ello. La estadística es una herramienta útil aunque no debemos olvidar sus limitantes.

Aquellos autores que se inclinan por la explicación biologicista del desorden mental, aceptan que las dificultades de ajuste a una cultura, debido a las grandes demandas que se plantean y las pocas oportunidades para satisfacerlas, son un elemento importante para la detonación de la enfermedad mental, sin embargo, muchos nos enfrentamos a eso y todos caemos presa de la enfermedad mental, por lo que, efectivamente, debe existir una predisposición orgánica-genética que hace más vulnerables a unos individuos que a otros. Bastide expresa la idea anterior de la siguiente manera 'Las decepciones en los débiles se traducen por una huida a la locura'<sup>44</sup>.

El hombre con predisposición al desorden mental, en comunidades más homogéneas y menos exigentes, puede permanecer sano, ya que no existen grandes costos psíquicos, mientras que en el caso contrario, la enfermedad podría denotarse más aguda y rápidamente: '...la sociedad no es la causa sino la condición'<sup>45</sup> reitera Bastide.

---

<sup>43</sup> Bastide, Roger. *Introducción a la Psiquiatría Social*, Ed. Stylo, México 1949, pág.. 13

<sup>44</sup> *Ibidem*, pág.. 37

<sup>45</sup> *Ibidem*, pág.. 39

Malinowski en su libro *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives* (París 1932), narra una investigación realizada entre los Tobriandeses y los indígenas de las islas Amphlett, quienes pertenecen al mismo grupo racial, pero con organizaciones sociales diferentes.

En la organización de los Tobriandais existe una sexualidad infantil libre, relaciones prenupciales y en general, una moral sexual bastante permisiva.

En esta sociedad no se encontró, indicio alguno de individuos neuróticos, histéricos, con acciones impulsivas o ideas obsesivas.

Por otra parte, la organización de los habitantes de las islas Amphlett albergaba una moral sexual severa y una solidaridad afectiva de padres a hijos más estrecha. En este tipo de sociedad sí existían neuróticos, histéricos y otros trastornos conductuales.

Este estudio podría llevarnos a pensar que el exceso de control social desata ciertas enfermedades mentales, pero también lo podemos interpretar a partir de las diferentes religiones que cada cultura alberga, lo que genera ciertas interpretaciones del mundo, miedos y patologías diversas. Esto es claramente observable en cualquier enfermo pues en cierta medida rompe su relación con el mundo, pero esta ruptura no es total<sup>46</sup>.

Los delirios, por ejemplo, cambian de contenido según la época. En la edad media la mayoría de los delirios eran religiosos. En la actualidad los delirios son laicos y existen una menor homogeneidad en ellos, ya que las representaciones colectivas son menos coactivas y existe un mayor desarrollo del individualismo.

En Brasil un estudio demostró que, dependiendo del estrato de la población, las representaciones colectivas varían, sin negar delirios análogos con enfermos de otros países<sup>47</sup>.

Tanto los elementos socioculturales como los orgánicos se entretrejen para dar forma a la enfermedad mental.

El factor ambiental juega un papel determinante en las enfermedades mentales. Sería absurdo no considerarlo así porque el hombre ante todo es un ser inserto en una comunidad desde el primer momento de su vida y nunca deja de retroalimentarse de ella.

Nos oponemos a las posturas rígidas que reducen el desorden mental a un fenómeno

---

<sup>46</sup> *Ibidem*, pág.. 46

de no aceptación o mala relación del individuo con la colectividad. El problema es mucho más complejo y dinámico. El ser humano, más allá de su familia, cultura y nivel socioeconómico, está formado por una compleja red de órganos y células con una determinada carga genética que lo predispone a la salud o a la enfermedad reforzado por sus condiciones materiales de vida.

### 1.5 Psiquiatría y transgresión cultural

La categorización psiquiátrica de la enfermedad mental, que conduce a los diagnósticos, no se encuentra en los pacientes mismos, sino en los ambientes y contextos en que los encuentran los observadores, es así que el psiquiatra se encuentra con la disyuntiva de, si la cordura y la locura existen, ¿cómo pueden reconocerla? y ¿qué es lo que se debe prevenir y en quién?

El término 'anormal' encierra dos connotaciones distintas:

La anormalidad estadística u objetiva, en cuanto desviación del término medio, y la anormalidad valorativa, ideal o subjetiva, en cuanto a desviación de la idea que la sociedad tiene acerca de como debe ser la personalidad.

La ciencia sólo puede emplear el término en el primer sentido, pues en tanto que el término medio puede captarse por medio de una investigación objetiva, la norma ideal varía en función de los ideales del observador.

Si la normalidad solo puede determinarse por la estadística, y es variable de cultura a cultura, no puede ser equivalente a la salud mental, pues esto implicaría necesariamente el sistematizar la psicopatología para cada cultura particular, de manera que lo definido como normal en una cultura pudiera ser considerado patológico en otra, resulta obvio que salir a la calle desnudo no sería calificado como exhibicionismo en un indígena australiano.

Las situaciones que precipitan las perturbaciones mentales pueden cambiar a causa de las normas sociales y, es posible que haya diferencias en la índole de las perturbaciones,

<sup>47</sup> Hales, R., Yudofsky S., Talbott, J.: *Textbook of Psychiatry*. The American Psychiatry Press, London, 1994. pág. 1387



como lo sugiere el informe de Dhunjibhoi acerca de la incidencia de la esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva en Bombay, en donde esta última es más frecuente, a diferencia de lo que se observa en la mayor parte de los hospitales psiquiátricos de occidente, donde la frecuencia relativa de la esquizofrenia es mayor(48)

Una situación similar es descrita por Alonso Fernández cuando se refiere a la mayor incidencia de histeria en el sur de España, atribuible al menor desarrollo industrial de esta zona que condiciona una menor sofisticación social y cultural de sus habitantes.

También es posible encontrar enfermedades mentales de culturas específicas:, por ejemplo el *amok*\*\* de los malayos, el *Pibloktoq o Histeria Ártica*\*\*\* de los naturales de Siberia y los frenéticos esfuerzos por el poder característicos de los neuróticos de nuestra cultura occidental.

Frente a esta diversidad de culturas y patologías la psiquiatría se encuentra ante la disyuntiva de conceptualizar la salud universalmente. La normalidad y la salud no pueden ser equiparadas y los juicios de valor no deben ser un referente de lo que se va a denominar enfermedad mental.

El Dr. mexicano José Luis Patiño destacó algunos parámetros generales que engloban una personalidad sana y madura.

Caracterología de la personalidad sana propuesta por el Dr. José Luis Patiño:

a) Funcionamiento eficaz como unidad independiente, sin tutela o dependencia emocional.

b) Interacción social adecuada, concordante y armónica con personas y situaciones.

c) Capacidad de objetivación tanto de las realidades del mundo como de su propia realidad en virtudes y defectos sin deformarlas catatímicamente.

d) Capacidad de realizar, hasta donde lo permita la biología, sus genuinas y auténticas posibilidades.

e) Capacidad de dar a sus semejantes dentro de sus posibilidades personales, en forma crítica y electiva, pero sin llegar al propio perjuicio.

---

\*\* Amok: Síndrome encontrado en varios grupos étnicos de Asia, África y Nueva Guinea, caracterizado por súbitos arranques homicidas seguidos de episodios de amnesia total o parcial

\*\*\* Pibloktoq. Síndrome encontrado en grupos étnicos del ártico, caracterizado por un estado de ansiedad seguido de una gran agitación que los incita a correr sin ningún motivo aparente,

f) Exhibir una conducta realizadora de valores (creadores, vivenciales y de actitud) siempre y cuando esto de lugar a un bienestar permanente y de una evidente autenticidad.

g) Aceptación del ciclo vida-muerte<sup>48</sup>.

Estos lineamientos, aunque un tanto utópicos, pueden y han servido a los psiquiatras como un punto de referencia para acercarse a lo que debiera ser el estado mental óptimo del individuo.

El psiquiatra con frecuencia sobrepasa las limitaciones de sus conocimientos médicos, y esta autorizado socialmente para actuar en problemas pedagógicos, jurídicos, religiosos, políticos, etc.,.

Así la situación del psiquiatra en nuestra cultura es paradójica: mientras por un parte, es subvalorado como médico, por otra se espera que actúe como árbitro en situaciones que superan ampliamente sus limitaciones como especialistas de la medicina.

Es común escuchar en el medio psiquiátrico que algunos de los pacientes que buscan alivio existencial o emocional en la psiquiatría lo puede encontrar con mayor efectividad en un sacerdote, pastor o rabino de su comunidad. Esto quiere decir que la función social del psiquiatra se ha confundido percibiéndolo como 'el encierra locos', desintegrador de las familias, o como el ser que puede dar una satisfacción existencial a través de su voto de aprobación de una conducta determinada.

Esto sucede porque existe la tendencia a considerar signos de enfermedad mental inequívoca a los rasgos de personalidad que no se ajustan a los modelos aceptados como normales por la cultura, observable principalmente en los psiquiatras inclinados adherirse a las formas esquemáticas de pensamiento y relaciones interpersonales basadas en el principios de autoridad.

Por ello el psiquiatra debe tener la suficiente agudeza clínica e inteligencia para evitar emitir un diagnóstico apresurado, etiquetando las peculiaridades del paciente como signos patológicos.

El psiquiatra no es inmune a la influencia de su cultura y por ser miembro de una sociedad con valores ideológicos, políticos, económicos, etc. específicos, puede convertir con frecuencia el ejercicio de su profesión en una actividad muy poco objetiva alejada de

---

cayendo después en un largo sueño y en un período de amnesia.

su tarea principal que es la recuperación de los elementos necesarios que permitan la rehabilitación del individuo para que se pueda desarrollar en su medio.

Sin embargo, no es nuestra intención polemizar con respecto a la mayor o menor responsabilidad de los diferentes aspectos involucrados en la etiología del desorden mental, ya que este punto no es el objetivo de nuestro estudio.

Más allá de esto nuestro objetivo en éste capítulo fue hacer un breve recuento de las diferentes concepciones de la problemática de la enfermedad mental, la labor del psiquiatra, la mitificación de la locura y la influencia de la cultura en la compleja dinámica de la enfermedad mental, para llegar al punto central de esta investigación que es la descripción del funcionamiento del *Hospital Parcial* anexo al Hospital Fray Bernardino Álvarez, y el análisis de sus transformaciones actuales.

---

<sup>48</sup> Patiño, J.L.: 'La labor psiquiátrica'. *Informe interno del hospital Fray Bernardino Álvarez*, 1975.

## CAPITULO DOS

### 2.1 Una Visión de la Psiquiatría Moderna.

De entre las ramas de la medicina, la psiquiatría es una de las que más han llamado la atención a las ciencias sociales. Las alteraciones de percepción, humor, pensamientos y conductas, que han generado en el pasado y aún generan en el presente una ambivalencia hacia los enfermos y hacia las instituciones y médicos que los tienen bajo su cuidado, son constantes temas de estudio y referencias para los científicos sociales.

La forma en que son concebidos y tratados o controlados estos trastornos mentales nos hablan también de paradigmas epistemológicos y sociales a lo largo de la historia.

Autores de la talla de Foucault, Bastide, Devereux, por mencionar algunos, han abordado el tema de la locura con profundidad y analizado la forma de asumirla y tratarla en las diferentes épocas, claro está que estos autores como analistas sociales que son profundizan en algunos aspectos más que en otros. Respecto a esto Ramón de la Fuente en calidad de médico opina que “..cuando los autores no médicos hablan de locura así ‘en bloque’, tienen en mente una masa indiferenciada de perturbaciones que hoy denominan específicamente psicosis maniaco-depresiva, parálisis general, epilepsia y la insanidad clásica llamada esquizofrenia.”<sup>49</sup>

Es conocido que la locura en la Edad Media, fue causa de un gran temor entre los europeos, y a pesar de ello no era vista como una enfermedad sino como un estado de éxtasis o de iluminación, (ya fuera de santidad o de posesión demoniaca) concepción que provocó que los enfermos mentales fueran aceptados en el seno de las comunidades.

Esta tolerancia hacia la enfermedad mental continuó hasta que se desató la concepción apocalíptica al final del medioevo y de la post-reforma, en la que el

---

<sup>49</sup> De la Fuente, R.: *Nuevos Caminos de la Psiquiatría*. FCE., Segunda edición, México, 1992, pág. 10.

comportamiento “anormal” de los enfermos mentales los convirtió en las víctimas perfectas en la cacería de brujas de la Edad Media.

En ese mundo, comprometido con la idea de que había una lucha titánica entre las fuerzas del bien y del mal en la tierra, era asunto de sentido común atribuir cualquier mal al trabajo de Satanás.

Esta época de persecuciones se extendió hasta pleno Renacimiento, en donde se da el fenómeno que Foucault llama *el gran confinamiento*, que consistió en sacar a los leprosos de los asilos (pues la lepra ya no representaba un problema social grave) y llenar estos recintos con personas que con su conducta había traspasado los límites establecidos por la familia, la sociedad y las instituciones religiosos; obviamente dentro de este grupo iban los enfermos mentales mezclados con indigentes y vagos<sup>50</sup>.

En el siglo XVII el comportamiento extraño de los enfermos mentales llevó a que se concibiera la idea de que habían perdido la razón y al perder el único atributo que (según en la época) nos hacía seres humanos, los enfermos no merecían ser tratados como tales sino como bestias insensibles al dolor, al frío y al hambre, por tanto sólo domesticables a través del miedo y la violencia.

En el siglo XVIII los paradigmas epistemológicos empezaron a transformarse, el escepticismo se empezó a extender y la concepción de la locura entre los ilustrados empezó a cambiar, pero no fue sino hasta el siglo próximo que se concibió un trato distinto a los enfermos mentales: la bondad, el tratamiento cuidadoso y la persuasión ganaron terreno en el tratamiento de la locura.

Se erradicaron las torturas y cadenas, además de que científicos como Pinel en Francia, Reil en Alemania y Battie en Inglaterra afirmaban que los enfermos mentales eran seres humanos distintos a los demás, pero no por ello debían ser objeto de maltrato. Este cambio radical en la concepción de la locura marca el inicio de la historia médica de las enfermedades mentales.

La nueva concepción reconoce los desordenes mentales “como un conjunto de trastornos médicos y que quienes lo sufren requieren estudio y tratamiento, así nacen los

---

<sup>50</sup> Foucault, M.: *Historia de la Locura en la Época Clásica*, vol. I, FCE, pág.. 134

nuevos asilos y formas de tratamiento<sup>51</sup>”

En el panorama científico la investigación tenía un enfoque positivista mecanicista, lo que limitaba el campo de investigación, ya que asumía que el método científico sólo se podía aplicar a los hechos concretos, lo que derivó en una lenta evolución en la disciplina psiquiátrica.

No fue hasta finales del siglo XIX y principios del XX cuando comenzaron a desarrollarse dos corrientes paralelas en la psiquiatría: una cuya preocupación fue la subjetividad, la infancia y los motivos inconscientes y otra cuya preocupación fue el estudio de la conducta. Posteriormente se desarrollarían la neuroquímica y la farmacología, disciplinas que revolucionarían el tratamiento del trastorno mental.

Sin embargo, después de la euforia psicoanalítica iniciada por Freud, los avances en la psiquiatría fueron muy lentos y hasta mitad de este siglo predominó la visión pesimista acerca de las enfermedades mentales, pues eran atribuidas a un determinismo biológico y, por tanto, era vista como un destino ineludible. Como resultado de este pesimismo el descuido de los enfermos en los asilos fue muy grave.

### **2.1.1 Los medicamentos psicoactivos**

Este desánimo en el tratamiento dio un enorme vuelco a partir de los años cincuenta de nuestro siglo con la introducción en la clínica de un nuevo hallazgo: los fármacos psicoactivos, “que produjeron un cambio radical en el pronóstico de las psicosis llamadas funcionales. Gracias a estas drogas los enfermos mentales pudieron ser tratados eficazmente sin ser reclusos. Esto permitió el vaciamiento de los viejos asilos y causó una declinación notable de los confinamientos forzados, siendo el impulso decisivo para la transformación de los asilos en verdaderos hospitales psiquiátricos<sup>52</sup>”

Además de las nuevas drogas se integraron al tratamiento hallazgos de psicoanálisis, dando terapia al interno y a sus familias, lo que teóricamente llevaba a un tratamiento respetuoso y humano del enfermo. Esto tendría como resultado una verdadera integración

---

<sup>51</sup> De la Fuente, R.: *Op. Cit.* pág.. 13

del enfermo a la comunidad. Pero se tendría que analizar seriamente qué tan bien se llevaron a cabo estas condiciones que hacían un verdadero hospital psiquiátrico en nuestro país.

Precisamente el objetivo de esta investigación es estudiar brevemente la historia de la institución psiquiátrica Hospital Fray Bernardino Álvarez para observar si cumple (a nivel general) con sus funciones médicas y legales, de esta manera abordar esta reciente forma de tratamiento llamado "el hospital de parcial", haciendo una revisión de sus funciones, así como también pretendemos investigar el por qué de este tratamiento y su eficacia en la reinserción psicosocial del paciente psiquiátrico en un período de tiempo determinado.

Pero antes de arribar directamente al análisis hospitalario, es necesario sentar algunas bases como establecer de primera instancia que las fronteras de la psiquiatría no están bien delimitadas (como se trató en el capítulo pasado), sus límites se superponen en parte con los de la medicina interna, la neurología, la endocrinología, las neurociencias, la psicología y por otra parte con la sociología, antropología, lingüística, etc.

Por este motivo conviene esbozar un panorama general de las ramas de conocimiento que han alimentado y formado a la psiquiatría y con ello contribuido a modificar el tratamiento que se les ha dado y se les da a los enfermos mentales.

Según el Dr. Ramón de Fuente las principales corrientes que han alimentado y formado la psiquiatría actual son: la médico biológica, la psicoanalítica, la fenomenológica, la conductual y la social.

LA MÉDICO BIOLÓGICA es una rama de la medicina que "nace de la observación clínica de los enfermos en el hospital psiquiátrico, pero se ha fortalecido notablemente con la experimentación en el laboratorio. Su forma de estudiar las perturbaciones mentales y trastornos de la conducta es aproximarse a ellos como síntomas que ocurren juntos y cuyo sustrato son cambios patológicos en el cerebro, conocidos unos, y otros susceptibles a serlo"<sup>53</sup>. Se interesa como es claro, en la forma de los trastornos mentales y tiene un desinterés en los contenidos.

El avance de esta corriente ha estado marcado, sobre todo, en los años cuarenta por la

---

<sup>52</sup> *ibidem* pág. 14

introducción de las terapias de choque iniciadas por Von Meduna; el choque insulínico por Sakel y la lobotomía preconizada por Egaz Moniz. Se contaba también con fármacos como barbitúricos y anfetaminas. Todas estas técnicas fueron abandonadas a excepción del electrochoque que ha sido modificado.

A pesar de lo radical o exagerado de los métodos que ha ideado esta corriente, también tuvo un acierto muy afortunado, los psicoactivos, drogas que mejoraron radicalmente el trato de muchas enfermedades mentales.

**CORRIENTE PSICOANALÍTICA.** En esta corriente ocurre lo contrario que en la anterior, la forma de los desordenes mentales casi no tiene importancia, lo que es verdaderamente importante es su contenido. "La concepción de la mente en términos de fuerzas, conflictos y defensas nació con Charcot quien explicó la histeria postulando un proceso patogenético de carácter disociativo, es decir, observó que ciertas ideas pueden ser cortadas de la vida cotidiana o conciencia y aparecer convertidas en síntomas en los sueños o en estados de sonambulismo<sup>54</sup>".

A partir de este momento debemos el completo desarrollo de la teoría psicoanalítica a Freud, quien se interesó en los sueños, las experiencias, las fantasías, etc., y los convirtió en su objeto de estudio. También consideró que se podían encontrar en los primeros años de vida la explicación de los síntomas mentales y desórdenes de la conducta provocados por hechos traumáticos.

Aún las circunstancias objetivas que rodean a la personas fueron interpretadas por Freud, como deseos y fantasías generadas por poderosas fuerzas instintivas; asimismo crea la visión de la conciencia, según esta corriente los fenómenos mentales y la conducta están relacionados con eventos psicológicos que les precedieron. Los grandes hallazgos de Freud tuvieron una resonancia impresionante por lo que tiene múltiple seguidores como Horney, Fromm (quien residió en México por un tiempo), Sullivan, Jung etc., entre muchos otros.

**LA CORRIENTE FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL.** "Se desprende de la filosofía a partir de los trabajos de Husserl y de Heidegger, en la fenomenología la experiencia interna lo es

---

<sup>53</sup> *Ibidem* pág. 18



todo; Jaspers y después Minkowsky y otros, consideraron que era esencial que la psiquiatría se internase en los sentimientos y pensamiento de los enfermos y así examinar “desde adentro” las formas de su experiencia. Para entender a un enfermo el médico debe experimentar lo que el enfermo experimenta<sup>54</sup>”

Esta corriente se ocupa del examen fino de la experiencia y construye con ella una psicopatología esencialmente descriptiva. Afirma que los individuos son únicos, que tienen vidas diferentes , y si se les intenta clasificar en una categoría se les deforma de modo irreparable.

LA CORRIENTE CONDUCTUAL. Se origina en un laboratorio de psicología animal con Pavlov, seguido por un norteamericano llamado Watson, quien acuñó el término “conductismo”. Posteriormente Skinner, profesor de psicología en Harvard, llega a la conclusión de que “ la conducta, lo mismo del animal que la del hombre se origina y se mantiene por sus consecuencias”<sup>55</sup>, es decir, para esta corriente el desorden mental es de naturaleza pedagógica y, por consiguiente, es alterable por medio del aprendizaje de las nuevas asociaciones conductuales.

LA CORRIENTE SOCIAL. Ha tenido una incidencia enorme en las últimas décadas en la disciplina psiquiátrica. Esta corriente con su análisis a las instituciones, la crítica al individualismo, al aislamiento y al mal funcionamiento de las terapias y los hospitales, han llevado a concebir y poner en práctica nuevas ideas acerca del funcionamiento de los hospitales y la importancia de las familias y la comunidad en los tratamientos: de hecho esclarece cómo operan poderosos factores antiterapéuticos que explican buena parte del deterioro que sufren los enfermos mentales hospitalizados.

Uno de los conceptos más importantes que ha acuñado esta corriente es el de “Comunidad Terapéutica”. Este concepto expresa una filosofía distinta a la que hasta tiempos recientes orientó el trato dado a los enfermos mentales en los grandes hospitales psiquiátricos. Se pretende transformar radicalmente el espíritu de las instituciones asilares,

---

<sup>54</sup> *Ibidem*. Pág.. 19

<sup>55</sup> *Ibidem* Pág.. 20

<sup>56</sup> *Ibidem* Pág.. 21

creando en ellas un ambiente humano que preserve la autoestima de los pacientes y haga posible su rehabilitación con el fin de integrarlo a la sociedad, es decir, que sea psicoterapéutica en sí misma<sup>57</sup>”

Con esta clara esta visión aunque general de los factores que influyen el trato y tratamiento de los enfermos mentales podemos pasar a lo que ha sido este trato específicamente en nuestro país.

## 2.2 Breve historia de los hospitales psiquiátricos en México

### • ÉPOCA PRECOLOMBINA

La atención y tratamiento que se les ha dado a los enfermos mentales en nuestro país ha variado significativamente respecto a la condición histórica, económica, social, política e ideológica de cada momento.

La manera de concebir la locura ha llevado a las distintas sociedades a : adorar, aislar, ignorar, perseguir y, finalmente intentar curar o integrar al enfermo mental a la comunidad. En nuestro país las condiciones y reacciones de las comunidades a lo largo de la historia también han sido muchas y muy distantes entre sí, recordemos simplemente la diferencia entre la cosmovisión precolombina y la virreinal .

Pero entremos directamente a la historia del trato y tratamiento a los enfermos mentales para que podemos observar las diferentes concepciones y formas de enfrentar la locura en México,.

La época precolombina respecto al tema ha sido difícil de documentar por sus escasas fuentes, mismas que debemos casi completamente a Fray Bernardino de Sahagún e informantes, y al llamado Códice Badiano o *Libellus de medicinalibus indorum herbis* , transcrito en latín en el Colegio Imperial de Santa Cruz de Tlatelolco.

“El código de la Cruz-Badiano cuyo verdadero título es *libellus de medicinalibus*

---

<sup>57</sup> Clark, H. 'The therapeutic Community', Br. J. Psychiatry, 13 553-564, 1977, pág. 23

*indorum herbis*. ..cuyo texto se ocupa de conocimientos terapéuticos indígenas de México, para variadas enfermedades. El otro escrito más extenso, menos infiltrado de europeísmo, son los famosos textos de los informantes de Sahagún<sup>58</sup>”

La información que se desprende de estas fuentes, respecto a la concepción de salud y enfermedad mental es muy compleja. Alfredo López Austin menciona en su obra *Cuerpo Humano Ideología Nahuatl*, que en la época prehispánica el cuerpo humano tenía varias entidades anímicas, cada una con funciones específicas y complejas y la salud era resultado de la armonía entre ellas<sup>59</sup>.

Una era el “*Tonalli*”, centrado en la cabeza, era una fuerza que relacionaba al hombre con el cosmos, se captaba bajo la forma de irradiación solar y se introducía en el niño dentro de sus primeros trece días de vida. Esta fuerza era una especie de temperamento o destino, su buen funcionamiento está condicionado en gran parte a la rectitud moral de la persona y le daba buena fortuna, fama y la conciencia. Su función era el pensamiento en su aspecto más puro, el más desprovisto de sentimiento y emoción. El *tonalli* abandona el cuerpo cada noche durante el sueño y luego al morir se va definitivamente.

La segunda entidad era el “*Teyolia*”, cuya sede era el corazón. Estaba relacionado con el pensamiento ligado a la emoción, a la voluntad y a la memoria. Generaba vigor vital y era inseparable del ser humano, en ella se daba la sabiduría, locura, entendimiento, contemplación, amor, felicidad, aflicción, conciencia, desmayo, duda, resolución, virtud, ira, arrepentimiento, etc.

La tercera entidad tenía su asiento en el hígado era llamado el “*ihiyotl*”. Éste generaba una fuerza pasional: el vigor, el arrojo, la apetencia, el deseo, la codicia, la envidia, la ira, el aborrecimiento, la alegría, el placer, el amor, la agudeza mental, etc. Su abatimiento se manifestaba por pereza, desaliento, abulia, pena y angustia. En ciertas ocasiones el *ihiyotl* se desprendía del cuerpo bajo la forma de emanaciones pestilentes y contaminantes capaces de enfermar a los seres humanos y a los animales, secar los cultivos, manchar las ofrendas y perturbar el comercio.

Basados en ésta división desarrollaron algunos conceptos que hoy podría colocar en

---

<sup>58</sup> Somolinos Dardois, G.: *Historia de la Psiquiatría en México*. Ed. Sepsetentas, México, 1976.

el campo de los conocimientos psiquiátricos, así como también desarrollaron algunos remedios para estas enfermedades.

Guillermo Calderón, un estudioso del tema afirma que existió un proceso de mestizaje intelectual, pues los traductores del código Badiano sustituían los nombres nahuas de las enfermedades por nombres de enfermedades europeos. Por ejemplo se tradujo como "sangre negra" a lo que una traducción más fiel traduciría como depresión. Y se recetaba la cura que consistía en remedios vegetales americanos.

"Badiano en la traducción de la palabra azteca correspondiente a la depresión, utiliza las palabras sangre negra, un término muy común en Europa del siglo XVI. Después de recomendar un cocimiento de yerbas, el libro sugiere lo siguiente:

Separadamente ha de beber un jugo antes de la comida el jugo exprimido de diversas flores que huelen bien, debe andar en lugar sombreado y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente pulque, pero es mejor que no lo beba si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres como el canto, el tocar instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas<sup>60</sup>"

Según Calderón " el reconocimiento de la depresión y su descripción dentro de un grupo de enfermedades para su tratamiento indica un alto grado de adelanto en la medicina azteca"<sup>61</sup>

Estos adelantos ya habían sido considerados en 1886 por Francisco Flores en su libro "*la medicina en México*", donde observa que había etiquetas taxonómicas para algunos cuadros psicológicos precisos: las "*Tlaueliloc*" (los excitados) y los "*Xolopiyoc*" (los tranquilos) que probablemente pueden compararse con el término actual de "maniaco depresivo"<sup>62</sup>.

Pero en realidad no se puede asegurar nada. Aunque algunos autores han equiparado a los curadores prehispánicos con los actuales psiquiatras, esta afirmación es muy delicada pues se están comparando dos actividades insertas en ambientes socioculturales completamente distintos.

<sup>59</sup> López Austin, A. *Cuerpo Humano e Idiología Nahuatl*. UNAM, México, 1984, Volumen I, pág. 182

<sup>60</sup> Calderón Narvaéz G.: *Salud Mental Comunitaria, un nuevo enfoque de la Psiquiatría*. Trillas, México.

<sup>61</sup> *Ibidem*. pág. 115

<sup>62</sup> Flores y Troncoso, F. : *Historia de la Medicina en México, desde la época de los indios hasta el presente*. IMSS, México, 1982, Vol I.

A pesar de que las discusiones siguen hasta hoy, los estudiosos sí están de acuerdo con los de los adelantos en la clasificación de las enfermedades mentales e incluso en el desarrollo de tratamientos para cada enfermedad.

Otro campo en el que se ha profundizado mucho es en el de las plantas utilizadas en el México precolombino, especialmente en los hongos alucinógenos, consumidos aún en algunas comunidades indígenas en sus ritos religiosos. “En los llamados ‘hongos alucinantes’ (*teonanacatl*: carne de dios para los antiguos nahuas, ‘enteógenos’ para Wasson) se pudieron aislar sus principios químicos psicoactivos, compararlos con los neurotransmisores conocidos y valorar experimentalmente sus acciones psicológicas”<sup>63</sup>

A continuación, presentamos una breve recopilación histórica acerca del trato a los enfermos mentales después de la llegada de los españoles a nuestro territorio. Por medio de la historia resumida de las principales instituciones de tratamiento a enfermos mentales esperamos brindar un rápido panorama de lo que fue el cuidado a los trastornados mentales en la época virreinal, luego en el México independiente (siglo XIX), y su desenlace en nuestro siglo.

#### • LA ÉPOCA VIRREINAL Y EL SIGLO XIX

En este gran período de tres siglos en los que México perteneció a la Corona Española, la concepción y el trato a los enfermos mentales se transformó radicalmente para tomar nuevas formas.

Acerca del tema podemos considerar algunos puntos principales según Héctor Pérez-Rincón un reconocido estudioso de la historia de la psiquiatría en nuestro país:

1. Las fundaciones hospitalarias dedicadas a los enfermos mentales y,
2. Las órdenes religiosas encargadas de su atención<sup>64</sup>

De esta forma se explicará la suerte de los hospitales de San Hipólito, que atendía hombres, y el hospital del Divino Salvador, que atendía mujeres, obras de caridad de Bernardino Álvarez y de José Sáyago, respectivamente.

Muchos autores coinciden en la importancia de Bernardino Álvarez como una de las

---

<sup>63</sup> Pérez-Rincón, H. *Breve Historia de la Psiquiatría en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1995, pág. 11

<sup>64</sup> *Ibidem*. pág. 15

figuras fundamentales en el origen de la asistencia hospitalaria de nuestro país, y se ha subrayado que gracias a él la ciudad de México fue la primera que contó, en éste continente, con un sitio dedicado a la atención, cuidado y auxilio de los pacientes mentales.

La vida de Bernardino Álvarez se inscribe dentro de la corriente humanitaria que caracterizó al siglo XVI. Nació en España y llegó a México como soldado, después de ir a prisión y realizar algunos viajes en su calidad de preso se quedó en Perú durante 30 años, de donde regresó con una gran fortuna. "Fue entonces cuando se operó en el una conversión súbita y abandonó su vida de holgura para emplear su caudal en la atención de los enfermos más desamparados, los locos<sup>65</sup>"

#### • HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO

El Dr. Pérez-Rincón apunta en su libro *"Breve historia de la psiquiatría en México"* que en 1566 Bernardino Álvarez fundó el primer hospital en América dedicado al amparo de los enfermos mentales, los viejos, los convalecientes pobres, los inocentes o retrasados. Desde un principio la obra fue apoyada por el Virrey Don Martín Enriquez y el Arzobispo Fray Alfonso Montúfar. Más tarde recibía también apoyo del rey y de varios pontífices romanos. Muchas personas caritativas y clérigos seculares se unieron a la empresa, por lo que pronto llegaron a formar una comunidad que se convirtió en una orden hospitalaria llamada Los Hermanos de la Caridad

"Estos hospitales de la Nueva España constituyen un riesgo característico de la cultura colonial, donde insistimos, el elemento de caridad era esencial<sup>66</sup>"

Bernardino Álvarez formuló las reglas de esa hermandad y las sometió a Gregorio XIII, quien las autorizó, pero la muerte del pontífice en 1581 impidió el envío de la Bula aprobatoria, por lo que se tuvo que repetir hasta que alcanzó el éxito.

Otorgaron su protección a la hermandad los cuatro Papas siguientes. Se le otorgó la calidad de congregación y en 1700 se le colocó bajo la regla de San Agustín, con votos solemnes de castidad, pobreza, obediencia y hospitalidad.

Dicho apoyo fue básico desde un principio, pues el dinero de Bernardino Álvarez se gastó en la edificación del hospital, por lo que para su sostén tuvo que recurrir a las

---

<sup>65</sup> *Ibidem.* pág.. 18

donaciones y la caridad pública.

San Hipólito comenzó como un hospital general destinado a los pobres y a los desamparados, pero tomó su vocación fundamental al dedicarse cada vez más a los pacientes con trastornos mentales que se asilaban ahí, por primera vez en México y en América se les daba un trato digno y respetuoso a los pacientes. De hecho Josefina Muriel en su detallada recopilación "Hospitales de la nueva España" hace la siguiente observación al respecto:

Estos enfermos por primera vez en la historia de México y posiblemente de América fueron alojados en un sanatorio y tratados con el respeto debido a su dignidad de personas. Cuando estaban sosegados llevaban una vida de comunidad paseando por los patios de la huerta, comiendo y durmiendo en salas comunes. Sólo los furiosos, durante sus ataques, eran recluidos en jaulas y bretes para que no se dañasen a sí mismo, ni a los demás [...] La atención y el cariño con que se trataba a los enfermos dimanaba de ese modo sobre natural como Bernardino Álvarez los consideraba. El fue quien hizo que el pueblo pensase en ellos como hijos desvalidos de dios. Veía en los locos un ejemplo que debía mover a los hombres a ordenar su vida oponía la locura insana de sus enfermos y la locura consciente del mundo<sup>67</sup>

Esta obra se extendió en dos redes hospitalarias más, para el auxilio de los viajeros que venían de oriente y occidente a la Nueva España. La primera en el Pacífico formada por los hospitales de Santa Cruz de Oaxtepec en el actual estado de Morelos y Santa María de la Consolación en Acapulco. La segunda red dirigida al Golfo de México, la formaron los hospitales de San Roque de Puebla, Santa María de Belem de Perote, La concepción de Jalapa y San Martín de Veracruz. Además del de La Habana Cuba; todos dependían del hospital de San Hipólito.

Toda la red hospitalaria era financiada a través de la caridad y la beneficencia, que la sostuvieron muy bien por un tiempo, pero las donaciones fueron decayendo, hasta que el siglo XVIII la situación se había vuelto desesperada. En 1774 el Padre General pidió auxilio al virrey diciéndole que los pacientes se encontraban desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir porque los techos se estaban derrumbando. El virrey hizo caso de la alarma obtuvo apoyo del Rey, quien concedió una erogación de 6 mil pesos para restaurar y mejorar totalmente el edificio. Pero estas mejoras durarían poco.

---

<sup>66</sup> Calderón Narvaéz, Op cit.

<sup>67</sup> Muriel, J.: *Hospitales de la Nueva España, fundaciones del siglo XVI, XVII*. UNAM- Cruz Roja, México, 1990, Tomo II

Con los cambios que sufrió México a principios del siglo XIX la situación cambió radicalmente. La orden de los Hermanos de la Caridad (también llamados los hipólitos), fue suprimida por decreto de Cortes Españolas. En Octubre de 1821 el hospital pasó a manos del ayuntamiento de la ciudad: pero los religiosos siguieron ocupándose del lugar hasta 1843, en que la atención pasó a cargo de administradores nombrados por la autoridad civil, quienes convirtieron una parte del hospital en cuartel

En 1842 el general López de Santa Anna vendió el piso de abajo y las accesorias de los costados de la iglesia . En 1846 se convirtió en hospital militar, el año siguiente parte del edificio albergó a la Escuela de Medicina. En 1948 se hicieron algunas reparaciones teniendo 90 pacientes a su cargo.

Para el año de 1864 las condiciones eran totalmente tristes y deplorables, afirma Juan de Dios Peza que

... las celdas del segundo piso carecían de ventilación, se habían utilizados grillos y cepos hasta que fueron prohibidos por el gobernador de distrito... durante muchos años se usó en la cocina una batería de cobre y fue muy grande el número de dementes envenenados hasta que el cobre se estañó...<sup>68</sup>

Aunque algunos médicos se esforzaron por mejorar las condiciones del hospital, se podía hacer muy poco frente al escaso presupuesto que otorgaba el ayuntamiento. Estas deplorables condiciones se habrían de mantener hasta 1910.

#### • HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR

El Hospital del Divino Salvador, mejor conocido como “el manicomio de La Canoa” (pues así se llamaba la calle donde fue construido), fue una institución dedicada atender a mujeres con enfermedades mentales. Esta obra fue una iniciativa caritativa de José Sáyago y su esposa.

Sáyago era un carpintero que quiso remediar la desafortunada suerte de las enfermas que vagaban por la ciudad, se preocupó por recogerlas, albergarlas y mantenerlas, en su propia casa. Su filantropía movió la compasión del arzobispo de México, quien lo ayudó a trasladar a las enfermas a una casa más grande frente al Antiguo Colegio de San Gregorio . La renta del inmueble y la alimentación de la internas corrió a cargo del arzobispo.



Al morir este beneficiario en 1698, la situación quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador, misma que compró la casa de la calle La Canoa (ahora Donceles) donde fue edificado el nuevo hospital en 1700. Además del apoyo de dicha Congregación, el primer hospital para mujeres dementes en la Nueva España contó con el apoyo de la Compañía de Jesús, de la Cofradía Real y de la Congregación de Nuestra Señora de Dolores y Socorro de las Mujeres Dementes.

La Congregación del Divino Salvador contaba con más de 800 miembros entre personajes eclesiásticos y civiles prominentes del virreinato, que se dedicaba a obras pías y caridad.

A lo largo del siglo XVIII aumentaron las ayudas, lo que se tradujo en la mejoría de las instalaciones, pero a raíz de la expulsión de los jesuitas de territorio Borbónico, el hospital quedó bajo la tutela del Real Patronato hasta la consumación de la independencia.

En 1824 se decretó que el hospital pertenecía a la nación a través del ayuntamiento de la ciudad. En junio de ese mismo año se concedió para su mantenimiento, una lotería que se celebraba los viernes.

Para 1855 el hospital quedó a cargo de la Sociedad de San Vicente de Paul, quien recomendó que las Hermanas de la Caridad se hicieran cargo directamente de los pacientes, recomendación muy acertada, pues las religiosas realizaron tan bien su papel que se les pidió colaboración para el hospital de San Hipólito.

En 1859 se decretó el reglamento del gobierno interno de la Institución en el que destacaban las precauciones que debían tenerse para impedir posibles abusos, como hacer pasar por dementes a personas que no lo eran, y encerrarlas en el hospital por motivos extramédicos.

En este momento el hospital estaba en uno de sus mejores momentos. Un informante del emperador Maximiliano resalta en uno de sus escritos el buen estado del establecimiento e incluso afirma que "...la casa de las locas y de los niños expósitos son, indudablemente, los establecimientos de beneficencia que deberían de servir de modelo a los demás"<sup>69</sup>

En 1871 el Cabildo de esta ciudad dispuso que el hospital sirviera de asilo a niñas y a

---

<sup>69</sup> Pérez-Rincón, *Op Cit*

señoras para evitar la corrupción, así la autoridad remitía a mujeres que convivían con las dementes, con el fin de preservar su "buen comportamiento".

En 1874 otro cambio radical se da a consecuencia de la Ley Lerdo de Tejada, las Hermanas de la Caridad fueron lanzadas del hospital y poco a poco la institución cayó en el abandono. La sobre población condujo a la institución a una situación crítica, pues ya para 1882 había 203 asiladas por lo que en dormitorios destinados a ocho enfermas se amontonaban 25 o 30. Para 1900 había 403 asiladas.

La situación era muy penosa e incluso en 1905 el Dr. Enrique O. Aragón declara que "...más que un hospital, parecía prisión de la época colonial con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas de barrotes de hierro en las puertas, separando patios y corredores celdas con crujiás donde se aglomeraban o recluían a las enfermas"<sup>70</sup>.

Esta situación se mantuvo cinco años más hasta que se trasladó a las internas al nuevo hospital "La Castañeda".

#### • LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS EN MÉXICO

La orden de San Juan de Dios llegó al Nuevo Continente en 1596, pero fue hasta 1602 cuando México quedó incorporado a la Red Internacional de Fundaciones Hospitalarias manejada por la Orden de San Juan de Dios, mejor conocido como los juaninos.

En las constituciones y estatutos de la Orden de San Juan de Dios, se explica que toda ella se basa y tiene sentido en la caridad tal y como la entienden San Pablo y San Mateo, de ahí que la labor que los hermanos realizaban tuviera ese mismo sentido. Al enfermo había que considerarlo en su integridad de persona humana, y por tanto ocuparse tanto de su cuerpo como de su alma, de aquí la orientación toda que tendrá su trato en los pacientes.<sup>71</sup>

En un principio las instalaciones que crearon estuvieron predominantemente dedicadas a la atención de leprosos, sífilíticos, enfermos crónicos, desvalidos y personas consumidas por algún vicio.

Pero su atención a los enfermos mentales se dio hasta el siglo XIX, cuando un joven

<sup>69</sup> *Ibidem.*

<sup>70</sup> *Ibidem*

<sup>71</sup> Muriel, J.: *Hospitales de la Nueva España, fundaciones del XVII y XVIII*. UNAM-Cruz Roja, México. 1990, Tomo II. Pág. 34

hospitalario italiano Benito Menni restauró la orden de los Juaninos en España y creó una vocación preponderante o exclusiva para la atención de los pacientes mentales. En 1877 se fundó el primer hospital psiquiátrico de la orden en el pueblo de Ciempozuelos en España.

En 1901 se restauró la orden hospitalaria en México ya con su nueva misión exclusivamente psiquiátrica. El año siguiente fue inaugurada en Zapopan La Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, que aún sigue funcionando.

En 1910 (el mismo año de la inauguración de La Castañeda) abrieron un nuevo hospital en Cholula Puebla llamado De Nuestra Señora de Guadalupe. En 1949 abrió sus puertas la clínica de San Rafael, en Tlalpan, D.F., que hasta nuestros días es uno de los centros privados mas importantes del área metropolitana.

### **2.2.1 Hospitales en México. Siglo XX**

Después de las deplorables condiciones en que se encontraban las instituciones de atención a los enfermos mentales en nuestro país, sobre todo a finales del siglo pasado, fue creado en 1910 el manicomio general "La Castañeda" del cual se pensó que alcanzaría el nivel de las grandes instituciones de atención mental europeas, de hecho su modelo arquitectónico esta inspirado en dichos hospitales.

Esta institución vino a sustituir a los viejos hospitales del virreinato y durante cincuenta años fue la cuna de la psiquiatría mexicana.

La idea de crear La Castañeda formaba parte de la política de Porfirio Díaz quien estaba muy interesado en mostrar al mundo el impulso modernizador de su régimen , por lo que en 1909, casi en plena crisis revolucionaria, se puso la primera piedra de lo que un año después sería la institución de atención psiquiátrica mas importante del país.

El gobierno compró la antigua hacienda de La Castañeda a la municipalidad de Mixcoac que en aquella época se encontraba fuera de los límites de la ciudad. La Hacienda contaba con grandes jardines y era sitio de recreo para los habitantes que viajaban ahí. Así que sobre una superficie de 141,662 metros cuadrados se levantó un gran pabellón de servicios generales, se construyeron 25 edificios, 13 de ellos destinados a los enfermos, y el resto a los talleres, baños, anfiteatro, etc.

Era la institución más grande del país y cuando albergó a los internados del manicomio del San Hipólito, los de La Canoa y los provenientes de otros estados de la República Mexicana significó sin duda para estos un cambio favorable en sus condiciones de vida .

En el Manicomio General de La Castañeda se aplicaron por primera vez en México los tratamientos psiquiátricos que surgieron entre 1933-1952 y que fueron los primeros realmente útiles en el tratamiento de los padecimientos mentales: el choque insulínico de Sakel y el choque por metrazol de Von Meduna. Pocos años después se agregaron el electrochoque de Cerletti y Bini, y la lobotomía prefrontal de Egas Moniz.

En un principio la obra fue proyectada para albergar entre 800 y 1000 pacientes. Para 1950 albergaba más de 3000. Se repitió la misma historia de los manicomios pasados. La sobre población y la incuria volvieron a dar al traste con los buenos proyectos. A los problemas económicos derivados de la situación política , por largo tiempo se sumó el descuido de este renglón de la asistencia pública que quedó muy atrás de las prioridades gubernamentales. Los bajos sueldos generaron apatía de los trabajadores y una verdadera mafia protegida por líderes sindicales corruptos, lucró durante años con la con las necesidades de la miserable población de enfermos.

Pero a pesar de esta situación, La Castañeda fue por muchos años también cuna de los primeros especialistas en trastornos neurológicos y mentales como: Manuel Guevara Oropeza, Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar Viniestra, Guillermo Dávila, Alfonso Millán, Mario Fuentes Delgado, etc. Quienes iniciaron la asistencia propiamente médica de los enfermos mentales en los escasos centros asistenciales públicos y privados dedicados a su cuidado, y establecieron la enseñanza formal de la neurología y la psiquiatría.

Dos ejemplos de las aportaciones que realizaron estos médicos pueden ser Samuel Ramírez Moreno que practicó con maestría la clínica de neurología y psiquiatría y siempre alerta en traer a México los avances de la psiquiatría mundial, creó un hospital psiquiátrico privado moderno fue el primer Director de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se preocupó porque sus discípulos completaran su adiestramiento en el extranjero.

Y en los años sesenta Dionisio Nieto creó el llamado "pabellón Piloto", en el que se aplicaron lo primeros tratamientos neurolépticos de la institución, además de sus estudios

de alteraciones anatomopatológicas en cerebros de enfermos esquizofrénicos.

Al superarse el concepto de asilo y surgir nuevas terapias se inició la búsqueda de opciones para atacar la problemática de La Castañeda, por lo que en 1944 fue abierta la Granja de Recuperación para enfermos Mentales de León Guanajuato.

Entre 1960 y 1964, el éxito que representó la Granja de León originó el establecimiento de seis hospitales granja nuevos en diferentes regiones del país, proyectos realizados mientras el Dr. Velasco Suárez estaba al frente de la Dirección de Salud Mental.

Sin embargo, los hospitales-granja pronto mostraron sus limitaciones, su diseño resultó inadecuado, para atender en forma digna y funcional a los pacientes, además, en el país no se disponía del personal adecuado y gran parte del personal de La Castañeda se reubicó en ellos, finalmente el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.<sup>72</sup>

Para la década de los años sesenta, la reforma del sistema de atención psiquiátrica era indispensable y debía ser realizado a fondo. por lo que en 1965 las autoridades federales propusieron el desmantelamiento de La Castañeda, institución que debido a su diseño de asilo de principios de siglo, con enfoque asistencial y coartativo impedía el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico. La situación a resolver de casi 3,000 camas en instalaciones modernas, acordes con el desarrollo científico y tecnológico desarrollado en la década de los sesenta, anunciaba una labor gigantesca para las instituciones asignadas. Hacia 1966, la cobertura para la atención psiquiátrica era reducida y su proyección como especialidad científica era limitada, a pesar de que ya se habían abierto siete hospitales granja.

Existían cerca de 400 médicos que ejercían la psiquiatría de los cuales más de la mitad ejercían la profesión en forma privada de entre un total de 30,000 médicos cifra apenas significativa en un país con 40 millones de habitantes, por otra parte el personal paramédico era casi inexistente con dos enfermeras psiquiátricas en todo en país.

Para solventar esta situación se elaboró la Operación Castañeda, que tenía como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía al D.F. y sus alrededores. Asimismo, la asistencia y la técnica acumuladas en su realización deberían servir como guía para la creación de la red nacional de centros de atención

---

<sup>72</sup> *Una Reseña Histórica de la Psiquiatría en México*, Aniversario XXX del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, SSA, México, 1997

psiquiátrica.

Se visualizó que un sólo hospital no sería suficiente y que era indispensable establecer un circuito en el que cada una de las unidades tendría una función y una localización específicas.

El proyecto arquitectónico fue encomendado a la Comisión Constructora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mientras que el diseño funcional fue encargado a un grupo de especialistas de la salud, entre ellos los doctores: Guillermo Calderón Narváez, entonces director de Salud Mental, Mario Fuentes Delgado, Agustín Caso Muñoz y Javier Garcíadiego Madrid.

La propuesta señalada como óptima por el grupo de evaluación incluía las siguientes instalaciones:

- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con 600 camas, para enfermos mentales agudos,
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro con 200 camas.
- Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tláhuac, con 519 camas.
- Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano con 495 camas, en el Batán, Puebla,
- Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto con 524 camas, los dos centros anteriores contaban con camas dedicadas a pacientes envueltos en problemas judiciales.
- Hospital Psiquiátrico Fernando Ocarrenza, en Pachuca, Hidalgo, con 620 camas para enfermos crónicos no recuperables.

Durante el gobierno del presidente Gustavo Díaz Ordaz se llevó a cabo el traslado de los enfermos asilados en La Castañeda. La operación la llevó a cabo la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de los médicos antes mencionados.

El promedio calculado de estancias fue de dos meses, para el hospital de agudos, y de ocho meses, para los hospitales campestres. La inversión prevista para gastos de construcción y equipo de las nuevas instalaciones, que fue calculada al principio de la obra en 110 millones de pesos, llegó a la suma de 160 millones a su terminación.<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Calderón Narváez, *Op Cit.* pág. 118.

### 2.2.2 Después de La Castañeda

Se podría decir que en 1963 se inició una nueva reforma de la asistencia psiquiátrica con la clausura del viejo manicomio y su sustitución por hospitales-granja donde se alojó a los enfermos desplazados, además del Hospital "Fray Bernardino Alvarez" que no ha tenido una historia más digna.

Los hospitales granja no fueron una innovación acertada por varias razones dice el doctor Calderón estudioso del tema y uno de los responsables directos de la Operación Castañeda:

1.- La arquitectura y su carácter de granjas no respondió a las necesidades reales de alojamiento digno, ocupación y rehabilitación de los enfermos.

2.- El personal que se ocupó de los enfermos no había recibido el adiestramiento adecuado.

3.- Su cupo promedio era de trescientos enfermos, pero estuvieron geográficamente mal distribuidos, alejadas de las ciudades y algunas de ellas sin facilidades para que se transportara el personal y los familiares

El centralismo dominante determinó la localización de esas nuevas instalaciones, que no contaron con el apoyo técnico y presupuestal necesario, lo que redundó en la mala atención de los enfermos. Al cabo de los años el deterioro en algunos de los hospitales fue notorio. En 1978, siendo Director de Salud Mental de la SSA Ramón de la Fuente, se procedió a restaurarlas, se les dotó de servicios, de consulta externa y de aulas<sup>74</sup>.

Mención aparte merece el hospital-granja de San Pedro del Monte, en León Guanajuato, inaugurado unos años antes que el resto y llegó a tener un amplio programa de terapia ocupacional además de contar con ricas tierras de labranza que dieron buenos rendimientos. Actualmente es uno de los asilos psiquiátricos más deteriorados del país.

En 1986 se decretó la descentralización de los servicios médicos. Los hospitales psiquiátricos dejaron de estar a cargo de la Dirección General de Salud Mental de la

---

<sup>74</sup> Díaz-Rincón, *Op cit.* Pág. 50

Secretaría de Salud, que se vio reducida a Dirección de Área, con funciones normativas y no operativas.

La descentralización de los servicios médicos, es importante pues le da forma a la estructura institucional que han pretendido tomar los hospitales en México los últimos 15 años. Esto era parte de un gran proceso descentralizador de la administración pública federal, que en el sector médico traería como beneficio la inclusión de los servicios médicos de salud a la población abierta de los estados de la república.

Se puede decir que el proceso de descentralización correspondió a una devolución de funciones que históricamente nacieron de manera descentralizada, aunque la demanda general era una descentralización del poder político. En el caso del sector salud se le dio impulso sobre todo desde 1986 y luego en el sexenio 88-94 con el Programa Nacional de Salud, aunque posteriormente no se desarrollaron estrategias que revitalizarán el proceso.

Desde 1976 las autoridades de salud habían decretado que todos los hospitales generales dependientes de la Secretaría de Salud dedicaran cinco de sus camas a la atención de enfermos mentales psiquiátricos. Esta disposición no se llevó a efecto en la práctica. Aunque el Centro Médico Nacional contaba con este servicio desde 1963.

En 1978 se establecieron servicios de psiquiatría en cinco hospitales generales de la SSA, con consulta externa y área destinada a la hospitalización. Este fue un paso importante para diversificar la atención, pero puso de manifiesto la gran resistencia de los médicos para aceptar a los enfermos mentales.

En 1979 abrió sus puertas el Centro Médico del Seguro Social que desde el principio contó con un piso con 40 camas, dedicado a psiquiatría. Las instalaciones eran adecuadas y su funcionamiento aceptable, hasta que en 1982 se sacrificó este servicio a las necesidades del servicio de cirugía. El servicio y los enfermos se trasladaron a las instalaciones de un viejo hospital privado en Tlalpan, el sanatorio Rafael Lavista.

Los hospitales psiquiátricos a cargo de los hermanos de la orden de San Juan de Dios, operan en México desde principios de siglo. son: el San Rafael, en la ciudad de México; el de Cholula en el estado de Puebla y el Zapopan, cercano a Guadalajara. Esas instituciones tienen características de asilo y de hospital y han representado la mejor opción para la hospitalización a largo plazo de los enfermos mentales.

Recientemente han adquirido criterios modernos en cuanto a la rehabilitación de los



enfermos: cuentan con consulta externa y uno de ellos incluye un centro comunitario de salud mental. Es uno de los primeros que se han establecido en el país. El trato y tratamiento de los enfermos es amable y su personal tiene experiencia. Son instituciones privadas sin espíritu mercantil, que atienden a enfermos privados agudos y crónicos y además enfermos del sistema de seguridad social.

El sistema de seguridad social implantado en México desde 1942, no obstante su nuevo desarrollo sólo cuenta en el país con cuatro hospitales psiquiátricos de reciente creación. Uno de ellos, el de San Fernando, con 80 camas y servicio de consulta externa brinda atención técnica y humana.

Actualmente el país intenta responder a la demanda con una red de 28 hospitales psiquiátricos públicos, algunos de orientación moderna (uno de ellos podría ser el Fray Bernardino Álvarez) y otros que aún conservan sus características asilares, más que nada por la insuficiencia de recursos. Se cuenta también con cinco servicios de psiquiatría en hospitales generales, que operan satisfactoriamente. Veinte hospitales generales tienen servicios de psiquiatría para enfermos externos.

También están representados los centros exclusivamente dedicados a la salud mental. En 1982 dos de estos centros ofrecieron buenos servicios a la comunidad y uno de ellos, perteneciente al Seguro Social, dejó de funcionar al cabo de seis años y otro dependiente de la Secretaría de Salud, inicialmente dedicado al tratamiento de enfermos alcohólicos, se convirtió después en un centro de salud mental general que está aún en operación.

Nuestro país coincide con los postulados, las metas y las aspiraciones de la Organización Mundial de la Salud y nuestras carencias en el área de la salud mental son cuantitativas y cualitativas: duplicar el personal en todos los niveles y aumentar los presupuestos que se destinan al cuidado de los enfermos. Los problemas de nuestros hospitales psiquiátricos son más de pobreza que de filosofía de la salud<sup>75</sup>.

La legislación mexicana, en sus vertientes civil y penal, considera la atención de los enfermos mentales y el respeto a sus derechos. La ley de salud de 1985 se refiere extensamente a la salud mental, y en 1988 el gobierno federal estableció normas técnicas precisas que rigen el funcionamiento de las instituciones para enfermos mentales tanto públicas como privadas, y toma en cuenta los servicios psiquiátricos en los hospitales generales. Estas leyes confieren a los profesionales de la psiquiatría autoridad técnica en las decisiones y los enfermos cuentan con

---

<sup>75</sup> *Ibidem*, pág. 54.

mecanismos jurídicos para expresar su voluntad y la defensa de sus derechos.<sup>76</sup>

### **2.3 Reseña histórica del hospital Fray Bernardino Álvarez**

Este hospital se planteó como el centro neurálgico del sistema de atención para la salud mental, ya que sería el centro por el que se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona.

Con un cupo original para 600 enfermos, un edificio de diseño original de 10 pisos de altura.

Las instalaciones que distinguen este hospital del Manicomio General La Castañeda serían las utilizadas en los nosocomios más modernos del mundo.

#### **CONSULTA EXTERNA**

- ocho consultorios para médicos
- cuatro consultorios para psicólogos
- cuatro oficinas para trabajo social
- dos salones de terapia de grupo
- un archivo clínico
- una entrada exclusiva para Urgencias

#### **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

- con laboratorios clínicos
- un gabinete de radiodiagnóstico y electroencefalografía
- farmacia
- quirófano
- sección de terapia intensiva con 24 camas
- sistema central de esterilización
- almacén de sangre
- consultorio dental

---

<sup>76</sup> *Ibidem*, pág. 55

- consultorio oftalmológico
- otros consultorios de otras especialidades

#### HOSPITALIZACIÓN

- cuenta con seis niveles

#### TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

- seis talleres
- dos áreas de socioterapia de usos múltiples

#### ENSEÑANZA

- seis aulas para setenta alumnos
- un auditorio para 240 personas
- una biblioteca

#### CUPO:

- 25 doctores
- nueve doctoras<sup>77</sup>

El hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 e inició actividades el 22 de junio del mismo año con el traslado de varios pacientes del Manicomio General de La Castañeda, quedando como director el Dr. Mario Fuentes Delgado y como subdirector Médico el Dr. Javier Garciadiego Madrid.

El objetivo de esta institución, generado bajo el enfoque de la psiquiatría moderna, era y es, brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años, que no esté bajo la protección de ningún otro sistema de salud (IMSS, ISSSTE, etc.), dando especial atención a la población de bajos recursos.

Al hospital se le asignaron como funciones básicas:

- a) La prevención de las enfermedades mentales

---

<sup>77</sup> Una reseña Histórica de la Psiquiatría en México, Op Cit.

- b) El diagnóstico y tratamiento de las mismas
- c) La rehabilitación de los pacientes que padecen alguna enfermedad mental
- d) La enseñanza
- e) La investigación

A finales de la década de los sesenta y durante los años setenta el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" vivió una de sus mejores épocas. En primer lugar por ser un hospital nuevo y con todos los recursos, donde la atención al paciente psiquiátrico era adecuada y eficiente; y la enseñanza tenía como representante al propio curso de Residencia del Hospital con profesores calificados y en el campo clínico cada uno de los servicios en los diferentes pisos contaba con médicos capaces y dispuestos a enseñar y transmitir al estudiante médico sus experiencias y sus conocimientos.

En el aspecto clínico cada piso contaba con su personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social y de intendencia cumplía la tarea de atender al paciente, a la vez que en algunos pisos como en el segundo el sexto se realizaban estudios clínicos con nuevos psicofármacos como el Penfluridol, el Haloperidol, la Mianserina, por nombrar algunas de ellas.

El servicio de terapia ocupacional que ocupaba el ala izquierda de la planta baja, tenía desde entonces taller de costura, carpintería, pirograbado y manufactura en bastidor de tapetes de lana.

Desgraciadamente, para finales de los años setenta y principios de los ochenta el hospital recibía prácticamente el mismo presupuesto económico que en sus inicios, lo cual trajo como consecuencia un menoscabo en la infraestructura física, y a pesar de los esfuerzos para dar una atención de calidad al paciente, lo anterior no era posible. Esta fue la verdadera causa por la cual el hospital fue desmereciendo en sus funciones básicas para las cuales había sido creado<sup>78</sup>

#### MODERNIZACIÓN

A casi 20 años de funcionar bajo los mismos preceptos operativos y teóricos, durante los cuales la inamovilidad había generado una gran desorganización, llevando al hospital a

---

<sup>78</sup> *Ibidem*, Pág. 20

una problemática tanto técnica como administrativa.

Ya para principios de los años ochenta se precisaba un cambio de administración con la inclusión de directivos preparados tanto a nivel médico, como con una sólida formación en el campo de la administración.

A la llegada del Dr. Carlos J. Castañeda González, quien fungió como director del hospital desde el mes de enero de 1986 hasta marzo de 1997, se llevó a cabo una reestructuración física, técnica y administrativa de la institución con la cual se obtuvo un importante beneficio. Que llevó al hospital a ser uno de los hospitales psiquiátricos más adelantados en América Latina.

Para 1985 ya se había creado la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos, que sustituyó al antiguo Servicio de Cirugía. Al año siguiente el quinto piso del hospital, bajo la coordinación del Dr. Raúl Ortiz Jiménez, reestructuró y fue el primero que se organizó como comunidad terapéutica, hasta llegar a 1992 año cuando se realizó el cambio de los nuevos programas establecidos y de las actividades técnico-médicas, ya que los diferentes servicios exigían esta forma de organización de los pisos.

En 1988 se logró la autorización de los comités expofeso de la Secretaria de Salud para nombrar tres aulas con los nombres de los Doctores. José Luis Patiño Rojas en el cuarto piso; Dr. Agustín Caso en el sexto piso y Dr. Mario Fuentes Delgado en el tercero. Los comités juegan actualmente un papel indispensable, ya que junto con la Dirección y los Jefes de División se encargan de promover, asesorar apoyar y calificar las actividades asignadas a cada uno de ellos. Existen 12 diferentes comités que mantienen reuniones con una periodicidad establecida de acuerdo a las necesidades de cada uno.

Para el año siguiente, la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica cambió su sede a este hospital, ya que antes se ubicaba en el Instituto Nacional de Neurología. A pesar de las escuelas que presentan la psique como algo puramente inmaterial y al daño mental como el resultado de la descomposición de la personalidad, los orígenes fisiológicos de la enfermedad son innegables.

Las encuestas de Calidad de Atención se realizan una vez al año como una medida que evite el anquilosamiento de las estructuras del hospital.

En 1991 apareció la revista Psiquis como medio de difusión de la investigación y el avance psiquiátrico en este hospital en particular y en México en general. Esta publicación

servió para retroalimentar el Servicio de Investigación al impulsar las líneas de investigación de la salud mental. Desde esa fecha se sigue publicando y se distribuye en todos los países de América y algunos de Europa.

Se transforma en Unidad Médica Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica y recibe el nombre del Dr. Carlos Gilbert Rodríguez, con la necesidad de proporcionar atención médica integral a las necesidades médicas y quirúrgicas, y brindar cuidados especiales a las psiquiátricas.

Esta unidad cuenta con el equipo más moderno y sofisticado en atención médico psiquiátrica, además de que la plantilla de personal está capacitada para desarrollar adecuadamente su labor.

Para 1992 el hospital que ha sido desde su establecimiento el principal educador de los profesionales de la psiquiatría en México, se ha tomado esta responsabilidad modificando su organización para mantener en el nivel más alto posible a sus residentes y estudiantes, es por eso que en este año se modifica la docencia para posgrado, reestructurándose y dividiéndose. Además de la revisión y corrección de los programas de estudio dentro de la enseñanza formal se instituyeron conferencias impartidas por destacados psiquiatras y médicos eminentes. La capacitación se ha difundido a los trabajadores operándose a la fecha diversos cursos de actualización y adiestramiento para todos los niveles

Un punto a favor del desarrollo de la especialidad es la cooperación interinstitucional que se tiene con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la cual es facilitada por su actual director el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, profesor emérito y principal enlace en la coordinación de los planes de estudio para el área.

Durante este periodo se lograron grandes avances y se crearon nuevos programas para la atención y rehabilitación del enfermo mental, en lo que los familiares tienen una injerencia y participación durante y después del internamiento de su paciente.

Para la realización de estos proyectos se construyó un anexo en el edificio principal con dos niveles, que en la planta baja es ocupado por el Servicio de Consulta Externa con 16 consultorios, de psiquiatría, psicología y de Trabajo Social, los cuales trabajan en forma coordinada. Hay que puntualizar que el servicio de Consulta Externa cuenta con Consulta Psiquiátrica, Terapia Individual, Terapia de Grupo, Terapia de Pareja y Familiar.

En el segundo piso se asentaron los servicios de Hospital Parcial, Psiquiatría Comunitaria y Rehabilitación. El segundo de ellos, Psiquiatría Comunitaria, por primera vez en este hospital le dio un esfuerzo vital por mantener comunicación con la comunidad para prevenir, tratar y dar seguimiento a las enfermedades mentales.

Dentro de esta área se crearon los siguientes servicios:

- Hospital de Día
- Hospital de Fin de Semana
- Psiquiatría Comunitaria
- Terapia Ocupacional
- Rehabilitación.

Además se formó en el sexto piso la Unidad de Psicogeriatría, en la que se atiende a las personas de la tercera edad de ambos sexos, tanto en forma de internamiento como ambulatoria, para reintegrarlos a su vida familiar y social, situación difícil pero que se a llevado a cabo en gran medida.

En el renglón de enseñanza el "Fray Bernardino Álvarez" sigue siendo el centro principal de actividades de docencia a nivel psiquiátrico. Se mantienen los cursos de pregrado para estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM y del IPN, los cursos de pregrado a nivel Enfermería y Obstetricia de la UNAM y de otras instituciones del D.F. y escuelas del interior de la República. Existen los diplomados de Psicogeriatría, Administración de Enfermería y Enfermería Psiquiátrica, con reconocimiento universitario y por supuesto el curso de Residencia Médica para la formación de Médicos Psiquiatras, siendo titular del curso el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

En 1994 se recibió apoyo de la Secretaría de Salud, al otorgar 100 nuevas plazas, pues para hacer eficientes las actividades del hospital se ha requerido aumentar continuamente la plantilla del personal. Esta labor es realizada por la Subdirección Administrativa, que es la encargada de efectuar las actividades relativas al apoyo logístico institucional que se requiere para la consecución de la metas planeadas. También tiene una gran relevancia interna al guiar la operación financiera y administrativa de la organización.

Este año se abre también, la Unidad de Observación en Urgencias, las características

propias de las urgencias psiquiátricas hacían indispensable la creación de esta área para observar la evolución y dar tratamiento oportuno a pacientes de corta estancia lo que les permite reintegrarse a su medio prontamente evitando todos los inconvenientes de la hospitalización prolongada. "La labor de Observación esta en total congruencia con la función de Urgencias que es: Prestar atención oportuna e inmediata a las Urgencias psiquiátricas las 24 horas del día todo el año sin descanso, para tratar, canalizar y referir a los pacientes a los servicios o instituciones adecuados"<sup>79</sup>.

El hospital como institución es miembro de la Asociación Mexicana de Hospitales. Los cambios en la sociedad mexicana son otro factor que se ha tenido que tomar en cuenta en la reorganización del hospital, la relevancia de la Asociaciones y Organizaciones que representan frente a otras instancias la parte del poder que legítimamente pertenece a la sociedad civil.

Con el mismo precedente y con las ventajas que otorga la pertenencia a estas organizaciones, el hospital como institución se integra a la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.

También fue inaugurada, la segunda parte del Hospital Parcial, ya que la cobertura de la atención generada en una nueva orientación menos asistencial y más integrar basada en un enfoque más social y humano hacia el paciente psiquiátrico, convierte los esfuerzos anteriores en algo poco significativo, por lo que se apoya la estructura física en esta División.

Los esfuerzos encaminados a elevar el nivel del hospital resulta en un pleno reconocimiento al participar en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994.

En los últimos cinco años el hospital ha reforzado su atención con equipo mas moderno en la División de Auxiliares de Diagnóstico, Tratamiento y Servicios Paramédicos como son: electroencefalografía, Mapeo Cerebral, Potenciales Evocados y un laboratorio de Patología Clínica. Su función de coordinación es la de los servicios de:

- Servicios de Auxiliares de diagnóstico
- Servicio de Registros Médicos

---

<sup>79</sup> *Ibidem*, Pág. 23



- Servicio de Enfermería
- Servicio de Trabajo Social
- Servicio de Dietología

El objetivo principal de esta división es brindar apoyo básico para facilitar el manejo, diagnóstico clínico y aplicación de las evaluaciones y tratamiento en los pacientes.

Esta división es la más numerosa y complicada administrativamente, ya que incluye áreas con especialistas y trato con compañías externas proveedoras de servicios dentro del hospital.

La diferencia tan abrumadora en costos entre el paciente hospitalizado y uno ambulatorio, además, de las características socioeconómicas de la población cubierta, origina que en muchos casos se utilicen medicamentos de vanguardia, mismos que son obsequiados a los pacientes.

Sin embargo, la atención requerida va más allá de la puramente psiquiátrica. La cirugía y otras ramas de la medicina son puestas en práctica a través de la división de Cuidados Especiales y Especialidades que se compone de los siguientes servicios:

- Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica
- Servicio de Especialidades Médicas
- Servicio de Medicina Preventiva
- Servicio de Psicología

#### **2.4 La norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994**

Con la anterior información acerca de algunas corrientes de la psiquiatría, el recuento histórico de lo que ha sido el tratamiento de los enfermos mentales en México, hasta llegar a las transformaciones al respecto en nuestro siglo y en especial en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, pretendemos brindar un contexto general del trato a los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas.

Posteriormente hacemos un seguimiento de la creación y las transformaciones en el Fray Bernardino Álvarez con el fin de proporcionar concretamente qué tipos de servicios se prestaron y se prestan actualmente en el hospital en el que realizamos nuestra

investigación.

Finalmente, creemos importante abordar otra herramienta básica del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos en México, nos referimos al marco legal que tienen que respetar hoy en día dichas instituciones.

La Norma Oficial Mexicana 025 SSA-1994, es un documento que merece nuestra atención especial pues, por un lado, marca el panorama legal del trato y tratamiento a los enfermos mentales en nuestro país, y por otro, es una herramienta legal que fue realizada tomando en cuenta no sólo parámetros médicos, sino que para su realización se formó un grupo multidisciplinario, que incluía médicos, psicólogos, abogados, asociaciones de protección a los derechos de los enfermos mentales, etc., De manera que, de alguna forma tenemos un instrumento legal que pretende dar una protección integral al paciente lo que representa una innovación importante en el rubro del tratamiento psiquiátrico en México.

A continuación presentamos un resumen de la Norma 025, así como el proceso de realización y sus participantes para brindar el panorama de lo que creemos es, de alguna forma, una visión del enfermo mental más completa y humana que influye desde el aspecto legal, en el hecho de que se integren la protección de los derechos humanos en esta herramienta que tendrán la obligación de respetar todas las instituciones de atención psiquiátrica del país.

Sabemos que una norma no es suficiente garantía para el cumplimiento cabal de la misma, pero sí creemos que a nivel legal es importante ésta transformación, primero en la forma en la que se realizan las normas y segundo en la concepción del trato y tratamiento y a los enfermos mentales.

La información que redactamos enseguida la obtuvimos del documento oficial de la Norma 025 y de la entrevista que realizamos al Doctor Nuñez Bernal, Director de Planeación y Desarrollo de Programas de la Coordinación de Salud Mental de la Secretaría de Salud, y participante activo en el proceso de realización de la Norma.

La Norma Oficial Mexicana 025 <sup>80</sup> es el marco legal inmediato que tienen que respetar todas las instituciones de tratamiento integral médico-psiquiátrico, fue realizada en

---

<sup>80</sup> Ver Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la presentación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación, 16 de Noviembre de 1995

1994 por un equipo y publicada en el Diario Oficial de la Federación en Noviembre de 1995.

Fue precedida por la Norma técnica 144 para la Procuración de Servicios Médicos en Hospitales de Psiquiatría y sirvió de 1987 a 1993.

La necesidad de realizar esta nueva Norma se da por la pérdida de vigencia práctica y legal de la lo Norma Técnica anterior, tras la publicación de la Ley Federal de sobre Metrología y Normalización, que transformaba el marco de acción legal y dejaba sin efecto a las Normas Técnicas. Además de la inminente necesidad de actualizar y fortalecer las disposiciones normativas en materia de estos servicios, integrando a la misma disposiciones de carácter ético refrendados por la ONU desde 1991

A continuación pretendemos hacer un pequeño resumen y comentario del contenido de la Norma 025 que consta de quince secciones para dar una visión general de lo que la norma pretende, claro ésta que anexamos la norma para que se pueda examinar también *al pie de la letra* esta información.

La Norma Oficial Mexicana para la Presentación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Médico-Psiquiátrica, es un instrumento técnico, expedido por la autoridad competente de observancia obligatoria, dentro de la cual se establecen un conjunto de disposiciones que tienen como finalidad garantizar un funcionamiento adecuado de este tipo de servicios, sustentados en dos ejes principales:

- La atención médica especializada de calidad, y
- La preservación de los derechos humanos y dignidad de los usuarios.

En su contenido se toman el sentido humanitario y principios científicos y éticos prevalecientes en materia de atención hospitalaria a las personas con padecimientos mentales, como son:

-La orientación de la asistencia en el sentido de restituir el mayor grado posible la salud mental del paciente para que disfrute de una vida autónoma e independiente dentro de la comunidad de pertenencia.

-El recibir trato y tratamiento en las condiciones de mayor libertad y dignidad posibles, compatibles con su situación clínica y seguridad.

-La promoción del involucramiento y participación del paciente, su familia y la comunidad en su tratamiento y rehabilitación.

La elaboración de la Norma Oficial Mexicana contó con varias etapas como la formación del grupo de trabajo, la presentación de un anteproyecto ante el Sub Comité de Servicios de Salud, con objeto de que se presentara para su aprobación en el Comité Consultivo Nacional de Servicios de Salud y finalmente su exhibición al público en el Diario Oficial de la Federación en noviembre de 1995.

El grupo de trabajo contó con la participación de ciudadanos, representantes institucionales del sector salud, profesionales del campo de la salud mental, sociedades académicas y profesionales, legisladores ,instituciones de asistencia privada y organismos no gubernamentales. Este grupo estuvo conformado por representantes de:

- Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Instituto de Salud Mental del DIF (INSAME)
- Sanatorios de México
- Capitulo Mexicano de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial
- Arquidiócesis de México
- Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental
- Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica.

La Norma comienza diciendo que los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental para este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como , hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casa de medio camino, talleres protegidos, entre otros con especial énfasis en la prevención.

1.- El objetivo de la Norma es uniformar criterios de operación, actividades, actitudes de personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, calidad y calidez.

2.- Su campo de aplicación es obligatorio en todas las unidades que presten servicios de atención integral médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3.- En el tercer punto se dan algunas definiciones para aclarar lo que se entenderá por: Unidades que Prestan Servicios de Atención Integral Médico-psiquiátrica, Usuario, Enfermedad Mental, Atención Integral Médico-psiquiátrica, Rehabilitación integral, Educación para la Salud Mental, promoción de la salud mental, Detección y manejo oportuno de casos en la Comunidad, Exámenes de Laboratorio Mínimos Indispensables y Reforzador.

4.- Se establecen las disposiciones generales, es decir, las actividades inherentes a los servicios de atención Médico-psiquiátrica, como son: la preventivas, curativas, de rehabilitación, enseñanza y capacitación.

En este punto se establecen los elementos materiales y humanos con los que debe de contar cada institución de atención psiquiátrica.

También se trata el delicado tema de la formas de ingreso que podrán ser: voluntario, involuntario u obligatorio. Así como los casos en los que se permitirá aislar al enfermo y como se debe tratar a la persona aislada.

Todo esto, con sus precisiones con el fin de que se respeten íntegramente los derechos humanos de las personas con enfermedad mental que ingresen a cualquiera de estas instituciones.

Finalmente se promueve la formación de los comités hospitalarios siguientes: Ética y vigilancia, Auditoría médica, Mortalidad, Infecciones intrahospitalarias, garantía de calidad de la atención, Comités ciudadanos de apoyo.

5.- Este espacio lo dedican a las actividades preventivas que se llevaran a cabo en espacios intra y extrahospitalarios, y se realizaran en consulta externa y hospitalización.

Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

Educación para la salud mental,

Promoción de la salud mental,

Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad,

Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren,

Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de cada uno en el programa de tratamiento y rehabilitación,

Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.

6.- Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios de Consulta externa, Urgencias, Hospitalización continua y Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades.

El proceso curativo en Consulta externa y en Hospitalización requiere una serie de pasos para asegurarse del estado en que ingresa en paciente, para poder controlar su estado o canalizarlo a algún lugar donde lo puedan hacer, además de precisar cómo debe ser el ingreso en cada servicio y el egreso de paciente, con el fin de que se mantenga una rigurosa organización en los servicios hospitalarios que evite o disminuya los casos de atropello a los derechos del paciente.

7.- Se refiere a las actividades de rehabilitación integral, que se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz las cuales comprenderán:

Acciones intrahospitalarias, que consiste en diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental. Programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad etc.

Las acciones intermedias comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen el área cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y rehabilitación física.

Y las acciones extrahospitalarias deben vincular y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social, mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centro de día, casas de medio camino, entre otros.

8.- Este punto se refiere directamente a los Derechos Humanos y el respeto la dignidad de los usuarios. Y precisa entre otras cosas que dentro de una institución médico-psiquiátrica el usuario tiene derecho a:

Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

No ser objeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos y ajenos al estado de su salud mental.

Que a su ingreso al hospital se le informa a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento de nosocomio, y saber los nombres de quienes serán los miembros del personal de salud, encargados de su atención.

Estas son únicamente las tres primeras precisiones al respecto, pues como se puede leer en la norma (anexo 1) se extienden en la puntualización de cada aspecto que requiera vigilancia para lograr el respeto de los Derechos Humanos de los usuarios.

De esta manera concretizan en la norma concepciones éticas de organismos internacionales y nacionales encargados de la protección de los Derechos Humanos y específicamente de los derechos de los pacientes enfermos mentales<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> Para aclarar de qué tipo de concepciones hablamos ver algunos documentos internacionales que fueron la base ética de la norma 025 Ver Norma Internacional de Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y de mejoramiento de la Atención a la Salud Mental. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Febrero de 1991.)

9.- Se refiera a las obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica, que debe tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con la señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales, ratificados por nuestro país.

10.- Tiene que ver con la enseñanza, capacitación e investigación científica. Las actividades de enseñanza en las unidades de atención medico-psiquiátrica se realizaran de acuerdo con los principios de ética médica y los objetivos y posibilidades de la unidad hospitalaria. La actividades de investigación científica se sujetarán a la dispuesto en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud.

11.- La concordancia con normas internacionales es clara como ya lo habíamos mencionado, pues asume el respeto a la Norma Internacional de "principios para la protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la atención a la Salud Mental (anexo 2) publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

12.- Lo componen los apéndices, uno normativo que se refiere al Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente.

Y un apéndice informativo que se refiere a la organización de comités ciudadanos de apoyo, en la unidades hospitalarias médico-psiquiátricas su área de acción y sus funciones.

13.- Es la bibliografía utilizada para la realización de la Norma.

14.- Se refiere a la observancia. La vigilancia y aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y Gobiernos de la entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

15.- Trata la vigencia de la Norma que deberá entrar en vigor a partir del día siguiente de su publicación (15 de noviembre de 1995), en un año para el Distrito Federal,



dos años para los estados de Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa. Tres años después para el resto de las entidades federativas.

Ya examinada de manera general la Norma 025 podemos ver sobre que parámetros éticos y legales se deben desarrollar las instituciones de atención medico-psiquiátrica, y para nuestro caso en particular el Hospital Fray Bernardino Álvarez y todos los servicios que presta, creemos que con esta base podemos avanzar en el análisis de esta institución en especial.

## CAPÍTULO III

### 3.1 'Hospital de Día': una alternativa terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

El hombre es un ser social, esta premisa aristotélica ya ha sido probada en numerosas ocasiones. Un individuo que se encuentra aislado no desarrolla adecuadamente sus capacidades ni obtiene ningún tipo de retroalimentación. Esta verdad lo es tanto para el sujeto sano como para el enfermo, a pesar de la peligrosidad del enfermo mental, que se da en un porcentaje mínimo, la reclusión es uno de los grandes errores de la psiquiatría. Los psicofármacos pueden relevar esta función de marco de seguridad para la sociedad.

Muchas veces el enfermo necesita alejarse del medio en el que se desenvuelve habitualmente para evitar que estalle una crisis que la familia no puede manejar, en estos casos, el hospital a nuestro juicio, puede funcionar como lugar de tránsito del paciente pero no como un lugar de aprisionamiento, porque es cierto el hecho de que la mayoría de los enfermos mentales requieren de cuidados especiales que en sus casas por diversas razones no se les pueden otorgar, ahí el hospital puede fungir una de sus labores. Esta concepción de lugar de tránsito es muy diferente a la de un lugar de reclusión, que es la que tradicionalmente se concibe.

El rol pasivo que se le ha encomendado tradicionalmente al psiquiatra debe desaparecer. Su formación de médico especialista en las enfermedades mentales, debe ser aprovechada para la investigación científica apoyados en las diferentes disciplinas que le puedan aportar conocimiento al área, como son la antropología, la psicología, y la sociología entre otras.

Es un hecho la necesidad de internamiento temporal de los pacientes crónicos y agudos ya que pueden representar en ciertos casos un peligro para la comunidad y para ellos mismos, también es necesaria la internamiento temporal porque las condiciones de vida de un paciente con este perfil son muy dolorosas si no tienen los medicamentos y

cuidados necesarios.

Por eso el hospital debe de fungir como una especie de centro de contención temporal muy breve para luego ser canalizados a centros intermedios entre el internamiento y la sociedad, y así tener un mayor número de probabilidades de que el enfermo logre tener una más fácil adaptación.

Se necesitaría como habíamos mencionado anteriormente, un organismo que suavice el choque entre el ambiente médico aislado y la comunidad, un centro donde la fragilidad mental del paciente pueda ser trabajada con todo el tiempo que esto requiera, y que incluso pueda independizarse del medio ambiente del que provenía, ya que seguramente ahí se encuentran varios elementos patógenos que debilitarán de nuevo al paciente provocándole una nueva crisis y eternizando el círculo vicioso del internamiento, su alta y su reinternamiento tras una nueva crisis.

Esta instancia fortalecedora y que tiene la esperanza de crear seres independientes de los ambientes morbígenos, además de atenuar la angustia, desintegración, dolor e inadaptación propia de la mayoría de los pacientes, es el Hospital de Día.

Un proyecto nacido en Europa y que ahora forma parte del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El Hospital de Día es una de las transformaciones más ambiciosas que realiza la psiquiatría mexicana en los últimos años. Más adelante explicaremos en que consiste este centro o sistema de atención psiquiátrico y a que necesidades responde.

A través de la descripción detallada de éste servicio, pretendemos brindar uno de los objetivos de la salud mental que busca encargarse más efectivamente de la recuperación de los pacientes psiquiátricos agudos tras haber sufrido una crisis, es decir, suavizar el paso del hospital a la comunidad y lograr su integración como seres menos dependientes de la institución psiquiátrica y de su familia.

### **3.1.1. Factores que contribuyeron al nacimiento del Hospital de Día**

El Hospital de Día nace como una necesidad imperante para el tratamiento más eficaz y óptimo de los enfermos mentales. Las antiguas instituciones psiquiátricas con sus

estructuras asilares y confinatorias demostraron su ineficacia para lograr el mayor bienestar del paciente psiquiátrico como vimos durante el recuento histórico en el capítulo anterior.

El Hospital de Día es:

...un instrumento terapéutico con un campo definido que es la patología, destinado a pacientes que necesitan un programa terapéutico más completo que los servicios de consulta externa y sin los requerimientos de la residencia de 24 horas ofrecida por las unidades de hospitalización. Puede estar basado en una estructura hospitalaria, un centro de salud mental, o un local autónomo dentro de la comunidad. El escenario es menos importante que el programa terapéutico y los supuestos sobre los cuales están fundados<sup>42</sup>

Existieron diversos factores que contribuyeron a la búsqueda de nuevas alternativas a nivel mundial para el combate de los padecimientos mentales y lograr una vida digna para el enfermo.

Uno de ellos, es la necesidad de la integración a la vida laboral. Todo aquel individuo que no produce, se convierte en un problema social impostergable y que de una forma u otra forma hay que integrar a los parámetros actuales de la productividad. Es imperativo por tanto, la readaptación del paciente al seno familiar, social y laboral.

Otro elemento a considerar es la transición en la concepción de la enfermedad mental. Actualmente existen mayores recursos científicos para controlar los padecimientos mentales, y los diversos estudios realizados al respecto aclaran lentamente (aunque todavía con muchas limitantes) un porvenir para el paciente que parecía sin futuro alguno. La enfermedad mental ya no es considerada únicamente como un accidente psíquico aislado de los componentes sociales y culturales, sino como una totalidad que incapacita al individuo a actuar adecuadamente.

Esta nueva concepción conlleva a la implementación de estrategias que cubran los rubros sociales adaptativos tan abandonados tradicionalmente, reorientándose las instituciones psiquiátricas.

Los avances de la psiquiatría en el plano experimental, específicamente la aparición

---

<sup>42</sup> Wahburn, S.L.: 1976. Citado en la tesis de Licenciatura en Psicología de Rio Lugo Norma Alicia y Verdúco Álvarez ma. A.: *Hospital de día y sus alternativas en México*. UNAM, 1979. Pág. 15

de los psicoactivos o psicofármacos, se convierten en un mecanismo de control de la conducta más eficaz que el confinamiento, por lo que el aislamiento prolongado en los casos de pacientes agudos resulta innecesario, debido a que el peligro que estos individuos pueden representar para la gente que los rodea y para ellos mismos está disminuido.

La prescripción de estos nuevos medicamentos también disminuyen y en algunos casos desaparecen síntomas como la angustia, agresividad y sufrimiento psíquico que incapacita al enfermo para su integración a algún tipo de labor o terapia readaptativa.

La creciente demanda de servicios en el área de salud mental se plantea la necesidad a nivel mundial de aumentar la capacidad de la infraestructura hospitalaria, o buscar medios más óptimos que satisfagan a la población psiquiátrica en aumento.

También la psiquiatría se enfrentaba con el imperativo de reducir la tasa de rehospitalizaciones. Lo que pone de manifiesto el descuido que se tienen en algunas instituciones en el rubro readaptativo necesario en el tratamiento psiquiátrico para lograr el acoplamiento al mundo extrahospitalario.

Las constantes rehospitalizaciones revelan que el tratamiento de las enfermedades mentales agudas y crónicas, no abarca funciones curativas, ni readaptativas sino únicamente de control temporal. Por ello el servicio de hospitalización parcial nace con la consigna de buscar tener una función readaptativa más no curativa, ya que en los padecimientos mentales tipificados como crónicos y agudos se controla, pues difícilmente desaparece la enfermedad.

También es común que el enfermo al reincorporarse a su medio natural, reinicia su debilitamiento emocional, por lo que los factores estresantes socio-culturales evidentemente juegan un papel determinante en el padecimiento mental, aún encontrándose el paciente semi-estabilizado a través de los medicamentos y la terapia.

Por tanto la acción multidisciplinaria es necesaria desde todos los puntos de vista para responder a una problemática individual y social que hasta ahora ha rebasado los límites de la ciencia.

El servicio de consulta externa creado para la población flotante hospitalaria, y como vía transitoria entre el paciente dado de alta y la comunidad, resultó también insuficiente. Además de las rehospitalizaciones por recaídas, es común el caso del paciente que voluntariamente pide su reingreso al hospital tras no encontrar un espacio en la familia y la

comunidad por razones de rechazo, incapacidad de los familiares para manejar al miembro disruptor o desadaptación del paciente al mundo exterior.

Así el hospital se convierte en refugio donde al menos se aislará temporalmente del mundo estresante y amenazador. Aunado a esta situación no existían fuera del hospital psicoterapias, talleres de rehabilitación, etc.. que aseguraran al paciente un tránsito menos traumático y más exitoso a las relaciones sociales

En 1954, los doctores Stanton y Schwartz, tras un minucioso estudio a nivel mundial de las estructuras hospitalarias psiquiátricas, revelaron que muchos síntomas psiquiátricos estaban relacionados con la organización de los nosocomios promoviendo un ambiente antiterapéutico<sup>83</sup>.

Es así, que los hospitales mentales resultaban inoperantes por costos y resultados, provocando una reacción mundial y severas críticas lo que condujo y sigue promoviendo las transformaciones legales, conceptuales e institucionales de la atención al enfermo mental.

Durante la década de los años setenta comienzan los nuevos enfoques multidisciplinarios a través de grupos de trabajo, enfatizando el aspecto preventivo en la salud mental. Se crean centros de transición entre el hospital y la comunidad como: los servicios de consulta externa, servicios de emergencia, unidades de hospital de noche, casas de medio camino, programas de rehabilitación en casa, casas de asistencia para pacientes, hospital de puertas abiertas y unidades de hospital de día y de fin de semana. Todas estas instancias tienen como objetivo común evitar las constantes rehospitalizaciones, la inserción del paciente al medio ambiente y lograr la intervención oportuna durante los momentos críticos de los enfermos.

La función preventiva en la salud mental se puede dar en diferentes niveles:

- Primaria: consiste en promover la salud mental e impedir nuevos casos de enfermedad.
- Secundaria: identificar casos iniciales, y
- Terciaria: rehabilitar enfermos ya tratados propiciando su reintegración familiar y social.

De acuerdo con Hischowitz, debe existir un nivel cuaternario que sería el encargado

de prevenir los efectos institucionales:

Las instituciones pueden ser dañinas y todo esfuerzo debe ser canalizado a prevenir la institucionalización innecesaria, así como combatir las fuerzas institucionalizadoras durante la hospitalización necesaria. Cuando se recurra a ésta, debe existir claridad en el contrato entre las dos partes (médico-paciente) y el tiempo de hospitalización debe estar definido en lo posible. Dentro de la institución es imperativo que los recursos humanos se desplieguen para que las demandas hechas al paciente sean realistas, y se evite el cuidado crónico dependiente<sup>84</sup>.

La aseveración anterior nos remite a reflexionar en torno a los efectos benéficos y perjudiciales de la hospitalización.

Gottesfeld condensa en tres puntos la utilidad de la hospitalización.

-La estancia en el hospital alivia la crisis del paciente. Esto le permite alejarse momentáneamente del ambiente donde se manifestó la patología, pues a nuestro juicio, es indudable que el entorno sirve como detonador de un malestar ya latente en el individuo, de esta forma, la institución, es el refugio para el individuo incapaz de convivir con la familia y la sociedad..

-La familia del paciente experimenta alivio. La separación temporal del enfermo permite la reordenación de la familia al no enfrentarse a una situación que son incapaces de manejar.

-El hospital es una manera práctica de manejar la enfermedad mental. Los padecimientos mentales crónicos y agudos requieren una estricta vigilancia mientras el paciente logra recuperarse parcialmente de la crisis que lo llevó al internamiento y los medicamentos a pesar de ser un mecanismo de alivio, no surten efecto inmediatamente después de su aplicación.

El psiquiatra requiere de un tiempo determinado para valorar la evolución del paciente así como su adaptación o reacción negativa ante los medicamentos, pues como mencionamos en el primer capítulo, cada paciente presenta sintomatologías diversas y respuestas diferentes ante un mismo tratamiento y un mismo diagnóstico.

Pacientes con tendencias suicidas u homicidas, así como emergencias pueden ser atendidas rápidamente por un personal especializado, situación que se complica en algún

<sup>83</sup> Stanton, S.: *El hospital mental*. N.Y, Basic Books, 1954

<sup>84</sup>Hirschowitz 1976. Citado en *Ibidem*. Pág.. 7

otro contexto que no sea el hospitalario.

Sin embargo Gottesfeld enumera también los argumentos contra la hospitalización :

- La experiencia de estancia en un hospital mental es degradante para el paciente quien se convierte en un ser anónimo carente de personalidad y privacidad. Las relaciones que se establecen generalmente con el personal de la institución son poco afectuosas y les asignan a los pacientes tareas rutinarias que no promueven su mejoría.

- Hay una pérdida de la libertad y los derechos civiles (como el control de asuntos financieros legales, custodia de hijos, divorcios, etc)

- Hay severas restricciones y los roles sociales y económicos del paciente, sus habilidades laborales pueden deteriorarse aún más durante el internamiento. Su vida social se reduce únicamente a otros enfermos y personal de la institución lo que le dificultará el contacto con la sociedad extramuros, minando la confianza que el enfermo pueda tener en sí mismo y la gente que lo rodea "mientras más este en el hospital, más dependiente será de éste y habrá mayor probabilidad de hacer de la enfermedad una forma de vida"<sup>85</sup>

### 3.1.2. La perspectiva antipsiquiátrica

La antipsiquiatría fue un movimiento de gran relevancia que hizo un serio cuestionamiento teórico de las instituciones psiquiátricas y la concepción de la enfermedad mental. Nace en Gran Bretaña al final de la década de los cincuenta. La idea principal de este movimiento es que la enfermedad mental lejos de ser un hecho "natural" es una interpretación del psiquiatra, una interpretación cultural.

Los antipsiquiatras afirman que la psiquiatría nació para defender y consolidar la estructura social burguesa, y que la función del hospital es separar al individuo de la sociedad. "Basada en la sociedad (la psiquiatría), se encarga de restablecer el respeto por sus normas, y de que rija la mas importante de todas ellas: la razón"<sup>86</sup>

Los precursores del movimiento antipsiquiátrico son: George Rosen quien con su libro locura y sociedad plantea la no especificidad del concepto de locura. Es decir, trata de

---

<sup>85</sup> Gottesfeld, H.: 1977, Citado en Ibidem. Pág. 8 -15



mostrar que no existe una definición de locura, razón por la que el concepto se maneja de acuerdo a los intereses del grupo social predominante.

La doctora Sechehaye en su *Diario de una Esquizofrénica* publicado en 1947, relata la curación del enfermo a partir de un tipo de relación médico paciente diferente.

Otro precursor es Goffman (autor del libro *Asylums: Essays on the social Situation of mental patients an other Inmates*) quien analiza la institucionalización del hospital psiquiátrico y la vida cotidiana de los pacientes llegando a concluir que la enfermedad mental es un estigma.

Posteriormente aparece la obra de Thomas Szasz *The Myth of mental illness*. Esta obra pone en cuestión los esfuerzos que ha hecho la psiquiatría por construir un andamiaje conceptual. Según Szasz, el parecido de ciertas enfermedades neurológicas con un conjunto de conductas humanas, ante determinadas situaciones, lleva a clasificar como enfermedad una serie de fenómenos que nada tiene que ver con el concepto nosológico.

Desde el punto vista conceptual Szasz representa la fuente misma del movimiento antipsiquiátrico al ser quien cuestiona la concepción misma de la enfermedad mental según el patrón médico.

Para éste autor la solución de los problemas de la psiquiatría se dará cuando ésta logre encontrar un lenguaje adecuado. Esto significa que la psiquiatría maneja un lenguaje confuso en el cual el médico habla un lenguaje y el paciente otro.

El término antipsiquiatría lo utiliza por primera vez David Cooper, psiquiatra inglés quien en colaboración de Ronald D. Laing y A. Esterson tratan de quebrantar la imagen tradicional de la psiquiatría en un libro llamado *Psiquiatría y antipsiquitria* publicado en 1967. La antipsiquiatría cuestiona tanto las bases teóricas como las operaciones cotidianas de la psiquiatría clásica argumentando la existencia de una violencia implícita en toda psiquiatría institucional.

Los antipsiquiatras afirman que la psiquiatría crea un modo de invalidación social al etiquetar al paciente como tal y al considerarlo un inválido “de acuerdo con ciertas reglas de juego establecidas por su familia, y posteriormente por otras personas en sus esfuerzos

---

<sup>86</sup> Delacampagne, C.: *Antipsiquiatría*, Ed. Mandràgora, Barcelona, pàg. 19.

por producir el vitalmente necesitado paciente inválido”<sup>87</sup>.

Cooper redefine a la antipsiquiatría como el intento de invertir las reglas del juego psiquiátrico. La manera de lograr esto sería:

a) Testificando, no juzgando los enunciados del paciente

b) Atacando la estructura unidimensional de los roles psiquiátricos contra el paciente replanzandola por una relación de reciprocidad.

c) La antipsiquiatría concibe a la locura y a la no locura como polos de una misma cuerda, jugando el segundo más a la apariencia y al conformismo.

El movimiento antipsiquiátrico reveló una nueva perspectiva acerca de la enfermedad mental al intentar acercarse al fenómeno desde un punto de vista más teórico - filosófico. Es un hecho que la práctica psiquiátrica carecía de fuertes cuestionamientos acerca de su labor, siendo estos necesarios para que pudieran incorporarse finalmente elementos de otras disciplinas como la psicología, el trabajo social, la sociología, la filosofía, entre otras, que enriquecieran y mejoraran las posibilidades de tratamientos y calidad de vida del enfermo.

Sin embargo algunos planteamientos de la antipsiquiatría son cuestionables, por ejemplo el escepticismo de Thomas Szasz se enfocó principalmente en la negación de la esquizofrenia como una enfermedad mental ya que a juicio de este autor: “enfermedad significa, enfermedad corpórea, la mente no es un órgano o una parte del cuerpo. Por lo tanto no puede enfermarse en el mismo sentido en que el cuerpo. Así, cuando hablamos de enfermedad mental hablamos metafóricamente”<sup>88</sup>

De acuerdo con Szasz el comportamiento esquizofrénico tiene más que ver con dominios éticos, políticos y legales, para el “los diagnósticos médicos son los nombres de enfermedades genuinas, los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras..... Si no hay esclavitud no pueden haber esclavos, de manera similar si no hay psiquiatría no pueden haber esquizofrénicos. En otras palabras , la identificación de un individuo como esquizofrénico depende de la existencia del sistema social de la institución psiquiátrica”

Szasz, en otras palabras, afirma que no existe enfermedad mental sino dificultad para

---

<sup>87</sup> Calderón Nava Ma. del Carmen, *Las ideas morales en la antipsiquiatría de Laing*. Tesis de Licenciatura en Filosofía, UNAM, 1987. Pág. 35.

<sup>88</sup> Szasz, TS. *The second sin*, Garden city, New York, 109.

hacer lo que la sociedad impone que se haga. Los adjetivos *mental*, *emocional* y *neurótico*, son recursos para codificar las dificultades o incapacidades para enfrentar la vida. Una categoría constaría, entonces, de enfermedades como el cáncer o la tuberculosis, las cuales impiden el funcionamiento del cuerpo humano dificultando la adaptación. Y la segunda categoría que es en donde se encuentran las enfermedades mentales se caracterizan por dificultades en la adaptación social no atribuibles a la disfunción corporal, sino causadas por las expectativas que tiene la sociedad de los individuos. Por ello la incapacidad y el sufrimiento no pueden ser criterios de enfermedad mental

Dicha clasificación cumple fines de conveniencia social e insiste Szasz en que es imposible hacerlo mediante observaciones científicas.<sup>89</sup>

Rebatiendo estas apreciaciones antipsiquiátricas el Dr. Ronald Pies investigador del Departamento de Psiquiatría del State University of New York Upstate Medical Center, Syracuse; hace un análisis de descripciones registradas en diferentes épocas acerca de una determinada sintomatología que Robert Burton en *La Anatomía de la Melancolía* escrito en 1651 denominó como melancolía.

La descripción de Burton es lo que ahora se llamaría esquizofrenia. Burton no es el primero en descubrir estos síntomas. Avicenna (980-1037) observó síntomas similares pero sin darle la misma denominación.

¿En qué sentido la identificación de la esquizofrenia depende del sistema social de la psiquiatría institucionalizada?. Los nombres o categorizaciones pueden cambiar, pero el sufrimiento humano ha cambiado poco desde Avicenna y Burton.

Es cierto que sin categorizadores no habría categorías, pero los psiquiatras no inventaron los síntomas ni los síndromes. Los síntomas de la esquizofrenia han sido observados por siglos, independientemente de la psiquiatría.

Con respecto a la idea de que no existe enfermedad mental ya que la mente no es un órgano determinado y a la no clasificación de la esquizofrenia como enfermedad al no encontrarse evidencia de lesión orgánica en algunos casos, Pies afirma que tanto las enfermedades "orgánicas" y "funcionales" son adscritas en la base no necesariamente del descubrimiento de una lesión. El diagnóstico se basa en lo que el paciente es, lo que

---

<sup>89</sup> Ver Szasz, TS. *El mito de la enfermedad mental*, Amorrourtu, pág. 22, 23, 26, 27, 52-55.

reclama, lo que hace o no puede hacer, no únicamente en una lesión o cambios patofisiológicos.

Un claro ejemplo de esto son los pacientes con migraña quienes padecen fuertes dolores de cabeza que incluso los llegan a incapacitar sin que se haya llegado a encontrar evidencia de lesión "orgánica" alguna.

No esta claro ni se encuentra en uso el concepto de enfermedad en la práctica médica moderna.

Henschen concibe a la enfermedad esencialmente como "un fracaso de adaptación". Esto nos remite al concepto hipocrático de la enfermedad centrado alrededor de la unicidad de la persona enferma, esto es "no hay enfermedad sino personas enfermas"<sup>90</sup>.

Scadding argumenta que las personas enfermas son aquellas con "desventaja biológica".

Ni la "desventaja biológica" ni "el fracaso en la adaptación" requiere alguna referencia a lesiones o alteraciones químicas, aunque estas puede acentuar el problema<sup>91</sup>.

El término patología surge de la raíz griega "Pathos", originalmente se refería a "pasión" o "sufrimiento". La ciencia médica comenzó como una respuesta al sufrimiento, por lo que la enfermedad es una realidad humana expresada en las actividades de la vida de los hombres. "La enfermedad (es originalmente reconocida) no por expertos, sino por hombres ordinarios"<sup>92</sup>

No es imperativo demostrar histopatología o cambio patofisiológico para tener una enfermedad, aunque Szasz opine que no debe haber tratamiento sin enfermedad, pero reconoce que ocurre en casos como el aborto y la vasectomía. No reconoce la necesidad de un tratamiento activo para aquellas "no enfermedades" como epilepsia, migraña y de acuerdo con la psiquiatría, la esquizofrenia.

En este apartado quisimos destacar *grosso modo* algunos de los planteamientos antipsiquiátricos, ya que fue un movimiento intelectual que repercutió en la transformación de los sistemas manicomiales, así como en la concepción que se tenía del fenómeno de la locura, lo cual es el interés de nuestra investigación, también consideramos prudente

---

<sup>90</sup> Pies, Roland, On "Myths and countermyths", en *Arch Gen Psychiatry*. Vol 36, Febrero, 1979, pág. 139.

<sup>91</sup> *ibid*, 143.

<sup>92</sup> *ibid*, 143.

plantear las críticas que se le han hecho a éste movimiento para brindar un panorama más amplio de ésta discusión que continúa hasta nuestros días.

Desde nuestro punto de vista, la problemática de la enfermedad mental es mucho más que un problema taxonómico, esto es, de clasificar con un nombre u otro a los individuos que presentan trastornos mentales.

Es un hecho que los individuos que siguen un tratamiento psiquiátrico lo hacen no únicamente debido a relaciones sociales deterioradas, sino a una incapacidad y sufrimiento que pone en riesgo, muchas veces a su integridad física, su vida o la de los que lo rodean. Por lo que sí consideramos importante la intervención de la ciencia médica en éste problema; tomando en cuenta que los factores biológicos o hereditarios sí influyen en los trastornos conductuales, como se ha demostrado la investigación neurocientífica en los últimos años.

Con esto no queremos minimizar las importantes aportaciones de la antipsiquiatría, ya que gracias a ella comienza una seria crítica a las instituciones psiquiátricas, buscando un mejoramiento de las condiciones de los pacientes, y se inicia una reconceptualización de los trastornos mentales haciendo incapie en la importancia de los factores socioculturales, lo cual deriva en una urgente necesidad del tratamiento interdisciplinario del fenómeno.

### **3.1.3 Las alternativas terapéuticas.**

Las ideas antipsiquiátricas le dieron auge a la crítica que se hacía ya hace tiempo, acerca de las desventajas de los largos o constantes periodos de hospitalización del paciente con alguna enfermedad mental.

Los estudiosos del tema incluso desarrollaron un término basado en el comportamiento que desarrollaban muchos pacientes después de periodos de largos y constantes internamientos: "el hospitalismo" que definen así "en lo que se refiere al paciente, podemos decir que es una condición de dependencia que aumenta constantemente en un ambiente protegido, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación que aquel pueda tener en la comunidad, este ambiente es el descrito por Goffman como 'institución total', en donde sin duda ocurre esta condición de dependencia del enfermo... el nuevo interno entra en un proceso de mortificación, el cual

trae como consecuencia una disminución catastrófica de su sentimiento de autoestima. Para comenzar el paciente pierde la identidad social que tenía en la comunidad (de padre, de trabajador, etc), obteniendo la identidad de paciente que la institución le otorga.<sup>93</sup>

Incluso psiquiatras participaron activamente en la crítica al hospitalismo como por ejemplo Barton que inventó el concepto 'neurosis institucional' para describir los cambios que existen en los pacientes adaptados a una institución total y afirma que los pacientes institucionalizados se caracterizan por una pérdida de la individualidad, apatía, falta de iniciativa, y una aceptación resignada a todo lo que les rodea.

Como podemos ver el hospitalismo representaba un grave problema en los hospitales mentales por lo que se desarrollaron nuevas técnicas o se apoyaron algunas que ya se habían planeado antes pero no se habían implementado.

Entre las principales alternativas terapéuticas dentro del hospital se desarrollaron la "comunidad terapéutica" y "la economía de fichas". De aquellas fuera del hospital las más importantes han sido las alternativas del hospital mismo como el "hospital parcial", la "casa de medio camino", la "casa grupal", y la "familia sustituta".

Todas las anteriores alternativas terapéuticas resultan eficientes en unos aspectos e problemáticas en otros, esto se explicará más adelante, por el momento las citamos como un listado de las alternativas de tratamiento psiquiátrico.

Por supuesto todas las terapias, son apoyadas en gran medida por la alternativa básica de la terapia química. "No cabe duda la importancia que tiene la medicación en el seguimiento comunitario para prevenir la recaída. Hogarty y Goldberg encontraron que los pacientes que habían recibido medicación experimentaron menos índices de recaídas que aquellos controlados con un placebo, en un período de seguimiento de dos años. Dichos autores calcularon que los riesgos de recaída en los pacientes con placebo son entre dos y tres veces mayores que para quienes recibieron medicación"<sup>94</sup>

De las alternativas dentro del hospital encontramos la comunidad terapéutica que recibió su primer impulso del Doctor Maxwell Jones en Inglaterra, como base de un tratamiento psicosocial en los años cincuenta. En cierto sentido fue un retorno a los valores de tratamiento más humano, pero con un énfasis mucho mayor sobre la participación

---

<sup>93</sup> Ryan, P, et al.: 'Alternativas para el hospitalismo' en *Salud Mental*, Vol. 5, Núm. 3, otoño 1982. Pág.. 8

democrática de los pacientes, se estableció un mayor énfasis sobre el ambiente social, por lo que se incluyeron los grupos de trabajo y los de elección de nuevos pacientes, así como los grupos de terapia y retroalimentación.

Se propusieron cuatro criterios para definir la comunidad terapéutica: la democracia, la confrontación, la permisividad y el comunalismo. La democracia se da cuando el personal del hospital, así como sus pacientes tienen una participación completa en la toma de decisiones en la institución. La confrontación y permisividad ocurren cuando el paciente recibe una retroalimentación del personal y los demás enfermos frente a su conducta inadecuada. Y el comunalismo implica que se anulan, hasta el punto máximo posible, todas las diferencias entre el personal y los enfermos; por eso el personal no usa uniformes, come junto con los pacientes, etc.

Varios estudiosos reportaron a través del contacto social una disminución en la manifestación de los síntomas de los pacientes y en varios casos se reportaron incrementos en el número de egresos después de la implementación de un programa de este tipo. Aunque los estudios también demostraron que hay terapias más efectivas que esta o a las que algunos pacientes responden mejor.

Sin embargo, el gran valor de esta forma de terapia es el impacto social que tuvo, principalmente porque ha propiciado un acercamiento más humano en el tratamiento de la enfermedad mental.

El sistema de economía de fichas tiene como finalidad la elaboración de técnicas de capacitación para el personal, que hagan reaccionar a los pacientes con el propósito de mejorar al máximo la presentación de conductas apropiadas y adaptativas.

Este sistema reúne las siguientes características:

- 1) Una observación sistemática de la conducta del paciente y las consecuencias que ésta tiene en el ambiente hospitalario.
- 2) La designación de ciertas conductas como adaptativas, deseables y, en consecuencia, reforzables, como hablar, vestirse, rasurarse, etc.
- 3) La determinación de los sucesos ambientales que sirven para reforzar el comportamiento del paciente. Esto puede incluir la comida, una sonrisa, una oportunidad

---

<sup>94</sup> ibid, 9

de ver al personal, etc.

4) Un medio o símbolo de intercambio, la ficha, para integrar la conducta adaptativa designada y los comportamientos apropiados.

5) El cálculo de la proporción de fichas para cada conducta.

A partir de esta terapia se produjo evidencia de que la economía de fichas puede disminuir la manifestación de verbalización psicótica, minimizar la manifestación de delirios e incrementar la conducta social apropiada.

Así, se puede decir que este sistema es capaz de mejorar la socialización, reducir la frecuencia de la manifestación de síntomas e incrementar el funcionamiento ocupacional en el contexto hospitalario, sin embargo la evidencia es menos impresionante cuando se generalizan estas mejoras a nivel comunitario.

Otra alternativa intrahospitalaria son los llamados grupos autónomos de Fairweather.

El doctor Fairweather médico e investigador inició una nueva forma de tratamiento en los años sesenta, en la cual pequeños grupos de pacientes crónicos tomaban sus propias decisiones, con respecto a la estructura básica de su vida hospitalaria, la labor del personal era proporcionar información que los pacientes necesitaban para tomar decisiones apropiadas y adecuadas. Las decisiones que el personal consideraba adecuadas recibía una retroalimentación positiva y las decisiones negativas una retroalimentación negativa.

El programa obtuvo buenos resultados pues las estancias en el hospital eran más breves, la satisfacción tanto de los pacientes como del personal era mayor, y la interacción y cohesión del grupo era de mayor calidad. Pero también descubrió que una vez en la comunidad las mejoras obtenidas desaparecían después de 18 meses de seguimiento.

### **Alternativas fuera del hospital**

Durante muchos años la situación para el paciente mental era muy sencilla: o se quedaba en el hospital o regresaba a vivir con su familia, lo que significaba un salto brutal de un ambiente a otro, salto en donde se perdían muchos de los avances que se lograban en los hospitales, pues generalmente las familias no sabían como manejar el problema y en ocasiones ni siquiera sabían cual era realmente el problema al que se enfrentaban. O si el paciente no podía regresar con su familia, porque no tenía o no lo aceptaban, tendría que



sufrir las consecuencias del hospitalismo.

Por lo que se idearon y se echaron andar proyectos que amortiguaran este salto hospital-comunidad, para mantener los beneficios que brindan los servicios hospitalarios sin mantener al paciente ajeno a la comunidad, con el fin de lograr que este encuentro sea lo menos brusco posible para el paciente y la comunidad.

Uno de los programas más importantes es el de la casa de medio camino que se inició en Gran Bretaña en 1879 por el reverendo Hawkins, del Hospital Colney Hatch. Cien años después el proyecto tenía ocho casas comunitarias con 248 pacientes. Sin embargo fue hasta los años sesenta después del acto de legislación del parlamento británico que favoreció el desarrollo de la salud comunitaria, cuando se popularizó a nivel nacional este sistema.

El propósito básico de la casa de medio camino es el de actuar como un puente entre el hospital y la comunidad. Se esperaba que el proceso de rehabilitación se iniciara en el contexto hospitalario y se continuara en la casa de medio camino, permitiendo así un flujo constante de pacientes entre uno y otra, para facilitar así el regreso del paciente a su propia comunidad.<sup>95</sup>

La meta básica en este proyecto es el trabajo, el paciente tiene que trabajar diariamente en un oficio fijo, pagando con su sueldo una parte proporcional de la renta de dicha casa. Además de lo anterior las casas de medio camino podían acentuar la importancia en distintos puntos, por ejemplo en una casa podían incentivar los grupos de discusión en los que se enfatizará la importancia de tener buenas relaciones interpersonales; y en otra casa se ponía mayor énfasis en la higiene personal, cocinar, ahorrar, hacer compras, etc, para que adquirieran capacidad de desarrollarse en la vida práctica.

A pesar de su efectividad el proyecto desarrolló un problema básico, en el que nos damos cuenta que existen algunos conflictos entre las metas principales de la casa y las necesidades de los pacientes, pues estas brindan una estancia temporal y muchos pacientes se quieren quedar permanentemente. "Un estudio que hizo Ryan encontró que el 70% de los pacientes que vivían en casa de medio camino deseaban quedarse permanentemente"<sup>96</sup> Esto es un verdadero problema pues el proyecto se proponía como institución de "tránsito"

---

<sup>95</sup> ibid, 10

<sup>96</sup> ibid,11

para facilitar el regreso a la comunidad.

Para cubrir algunas de las fallas de la casa de medio camino se crea la casa grupal que es para pacientes crónicos que necesitan acomodo permanente en la comunidad, pues no pueden o quieren regresar a vivir con sus familias y no están en condiciones de trabajar tiempo completo y diariamente. Está formada por un grupo de cuatro o cinco pacientes que viven juntos en un departamento o casa en la comunidad. En este proyecto el personal no vive con los pacientes, sino que los visita cada ocho o quince días para supervisarlos, por lo cual los pacientes disfrutan de un grado de independencia mucho más amplio que el de la casa de medio camino. Ellos mismos realizan sus actividades domésticas y toman su medicamento sin supervisión de nadie. También los investigadores encontraron que este proyecto era más económico que la casa de medio camino.

Pero esta independencia no sólo produjo resultados positivos, pues es quizá esta misma independencia la que le brinda una desventaja, pues si el paciente no quiere hacer nada, no lo hace; si no quiere levantarse de la cama en días lo puede hacer, lo que le da al paciente la libertad de mantenerse tan inactivo como en cualquier granja para pacientes crónicos, lo que no produce una integración real a la comunidad.

El tipo de cuidado comunitario más antiguo es el de la familia sustituta creada en el pueblo Belga de Gheel tiene una tradición de más de setecientos años de prestar ayuda a pacientes mentales, integrándolos a las familias del pueblo.

Para organizar el programa se creó el Centro de Cuidado Familiar que dividió el pueblo en diez áreas administrativas, cada una tiene una enfermera que hace una visita cada quince días, con el propósito de procurar un nivel de adaptación óptima entre el paciente y la familia. Además el centro creó clubes deportivos, de pesca y planes de vacaciones para los pacientes.

Una ventaja básica de este sistema es que cada paciente puede encontrar su propio nivel de interacción y de adaptación con la comunidad, el propósito del sistema es que el enfermo logre la mayor adaptación posible por sí mismo.

Pero un programa con estas características no podría funcionar sin una elemento básico, el financiamiento que el estado le da a las familias para mantener y cuidar a un paciente, así que además ser un acto de "caridad cristiana" el adoptar a un paciente podía ser un buen negocio para la familia. Lo que no excluye e incluso apoya la eficacia que ha

tenido este sistema durante tantos siglos.

Otro de los proyectos que ha tenido gran importancia y se sigue implementando es el de hospitalización parcial. Este servicio nos habla de la flexibilidad del hospital psiquiátrico para realizar programas en los cuales los pacientes asisten al hospital durante periodos específicos del día, de la tarde, de la noche, o del fin de semana.

Estos programas están diseñados para pacientes con problemas severos, pero que pueden mantenerse a nivel mínimo en la comunidad sin hacerse daño a ellos mismos ni a otros, son una forma de brindar alternativas a la hospitalización tradicional.

Un reporte de la Asociación Americana de Psiquiatría, West y cols, propusieron cinco metas primordiales para la hospitalización parcial:

1. Facilitar la resolución o la estabilización de síntomas agudos o subagudos.
2. Impedir el deterioro de la condición clínica en los pacientes de consulta externa.
3. Apoyar a los pacientes crónicos que solamente con este tipo de ayuda pueden permanecer en la comunidad.
4. Crear programas específicos para grupos de alto riesgo o con necesidades especiales, como farmacodependientes, alcohólicos, adolescentes con trastornos emocionales transitorios, etc.
5. Diagnosticar a pacientes que necesitan un período prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado.<sup>97</sup>

Los programas que se desarrollan pueden variar dependiendo de la experiencia del personal, pueden incluirse: terapias individuales, de grupo, psicodrama, terapia familiar, danza, pintura, música, terapia ocupacional, terapia con químicos, etc. La generalidad ocupan como base la terapia con medicamentos (o químicos) coordinado con programas de orientación social y vocacional.

Los estudios comparativos acerca de la eficacia del hospital parcial frente a la hospitalización completa no han arrojado resultados muy certeros, pero lo que si se puede afirmar al momento, es que éste sistema representa una alternativa igual o mejor que la hospitalización completa.

Las alternativas mencionadas se caracterizan por ser servicios de corta duración, de carácter transitorio entre el hospital y la comunidad, que evitan los efectos negativos del

---

<sup>97</sup> *ibid*, 12

internamiento a largo plazo y previenen en lo posible la institucionalización innecesaria.

A la fecha la mayoría de los países del mundo cuentan en algunos de sus hospitales psiquiátricos con el servicio de hospital de día (en el Fray Bernardino Álvarez éste servicio se encuentra dentro del concepto de Hospital Parcial) que para ser definido en su concepto más amplio es necesario volver a citar al Dr. Río Lugo:

El instrumento terapéutico del campo específico de la patología destinado a pacientes que necesitan un programa de atención más completo que los elaborados para consulta externa, pero sin los requerimientos de la residencia de veinticuatro horas ofrecida por la unidades de hospitalización. Puede estar basado en una estructura hospitalaria, en el centro de salud mental o en un local autónomo dentro de la comunidad. El escenario es menos importante que el programa terapéutico y los supuestos sobre los cuales están fundados.<sup>98</sup>

En este tipo de sistema las metas de tratamiento para cada paciente son limitadas, y el hospital de día proporciona el apoyo necesario durante los periodos de crisis, ayudando al paciente a resolver sus conflictos, o bien integrándolo a programas de rehabilitación vocacional o social que le permita conservar y consolidar en lo posible la célula familiar. De esta forma se incentiva a que la familia no se desentienda del paciente pues se le brinda ayuda especializada para que entienda y sepa relacionarse con el paciente. Se intenta reducir también el impacto que recibe el enfermo al pasar de su comunidad al hospital y viceversa.

El Hospital de Día puede formar parte de programas más extensos que reforman la estructura original de una institución ya establecida, como los hospitales para enfermos crónicos (como en el caso específico del Fray Bernardino Álvarez) al constituirse como una extensión de la unidad de hospitalización, o bien conformar el principal objetivo en programas comunitarios. Puede también ser parte esencial de la unidades de tratamiento intensivo en la que los objetivos del programa sean a corto plazo.

El alta de los pacientes debe ser, en este tipo de sistema, una parte inherente del tratamiento. Dicha alta se decidirá en función de los objetivos de cada tratamiento fijados de acuerdo al marco teórico que se maneje en cada tratamiento. Todos los criterios de tratamiento pueden realizarse en forma interdisciplinaria (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) para constituir un programa integral de tratamiento

---

<sup>98</sup> Río Lugo, Norma, et. al. : 'Hospital de día: un nuevo concepto de atención psiquiátrica'. En *Salud Mental*.

complementándose unos con otros. En un programa flexible a medida que el paciente mejore en su tratamiento podrá inclinarse gradualmente hacia la terapia en consulta externa.

No se puede dejar de señalar la importancia del postratamiento y del seguimiento de los diferentes casos tanto a corto como a largo plazo, para poder evaluar los resultados del programa y prevenir en lo posible la rehospitalización, interviniendo cuando se detecten recaídas. De esta manera se controla el problema de las readmisiones que aumenta la tasa de sobre población en los hospitales. Se pueden esperar brotes episódicos aunque de corta duración en ciertos padecimientos mentales, y el uso del hospital de día para control y prevención de los mismos, proporciona un mecanismo social alternativo a la hospitalización crónica<sup>99</sup>

Respecto al tema en nuestro país las psicólogas Norma A. Del Río y Angélica Verduzco, autoras del artículo *Hospital de Día un nuevo concepto en atención psiquiátrica* opinan que en México se han llevado a cabo intentos aislados de esta modalidad ya que no se ha considerado suficientemente como una posibilidad de solución a problemas tan agudos como la falta de camas, los costos elevados, la elevada tasa de ingresos, la sobrepoblación, etc. Contribuyen a este fenómeno los siguiente factores:

- Discontinuidad en los servicios, programas y personal debido a cambios administrativos o políticos dentro de las instituciones, lo que ocasiona graves pérdidas y falta de resultados a largo plazo. Los proyectos quedan trunco y se vuelven a reestructurar sin aprovechar la experiencia anterior.

- Instalaciones físicas que limitan los servicios iniciales de los programas.

- Aislamiento de las instituciones con respecto a otras y con respecto a la comunidad, lo que tiene diversas consecuencias como: duplicación de trabajos de investigación; dificultad para llevar a cabo una adecuada canalización entre servicios que atiendan el mismo tipo de padecimientos; creación de programas ajenos a la población con la importación indiscriminada de esquemas de otros países, sin tomar en cuenta las necesidades reales de los usuarios de estos servicios.

Según esta investigación todos los esfuerzos que se han hecho en el país por implantar un sistema de hospital de día deben necesariamente integrarse y coordinarse

entre sí para lograr una cobertura más amplia y una mayor operatividad sin desaprovechar los recursos existentes, ubicándolos dentro de un plan nacional de salud.<sup>100</sup>

### 3.2 Historia general del Hospital de Día.

La modalidad de Hospital Parcial ha existido desde hace varias décadas; está íntimamente ligado a una práctica médico psiquiátrica tendiente a mejorar situaciones en las que se encuentra la psiquiatría tradicional.

Entre los pioneros de esta modalidad encontramos a Dzhagarov M.A. quien en 1937 crea lo que hoy conocemos como un Hospital de Día asociado con el Hospital Psiquiátrico Principal de Moscú en 1933. Esta unidad atendía a 1225 pacientes (la mayoría psicóticos) durante los cuatro años en los que el reporte se basa. a pesar de que este centro de día es poco conocido, y que probablemente tuvo poco efecto en los desarrollos posteriores de mundo occidental, es preciso reconocer que fue el primer hospital de día organizado para personas con severas perturbaciones.

Después J. M. Woodall en 1935 en el *Adams House Sanatorium en Boston* atendía pacientes psicóticos con una estructura diurna.

A Inglaterra llegó la modalidad en 1938 en el Hospital *Lady Chichester* en Hove. El primer hospital de día en Inglaterra, se estableció en el Instituto de Psiquiatría Social en los años cuarenta. Vierer J, en 1951 reporta que aunque la idea tomó forma en enero de 1947 no llegó a operar hasta 1948. Al mismo tiempo un programa de día y de noche fue implementado en la clínica psiquiátrica de Yale y en 1949 el hospital día inicia funciones en la Clínica Menninger.

Los primeros indicios de este tipo de tratamiento, se reporta en el trabajo de Solomon en 1931. Al lado de estos precursores el primer Hospital de Día organizado en el hemisferio occidental para pacientes psiquiátricos severamente enfermos fue establecido en abril de 1946 en el instituto Psiquiátrico *Allan Memorial*, en Montreal Canadá, por Cameron D.E.

---

<sup>99</sup> *ibid*, 16

El Hospital de Día como una alternativa Psiquiátrica se encuentra actualmente en casi todo el mundo, su uso intensivo en la Gran Bretaña es descrito en los trabajos de Freeman H. L. (1959) y Farndale J.(1961).

En Abeokuta, Nigeria opera un Hospital de Día en el Hospital Aro, para enfermedades nerviosas y mentales (Lambo, T.A. 1956).

En Cuba se estableció ésta modalidad en 1962, posteriormente varios países han fomentado esta alternativa con el fin de buscar opciones que satisfagan a una población cada vez más numerosa que reclama y merece mejor atención.

### 3.3 Historia del Hospital de Día en el Fray Bernardino Álvarez.

El Hospital psiquiátrico de atención a enfermos agudos Fray Bernardino Álvarez contó entre sus servicios con un Hospital de Día desde 1967, según el reporte del Dr Garciadiego, con el fin de atender a pacientes que por ser capaces de convivir parcialmente con su medio social y familiar, no ameritan internamiento .

Algunos años después el servicio dejó de funcionar y se reanudó en 1979, con un proyecto que atendió en su primera fase a un grupo de 40 personas de nivel socioeconómico bajo, filtradas a través de consulta externa, cuyos padecimientos no requirieran hospitalización, excluyendo pacientes que sufran demencias, psicopatías, oligofrenias, desordenes físicos invalidantes, padecimientos infecto-contagiosos y desviaciones sexuales.<sup>101</sup>

El proyecto contó con la asesoría y el apoyo del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). El personal voluntario contó con un entrenamiento técnico en rehabilitación durante un año.

La coordinación general estuvo a cargo de médicos psiquiatras y la coordinación técnica fue llevada a cabo por un psicólogo. Los psiquiatras y psicólogos trabajaron conjuntamente en las terapias y las dinámicas con los padres o familiares de los pacientes, por medio de una trabajadora social.

---

<sup>100</sup> ibid, 17

Este proyecto formó parte de los proyectos de investigación del CEMESAM sobre modelos de atención viables en México.

Hasta donde se sabe, hubo poco impulso al programa y el número de pacientes fue disminuyendo hasta casi desaparecer en 1982; sin embargo en julio de ese mismo año el Hospital de Día recibió un nuevo enfoque que incluía la renovación de instalaciones y el inició un trabajo de equipo multidisciplinario.

El área que ocupaba en Hospital de Día en el inicio de la década de los ochenta era de aproximadamente 100 metros cuadrados y la compartía con el servicio de terapia ocupacional la cual daba servicio a todo el hospital.

En 1983 el servicio contaba con dos médicos, una enfermera, una rehabilitadora, un psicólogo, una trabajadora social, una secretaria y una persona de intendencia. Se pensaba en esa época dar atención a 50-60 pacientes de manera integral en un tipo de organización multidisciplinaria.

En 1979 se inauguró el servicio de Hospital de Día. Y desde entonces se buscó abreviar la hospitalización continua, y construir un puente que permitiera al paciente recién egresado integrarse a la comunidad. Así como lograr un mayor acercamiento con la familia del enfermo para evitar el deterioro y proporcionar una mejor rehabilitación al paciente.

En una primera dirección de trabajo, se incluía la organización, supervisión y evaluación de actividades médicas y paramédicas dirigidas a pacientes ambulatorios.

En 1986 en el servicio de hospitalización continua inicialmente ubicado en el quinto piso del hospital, se organizaban actividades terapéuticas que iban más allá del manejo psicofarmacológico en donde se incluía a los pacientes en trabajos grupales que involucraban a la familia. Estas actividades eran las asambleas de pacientes grupos de orientación familiar, salidas culturales y recreativas con los pacientes hospitalizados, convivios y festejos con la familia, mas tarde, programas de puertas abiertas y psicoterapia de grupos.

Aunque existía la intención de un trabajo grupal entre los servicios de hospital de día y de terapia ocupacional, la práctica resultaba un tanto desvinculada. Es hasta 1994 cuando

---

<sup>101</sup> Calderón Nava Ma. Carmen, Op cit, pág.. 45



se consolida la hospitalización parcial con el propósito de lograr una mayor integridad y una cobertura más amplia, creando así el servicio de psiquiatría comunitaria, en donde la proyección de su influencia pretendía sobrepasar los límites físicos del hospital.

Específicamente el Hospital Parcial en su modalidad de día ha sufrido una serie de cambios y ajustes de acuerdo a las experiencias, las necesidades y posibilidades de trabajo desarrolladas, de tal manera, que en un principio el servicio estaba dispuesto con un manejo global dentro de un programa único en el que se recibía a todos los pacientes referidos sin tomar en cuenta su clasificación psicopatológica.

Contaba con criterios de inclusión muy laxos, donde se planteaba cubrir los requerimientos más elementales del tratamiento considerando que esto beneficiaría a todos por igual.

Con la experiencia, se evidenció la poca operatividad de esta postura y se comenzó a evitar efectos repetitivos con otras actividades que no se realizaran debidamente por falta de conocimientos técnicos, que además constituían una duplicación de acciones al realizar prácticas muy parecidas.

La tarea de la reestructuración estuvo basada en la fundamentación de las actividades y una selección más adecuada de acuerdo a las necesidades de los pacientes admitidos en el servicio, por lo que también fue necesario plantear criterios de inclusión más restrictivos con el fin de hacer grupos más homogéneos y ofrecer un tratamiento más específico una vez evaluado y clasificado cada paciente desde el punto de vista clínico.

En una siguiente etapa se planteó una estratificación por niveles de tratamiento, de acuerdo a las condiciones que presentaba cada paciente en el momento de su ingreso al servicio y por otra parte de acuerdo a lo referido en la literatura sobre los beneficios de manejo de grupos cerrados.

Aunque estos fueron planteados con estas características, la demanda de atención del servicio sufrió un incremento exponencial, por lo que fue necesario a partir de 1995 dejar el primer nivel como un nivel de recepción en grupos abiertos, además de aprovecharlo para iniciar el control sintomatológico y así, sensibilizar al paciente y su familia sobre su necesaria participación en el proceso de recuperación.

El servicio de Hospital Parcial fue ganando reconocimiento en la Institución obteniendo un mejor apoyo por parte de ésta, como una mayor disposición de recursos

tanto materiales como humanos. De hecho actualmente se cuenta con una nueva área en el hospital destinada especialmente para el servicio de Hospital de Día inaugurada en el año de 1993.

Con el propósito de optimizar los recursos se creó en 1991 el servicio de Hospital Parcial de fin de semana, ante la creciente demanda de atención en el área de la salud mental, aprovechando tanto las instalaciones del Hospital de Día como parte de su personal sobre todo al principio, valiéndose de la participación de algunos pasantes de psicología.

A partir de enero de 1998 se ofrece una atención que se ajusta a cada individuo de acuerdo al nuevo programa donde se adapta el modelo a las necesidades de los pacientes y no como anteriormente se hacía, adaptando al paciente a las actividades previamente establecidas.

### **3.4 Hospital de Día como ejemplo del servicio de Hospital Parcial en el Fray Bernardino Álvarez (estudio de campo, descripción.)**

Con la descripción que realizamos del servicio de Hospital de Día intentamos mostrar, por un lado cómo funciona un organismo que se encarga de suavizar el tránsito del paciente agudo del ambiente médico a su comunidad, así como las estrategias y recursos que utilizan para alcanzar éste objetivo. También a través de ésta descripción y revisión de los programas buscamos observar la aplicación de un concepto más integral de trastorno mental donde los factores sociales, biológicos y psicológicos están contemplados, de alguna forma en éste servicio.

Por ello la revisión exhaustiva de los programas de los años 1997 y 1998, las entrevistas de los jefes de del servicio, la enumeración de recursos humanos y materiales, los limitantes del servicio, los criterios de ingreso y egreso, así como el número de pacientes que se atendieron en el período de tiempo considerado, nos pareció importante para ubicar concretamente el funcionamiento del servicio y entender como intenta realizar el proceso de readaptación del paciente a su medio social.

La información obtenida fue proporcionada en su mayor parte, por las entrevistas a la Jefe de la División Hospital Parcial y Psiquiatría Comunitaria, Psic. Miriam de la Llera V. y el Jefe del Servicio de Hospital de Día y participante activo en la elaboración de los dos programas que describimos, Dr. Jorge Alberto Gamiochipi Cano. Y por la observación directa que realizamos durante cuatro meses en el hospital.

De acuerdo con el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, su estructura de Hospital parcial es un manejo ambulatorio que incluye diagnóstico, tratamiento médico, psicosocial y prevocacional diseñado para pacientes con un serio desorden mental y que requieren un tratamiento intensivo y multidisciplinario, permitiendo una mejor flexibilidad y menos restricciones en el programa terapéutico.

Es una modalidad de manejo que incluye acciones preventivas de terapia y rehabilitación, orientadas a pacientes con alguna experiencia psicótica de cualquier etiología, en donde a través del trabajo multidisciplinario y grupal el paciente recibe las bondades de un tratamiento estrecho pero con libertades de un manejo ambulatorio, brindando con esto la oportunidad de estimular y desarrollar sus potencialidades de funcionamiento, para que con ello aprovechen su derecho a una vida digna y productiva.

Existen varias definiciones de rehabilitación en salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un término que se aplica a los impedidos mentales, y que consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales que tiene por objetivo adiestrar o readiestrar al individuo para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales a los niveles más altos de capacidad funcional.

Algunos autores cubanos como Saraceno la definen como el conjunto de padecimientos biológicos y sociopsicológicos utilizados en aquellos pacientes en que han aparecido, como producto de alguna afección mental, incapacidades que les imposibiliten un adecuado ajuste social y persigue reincorporar al enfermo a la sociedad una vez atenuadas sus manifestaciones psicopatológicas posibilitando la utilización de sus capacidades residuales.

Saraceno la define como el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo para su recuperación y la minimización

de los efectos discapacitantes de la cronicidad.<sup>102</sup>

Goldberg la puntualiza como el proceso de rehabilitar a la persona incapacitada, al nivel de funcionamiento y misma posición social que se había logrado antes del inicio de la enfermedad, esto es una situación en la cual se pretende hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de un contexto social tan formal como sea posible<sup>103</sup>.

De manera general existen dos grandes líneas de trabajo en cuanto al entendimiento y manejo de los aspectos rehabilitatorios en salud mental.

La primera de estas líneas corresponde a un modelo que se ha desarrollado en Europa, el cual conceptualiza a la rehabilitación como un esfuerzo enfocado a la disminución de las discapacidades del paciente psiquiátrico. Este modelo esquematiza que la incapacidad en los enfermos psicóticos crónicos ocurre básicamente en tres niveles distintos:

a) Incapacidades primarias, las cuales consisten en limitaciones que se presentan como producto directo de la enfermedad.

b) Incapacidades secundarias, las cuales no son de parte de la enfermedad, sino que son reacciones no adaptativas hacia la enfermedad mental, así como las actitudes inadecuadas de los personajes sociales significativos para el enfermo.

c) Incapacidades premórbidas, las cuales consisten en trastornos que se presentan en el paciente antes del inicio de la enfermedad.

La segunda de estas líneas la representan los modelos que se dan principalmente en los Estados Unidos las cuales dan mayor importancia dentro de los aspectos rehabilitatorios a la maximización de las capacidades residuales de los enfermos intentando descubrir y desarrollar aquellas habilidades no dañadas por la enfermedad.

Estos modelos se apoyan fuertemente en técnicas conductistas de modificación de la conducta. Existen varios modelos específicos de este tipo de rehabilitación:

a) Modelos de entrenamiento de habilidades sociales.

b) Modelos de potencialización de comportamiento socialmente competente.

---

<sup>102</sup> Gamiochipi, J.: Periódico mural del Hospital parcial del Fray Bernardino Álvarez. Cita de Saraceno

<sup>103</sup> *ibid*, cita de Goldberg

La rehabilitación es un proceso, en la mayoría de los casos de larga duración que reconoce grados. Algunos enfermos pueden alcanzar niveles de vida similares a los que tenían antes de enfermar otros, pueden mejorar parcialmente y otros más permanecerán con discapacidades importantes por el resto de sus días. No sólo la magnitud del daño sino la circunstancias señalan los límites de la rehabilitación.

Por ello en la restructuración institucional los profesionales de la salud mental encuentran que la hospitalización parcial y los talleres son extensiones del propio hospital que responden a las necesidades de un buen número de enfermos ya que por varias horas al día o los fines de semana permite al enfermo conservar los beneficios de un cuidado psiquiátrico directo sin perder sus ligas con la familia y su medio social.

Asimismo la hospitalización parcial dentro de la institución juega un importante papel en la transición de los pacientes que han estado hospitalizados y que al regresar a su medio necesitan un espacio intermedio donde puedan prepararse para retomar su funcionalidad y desempeñarse en las responsabilidades que les corresponden ( escuela, trabajo y/o familia).

### **3.4.1 Lineamientos generales del Hospital de Día**

Dentro del concepto de Hospital Parcial se encuentran servicios como el Hospital de Fin de Semana, en donde se trabaja con pacientes únicamente sábados y domingos; y el Hospital de Día que labora de lunes a viernes. Este servicio será abordado a continuación más específicamente.

Los lineamientos generales del Hospital de Día contemplan el aspecto preventivo de la agudización del trastorno mental como un intento de evitar las recaídas del paciente que podría llevarlo al internamiento. Esto se pretende lograr a través de las siguientes medidas:

ACCIONES EN LOS TRES NIVELES DE PREVENCIÓN:

- Educación para la salud/ protección específica.
- Diagnóstico precoz
- Limitación de secuelas/ rehabilitación.

Para lograr una terapia rehadaptativa más integral los lineamientos generales del servicio toman en cuenta varios aspectos médicos, como el control sintomático y aspectos sociales como el involucramiento de la familia, entre otros.

LINEAMIENTOS:

- Continuidad del tratamiento.
- Planteamiento grupal.
- Involucramiento familiar.
- Ambiente terapéutico.
- Adaptación.
- Control sintomático.

Es importante recordar, que la hospitalización parcial representa una alternativa a la hospitalización continua, en la que el paciente se encuentra internado por un período máximo de 30 días. También el hospital parcial funge como una poshospitalización continua, esto es, una vez que se controla la crisis en el servicio de hospitalización continua el paciente podrá continuar su tratamiento a través de un sistema ambulatorio, en el cual los ejes de trabajo son: individuales, grupales y familiares, para en primer lugar lograr una estabilidad biológica que permita la reinserción del paciente a su ambiente.

Una vez que el paciente ingresa al Hospital de Día su proceso de reinserción está contemplado en tres niveles: en el primero se busca la sensibilización e información tanto del paciente como de la familia, de la naturaleza del trastorno que padece.

El segundo se enfoca a la concientización de la problemática por parte del paciente y familiares, así como lograr que se asuma la responsabilidad y cuidados que cada paciente requiere, esto con el fin de que aprendan a detectar oportunamente una recaída lo que se traduce en un mejor manejo de la enfermedad, y por tanto una calidad de vida más elevada. A partir de éste nivel se promueven de una manera más constante actividades como los debates y las salidas recreativas de la institución, con el fin de acentuar la socialización.

Y en el tercer y último nivel de tratamiento por medio de las actividades que se mencionan a continuación se pretende, otro aspecto muy importante para la efectiva rehabilitación del paciente que es el desapego del paciente a la institución para lograr un cierto nivel de autosuficiencia.

Todos estos tratamientos que abordan una visión integral del trastorno mental, se

realizan, gracias a equipos interdisciplinarios integrados por: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y enfermeras.

#### PRIMER NIVEL DE TRATAMIENTO: SENSIBILIZACIÓN E INDUCCIÓN

- Grupo psicoeducativo (familiares).
- Grupo psicoeducativo (pacientes).
- Consultas individuales

#### SEGUNDO NIVEL DE TRATAMIENTO: CONCIENTIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD.

- Consulta subsecuente.
- Psicoterapia de grupo.
- Cine-debate.
- Talleres de terapia ocupacional.
- Asambleas.
- Comisiones.
- Actividades libres.
- Salidas culturales y recreativas.

#### TERCER NIVEL DE TRATAMIENTO: CAMBIO Y DESAPEGO.

- Consulta subsecuente.
- Psicoterapia de grupo.
- Sociodrama.
- Grupo psicoeducativo (familiares).

A continuación presentaremos el programa creado en 1994 y cuya vigencia de extendió hasta 1997, año en que se reestructura el programa de tratamiento como resultado de la búsqueda de mejoramiento de resultados.

El programa utilizado durante 1997 tenía una estructura en la que los pacientes debían adaptarse a cuatro niveles de tratamiento que incluían cada uno actividades diferentes, que el paciente tenía que manejar adecuadamente para lograr incorporarse al

siguiente nivel de tratamiento y así sucesivamente hasta que solicitara su alta. Sin embargo este tipo de programa no desarrollaba las potencialidades individuales del paciente, por lo que en el nuevo programa del 1998 se decidió eliminar los niveles obligatorios, y evaluar con mayor profundidad e individualmente las capacidades y las actividades más convenientes para cada paciente, sin que éstas estén incluidas en un estrato determinado.

A continuación expondremos detalladamente en que consistió el programa aplicado en 1997.

Con esta descripción, pretendemos exponer cuales son las metas y objetivos de éste centro de transición entre la hospitalización continua y la comunidad, y cómo a través de sus programas se trasluce una nueva conceptualización de trastorno mental, donde los factores sociales y culturales son tan importantes como los aspectos médicos.

La reinscripción del paciente a su comunidad ayudándolo a tener vida más autosuficiente, lograr un buen control sintomático, para disminuir las posibilidades de recaídas y lograr que su familia comprenda y acepte la enfermedad mental de su familiar son objetivos primordiales del servicio de Hospital de Día.

#### **PROGRAMA 1997 DEL HOSPITAL DE DÍA**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico en los cuatro niveles de tratamiento de Hospital Parcial.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Establecer diagnósticos psiquiátricos precisos, incluidos en las clasificaciones internacionales oficiales (CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales)

Controlar la sintomatología psiquiátrica del paciente psicótico.

Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.

Promover la rehabilitación integral (bio-psico-social) del paciente psicótico hasta donde sus posibilidades lo permitan.

Incidir en la mejoría de la calidad de vida, tanto en el paciente psicótico como en su



familia.

Sensibilizar a la familia para favorecer la reinserción del paciente al núcleo familiar y social.

Promover un cambio de actitud hacia el enfermo mental en la familia.

#### ACTIVIDADES (NIVELES)

El primer nivel buscaba la sensibilización e inducción tanto del paciente como de la familia, la estructura incluía dos grupos abiertos con capacidad máxima de 15 integrantes, los cuales participarán en una programación de 48 sesiones grupales con una frecuencia de dos sesiones semanales y una duración de una hora y media tanto para familiares como para pacientes, manejando temas como las características y naturaleza de las enfermedades mentales, manifestaciones más comunes curso y complicaciones, tratamientos, participación de la familia en el proceso, etc.

Este programa psicoeducativo conocido como Nivel I duraba 6 meses y se canalizaban a los pacientes a consulta externa para continuar su manejo o al segundo nivel de tratamiento donde debía haber un mínimo de control sintomático, un nivel mínimo de capacidad interpersonal, un grado de motivación razonable para la terapia y la expectativa de mejoría.

Este segundo nivel se manejaba por grupos cerrados con una capacidad máxima de 13 pacientes en un contrato de 25 sesiones en seis meses, con una frecuencia de una vez por semana en su psicoterapia y una asistencia al servicio diaria para realizar todas las demás actividades coadyuvantes.

En este nivel se incluyen ya actividades deportivas y expresivas además de terapia ocupacional de acuerdo a la tendencia vocacional y capacidad residual de paciente. También se efectúan salidas culturales y recreativas.

Los objetivos de la psicoterapia grupal incluida a partir del nivel dos son: una mejoría de los síntomas, restablecimiento de un equilibrio emocional adecuado, promover un eficiente uso de los recursos del paciente, desarrollar comprensión con respecto a su enfermedad y en consecuencia su apego al manejo propuesto y desarrollo de capacidades para enfrentar actividades futuras.

Básicamente el trabajo estaba dirigido hacia tres grandes actividades: orientación,

reflexión y dinámicas grupales.

Una vez concluido este nivel, el paciente debe definir claramente sus problemas considerandolos en una dimensión interpersonal, así mismo debía identificar áreas problemáticas que necesitaba seguir cambiando, debía contar con una disposición para ayudar a otros, contar con la capacidad para relacionarse e interactuar de manera flexible. Además de manifestar un compromiso y responsabilidad con respecto a su tratamiento como consecuencia de haber identificado plenamente su enfermedad.

En un tercer nivel se tenía como objetivo consolidar los planteamientos propuestos en el nivel previo, donde se concretaban las acciones de cambio, tanto en aspectos personales de reajuste sobre su nueva autopercepción como en su desempeño interpersonal en todos los ámbitos donde participaba.

También en este nivel la duración era de 6 meses con 25 sesiones de terapia de grupo.

El paciente intervenía en un sociodrama donde se plantean las problemáticas más frecuentes para que al universalizarse se obtuvieran propuestas de solución entre todo el grupo. Se mantiene el programa de terapia ocupacional, en los casos donde era posible se buscaba un desempeño laboral. Se incorporaron a este nivel expresión corporal, cineterapia y actividades libres, así como el compartir la comida, comisiones, asambleas y salidas con los pacientes del segundo nivel.

Con la familia en este nivel se continúa trabajando con orientación, reflexión y dinámicas grupales.

El último nivel iniciaba con un grupo de transición donde sus objetivos principales eran promover en el paciente estrategias que puedan ser utilizadas en su reinserción a la vida cotidiana, un espacio para aclarar dudas sobre el manejo y tratamiento posterior, así como para preparar al paciente para la salida de hospitalización parcial y continuar su control en servicios como consulta externa, psiquiatra comunitaria u otras instituciones.

Familiarmente se planteaban grupos donde se solucionan problemas específicos, ambos grupos abiertos donde el paciente solicitaba su alta. El grupo no podía durar más de tres meses.

## LÍMITES

El programa se llevó a cabo a partir del 13 de enero, al 19 de diciembre de 1997 realizándose las actividades de lunes a viernes de las 8.00 a las 15.00 hrs. Considerando 9 días festivos, se contempla un calendario de 140 días laborables efectivos.

#### **PROGRAMA 1998 DEL HOSPITAL DE DÍA**

La evolución del programa en funciones a partir de 1994 a 1997, se debió principalmente a la nueva conceptualización de la rehabilitación como un proceso que requiere una atención más personalizada, a pesar de que los pacientes del servicio compartan diagnósticos muy parecidos. Esto no quiere decir que las actividades terapéuticas fundamentales no se mantengan, así como los recursos humanos y materiales como veremos más adelante.

La nueva perspectiva rehabilitatoria concibe al individuo con padecimientos, necesidades y pronósticos de curación muy particulares, por lo que la estructura anterior diseñada en niveles derivaba en grupos heterogéneos entorpeciendo el proceso de reinserción a su comunidad.

Es así que la dinámica interna del Hospital de Día se flexibiliza atendiendo más a los reclamos individuales del paciente, formándose grupos más homogéneos que se espera facilitarán la transición a la vida cotidiana.

Aunque la hospitalización parcial ha sido una modalidad poco desarrollada en nuestro país en los últimos años ha ganado terreno en el ámbito institucional y representa una alternativa importante para el manejo del paciente psicótico.

Se plantean los trabajos terapéuticos y rehabilitatorios a través de manejo grupal, esto propicia que a través de la participación grupal los roles educacionales y de relación tengan la posibilidad de difundirse por todo el grupo.

La situación grupal produce un microcosmos social en donde se reproducen los roles vivenciales del paciente haciéndose especial énfasis en las acciones que involucran a los familiares, hecho que redundará en la inclusión del paciente a su medio familiar, manteniendo una relación que posibilita el análisis de sus efectos con los que, tanto el paciente como los familiares, pueden conocer otros niveles de interacción mucho más sanos a los que venían sucediendo antes de ingresar al servicio y que contribuían al desarrollo de la patología.

Se busca enfocar claramente la problemática del paciente, con el fin de promover sus habilidades sociales sin perder el contexto de realidad en el que esta inmerso, partiendo siempre de las realidades que el paciente demanda, lo que permite plantear expectativas específicas sobre la rehabilitación de cada uno de ellos.

Utilizan la psicofarmacoterapia para lograr un control sintomático que posibilite realizar los demás aspectos del manejo integral.

Actualmente la institución considera que no se pueden dar tratamientos generales a los diversos grupos de padecimientos y situaciones sociales que los influyen, por lo tanto en este programa se da relevancia a la problemática individual, ofreciendo un tratamiento que se ajusta a las necesidades particulares de cada paciente.

El presente programa muestra la evolución que ha tenido el servicio en los últimos años.

El servicio del Hospital Parcial Fray Bernardino Álvarez esta incluido en la división de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria, la cual depende de la Dirección General del Hospital .

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar atención integral, (diagnóstico, tratamiento y apoyo en la rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico con el fin de disminuir recaídas logrando un buen control sintomático y de esta manera disminuir el abandono y la deserción del tratamiento dentro del programa de Hospital de Día.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Establecer diagnósticos psiquiátricos precisos, incluidos en las clasificaciones internacionales oficiales.
- 2.- Controlar la sintomatología psiquiátrica del paciente psicótico.
- 3.-Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.
- 4.- Promover la rehabilitación integral ( bio-psico-social) del paciente psicótico hasta donde sus posibilidades lo permitan.

5.- Incidir en la mejoría de la calidad de vida tanto en el paciente psicótico como en su familia.

6.- Sensibilizar a la familiar para favorecer la reinserción del paciente al núcleo familiar y social.

7.- Promover un cambio de actitud hacia el enfermo mental en la familia.

8.- Incidir en la disminución de las recaídas y reingresos, para alcanzar un control adecuado en el momento en el que se agudice el padecimiento y en caso de requerir internamiento, que su estancia sea menos prolongada.

#### METAS Y ACTIVIDADES

Las actividades que se realizan en este servicio, se estratifican en grupos evitando que el paciente vivencie el tratamiento como educación escolar.

El programa del hospital de Día responde al modelo general del servicio de Hospital Parcial organizado en varios grupos. La población con que se trabaja es seleccionada mediante los criterios de inclusión (que mencionaremos posteriormente).

Es importante mencionar que el servicio está planteado en tres ejes primordiales, los cuales corresponden al manejo y compromiso individual que se hace con cada paciente, el familiar, donde se establece la corresponsabilidad y compromiso paralelo con el paciente, y por otro lado también se realiza el manejo grupal que incluye la dimensión social.

La actividad grupal corresponde a la psicoterapia en donde se pretende poder no sólo identificar las necesidades de cada paciente, sino proporcionar una posibilidad para que se comparta la vivencia y de esta manera se socialice, disminuyendo la carga de su padecimiento individual.

Los pacientes son evaluados y valorados por un equipo que no participa en el resto de su tratamiento, el cual sigue los siguientes pasos:

1- Se realizan entrevistas psiquiátricas de valoración e ingreso

2- A todo paciente aceptado en este modelo de tratamiento se le valora su evolución y pronóstico con un seguimiento promedio de dos años.

3- Se le practican instrumentos de medición cada tres meses:

a) escala de ajuste pre mórbida GAF (Global Assessment of Functioning) , la cual mide el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad, el deterioro y orienta sobre la

dirección del tratamiento

b) Escala para medir la severidad y cambio en la psicopatología BPRS (Brief Psychiatric Research Scale), prueba Hamilton de depresión (HAM=D), escala para síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS), escala de Kaplan para conciencia de enfermedad.

4- A los familiares responsables del paciente se les aplica la escala de actitud hacia la enfermedad mental (Taylor) a su ingreso y al finalizar el tratamiento.

A su ingreso el paciente entra a un grupo considerado de sensibilización e inducción planteado como una técnica psicoeducativa tanto para el paciente como para la familia utilizando las técnicas orientación, reflexión y dinámicas grupales. La estructura incluye cuatro grupos abiertos con capacidad máxima de 15 integrantes, los cuales participan en una programación de 80 sesiones grupales aproximadamente, con una frecuencia de dos sesiones semanales y una duración de hora y media, tanto para familiares como para pacientes por separado, manejando temas como las características y naturaleza de las enfermedades mentales, manifestaciones más comunes, curso y complicaciones, formas de tratamiento, participación de la familia en el proceso, etc.

El objetivo es, por tanto, concientizarles proporcionándoles la información básica acerca de la enfermedad mental y sensibilizarlos sobre su participación activa en el contorno de la enfermedad mental y de su proceso de recuperación. Finalmente hacer hincapié en el compromiso compartido de las tres partes: pacientes, familiares y la institución.

Lo anteriormente mencionado se fundamenta en que las recaídas no sólo están relacionadas con el abandono de los medicamentos lo cual es frecuente, sino con las expresiones de desprecio, las exigencias, las críticas y la violencia resultante de la incomprensión de la naturaleza de la enfermedad mental.

Por ello el programa del Hospital de Día contempla la participación del familiar como un elemento imprescindible para manejar y prevenir las reacciones posibles ante la enfermedad.

También es importante persuadir al enfermo de su participación y responsabilidad en

su tratamiento a partir de la identificación y enfrentamiento al problema.

En general lo que el servicio busca es un cambio de actitud hacia la enfermedad mental además del manejo grupal, individual y farmacológico de cada paciente.

Se realizan evaluaciones constantes con el fin de canalizar a los pacientes a un grupo o serie de actividades que se ajusten adecuadamente a sus necesidades.

Para conocer las actividades pertinentes que ayudarán a cada paciente a su recuperación se evalúan a través de actividades psicológicas, sociales y laborales.-

Todas las actividades tanto individuales como grupales son coordinadas por equipos interdisciplinarios que cuentan con psiquiatra, psicólogo y trabajador social.

Las actividades coadyuvantes a la psicoterapia individual son actividades deportivas, expresivas, además de integrarse a un programa de talleres ocupacionales de acuerdo a su tendencia vocacional y/o capacidad.

Dentro del aspecto resocializador y de integración se practican asambleas de pacientes en las que se dan a conocer y discutir aspectos relacionados con las condiciones y circunstancias del servicio en general.

Por otra parte, también se efectúan salidas culturales y recreativas como parte de su rehabilitación.

Al finalizar su estancia se inicia un grupo de transición donde los objetivos principales son: promover en el paciente estrategias que puedan ser utilizadas en su reinserción a la vida cotidiana, también como un espacio para despejar dudas sobre el manejo y el tratamiento posterior, esto es, preparar al paciente para la salida de la hospitalización parcial y para continuar su control en servicios como consulta externa, psiquiatría comunitaria u otras instituciones.

Con la familia se plantea un grupo similar pero únicamente un espacio donde se solucionan problemas específicos, ambos grupos son abiertos, y se espera que sea el mismo paciente quien solicite su alta, el grupo de transición no puede durar más de seis meses.

Con fines de clasificación podemos agrupar las actividades anteriormente descritas de la siguiente manera:

#### A) Actividades con pacientes

### 1.- Actividades interdisciplinarias individuales:

- Entrevistas de evaluación por ingresos.
- Entrevistas de evaluación por egreso
- Ingresos
- Egresos
- Asistencia terapéutica individual ( psicológica y psiquiátrica)
- Aplicación de instrumentos clínicos y psicológicos
- Estudios de trabajo social
- Rescate de pacientes
- Visitas domiciliarias

### 2.- Actividades Psicoterapéuticas grupales

- Grupos de información
- Psicoterapias breves
- Grupos psicoeducativos
- Cineterapia
- Sociodrama
- Grupos de transición de medio año
- Expresión cultural
- Talleres terapéuticos: Taller de literatura, taller de música, taller de teatro.

### 3.- Actividades rehabilitación en la vida cotidiana

- Actividades deportivas
- Asambleas
- Comisiones
- Pláticas
- Actividades sociorecreativas
- Salidas recreativas y culturales

### B) Actividades con familiares

- 1.- Actividades de exploración y diagnóstico



- Entrevistas diagnósticas
- Aplicación de instrumentos de medición

2.- Actividades de manejo complementario:

- Programa psicoeducativo
- Participación en actividades sociorecreativas

C) Actividades administrativas

- 1.- Trámites de ingreso al servicio
- 2.- Trámites de egreso del servicio

D) Actividades de fortalecimiento del personal:

- Sesiones clínicas
- Sesiones bibliográficas
- Seminarios
- Postareas

LÍMITES

Las actividades se realizan de lunes a viernes de las 8 a las 15 horas y se llevan a cabo en las instalaciones ubicadas en el edificio anexo al primer piso del hospital, en las cuales se cuenta con:

Área de Hospital parcial:

- 1 cubículo para la jefatura de servicio
- 9 cubículos para consultorio
- 1 cubículo de trabajo social
- 1 cubículo de enfermería
- 4 salones de terapia con cámara de Gessell
- 2 baños para pacientes
- 2 baños para personal
- 1 un comedor para pacientes con cocineta y elevador

- 1 salón de usos múltiples
- 1 terraza al aire libre
- 1 espacio de lockers
- 1 un espacio de recepción y control
- 1 espacio para el equipo de cómputo

Área de terapia ocupacional:

Gimnasio

Área verde

El universo de trabajo del Hospital Parcial esta dirigido a pacientes que cuenten con cuadros psicóticos de tipo agudo y subagudo que cumplan con los criterios de inclusión siguientes:

- Pacientes con psicosis activa o en remisión, esto quiere decir que ha disminuido, y que presentan un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente para poder desempeñarse en actividades que demandan atención permanente, integración en grupo y posibilidades de aprendizaje

- Pacientes que cuenten con un soporte familiar o comunitario que posibilite la contención de la patología.

- Pacientes mayores de 18 y menores de 65 años. Hombres y mujeres.

- Pacientes a quienes se pueda atender ambulatoriamente, es decir, que no ameriten hospitalización continua como en casos de riesgo suicida, riesgo de agresión , negación a captar cualquier tipo de tratamiento, etc.

- Pacientes cuyo ingreso al servicio sea voluntario tanto del paciente como del familiar responsable, aceptando participar en las actividades programadas.

Los criterios de no inclusión son los siguientes:

- Pacientes que debido a su padecimiento presentan agresividad extrema, riesgo suicida o dificultades extremas en sus relaciones interpersonales.

- Pacientes en estado de confusión mental.

- Pacientes intoxicados,

- Pacientes con retardos mentales moderados y profundos, o procesos demenciales

equiparables.

-Pacientes cuya situación o estado médico imposibilite su funcionamiento dentro del servicio (con alteración metabólica, impedimento físico importante, etc.)

-Pacientes que cuenten con un familiar atendido en el servicio simultáneamente.

-Pacientes con marcados rasgos de personalidad sociopática o trastorno de personalidad antisocial.

Los pacientes que acuden al servicio pueden provenir de:

### **1.- Hospitalización continua.**

En ésta parte se informan las características que deben cumplir los pacientes que se encuentran en ese servicio para ingresar en el programa de Hospital de Día . Pacientes que han logrado cierta mejoría ya que el ser egresados indica que no ameritan indispensablemente hospitalización continua por haber alcanzado una mínima disminución sintomatológica, el propósito es dar continuidad de manejo y sostén de su control, procurando evitar las recaídas y lograr su rehabilitación.

### **2.- Consulta externa**

Se trata básicamente de pacientes cuya evolución ha sido lenta y que además requieran de rehabilitación

### **3.- Urgencias**

Pacientes que no ameriten hospitalización continua

### **4.- Otras instituciones**

Se envían al Hospital Parcial pacientes que requieren del servicio ya sea porque no cuentan con este servicio o porque su capacidad es insuficiente.

### **5.- De la comunidad**

Directamente pueden acudir referidos o motivados por el servicio de psiquiatría comunitaria.

**Recursos humanos:**

- 1 Jefe de servicio
- 7 Médicos con especialidad en psiquiatría
- 6 Psicólogos clínicos
- 2 Trabajadores sociales psiquiátricos
- 3 enfermeras
- 2 secretarias
- 1 psicóloga industrial
- 4 personal administrativo

**Materiales**

Papelería de oficina

Papelería oficial de la institución

Instrumental médico básico (cuatro baubanómetros, cuatro estetoscopios, cuatro estuches de diagnóstico, cuatro martillos de reflejos)

Material didáctico (dos televisores, dos videocassetas, un proyector de transparencia, diapositivas, cuatro radiograbadoras)

Instrumentos musicales ( cinco guitarras, cinco panderos, cinco claves)

Artículos deportivos (un balón de Basquet Bol. uno de fútbol y una de voley Bol.)

Un microbús para transporte

Escalas de medición ( pruebas psicológicas)

**Técnicos:**

La norma Oficial Mexicana Para La Presentación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica NOM-025-SSA-1994.

**Financieros:**

El presupuesto es elaborado por el área de recursos financieros y supervisados por la dirección de servicios administrativos. El hospital de día no maneja ningún recurso financiero.

### **Control**

La supervisión se realiza por la jefatura de la división a través de la supervisión directa, reuniones de trabajo, juntas, etc. Además de informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de la división.

El control del servicio descansa ( a través de su jefatura) en los procesos de supervisión, evaluación, valoración e información de la siguiente manera:

### **Supervisión:**

La supervisión general del programa se lleva a cabo por el jefe del servicio del hospital de día a través de las siguientes actividades: supervisión indirecta, a través de quejas, sugerencias y opiniones de los usuarios, reuniones postarea y análisis de las diferentes actividades del día, supervisión de las crónicas y listas de asistencia de cada una de las actividades, supervisión mensual a través de un reporte de cada una de las actividades tanto individuales como grupales, supervisión de los expedientes clínicos donde se plasma el trabajo del equipo interdisciplinario y la evolución del paciente , supervisión de casos a través de sesiones clínicas de servicio y supervisión tanto para los grupos psicoeducativos como para la terapia grupal por expertos en la materia.

### **Evaluación**

Se cuenta con un equipo de evaluación especialmente conformado para este fin, dado que la experiencia en años previos indicó que es necesario contar con la abstinencia del personal sobre los pacientes a quienes evalúan, de tal manera que el equipo de evaluación esta conformado por un psiquiatra adscrito un psicólogo clínico y un residente de psiquiatría, cuya función es recibir a los pacientes e iniciar la evaluación en un primer momento en grupo y posteriormente de manera individual, con una apreciación clínica global, así como el uso de una serie de instrumentos que evalúan los objetivos del servicio:

### **Familiares:**

Escala de actitudes hacia la enfermedad mental

Historia clínica familiar

Pacientes:

Escala para Medir la Severidad y Cambio en la Psicopatología (BPRS)

Escala de funcionamiento psicosocial

Escala de calidad de vida

Escala de funcionamiento Yoico

Escala de ajuste premórbido (GAF)

Entrevista estructurada y criterios de diagnóstico de DSM-IV (Diagnosical Statitital Manual IV) y CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades -10)

Escala de temperamento y carácter (ITC)

Criterios de conciencia de enfermedad mental (Kaplan).

Los puntos a considerar en la evaluación serán la situación clínica de los pacientes, evaluada de acuerdo a los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados, así como la apreciación clínica directa.

También se considera la condición en que se encuentran los familiares, así como su cambio de actitud y participación en comparación al inicio de su inclusión al servicio

Indudablemente la rehabilitación del enfermo mental, en este caso específico el paciente psicótico, representa un reto a nivel mundial.

Tras haber observado, convivido tanto con pacientes como con el personal del servicio de Hospital de Día y analizado cuidadosamente los programas que se han desarrollado en la última etapa de la hospitalización parcial, pensamos que la estructura y la dinámica de este servicio efectivamente disminuye las barreras que el paciente psicótico encuentra cuando trata de integrarse a su comunidad, ya que a pesar de que éste servicio se encuentra en las inmediaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuenta con una relativa independencia, lo que permite que los pacientes se desplacen, convivan y participen libremente sin perder los beneficios de un auxilio médico profesional y directo.

Para medir certeramente la efectividad de esta alternativa terapéutica, aplicada en varios países del mundo, se tendría que hacer un análisis más minucioso incluyendo seguimientos de caso por espacios temporales largos, lo que nosotras no pretendimos hacer a lo largo de nuestra investigación.

Sin embargo la investigación, la observación directa y las cifras recabadas son significativas de que los programas, objetivos y el ambiente en general que se vive en el Servicio de Hospital de Día se acercan más a los ideales de rehabilitación del enfermo psicótico.

Creemos que a pesar de la carencia de recursos financieros y de que la comprensión total de la naturaleza de la enfermedad mental esta todavía lejana, intentos como el que se realiza en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a través de la hospitalización parcial, apegados a las transformaciones legales en el rubro de trato y tratamiento del enfermo mental, es un esfuerzo encomiable que requiere de apoyo y un cercano seguimiento.

Consideramos que es una alternativa valiosa que trabaja para mejorar la situación del enfermo mental en la sociedad, lo que debe incentivar a la creación de otros servicios que den cabida a todos aquellos que no cubren con los criterios de inclusión del servicio.

La crítica es un factor imprescindible en el conocimiento de cualquier fenómeno. La atención psiquiátrica tradicionalmente ha sido blanco de constantes ataques con y sin causa de conocimiento (en algunos casos), por ello realizar un trabajo de investigación sobre una de estas instituciones resulta siempre polémico, nuestra experiencia en el hospital nos generó una concepción más real, por tanto más cruda de la enfermedad mental, aunque al mismo tiempo nos pareció muy congruente y esperanzador el trabajo que se realiza ahí y así como la crítica del trato inhumano al enfermo mental fue importante para que éste en gran medida se detuviera, ahora es el momento de apoyar con nuestros conocimientos (dentro de nuestras posibilidades) el joven intento de dignificar la vida del enfermo mental.

## CONCLUSIONES

Actualmente muchas áreas del conocimiento tienden cada vez más a la especialización.

Hablar de interdisciplinariedad resulta para algunos científicos especialistas una relativización del conocimiento y del quehacer de la ciencia.

Las grandes problemáticas se engloban en uno o dos campos académicos, y la percepción de las mismas desde otra área que no sea considerada a fin al objeto de estudio resulta imposible.

Cada una de las autonombadas ciencias tienden al enclaustramiento en sí mismas, porque consideran que la mejor y más objetiva aprehensión de un fenómeno depende únicamente de ellas mismas.

Sin embargo, este afán de conocimiento de las grandes interrogantes de la humanidad a través de la micro especialización deriva en una pérdida de la percepción de la totalidad del fenómeno encontrando respuestas trucas a planteamientos complejos.

Por lo que las ciencias sociales y las humanidades se han visto en la necesidad de penetrar en otras áreas del conocimiento con el fin de encontrar respuestas más completas a las interrogantes que se plantean.

El ingreso de la sociología al estudio del trastorno mental, en nuestro caso particular, el de una institución psiquiátrica con una renovada alternativa terapéutica, parecía un asunto poco serio para varios médicos psiquiatras de ésta institución.

Pero si revisamos cuidadosamente la literatura con respecto al nacimiento de la psiquiatría podemos darnos cuenta de la utilidad y la necesidad que tiene esta disciplina de las humanidades.

La sociología y la psiquiatría comparten un mismo objeto de estudio que es el hombre, claro está, observado desde diferentes perspectivas. Pero aunque tengan visiones distintas el objetivo es el mismo: el bienestar del hombre como ente individual y social, complementándose ambas áreas de conocimiento.



En el terreno del trastorno mental, actualmente creen la mayoría de psiquiatras, psicólogos, antropólogos y sociólogos que el trastorno mental es un fenómeno multicausal, así como una problemática individual y social, por lo que englobar su estudio a un solo campo de conocimiento es absurdo.

Si bien en la conducta existen determinadas variables biológicas, también la pauta de los actos humanos ésta determinada en gran medida por roles y reglas. En consecuencia la antropología, la ética y la sociología son ciencias básicas para la comprensión de la acción humana, puesto que tratan de los valores, metas y reglas del comportamiento humano; elementos que se encuentran implícitos en los pacientes, médicos, familiares, y todo hombre que vive en un grupo humano.

El sociólogo Roger Bastide enfatiza en sus numerosos estudios acerca del trastorno mental la relación de éste con las condiciones socioeconómicas y encontró que las enfermedades mentales no están repartidas de forma homogénea según los grupos sociales. Pero también encontramos en una misma familia individuos enfermos e individuos sanos por lo que la etiología de la enfermedad mental no se le puede atribuir únicamente a los factores sociales, culturales y económicos.

Descubrir la verdadera génesis del trastorno mental es un asunto no esclarecido del todo, pero coincidimos con Bastide en que en algunos hombres existe una predisposición orgánica al desorden mental el cual detonará o no, dependiendo de sus condiciones socio culturales de vida.

Así creemos que el daño orgánico o funcional, encontrado a través de pruebas de las neurociencias, combinado con una situación social demandante y estresante culminan en el desequilibrio mental, por ello nos inclinamos por una génesis de la enfermedad mental multicausal.

Sin embargo esta polémica sigue aún en el tintero y atreverse a afirmar la naturaleza del trastorno mental es muy prematuro. La ciencia médica y las humanidades tienen que seguir en el camino del entendimiento del hombre, sus potencialidades, debilidades y necesidades.

El sociólogo inserto en el campo de la psiquiatría debe establecer correlaciones entre ciertos hechos sociales y los trastornos mentales, sin afirmar que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales, si se intenta hablar de una sociología del trastorno mental.

La corriente social ha hecho contribuciones a la psiquiatría y a la salud mental en varios aspectos: el estudio de los factores sociales y culturales que juegan un papel en los trastornos mentales, la extensión de la atención de los enfermos a través de los programas de salud pública; la promoción de cambios estructurales y funcionales en los hospitales psiquiátricos y el establecimiento de salvaguardas legales para proteger los derechos de los enfermos.

En conjunto estas contribuciones han conducido a una forma distinta de visualizar los problemas de los enfermos mentales.

A lo largo de la historia se ha ido corroborando la estrecha relación que tiene la cultura de un determinado momento con las representaciones de la enfermedad mental, es bastante conocido por ejemplo, el hecho de que las alucinaciones de los enfermos que hoy llamamos psicóticos en la Edad Media eran de naturaleza religiosa, ahora las alucinaciones de las personas con el mismo mal son de naturaleza laica.

Pero el momento histórico no sólo influye en la forma en que la enfermedad mental se representa, sino también y más claramente en la forma de concebir y tratar estos padecimientos que constituyen la popularmente llamada locura.

Dichas formas van de la santificación, satanización y persecución del enfermo en la Edad Media, a la creación de los grandes asilos donde se les concebía como animales, pues carecían de "razón".

En el caso de México esta situación no mejoró hasta el siglo XVII cuando algunas asociaciones religiosas decidieron incluir el cuidado de los enfermos mentales dentro de sus obras pías. Los enfermos, aunque sin perspectiva alguna de curación, vivían en buenas condiciones gracias a los jugosos presupuestos que le otorgaba la iglesia.

Tiempo después cuando el flujo de dinero del clero a estos asilos disminuyó considerablemente y el Estado decide que se haría cargo de los mismos, comienza nuevamente una etapa oscura del trato y tratamiento a los enfermos mentales.

Con esto queremos destacar que los recursos materiales también han jugado un papel importante en las transformaciones de las instituciones psiquiátricas y la atención a la población que requiere de sus servicios

Con el desarrollo de la ciencia médica, la psiquiatría y la psicología se desarrolló otra forma de tratamiento que ya contempla algunas perspectivas de control o curación

como son las drogas psicoactivas, el psicoanálisis, psicoterapia, etc.

A principio de nuestro siglo, finalmente el Estado otorga presupuesto para la construcción del Manicomio General La Castañeda que funcionó alrededor de cincuenta años y fue centro de la investigación y enseñanza en psiquiatría, pero ya para los años sesenta se encontraba en condiciones terribles, principalmente por la falta de recursos materiales.

Por lo cual, a partir de 1967 se realizó una reestructuración del sistema de atención psiquiátrica en el país, se construyeron varios hospitales para mejorar el trato a los enfermos mentales, se establecieron nuevas expectativas médicas y formas de tratamiento y rehabilitación, que no se basaban sólo en el internamiento y la administración de psicoactivos. Así como se elaboran mecanismos legales para asegurar el trato digno a los enfermos.

En 1994 se crea la norma 025 de la SSA, para trato y tratamiento de los enfermos mentales, documento que toma en cuenta ya formalmente un análisis de los derechos humanos y en particular los derechos de los enfermos mentales, en instituciones de atención psiquiátrica en nuestro país. También representa una homogeneización de los criterios de funcionamiento de estas instituciones.

Éste es uno de los intentos para mejorar el servicio y el trato a los pacientes, aunque el fenómeno de la enfermedad mental siempre ha resultado polémico pues tiene varias dimensiones que debemos considerar y aunque el marco legal es básico, se deben de tomar en cuenta los demás aspectos que constituyen este problema que históricamente ha sido difícil de manejar.

Las transformaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se dan por varios factores fundamentales: la mayor efectividad de los psicofármacos que dan un margen más amplio de estabilidad para el paciente, lo que permite experimentar nuevas terapias a un nivel ambulatorio, ya que la angustia, agresividad y delirios del paciente disminuyen considerablemente permitiéndole crear una conciencia y responsabilidad de sí mismo.

La presencia más constante de algunas Organizaciones No Gubernamentales (las cuales defienden los derechos humanos de los pacientes con trastornos mentales), las demandas de los médicos psiquiatras y personal de las instituciones psiquiátricas lograron

influir en el aspecto legal para establecer una reglamentación formal del trato digno al paciente y conseguir mejoras concretas en la dinámica e infraestructura de los hospitales psiquiátricos.

La necesidad de nuevas alternativas terapéuticas era urgente ya que el hospital tenía una mayor demanda y reingresos de los que podía atender eficazmente, por ello se buscan modelos ambulatorios que pudieran responder a las necesidades y circunstancias de nuestro país. Se requería un organismo que fungiera como medio transitorio temporal entre el tratamiento psiquiátrico y el ambiente social, que en la mayoría de las ocasiones resulta hostil para el paciente impidiendo su completa integración a la comunidad.

Una de estas alternativas adoptadas fue el Hospital de Día. Nuestra experiencia dentro de este servicio nos enfrentó directamente al problema del trastorno mental y a un modelo en operación no únicamente en México sino en países como España, Francia, Gran Bretaña, Cuba, etc.

La estructuración de los programas esta basada en la búsqueda de la rehabilitación social del paciente, lo que implica una concientización de su particular padecimiento, actividades resocializadoras, contacto constante con su medio y un especial énfasis en el trabajo con la familia, pues es ahí donde el paciente tiene una relación inmediata con lo social.

Lograr poner en función un programa de esta naturaleza muestra no únicamente las transformaciones legales e institucionales que están gestandose en la psiquiatria mexicana, sino una concepción de la enfermedad mental renovada, donde los psicofármacos y la explicación meramente orgánica del problema demostró no ser suficiente .

La concientización en el Hospital de Día del trastorno mental como un fenómeno que requiere de una atención más personalizada debido a la importante ingerencia de la familia, comunidad, situación social, económica y cultural, significa un avance de un enfoque que trata los padecimientos mentales a través de un reconceptualización más humana e interdisciplinaria, independientemente de su éxito o fracaso como modelo institucional.

Insistimos en que a pesar de que las neurociencias han demostrado algunas deficiencias fisiológicas y orgánicas en los pacientes, la problemática no puede ser resuelta en un consultorio, sino a través de la búsqueda de puentes de comunicación con el enfermo desarraigado de la realidad.

Estos puentes de comunicación entre paciente y su realidad, en nuestro caso de estudio, son los talleres recreativos, ocupacionales y culturales donde el ostracismo y la angustia pueden ser conducidos y compartidos con personal calificado. Las terapias familiares e individuales buscan no solamente informar y conscientizar sino responsabilizar a la familia y al paciente de la problemática que enfrentan, para evitar una dependencia perpetua de la institución psiquiátrica.

El monitoreo que realiza a todas las áreas del hospital psiquiátrico la Secretaría de Salud y la presencia diaria de un representante de organizaciones de derechos humanos, garantizan de alguna manera el cumplimiento de las leyes y evitan abusos de los pacientes de la institución.

Podemos decir que nuestra observación de la dinámica del Hospital de Día, la congruencia de los objetivos con sus programas y el ambiente de familiaridad con que los pacientes interactúan entre ellos y con el personal, es estimulante y prometedora para la rehabilitación.

Aún no existe suficiente evidencia para asegurar que sea el método idóneo para la reinserción social. Un dato alentador que nos hace creer hasta el momento que este sistema funciona, es el bajo número de reingresos de los pacientes que acuden al servicio de Hospital de Día al sistema de hospitalización continua, la cual fue de 10 pacientes durante todo el año de 1997.

Desafortunadamente este servicio cuenta con criterios de inclusión que excluyen a casi el 50% de los pacientes que solicitan su ingreso, debido a que atender más personalmente, crear actividades de contacto constante con la realidad requiere de un mayor financiamiento y de pacientes que no pongan en peligro su integridad y la de otros.

Esto no descalifica el esfuerzo que se realiza diariamente en el Hospital de Día, sino más bien debe de servir como modelo para la creación de otros centros que den albergue a pacientes con padecimientos distintos a los que acepta éste servicio.

El difícil camino de la enfermedad mental necesita apremiantemente ser entendido en una dimensión más real, sin discriminación, mitificaciones y estereotipaciones. El papel de la sociedad civil es imprescindible para facilitar su retorno a una sociedad que aunque cada vez es más demandante, le pueda proveer la confianza necesaria para lograr una estabilidad y armonía consigo mismo y con la comunidad.

**ANEXO: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE 1997  
EN EL HOSPITAL DE DÍA**

1997	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Pacientes	98	75	73	79	69	66
Ingresos	3	8	8	6	1	9
Egresos	26	10	2	16	4	3

1997	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov	Dic
Pacientes	72	53	59	60	66	73
Ingresos	3	7	8	10	9	5
Egresos	19	4	7	4	2	7

1998	Enero	Febrero
Pacientes	71	69
Ingresos	6	7
Egresos	8	5

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Fernández, F.: *Psiquiatría Sociológica*. Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- Bastide R.: *Sociología de las Enfermedades Mentales*. Siglo XXI, México, 1975.  
\_\_\_\_\_: *El sueño el trance y la locura*. Amorroutu, Argentina, 1972.  
\_\_\_\_\_: *Introducción a la Psiquiatría Social*. Stylo, México 1949.
- Blondel, Ch.: *Introduction a la Psychologie Collective*. Amand Colin, Paris, 1972.
- Burgess, E. W.: *Mental Health and Mental Disorder*. Chicago Press, 1949.
- Calderón Narvaéz, G.: *Salud Mental Comunitaria, un nuevo enfoque de la Psiquiatría*. Trillas, México. 1974.
- Calderón Nava Ma. del Carmen, *Las ideas morales en la antipsiquiatría de Laing*. Tesis de Licenciatura en Filosofía, UNAM, 1987.
- Clark, H.: *The therapeutic community*. Br. J. Psychiatry, 13 553-564, 1977.
- Cockerham, W. C. *Sociology of mental Disorder*. Prentice Hall, New York, 1989.
- De la Fuente, R.: *Nuevos Caminos de la Psiquiatría*. F.C.E., México, 1992.
- Delacampagne, C.: *Antipsiquiatría*. Mandrágora, Barcelona. 1989.
- Durkheim, Emile. *El suicidio*. AKA, Argentina, 1989. Pág. 271.
- Elliot, D.: *The Possibilities of Cultural Hygiene*. Psychiatry, Num. VI, February 1943
- Faris, R.: *Los grandes problemas sociales*, Ed Ronald Press Co., N.Y, 1957.  
\_\_\_\_\_: *Insanity Distribution by Local Areas*. Proceedings of de American Statistical Association, XXVII, March, 1932.  
\_\_\_\_\_: *Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality*. Amerin Journal of Sociology, Num. XL, Sept 1934.
- Flores y Troncoso, F.: *Historia de la Medicina en México: desde la época de los indios hasta el presente*. IMSS, México, 1982.

- Foucault, M.: *Historia de la Locura en la Época Clásica*. 2 vols. F.C.E. 1985.
- Janet, Pierre, "La tensión psicológica y sus oscilaciones", en *Tratado de psicología*, Alcan, 1923. Pág. 423-427.
- Hales, R., Yudofsky S., Talbott, J.: *Textbook of Psychiatry*. The American Psychiatry Press, London, 1994.
- Hapert, H.: *Public Opinion and Attitudes About Mental Health*. Social Psychology and Mental Health, New York, 1970.
- Leighton, A. H. *My Name is Legion*, N.Y., 1959.
- López Austin, A. *Cuerpo Humano e Ideología Nahuatl*. 2 vols. UNAM, México, 1984.
- Muriel, J.: *Hospitales de la Nueva España, fundaciones del XVII y XVIII*. UNAM-Cruz Roja, México, 1990.
- Patiño J.L. "La labor Psiquiátrica", *Informe interno del Hospital Fray Bernardino Álvarez*, México 1975, pág. 25.
- Parsons, T.: *Interrelations Between Social Environment and Psychiatric Disorders*. Millbank Memorial Fund, N.Y. 1953.
- Pérez-Rincón, H.: *Breve Historia de la Psiquiatría en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995.
- Postel, J. & Quétel, C.: *Historia de la Psiquiatría*. Paz Montalvo, Madrid, 1983.
- Pies, R.: *On Myths and countermyths*. Arch Gen Psychiatry. Vol. 36
- Río Lugo, N. et. al.: *Hospital de día: un nuevo concepto de atención psiquiátrica*. *Salud Mental*, Vol. 5, Núm. 3, otoño 1982.
- Rose, A.: *Mental Health and Mental Disorder*. W.W. Norton & Co., New York, 1955.
- Rotterdam, E.: *Elogio de la locura*. Alianza, Madrid, 1984.
- Rosemberg, M.: *The Unread Mind*. Lexinton Books , N.Y., 1991.
- Seidman, L.J.: *Schizophrenia and Brain Dysfunction: An Integration of Recent Neurodiagnostic Findings*. Psychological Bulletin, New York, 1994.
- Somolinos Dardois, G.: *Historia de la Psiquiatría en México*. Sepsetentas, México, 1976.
- Szasz, Thomas, S. *The second sin*, Garden City, New York, Ancher Books, 1974.
- \_\_\_\_\_ : El mito de la enfermedad mental, Amorrourtu, 1967.



*Una Reseña Histórica de la Psiquiatría en México. Aniversario XXX del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, SSA, México, 1997.*